



**Maria Teresa Geraldo
Carvalho**

**A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da
saúde e os profissionais de enfermagem com
funções de gestão em Portugal**



**Maria Teresa Geraldo
Carvalho**

**A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da
saúde e os profissionais de enfermagem com
funções de gestão em Portugal**

dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, realizada sob a orientação científica do Doutor Rui Armando Gomes Santiago, Professor Associado com Agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e co-orientação do Doutor Carlos José Cabral Cardoso, Professor Associado com Agregação da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Apoio financeiro do PRODEP do III
Quadro Comunitário de Apoio.



Para ti, Francisco.

o júri

presidente

Doutor José Pereira da Costa Tavares
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Doutor Alberto Manuel Sampaio Castro Amaral
Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Doutor Carlos José Cabral Cardoso
Professor Associado com Agregação da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho

Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutor Carlos Alberto da Silva
Professor Auxiliar com Agregação do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora

Doutora Maria Luís Rocha Pinto
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Doutor Varqá Carlos Jalali
Professor Auxiliar Convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de diversas pessoas a quem gostaria de expressar o meu sincero agradecimento. Um primeiro agradecimento é endereçado aos meus orientadores.

Ao Professor Rui Santiago devo um agradecimento muito especial. Não só pelo estímulo intelectual que a sua orientação representou, proporcionado nas mais pequenas conversas e discussões mas, sobretudo, pela confiança e pelo apoio incondicional. Obrigado por ter acreditado mesmo nos momentos em que não fui capaz de o fazer. A sua participação neste trabalho excedeu em muito o simples papel de orientador. Sinto-me realmente privilegiada por ter podido usufruir da sua orientação e, acima de tudo, da sua amizade.

Também ao Professor Carlos Cabral-Cardoso devo o meu agradecimento, especialmente por ter mantido o seu apoio apesar das minhas opções profissionais.

Ao Professor Alberto Amaral agradeço a sua inestimável colaboração no acesso às instituições hospitalares e à recolha dos dados. O seu apoio foi determinante no caminho de chegada ao objecto de estudo.

Aos especialistas que concederam as entrevistas exploratórias. Espero ter sabido aproveitar da melhor forma as experiências, vivências, conhecimentos e pensamentos que me revelaram.

Estou particularmente grata aos enfermeiros e enfermeiras que, de forma entusiástica, acederam a participar neste estudo bem como às administrações dos respectivos hospitais.

Devo também um agradecimento à Universidade de Aveiro pela dispensa de serviço concedida e pelo apoio administrativo. Este agradecimento é extensivo ao DEGEI (Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial) e à SACSJP (Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas).

O ambiente de trabalho e o espírito crítico e de reflexão desenvolvidos no grupo de investigadores do CIPES (Centro de Investigação em Políticas do Ensino Superior), bem como a amizade e solidariedade, que aí senti, constituíram, igualmente, factores determinantes na preparação e desenvolvimento desta investigação. A todos, e a cada um em particular, o meu muito obrigado.

agradecimentos

O desenvolvimento deste trabalho beneficiou, igualmente, do debate de ideias com os colegas do seminário de doutoramento do grupo de Organização e Políticas Empresariais da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho. Obrigada pelas ideias, pelas discussões, pelas sugestões e, sobretudo pelo carinho e amizade que me continuam a conceder.

Aos meus amigos e amigas pela paciência e pelo tempo que continuam a congelar à minha espera.

Pela intervenção directa que tiveram neste trabalho devo expressar, de igual forma, o meu agradecimento a duas amigas. À Nita que me concedeu a porta de entrada para a reflexão sobre as políticas de saúde em Portugal e à Sónia que, não só me recebeu com entusiasmo e carinho, como ainda suportou as minhas angústias finais. Agradeço, de igual forma, a todas as colegas e amigas do DEGEI.

Um obrigado especial à minha família. Aos meus pais que sempre me estimularam a descobrir outros caminhos e me apoiaram incondicionalmente no meu percurso. Ao Zebeto por ter ficado ao meu lado. E, a todos, por terem compreendido as minhas ausências.

Um agradecimento especial para ti, por estares na minha vida e por iluminares os meus dias com o teu sorriso. Obrigado Francisco. Talvez agora já possamos ir "*bincaere*".

palavras-chave

Nova Gestão Pública, *Managerialismo*, Reformas na saúde, Profissionalização, Enfermagem.

resumo

Nas últimas décadas têm surgido profundas reestruturações nos diversos sectores públicos dos países desenvolvidos. Estas reestruturações, que assumem um carácter muito semelhante, decorrem, em grande parte, das alterações nas concepções tradicionalmente dominantes acerca do papel do Estado, das formas de organização e gestão que caracterizam as suas instituições e, ainda, dos profissionais e do seu trabalho. As políticas e as medidas concretas propostas neste âmbito direccionam-se, em termos gerais, no sentido do aumento da competição, da preferência por mecanismos de mercado, do primado da orientação do serviço para o consumidor e ainda da apologia do espírito empreendedor. Tais tendências são facilmente constatáveis em diversos sectores, com especial destaque para a saúde, configurando a presença de um movimento conhecido na literatura como a Nova Gestão Pública (NGP) ou *managerialismo*. Também em Portugal, as alterações verificadas nas políticas públicas de saúde, nos últimos anos, podem ser enquadradas dentro deste movimento.

As propostas de mudança ao nível da organização e gestão das instituições públicas, em particular das instituições hospitalares, assumem como um dos seus principais objectivos mudar as tradicionais formas de regulação e autonomia dos profissionais que aí exercem a sua actividade.

O que se pretende indagar com este trabalho de investigação é a forma como estas mudanças produzem impactos ao nível da profissionalização e das práticas de enfermagem no campo da gestão dos cuidados. Para tal, foram eleitos, como objecto de análise, os enfermeiros que exercem funções de gestão nas instituições hospitalares portuguesas. O trabalho empírico baseou-se em estratégias qualitativas de recolha de informação, tendo sido realizadas oitenta e três entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros com funções de gestão vinculados a cinco hospitais pertencentes ao sector público tradicional e a cinco hospitais empresarializados.

O tratamento da informação recolhida foi efectuado com base na análise de conteúdo de tipo temático-categorial cujos resultados permitem extrair as seguintes principais conclusões: 1. A introdução da Nova Gestão Pública promoveu o surgimento de formas híbridas na organização e gestão dos hospitais que configuram um afastamento, mais ou menos pronunciado, da burocracia profissional que, tradicionalmente, caracterizava as organizações públicas; 2. Estas alterações parecem traduzir-se numa diminuição do poder e autonomia dos enfermeiros com funções de gestão, decorrente essencialmente das alterações na organização do trabalho; 3. Não se verificam, no entanto, processos de desprofissionalização ou proletarização destes profissionais. 4. A forma como a ideologia *managerialista* permeou os valores e ideologias profissionais não permite a sua categorização como ideologia dominante nos enfermeiros entrevistados. 5. Foi possível detectar um conjunto de estratégias, definidas por estes actores, ao nível micro-organizacional, tendentes a assegurar a manutenção do poder e estatuto da profissão.

keywords

New Public Management, Managerialism, Health Care Reforms, Professionalism, Nursing.

abstract

Over the last years some structural reforms occurred in the public sectors in developed countries. These reforms, which have present some common features, emerged from changes in the prevailing ideas about the role of the state in society, the way public institutions are organized and managed and also about the professionals and their work. Different states proposed the same kind of politics generally aiming to increase competition, favour market mechanisms, introduce customer philosophy and also improve the entrepreneurial spirit. These politics were particularly visible in the health sector and configure a tendency known in the literature as New Public Management (NPM) or *Managerialism*. In Portugal, the political restructure in health conform also with this movement. Changes at the organizational level, especially in the organization and management of hospitals, assume as main objective to alter the traditional way professionals are regulated and their autonomy. This work aims to examine if changes in the organization and management of hospitals have some kind of influence in the professionalization process of nurses with managerial functions in Portugal. To accomplish this objective the empirical work was based in qualitative analysis. Eighty-three interviews were made with nurses who had managerial duties in five hospitals from the traditional public sector and other five from the corporate sector. From data analysis we can withdraw the following conclusions: 1. The NPM intromission in hospitals promotes the emergence of hybrid models management and organisation, which are found to be gradually moving away from the traditionally bureaucratic public model to the private model of organisation. 2. These organisational changes result in loss of professional autonomy and power of nurses with managerial duties due to changes in the organisation of work. 3. It is not possible, though, to talk about a proletarianization or deprofessionalization process. 4. The way managerial ideology has penetrated professional values and ideologies does not allow its categorization as dominant among interviewees. 5. It is possible to identify different kinds of strategies developed by the actors at the micro organisational level in order to assure the maintenance of their power and prestige inside hospitals.

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PRIMEIRA PARTE: A NOVA GESTÃO PÚBLICA, AS REFORMAS DA SAÚDE E OS PROFISSIONAIS	9
CAPÍTULO 1 – NOVAS FORMAS DE INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SECTOR PÚBLICO, A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS SISTEMAS DE SAÚDE	11
1. O Enquadramento Tradicional do Estado	14
1.1 <i>O Contexto de Ruptura de Consensos</i>	18
1.1.1 <i>O Contexto Económico e Social</i>	19
1.1.2 <i>O Contexto de Perda de Legitimidade das Organizações Profissionais</i>	21
1.1.3 <i>O Contexto Teórico-Científico</i>	25
2. A Emergência de um Novo Modelo de Gestão Pública	27
2.1 <i>O Managerialismo Enquanto Ideologia</i>	28
2.1.1 <i>O Managerialismo na Administração Pública</i>	31
2.2 <i>A Nova Gestão Pública Como Proposta Alternativa à Burocracia</i>	36
2.2.1 <i>Orientação Para o Mercado e Descentralização</i>	41
2.2.2 <i>Mudança Cultural e de Valores</i>	48
2.3 <i>A Nova Gestão Pública entre a Moda e o Paradigma</i>	56
3. A Nova Gestão Pública nas Reformas dos Sistemas de Saúde	62
3.1 <i>Características Gerais dos Sistemas de Saúde Europeus</i>	64
3.2 <i>Elementos Comuns nas Reformas dos Sistemas de Saúde</i>	67
3.2.1 <i>Concepção Socialmente Dominante de Saúde</i>	69
3.2.2 <i>Formas de Participação do Estado</i>	73
3.2.3 <i>Alterações nas Formas de Financiamento</i>	77
3.2.4 <i>Alterações ao Nível dos Recursos Humanos</i>	80
3.2.5 <i>O Poder dos Pacientes</i>	82
3.2.6 <i>Reformas ao Nível Micro – Alterações na Gestão Hospitalar</i>	84
CAPÍTULO 2 – A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS PÚBLICOS. A ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	95
1. O Conceito de Profissão	98
1.1 <i>Profissionais e Organizações: Que Relação?</i>	109
2. Profissionais e Nova Gestão Pública	114
2.1 <i>Os Profissionais, a Orientação para o Mercado e a Descentralização</i>	115
2.2 <i>Os Profissionais e a Mudança Cultural e de Valores</i>	118
3. A Posição da Enfermagem na Divisão Social do Trabalho e a Construção da sua Especificidade	121
3.1 <i>Os Enfermeiros Enquanto Objecto de Análise Científica</i>	121
3.2 <i>A Centralidade da Variável Género no Contexto da Enfermagem</i>	124
3.3 <i>A Importância do Processo de Profissionalização na Definição dos Contornos da Profissão</i>	130
3.3.1 <i>O Processo de Profissionalização e a Centralidade do Conceito de Cuidar</i>	131

3.3.2 <i>A Fase de Submissão da Enfermagem</i>	136
3.3.3 <i>A Fase do Cientismo e Tecnicismo</i>	140
3.3.4 <i>O Movimento da Nova Enfermagem</i>	143
3.4 <i>Cuidados de Enfermagem – Entre a Ciência e a Ideologia</i>	148
3.5 <i>Trabalho Emocional – Uma nova Alternativa para o Impasse no Cuidar</i>	151
4. <i>A Enfermagem Perante as Reformas dos Sistemas de Saúde</i>	160
4.1 <i>Impacto ao Nível da Cultura e dos Papéis Profissionais</i>	161
4.2 <i>Impacto ao Nível da Profissionalização</i>	165
4.3 <i>Enfermagem e Gestão</i>	172
CAPÍTULO 3 – AS ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO NACIONAL. A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM	181
1. <i>A Evolução do Sistema de Saúde Português</i>	186
1.1 <i>Criação e Consolidação do Serviço Nacional de Saúde (1970-1980)</i>	186
1.2 <i>O Percurso de Mudança do Serviço Nacional de Saúde</i>	191
1.2.1 <i>O Recuo dos Princípios do Serviço Nacional de Saúde (1980-1995)</i>	191
1.2.2 <i>Aproximação à Ideologia do Mercado (1995-2002)</i>	196
1.2.3 <i>Orientação Empresarial e Proximidade à Liberalização (2002-2005)</i>	202
2. <i>Enfermagem em Portugal</i>	210
2.1 <i>As Primeiras Tentativas de Profissionalização</i>	212
2.2 <i>Retrocessos no Projecto Iniciado</i>	214
2.3 <i>Um Período de Conquistas Profissionais</i>	216
2.4 <i>A Consolidação do Projecto Profissional</i>	218
2.5 <i>Profissão, Práticas e Contexto Hospitalar</i>	222
CAPÍTULO 4 – A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: OS CONTORNOS METODOLÓGICOS	229
1. <i>A Definição do Tema de Estudo</i>	232
2. <i>Explicitação e Justificação do Processo Metodológico</i>	238
2.1 <i>As Orientações Metodológicas da Investigação</i>	241
2.1.1 <i>A Construção da Amostra</i>	250
2.1.2 <i>As Características da Amostra</i>	254
2.2 <i>As Categorias de Análise de Conteúdo</i>	258
SEGUNDA PARTE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: AMBIGUIDADES E INCERTEZAS NO DISCURSO DOS ACTORES SOBRE AS REFORMAS	265
CAPÍTULO 5 – REFORMAS ORGANIZACIONAIS	269
1. <i>Estruturas e Processos</i>	271
1.1 <i>Gestão de Topo e Participação dos Profissionais</i>	272
1.2 <i>Descentralização e Autonomia das Unidades</i>	283
1.3 <i>Procedimentos Burocráticos e Funcionais</i>	289
1.4 <i>Departmentalização dos Serviços</i>	291

2. Retórica	295
2.1 <i>Ethos Empresarial</i>	296
2.2 <i>Paciente Legitimador de Mudanças</i>	302
2.3 <i>Prestação de Contas</i>	306
2.4 <i>Necessidade de Mudança</i>	308
2.5 <i>Eficiência e Qualidade</i>	313
3. Organização do Trabalho	320
3.1 <i>Flexibilidade Funcional</i>	320
3.2 <i>Sobrecarga de trabalho</i>	324
3.3 <i>Padronização de Processos e Práticas</i>	329
3.4 <i>Métodos de Prestação de Cuidados</i>	332
4. Políticas de Recursos Humanos	334
4.1 <i>Políticas Salariais</i>	337
4.2 <i>Vínculo Contratual</i>	344
4.3 <i>Racionalização de efectivos</i>	348
5. Novas formas de Organização Hospitalar: Uma Visão Possível Sobre os Resultados das Reformas	352
CAPÍTULO 6 - VALORES E IDEOLOGIA PROFISSIONAL	363
1. Ideologia da Vocação	366
1.1 <i>Ênfase nos Traços Pessoais</i>	367
1.2 <i>Estereótipos de Género</i>	370
1.3 <i>Construção da Vocação</i>	373
2. Ideologia Profissional	376
2.1 <i>Competências Sócio-Relacionais</i>	377
2.2 <i>Conhecimento Científico</i>	386
2.3 <i>Códigos Comuns na Profissão</i>	390
2.4 <i>Reflexão sobre a Prática</i>	392
3. Ideologia Managerialista	395
3.1 <i>Legitimidade Científica das Funções de Gestão</i>	396
3.2 <i>Eficiência nas Práticas Profissionais</i>	399
3.3 <i>Gestão e Estereótipos de Género</i>	401
4. Redefinição do Campo Profissional	406
4.1 <i>Hierarquia Profissional e de Gestão</i>	407
4.2 <i>Relações com os Directores de Serviço</i>	412
4.3 <i>Relações com os Gestores</i>	417
4.4 <i>Relações com os Auxiliares</i>	422
5. Legitimação Externa da Profissão	427
5.1 <i>Autonomia</i>	427
5.2 <i>Reconhecimento Social</i>	431
5.3 <i>Legitimação Pela Ordem</i>	434
6. Manutenção das Ideologias: O surgimento de Novas Estratégias de adaptação Local	436

CAPÍTULO 7 - PAPÉIS PROFISSIONAIS E DE GESTÃO	441
1. Papéis de Organização dos Serviços	446
1.1 <i>Organizador de Rotinas Administrativas</i>	446
1.2 <i>Organizador de Projectos</i>	450
1.3 <i>Manutenção de Infra-estruturas</i>	453
2. Papéis de Organização e Regulação do Trabalho Profissional	455
2.1 <i>Formação</i>	456
2.2 <i>Avaliação de Desempenho</i>	458
2.3 <i>Socialização Profissional</i>	465
2.4 <i>Gestão e Mediação de Conflitos</i>	467
2.5 <i>Líder Profissional</i>	470
2.6 <i>Trabalho em Equipa</i>	472
2.7 <i>Supervisão de Cuidados</i>	474
3. Papéis de Coordenação e Mediação	477
3.1 <i>Interacção com as Famílias</i>	477
3.2 <i>Interacção com Outros Profissionais</i>	480
4. Relação entre Papéis de Gestão e de Enfermagem	482
4.1 <i>Integração de Papéis</i>	484
4.2 <i>Domínio dos Papéis de Gestão</i>	486
4.3 <i>Domínio dos Papéis Profissionais</i>	487
4.4 <i>Conflito de Papéis</i>	490
5. Os impactos da NGP na reconfiguração de papéis	492
5.1 <i>Organização e Administração dos Espaços e Processos Organizacionais</i>	492
5.2 <i>Regulação e Controlo do Trabalho Profissional</i>	493
5.3 <i>Coordenação Inter-Profissional</i>	495
CONCLUSÃO	497
BIBLIOGRAFIA	509

ANEXOS

ANEXO I – Guiões de entrevista

ANEXO II – Ofício a solicitar documentos sobre as instituições

ANEXO III – Quadro síntese das características dos entrevistados

ANEXO IV – Exemplos de entrevistas

ANEXO V – Exemplos da codificação aplicada às entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Princípios de mudança nas organizações públicas segundo Christopher Hood	41
Quadro nº 2	Principais características dos sistemas de saúde existentes	67
Quadro nº 3	As componentes do Trabalho Emocional	156
Quadro nº 4	Diferentes perspectivas sobre a evolução das políticas de saúde	184
Quadro nº 5	Períodos definidos na evolução das políticas de saúde em Portugal	185
Quadro nº 6	Definição do significado atribuído às dimensões, categorias e temas	261
Quadro nº 7	Grau de identificação dos objectivos do CA com critérios económicos	274
Quadro nº 8	Alterações nas estruturas organizacionais dos hospitais	293
Quadro nº 9	Nível de identificação do <i>ethos</i> empresarial como argumento legitimador de mudança	317
Quadro nº 10	Nível de identificação da utilização da flexibilidade funcional como desejável na organização.	322
Quadro nº 11	Percepção do nível de mudanças nas políticas de recursos humanos segundo o tipo de hospital	350
Quadro nº 12	Síntese da análise dos dados relativos à dimensão das reformas organizacionais	354
Quadro nº 13	Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros com funções de gestão no sentido de ‘proteger’ a sua área jurisdicional.	438

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1	Distribuição dos entrevistados por idade e segundo o tipo de hospital	254
Tabela nº 2	Distribuição dos entrevistados por funções que exercem segundo o tipo de hospital	255
Tabela nº 3	Distribuição dos entrevistados segundo as qualificações e por tipo de hospital	256
Tabela nº 4	Distribuição dos entrevistados segundo o sexo e função por tipo de hospital	257

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1	Gestão no contexto hospitalar.	173
Figura nº 2	Modelo Teórico – Relação entre as mudanças nas organizações e instituições hospitalares no contexto das reformas no sector público, e a profissionalização dos profissionais de enfermagem	242
Figura nº 3	Os conceitos de ideologia profissional científica e reflexiva	394

INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, assistimos, nos países desenvolvidos, a profundas reestruturações no sector público, que resultam, essencialmente, da quebra de consensos em redor do papel do Estado nas sociedades contemporâneas. Discutir o papel do Estado, e os modos de organização e funcionamento que devem orientar as instituições que o suportam, tornou-se um tema recorrente no âmbito do debate político e académico. Os argumentos envolvidos nesta discussão são díspares e com características multidimensionais, abrangendo questões de ordem política, ideológica e operacional. Muitos destes argumentos veiculam fortes críticas ao modelo dominante de Estado moderno – o Estado de bem-estar social – convergindo na ideia de que este modelo de organização política, económica e social se encontra em crise. Perante esta representação social, tendencialmente dominante, surgem, em diferentes contextos geográficos, sociais e económicos, propostas de mudança ou de transformação das políticas, estruturas e papéis do Estado, que apresentam semelhanças notórias em relação aos pressupostos e modalidades de implementação em que se apoiam.

Para diagnósticos análogos são apresentadas prescrições normativas análogas, que, partindo de postulados comuns, dão a impressão, pelo menos em termos retóricos, de que os modelos de resposta às diferentes dimensões da crise do Estado são bastante homogêneos. Com efeito, estas propostas parecem configurar uma tentativa de alterar, não só as concepções tradicionais do Estado de bem-estar social, e a sua forma tradicional de organização e gestão (a burocracia), como também as concepções acerca dos profissionais que o servem e do seu trabalho, e até as concepções existentes de investigação e ensino na administração pública, procurando, desta forma, erigir-se como um novo paradigma neste campo (Denhardt, 2000; Hughes, 2003). Tais propostas de substituição paradigmática traduzem-se, essencialmente, na procura da diminuição do peso do Estado na sociedade, através da transferência das políticas e práticas de mercado e da gestão privada para o sector público, tendência habitualmente designada na literatura como a Nova Gestão Pública (NGP) ou *Managerialismo* (Clarke & Newman, 1997; Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000; Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, & Pettigrew, 1996; Hood, 1991; McLaughlin & Osborne, 2002; Meek, 2003; Reed, 2002).

Apesar da discussão respeitante a estes conceitos ter já algum tempo, com início definido na década de 70 do século passado, não foi ainda possível reunir consensos quanto à sua natureza específica, à realidade a que se reportam e às especificidades inerentes a cada um deles. Julgamos, no entanto, ser viável balizar os seus conteúdos de acordo com alguns elementos básicos que o caracterizam: a ideia de competição, a preferência por mecanismos de mercado na escolha social, o primado da orientação do serviço para o consumidor e a apologia do espírito empreendedor.

As instituições de saúde não estão fora desta discussão sobre os processos de reestruturação, surgindo antes, precisamente, como instituições cujo *modus operandi* tem sido dos mais escrutinados, debatidos e criticamente analisados. Tal deve-se ao facto de poucas áreas das políticas públicas possuírem um impacto tão forte na vida e na morte de cada ser humano. As reformas encetadas nos sistemas de saúde, particularmente na Europa, são apresentadas como inevitáveis, sob a argumentação de que é imprescindível aumentar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos sistemas de saúde públicos nacionais.

As diversas iniciativas dominantes na reestruturação dos sistemas de saúde apresentam, no essencial, numerosas áreas de convergência que podem ser claramente enquadradas no âmbito da NGP. Antes de mais, verifica-se uma tendência para a substituição do Estado pelo mercado na regulação e coordenação dos sistemas. São introduzidos mecanismos de orientação para o mercado que tentam promover o aumento da competição interna no sistema, através da concretização de medidas relacionadas com a separação entre financiador e prestador e a introdução de estímulos à contratualização. É possível detectar, neste contexto, um deslocamento nos valores que presidiram à edificação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a saúde a deixar de ser politicamente representada como um bem predominantemente colectivo ou social, para passar a ser perspectivada como um bem susceptível de ser comercializado e transaccionado. Concomitantemente, observam-se tentativas para provocar rupturas na cultura tradicionalmente dominante nas instituições de saúde, a mais evidente das quais talvez seja a que se dirige à reorganização da prestação de serviços e, em certa medida, ao funcionamento das instituições em torno da noção de consumidor.

Este conjunto de iniciativas tem, porém, para a maioria dos autores, o propósito de promover alterações nas formas tradicionais de regulação e controlo dos profissionais do sector público, procurando, simultaneamente, o seu apoio para as mesmas (Dent, 2002, 2005; Dent, Chandler, & Barry, 2004; Exworthy & Halford, 1999; Kirkpatrick, Ackroyd, & Walker, 2005). A forma como as diversas medidas políticas procuram efectivar esta mudança não é unidireccional nem directa. Apoia-se, antes, no desenvolvimento de processos de influência indirecta, essencialmente baseados na crença de que a alteração das modalidades tradicionais de organização e gestão das instituições conduz a mudanças no meio ambiente de trabalho dos profissionais, provocando nestes, correlativamente, ajustamentos e adaptações capazes de originar novas culturas e comportamentos profissionais.

As instituições hospitalares ocupam um lugar central nos diferentes sistemas de saúde e, simultaneamente, constituem-se, também, como as organizações que empregam o maior número de profissionais. Em resultado, tem-se procurado encorajar, nestas instituições, a aplicação de conceitos da gestão privada, que incluem a descentralização, a definição de objectivos

mensuráveis, a avaliação de desempenho e a responsabilização¹. Estas medidas tentam incentivar a criação de uma cultura de gestão em organizações tradicionalmente caracterizadas pelo profissionalismo, com o propósito anunciado de tornar as organizações de saúde mais eficientes e eficazes.

Neste contexto, tem-se vindo a verificar, um pouco por todo o mundo, três tipos distintos de iniciativas (Harding & Preker, 2003): 1) a autonomização, traduzida no aumento da autonomia da gestão organizacional; 2) a empresarialização², expressa na tentativa de transformar as organizações burocráticas do Estado em empresas estatais expostas à pressão dos mercados; 3) a privatização, traduzida no deslocamento de algumas actividades do sector público para o sector privado da economia. O conjunto destas iniciativas assume como objectivo reduzir o controlo directo do Estado sobre os hospitais e expô-los a incentivos de mercado ou quase-mercado. A principal diferença que entre elas pode ser estabelecida é a de que enquanto as duas primeiras implicam a manutenção do estatuto de hospital público, a última traduz o seu afastamento total desse mesmo estatuto.

As mudanças estruturais e processuais que estas iniciativas são susceptíveis de induzir, permitem erigir o sector da saúde, em particular as instituições hospitalares, como um objecto de análise privilegiado no que se refere aos reais e potenciais efeitos que as medidas tomadas sob a égide da NGP provocam nos profissionais e nos seus processos de profissionalização. Estes efeitos só podem ser cabalmente compreendidos se a sua análise for contextualizada no âmbito das reestruturações dos sistemas de saúde, as quais se constituem como o resultado de tentativas de implementação de políticas governamentais, impostas a partir do topo, delineadas com o objectivo de impulsionar a eficiência nos sistemas e nas instituições. Esta imposição não é dirigida às organizações em abstracto, mas, em última instância, aos profissionais. O objectivo estratégico em causa é, no fundo, mudar a sua cultura, atitudes e comportamentos profissionais, processo representado como uma condição básica para o sucesso das reformas, o que se poderá traduzir numa reconfiguração das práticas profissionais tradicionais e do poder e domínio das diferentes profissões de saúde. Importa realçar, porém, que não consideramos os profissionais como meros receptores das mudanças vindas do topo, assumindo, antes, que estes desenvolvem dinâmicas próprias de ajustamento às novas situações, através de processos locais de negociação, que podem influenciar a própria direcção dessas mudanças.

¹ O termo responsabilização surge pela tradução do vocábulo “*accountability*”. Reconhecemos que, apesar do termo conter o essencial do termo anglo-saxónico não expressa a totalidade do seu conteúdo. No entanto, tendo por referência que o próprio conceito de *accountability* é objecto de fortes discussões teóricas (Mulgan, 2000), optámos por utilizar esta tradução querendo com ela significar, de forma mais geral, a ‘responsabilidade’ e a ‘prestação de contas’.

² Este termo é utilizado para traduzir a expressão inglesa *corporatization*. A sua utilização no âmbito das políticas de saúde nos últimos anos em Portugal, confirma a adequabilidade da sua tradução.

Os trabalhos empíricos sobre o impacto das reformas ao nível dos recursos humanos centram-se, maioritariamente, nos profissionais de medicina, grupo dominante no sistema (Currie, 1997; Ferlie et al., 1996; Fitzgerald, 1994; Maddock & Morgan, 1998; Pettigrew, 1992). O objectivo central destas análises é não só o de procurar perceber a forma como os profissionais se têm adaptado às mudanças ocorridas, mas também a possibilidade destas promoverem a reconfiguração das relações com os restantes grupos profissionais, particularmente gestores ou administradores (Ferlie et al., 1996) e enfermeiros (Carpenter, 1993; Walby, Greenwell, Mackay, & Soothill, 1994).

Pelo seu lado, os enfermeiros também têm sido objecto das preocupações da investigação que tem incidido sobre o impacto das reformas no sistema e nas instituições de saúde. Mas, os estudos desenvolvidos são em menor proporção, sobretudo tendo em atenção o facto da enfermagem constituir o grupo profissional com maior dimensão nos diferentes SNS. Tal falta de interesse pode eventualmente ser explicada por vários factores, entre os quais é possível destacar, seguindo Walby et al. (1994) e Witz (1992): as características peculiares da evolução histórica da profissão, as características das relações que a enfermagem tem vindo a estabelecer com a profissão dominante dos médicos e, ainda, o seu elevado índice de feminização.

A constituição maioritariamente feminina da profissão implica alguma reflexão quanto ao vocábulo a utilizar para nomear os seus profissionais: enfermeiras ou enfermeiros? Na realidade, sendo a enfermagem essencialmente constituída por elementos do sexo feminino, e tendo as mulheres historicamente desempenhado um papel fundamental no seu processo de profissionalização, que se prolonga na actualidade, alguns dos trabalhos científicos realizados neste campo, em Portugal, optam por utilizar o feminino na linguagem, referindo-se às enfermeiras (Soares, 1997). Contudo, as regras gramaticais da língua portuguesa determinam que o masculino signifique os dois géneros, pelo que, inevitavelmente, temos de utilizar o vocábulo enfermeiros para designar estes profissionais. Sabemos, no entanto, que, como o tem demonstrado o chamado feminismo cultural, a linguagem não é apenas um vínculo pelo qual as ideias são transmitidas, mas também um código criador de significados (Nogueira, 2001) que contribui fortemente para moldar as práticas e as representações sociais. Se acreditarmos, como as feministas neste grupo, que a interpretação do significado associado ao género na linguagem traduz o seu significado no pensamento social e cultural, estamos conscientes de que corremos o risco de estar a atribuir uma conotação de género à profissão que não tem correspondência na realidade - as mulheres têm tido, de facto, uma importância decisiva para a estruturação da profissão da enfermagem.

A enfermagem constitui, igualmente, um grupo profissional fortemente visado com as alterações e reestruturações ocorridas nas instituições de saúde. A menor importância que lhe tem sido conferida na investigação científica determina, neste contexto, a sua eleição como objecto privilegiado de estudo. Subsistem, todavia, outros factores que concorrem para esta eleição, em

especial: o espaço determinante que este grupo ocupa no funcionamento quotidiano das instituições hospitalares e o facto da enfermagem se apresentar como uma profissão em construção, configurada por fronteiras ocupacionais e jurisdicionais ainda algo fluidas e ambíguas.

Além disso, a enfermagem também não é um grupo homogéneo. A diversidade dos percursos de formação, e dos valores e ideologias profissionais dos enfermeiros, imprime um carácter de alguma heterogeneidade sociológica e epistemológica a este grupo profissional. Por outro lado, não se pode ignorar que as reformas promovidas nos sistemas de saúde se direccionam, maioritariamente, para os níveis da gestão institucional e operacional, pelo que os seus efeitos serão sentidos, de forma mais acutilante e imediata, nos enfermeiros que aí exercem funções, uma vez que é a estes que compete, embora, por vezes, informalmente, a gestão das unidades de saúde pelas quais são responsáveis.

A confluência deste conjunto de razões conduziram-nos a circunscrever o nosso estudo aos enfermeiros que desempenham funções de gestão nas instituições hospitalares. Induziu-nos, também, a formular diversas questões iniciais de investigação que serviram de orientação para a exploração teórica do tema, a resolução dos problemas conceptuais que foram surgindo ao longo deste processo e a definição das estratégias de recolha e tratamento da informação.

Com efeito, procuramos saber, em termos gerais: até que ponto as dinâmicas de reforma nas instituições hospitalares estão a ser sentidas pelos profissionais de enfermagem com funções de gestão? Será possível detectar alterações no *ethos* próprio da profissão? Estarão os valores, as crenças e a cultura profissional a ser alteradas no sentido de uma maior aproximação ao *ethos* da gestão? De que forma os valores, as percepções e modos de trabalhar dos enfermeiros com funções de gestão estão a ser modificadas em linha com as transformações políticas e institucionais verificadas no sector da saúde? Terão estas transformações implicações ao nível dos papéis profissionais desempenhados pelos enfermeiros com funções de gestão? Qual o seu impacto mais geral no poder e domínio sobre os processos de afirmação da profissão?

Na nossa perspectiva, estas questões assumem um particular interesse e uma grande relevância na actualidade, já que poderão constituir-se como um contributo importante para a reflexão sobre a relação entre a NGP e os profissionais, centrando-se num grupo particularmente negligenciado nos estudos existentes e divulgados. Ao nível mais geral, no campo das ciências sociais, o enfoque nas instituições de saúde e, de forma particular, nos profissionais com funções de gestão, surge-nos como um fenómeno pertinente, não só porque o campo da saúde configura o modo de organização do trabalho dominante na sociedade contemporânea, mas também porque as análises centradas nas funções de gestão desempenhadas por profissionais são ainda relativamente escassas na literatura científica.

.....6

Importa ainda realçar que o que pretendemos com este trabalho não é avaliar o impacto das reformas no sector da saúde. Os processos de reforma correspondem a um ciclo de aprendizagem bastante longo. São necessários vários anos de implementação antes de ser possível avaliar verdadeiramente o seu impacto, se é que alguma vez tal seja inteiramente possível, já que nem sempre é teórica e empiricamente viável separar este impacto de outras mudanças que ocorrem, em simultâneo, no mesmo ambiente político, institucional e organizacional. Assim, de acordo com esta ressalva, o que pretendemos é sobretudo tentar compreender e interpretar a forma como as alterações promovidas pela NGP interferem com as dinâmicas organizacionais que estruturam os processos de profissionalização e as práticas profissionais da enfermagem.

Tendo por base o objecto e objectivos específicos enunciados, elegemos uma postura epistemológica de cariz mais qualitativa na abordagem da nossa problemática de investigação. Nesta perspectiva, e no que corresponde à dimensão empírica deste estudo, os processos de recolha de informação, que serviram de suporte às nossas tentativas para encontrar respostas para as questões de investigação formuladas, apoiam-se na realização de entrevistas semi-estruturadas e na análise de conteúdo dos dados obtidos. Julgamos que esta metodologia de análise é a que nos permite uma aproximação mais adequada aos fenómenos em causa, na medida em que está fora do nosso horizonte a determinação, *a priori*, de uma relação directa de causa/efeito conducente ao estabelecimento de leis universais características de um paradigma positivista (Pires, 1997b). Procuramos, assim, situar este estudo a um nível crítico e interpretativo, que não negligencie o contexto e o tempo e que se mostre capaz de evidenciar as contrariedades, dinâmicas, multiplicidades e divergências presentes na realidade social que tentamos apreender.

Para encaminhar a leitura desta realidade, construímos um enquadramento teórico que nos serve de filtro não só para analisar os efeitos das mudanças do papel do Estado na organização e gestão hospitalar, e na construção da profissão de enfermagem (a partir da perspectiva dos profissionais com funções de gestão), mas também como referência central para a elaboração do instrumento de recolha de informação.

Como resultado deste percurso, a apresentação deste trabalho de investigação está organizada em duas partes fundamentais. Da primeira, fazem parte os capítulos que delimitam a discussão teórica e metodológica do objecto de estudo; da segunda, os capítulos que incidem sobre a análise e discussão da informação recolhida, com base nas dimensões analíticas que resultaram da articulação entre o quadro teórico de referência e a componente empírica da investigação.

Decorrente deste alinhamento, e com base na revisão crítica da literatura, apresentam-se na primeira parte, quatro capítulos. O primeiro capítulo é delineado em torno da discussão e reflexão teórica a propósito dos conceitos de *managerialismo* e Nova Gestão Pública, em particular da sua intrusão nos sistemas de saúde Europeus e das suas implicações na reestruturação dos hospitais,

enquanto instituições mediadoras das mudanças que se procuram promover nos profissionais. O segundo capítulo, cobre um conjunto de desenvolvimentos ligados à evolução das concepções e teorias relativas ao conceito de profissão, discutindo-se, de forma mais detalhada, as questões conceptuais ligadas ao processo de profissionalização da enfermagem. Esta discussão é transposta para o terceiro capítulo, onde se analisam as especificidades do contexto nacional. No quarto capítulo, balizam-se as estratégias e opções metodológicas que presidiram à construção do objecto e objectivo do estudo, e enunciam-se as opções tomadas quanto à definição da amostragem qualitativa e às técnicas de recolha e análise da informação.

Na segunda, e última parte deste estudo, analisam-se e discutem-se os dados obtidos, seguindo dois percursos que procuramos articular entre si: confronto destes dados com os resultados de estudos realizados no campo em que se situa o nosso tema de investigação e tentativas de conceptualização e/ou reconceptualização a partir das conclusões induzidas pela análise descritiva dos resultados.

Esta segunda parte integra três capítulos e as conclusões gerais do estudo. Assim, no quinto capítulo é apresentada a análise referente às dinâmicas das reformas ao nível organizacional. No sexto capítulo, discutem-se os principais resultados obtidos com a análise do discurso dos actores sobre a concepção das profissões de enfermagem (valores e ideologia profissional). O sétimo capítulo incide sobre os papéis profissionais e de gestão tal como são significados pelos actores que participam no estudo. Finalmente, apresentam-se as principais conclusões gerais nelas incluindo propostas para o desenvolvimento de futuras investigações no campo da saúde, em particular no que concerne à relação entre a NGP, as instituições e os processos de profissionalização.

PRIMEIRA PARTE

A NOVA GESTÃO PÚBLICA, AS REFORMAS DA SAÚDE E OS PROFISSIONAIS



CAPÍTULO 1

NOVAS FORMAS DE INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SECTOR PÚBLICO, A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS SISTEMAS DE SAÚDE



NOVAS FORMAS DE INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SECTOR PÚBLICO, A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS SISTEMAS DE SAÚDE

As reformas do sector público de saúde têm sido uma constante em todos os países desenvolvidos ao longo das últimas três décadas. De acordo com vários graus de intensidade, é comum às políticas públicas que sustentam estas reformas, insistirem na reestruturação profunda dos sistemas de saúde e das formas de governo e gestão das instituições hospitalares, com o objectivo declarado de introduzir mais eficiência, mais qualidade e de diminuir, sensivelmente, os custos de funcionamento dos hospitais. Provavelmente, seguindo o raciocínio de Maassen (2003), para o caso do ensino superior, também na saúde é esperado que as mudanças introduzidas no funcionamento dos hospitais alterem as condições de recepção e de resposta às novas reformas, em particular no que se refere às práticas, à cultura profissional e aos papéis desempenhados pelos profissionais.

Estas mudanças não são, no entanto, um fenómeno que possa ser objecto de uma análise linear. Dizendo de outra forma, nem as instituições hospitalares são uma simples caixa de ressonância dos processos políticos e macroeconómicos que sustentam as reformas, nem as eventuais mudanças nos profissionais constituem um puro reflexo das reestruturações internas nas instituições. Aos vários níveis institucionais de implementação e de recepção das políticas públicas, dirigidas ao sector da saúde (como a outros sectores), estabelecem-se negociações, produzem-se consensos, desenvolvem-se conflitos e conjugam-se interesses que, frequentemente, produzem efeitos não esperados pelos actores governamentais e institucionais. A compreensão deste conjunto de questões, pressupõe, assim, a apreensão e explanação do jogo complexo e dinâmico entre diferentes factores externos e internos presentes nessas tentativas.

Apesar desta perspectiva, assumimos a posição de que, para analisar as alterações implementadas ao nível institucional, é imprescindível tentar compreender primeiro a globalidade dos contextos mais gerais do seu emolduramento, em referência ao ambiente que se tem vindo a verificar de ruptura de consensos em redor do papel de intervenção do Estado nas sociedades desenvolvidas, em particular nos sectores sociais.

Partimos do princípio que as alterações propostas ao nível da organização e gestão das instituições públicas não representam apenas uma mera alteração estratégica na forma e nos estilos de gestão, mas corporizam também uma mudança mais profunda na concepção socialmente dominante do Estado, dos seus papéis institucionais e da relação que deve estabelecer com a economia, as instituições, a sociedade e os próprios cidadãos.

Desta forma, iniciamos a nossa reflexão, precisamente, com a análise da evolução do papel do Estado nas sociedades desenvolvidas, para, em seguida, debatermos o contexto e os argumentos que estruturam as reformas encetadas. É com base nesta análise que ensaiamos uma

contextualização das mudanças verificadas nos últimos anos nos sistemas de saúde em alguns países da Europa. Procuramos, em seguida, expor e analisar, de uma forma mais pormenorizada, as potenciais implicações das mudanças institucionais e organizacionais, decorrentes destas reformas nas profissões e nas práticas profissionais, temática em que o nosso estudo se enquadra.

1. O Enquadramento Tradicional do Estado

A reflexão que propomos, sobre a evolução do papel do Estado na estruturação das sociedades, baseia-se numa perspectiva analítica e diacrónica, que tem como objectivo tão só contextualizar o desenvolvimento das concepções dominantes acerca dos sistemas de serviço público, enquanto parte integrante do sistema social mais vasto em que se inserem.

Partimos do princípio que os contornos institucionais e organizacionais que os sistemas de serviço público assumem não surgem num vazio, mas num dado contexto histórico-social que os influenciam directamente. Só tendo por referência este contexto será possível compreender o quadro actual das mudanças que ocorrem nestes sistemas (Ackroyd, 1995; Hood, 1998).

A natureza dos serviços públicos, e das próprias teorias e pesquisas que os têm eleito como objecto de estudo, passaram por diversas fases historicamente identificáveis. Baseando-se no caso do Reino Unido, Osborne e McLaughlin (2002) identificam quatro estádios distintos de desenvolvimento dos serviços, que correspondem a outras tantas formas de organização e intervenção do Estado: “Estado minimalista”, “Parceria desigual”, “Estado Providência” e “Estado plural”³. Apesar das especificidades inerentes ao caso inglês, das quais se destaca o facto de se tratar do exemplo mais antigo de capitalismo industrial, e da sua economia ser tradicionalmente liberal, pouco regulada pelo Estado (Ackroyd, 1995), a conceptualização destes estádios, enquanto tipos-ideais, permite a sua aplicação a realidades distintas. Caracterizamos a seguir, de forma sumária, os três primeiros estádios, detendo-nos mais pormenorizadamente no “Estado Providência”, para mais à frente no estudo nos debruçarmos sobre o “Estado plural”.

O período do “Estado minimalista” é o que caracteriza o final do séc. XIX. Neste período, a intervenção do Estado na sociedade era mínima e a grande maioria do que são hoje os serviços públicos estava localizada nos sectores de caridade ou nos sectores privados (Osborne & McLaughlin, 2002). A legitimidade do Estado baseava-se no monopólio do uso da força física. A prestação de serviços, embora escassa e precária, era efectuada, essencialmente, no contexto local, caracterizando-se o Estado central pela sua política de *laissez-faire*, com pouca ou nenhuma envolvência na prestação de serviços sociais (Ackroyd, 1995). Nesta primeira fase, os políticos

³ O estado plural é identificado pelos autores com a Nova Gestão Pública, pelo que a sua análise será efectuada, de forma detalhada, mais à frente.

locais possuíam um controlo total sobre a distribuição de serviços, estando o conhecimento tecnológico e profissional a ele submetido⁴.

O segundo período, designado por “parceria desigual”, identifica-se com o início do séc. XX e com a circunstância de se assistir à substituição ideológica do conservadorismo tradicional pelo social reformismo. Esta mudança ideológica traduz-se, por um lado, na ideia de que os problemas económicos e sociais não se circunscrevem ao foro individual e, por outro, no princípio de que deve caber ao Estado o papel legítimo de providenciar pelo menos alguns serviços públicos e, não tendo capacidade para o fazer, estabelecer parcerias com as instituições privadas e de caridade (Osborne & McLaughlin, 2002).

O período do “Estado Providência” é circunscrito por Osborne e McLaughlin (2002) ao tempo que medeia entre 1945 a 1980. Dada a circunstância de se ter verificado alguma ineficiência e duplicação de recursos, acredita-se, agora, que deve ser o Estado a garantir as respostas para todas as necessidades dos cidadãos. Nesta nova fase, a soberania do Estado deixa de estar limitada ao monopólio do uso da força, estendendo-se também às funções de bem-estar social, como a segurança social, a educação, o fornecimento de infra-estruturas adequadas, entre outras. O governo central passa, assim, a desenvolver, de forma crescente, o papel de administração dos serviços públicos (Ackroyd, 1995).

Boaventura de Sousa Santos define Estado Providência como a forma política dominante nos países centrais, na fase de “capitalismo organizado”, caracterizado por quatro pilares:

Um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objectivo fundamental de compatibilizar capitalismo e democracia; uma relação sustentada, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimento e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos de benevolência estatal (Santos, 1993, p.43,44).

Nesta estrutura administrativa, identificada com a burocracia estatal, o papel dos profissionais tem-se demonstrado essencial. Durante este período, emergem grupos extremamente motivados, e com formação avançada de profissionais de serviço público, que começam, gradualmente, a tomar no dia-a-dia grande parte do controlo sobre as estruturas e os processos de decisão, antes pertencente aos políticos locais. Aliás, tal como, de certa forma, Weber o previu, ao ligar a emergência da burocracia ao domínio do conhecimento especializado e, por esta via, à afirmação do poder de profissionais nas várias áreas de intervenção do Estado (Giddens, 2000; Weber, 1999, 2003).

Esta fase é designada por Stephen Ackroyd (1995) por modo de distribuição de cooperação com os produtores, uma vez que eram os produtores dos serviços quem definia e controlava o tipo

⁴ Este peso e importância dos políticos locais não é comum a todos os países desenvolvidos.

de serviços públicos que eram fornecidos, embora no seio de constrangimentos legais, o que constituiu, segundo o autor, um dos factores determinantes no sucesso do Estado Providência. O controlo das organizações públicas por parte destes profissionais decorria de dois factores fundamentais: os mais velhos detinham autoridade sobre os mais jovens, impondo uma determinada forma de operacionalizar as práticas, e as actividades de gestão eram desenvolvidas como uma extensão do envolvimento profissional na distribuição de serviços (Ackroyd, 1995).

O surgimento do “Estado Providência” é circunscrito pelo contexto específico do pós-guerra e pela decorrente necessidade de um forte envolvimento do Estado na economia e na indústria para permitir a reconstrução do Estado-nação, por um lado e, por outro, da necessidade de se envolver na gestão de conflitos e concertações entre classes e grupos sociais para minimizar as desigualdades sociais decorrentes do modo de produção capitalista dominante (Santos, 2002).

Não obstante algumas componentes dos sistemas de segurança social, saúde e educação terem sido desenvolvidos antes, embora de uma forma distinta, uma vez que não eram universais, é o contexto do pós-guerra que permite que o seu surgimento seja aceite por todos e que se estabeleça um consenso generalizado acerca do papel do Estado (apesar de não ter sido aceite de forma unânime e sem reservas) (Common, Flynn, & Mellon, 1993). Este consenso devia-se, em parte, ao clima ideológico dominante assente nas ideias Keynesianas de que as despesas públicas deviam ser interpretadas como um investimento colectivo.

A construção organizacional do Estado Providência foi sendo estruturada através de dois modos de coordenação: a administração burocrática, que prometia um tratamento justo e uniforme, e o profissionalismo, que prometia um serviço desinteressado, porque sustentado no conhecimento especializado (Clarke & Newman, 1997). A eleição destas formas de funcionamento como suporte do Estado Providência, resultam, essencialmente, da influência dos princípios teóricos defendidos por Max Weber, Woodrow Wilson e Frederick Taylor, que constituíram o suporte ideológico da organização das instituições do Estado desde o Séc. XIX. (Taylor, 1911; Weber, 1999; Wilson, 1887).

Baseando-se no conceito de autoridade legal-racional, Max Weber (2003) constrói o tipo-ideal de burocracia, baseado, fundamentalmente, nos seguintes princípios teóricos: a hierarquia, que traduz a existência de uma divisão hierárquica do trabalho, onde cada funcionário tem uma competência definida e é responsável pelo seu cumprimento perante um superior; a continuidade, traduzida por uma ocupação remunerada, a tempo inteiro, apoiada numa estrutura de carreira com garantias de promoção; a impessoalidade, baseada em procedimentos e regras escritas e prescritas e na competência, no mérito e na formação, os funcionários devem ser seleccionados segundo as suas competências e qualificações (Weber, 2003). Com base nestes princípios, Max Weber acreditava que a burocracia constituía a resposta mais eficiente e inevitável aos problemas criados pelo

desenvolvimento do sistema capitalista (Giddens, 2000). A burocracia é uma consequência deste desenvolvimento, dele alimentando-se, mas, simultaneamente, também lhe oferecendo o suporte organizacional de que necessitava para se disciplinar e tornar mais eficiente (Giddens, 2000).

A burocracia procurava materializar-se, desta forma, num sistema de administração, baseado na execução contínua e especializada de actividades e tarefas asseguradas por profissionais formalmente qualificados e certificados para o exercício de funções públicas específicas. A aplicação destes princípios dá origem à emergência de um modelo de organização impessoal e racional, o que assegura que, perante a mesma situação, surja sempre o mesmo tipo de resposta, ou seja, constitui o garante da igualdade de tratamento. A grande atractividade da burocracia para o Estado Providência residia, precisamente, nesta promessa de ser social, política e pessoalmente neutra (Clarke & Newman, 1997).

Woodrow Wilson apoiava a existência de uma clara separação entre a política e a administração. A administração referia-se apenas à coordenação e execução do programa político, ou melhor dizendo, a administração pública deveria ser entendida como um conjunto de serviços públicos destinados a transformar o programa político em directivas a serem executadas na linha da frente de uma organização. Enquanto os assuntos políticos deveriam ser tratados pelos políticos, os assuntos administrativos seriam executados pelos profissionais que faziam parte da instituição (Wilson, 1887). A administração deveria ser anónima e neutra, isto é, não deveria estar associada à decisão política ou a nenhum político. Em troca da prestação impessoal e objectiva destes serviços, os funcionários beneficiavam da protecção em relação ao mercado e da segurança de emprego, o que garantiria a estabilidade perante as mudanças ao nível político. É precisamente a Woodrow Wilson (1887), e à sua teorização sobre esta separação, que se atribui a possibilidade do entendimento da administração pública enquanto campo autónomo de estudo.

Por último, Frederick Taylor (1911), através da teoria da gestão científica, contribui também para a edificação plena dos princípios organizacionais do Estado, uma vez que lhe acrescenta a ideia de padronização dos procedimentos, com base no “*one best way*”, e as propostas sobre a divisão social do trabalho, centradas na especialização das tarefas.

O Estado Providência emerge, assim, de iniciativas políticas dirigidas à prestação igualitária de serviços, e objectiva-se no surgimento de instituições que controlam as actividades sociais através dos profissionais públicos. Estes estão submetidos à dependência do Estado, mas organizam-se nas profissões tradicionais, apoiando-se em princípios que enfatizam o controlo sobre a entrada na profissão, a participação efectiva na definição das necessidades dos serviços e a auto-regulação (Webb, 1999). É esta centralidade dos profissionais que, aos olhos de Mintzberg, representa o elemento central e mais estruturante do funcionamento de algumas instituições –

hospitais e universidades – que o autor caracteriza sob a designação de burocracias profissionais (Mintzberg, 1996).

A combinação do Taylorismo/Fordismo, e dos regimes burocrático-profissionais de regulação e controlo, com os princípios keynesianos de organização da economia, incluindo a assunção da importância do papel do Estado na correcção das falhas do mercado, constituem a base de sustentação do Estado Providência. De alguma forma, é também na combinação destas propostas que assenta o modelo de planeamento e controlo racional, que, de acordo com van Vught (1997), até ao início dos anos oitenta, serviu de principal quadro de referência para a definição dos papéis e do tipo de intervenção do Estado na formulação e implementação das políticas públicas e na estruturação das instituições.

Os profissionais desempenharam, então, um papel importante na edificação do Estado Providência, e a sua autonomia e independência era não só aceite como desejada, sendo as relações que estabeleciam com o Estado edificadas numa base clara de confiança. Esta situação decorria da indeterminação do mundo social e da necessidade da intervenção de juízos especializados na resolução dos problemas sociais, juízos esses confiáveis porque estavam sustentados num ‘ethos’ profissional.

O profissionalismo traduz, simultaneamente, uma estratégia ocupacional, definindo a entrada na profissão e a negociação do poder e de recompensas ligadas ao conhecimento (Webb, 1999), e uma estratégia organizacional, que estabelece as atribuições de poder em volta das quais as organizações são coordenadas (Clarke & Newman, 1997).

A burocracia profissional, que não era apenas dominante nas diferentes sociedades desenvolvidas, mas que reunia, igualmente, um consenso generalizado em seu redor, começa a ser fortemente questionada e claramente posta em causa a partir da década de 1970. Estas tendências iniciais agravam-se a partir de 1980 e 1990, assistindo-se, então ao que pode ser considerado como um ‘verdadeiro ataque’ ao modelo dominante de Estado Providência, e que conduz autores, como Owen Hughes, a afirmar que este período assistiu a mudanças mais profundas no sector público do que qualquer outro período no Séc. XX (Hughes, 2003).

Procuramos, em seguida, reflectir sobre as razões que conduziram diferentes governos a introduzir reformas e medidas de reestruturação na administração pública, com o objectivo declarado de alterar as formas de organização e gestão dominantes, até então, e aceites como legítimas.

1.1 O Contexto de Ruptura de Consensos

As razões invocadas para a quebra de consensos em redor do papel do Estado nas sociedades desenvolvidas, e da sua forma dominante de organização administrativa, são diversas e

distintas. Tentamos identificá-las a seguir, mas sempre conscientes de que este processo suscita algumas dificuldades de ordem teórica, se atendermos à existência de uma relação dialéctica que determina a imbricação de umas nas outras, por um lado e, por outro, à possibilidade de algumas destas razões poderem ser simultaneamente classificadas como causa e consequência.

1.1.1 O Contexto Económico e Social

É comumente aceite por diferentes autores que as diversas iniciativas de reestruturação do sector público, levadas a cabo com o objectivo assumido de alterar o modelo dominante de organização e funcionamento das instituições públicas, emergem num contexto global de profundas mudanças económicas (Flynn, 1999; Hughes, 2003; Kirkpatrick, Ackroyd, & Walker, 2005; Pollitt & Boukaert, 2000). Na maioria dos países desenvolvidos, estas iniciativas surgiram, precisamente, numa altura em que a despesa pública ia crescendo a uma taxa superior à do crescimento económico.

Um primeiro marco impossível de contornar, a este nível, terá sido, sem dúvida, o choque gerado pela crise do petróleo. O aumento extraordinário do seu preço deu origem, na década de 1970, a uma recessão económica. Associada a esta recessão, assiste-se a uma expansão da procura de determinados serviços públicos e à incapacidade dos governos em gerar receitas através do aumento dos impostos, incapacidade essa decorrente, essencialmente, da elevação das taxas de desemprego e da evolução negativa da demografia.

A confluência destes factores dá origem ao que alguns autores designam por crise fiscal do Estado (O'Connor, 1973). É esta crise que sustenta argumentos ideológicos assentes na tese de que o Estado é demasiado pesado e consumidor de recursos em excesso, porque está envolvido em diversas actividades para as quais é possível perspectivar formas alternativas de prestação de serviços. Esta argumentação está na base do nascimento de uma verdadeira onda de privatizações na globalidade dos países desenvolvidos (Hughes, 2003).

Embora a situação económica constitua um factor de extrema relevância para a interpretação dos problemas com que o Estado actualmente se confronta, esta asserção não pode ser erigida como elemento explicativo único. Tal como salienta Norma Flynn (2002), as condições macro-económicas não geram respostas políticas automáticas. De facto, como demonstrou Christopher Hood (1995), os governos que operam em diferentes ambientes macro-económicos podem adoptar medidas semelhantes por razões distintas. Em última análise as decisões são sempre o resultado de escolhas políticas (Flynn, 2002).

Por outro lado, alguns autores (Clarke & Newman, 1997; Kirkpatrick et al., 2005; Pollitt & Boukaert, 2000; Santos & Ferreira, 2001) defendem que o contexto de liberalização dos mercados mundiais, fenómeno, como se sabe, quase consensualmente designado por globalização, também

tem contribuído com um grande peso para a crise do Estado. Na verdade, os processos tecnológicos e económicos da globalização têm vindo a assumir uma importância fundamental na elaboração dos diagnósticos e prescrições adoptadas pelos diferentes governos para a tentar ultrapassar. Parece inegável que a pressão para a mudança provém, igualmente, desses processos. É o estabelecimento de uma política económica e social global que determina alguma perda de autonomia do Estado-nação, e a quase inevitabilidade da adopção de determinadas medidas restritivas: “A globalização dos mercados de capitais e a expansão do comércio internacional reduziram o espaço de manobra do Estado-nação” (Kirkpatrick et al., 2005, p. 13). O aumento do peso das instituições internacionais, incluindo as organizações supranacionais, na definição das políticas macroeconómicas determinou que os governos passassem a ter menos liberdade de actuação em termos de política macroeconómica, especialmente no que concerne ao aumento das receitas públicas através da tributação fiscal (Santos & Ferreira, 2001; Santos, 1993; Stiglitz, 2002).

Em função desta influência mais ou menos directa da globalização, observa-se uma mudança radical no papel do Estado-nação, visível na concentração dos interesses nacionais, ao nível das políticas de oferta económica e tecnológica, na enfatização da competitividade nacional, na redução da despesa pública e nas tentativas obsessivas para melhorar a eficiência (de Vries, 2001).

Não obstante esta influência global, a anunciada crise do Estado Providência centra-se, para alguns, tão só e apenas, no contexto específico da transição para uma sociedade pós-industrial, sustentada na crise da racionalidade inerente ao capitalismo desenvolvido. Lash e Urry (1992), sugerem, por exemplo, que entramos numa era de ‘capitalismo desorganizado’ em que o sistema ‘fordista’ de produção e consumo em massa se fracturou e dispersou. Também Boaventura Sousa Santos (1990, 1993) utiliza o mesmo conceito para descrever o período actual (com início na década de 1960), que se caracteriza pelo colapso de formas de organização que tinham dominado no período anterior de “capitalismo organizado” e por um retorno a algumas formas de capitalismo liberal. Este período é ainda caracterizado, pelo mesmo autor, pelo facto do princípio de mercado ter adquirido uma pujança sem precedentes, extravasando o económico e tentando colonizar tanto o princípio do Estado como o da comunidade.

Lash e Urry (1992) argumentam, ainda, que as tendências económicas para a flexibilização da organização do trabalho têm um paralelo nas transformações sociais, culturais e políticas, no decurso das quais as tradicionais fronteiras entre classes e identidades se foram esfumando. Os grupos profissionais e de gestão, de acordo com estes autores, ocupam uma posição central nestas transformações, cuja concretização depende muito do seu empenhamento na implementação das reformas.

O processo de passagem do *'fordismo'* para o *'pós-fordismo'* é representado como a transição de um sistema de produção característico do período do pós-guerra, ou seja, de um sistema baseado na produção em massa, apoiado no triângulo empresas de grandes dimensões, economia e gestão de base Keynesiana e o Estado Providência, para um sistema de produção baseado, agora, na indústria dos serviços e caracterizado pela flexibilidade do mercado e da força de trabalho e pela emergência de mercados altamente diferenciados de consumos.

De acordo com estas mudanças, ou em paralelo com elas, a forma e o conteúdo das políticas sociais foram-se alterando, dando origem à germinação de um Estado Providência de tipo *"pós-fordista"*. Os processos sociais e económicos, que se desenvolvem neste tipo de reconfiguração do Estado, passam a ser muito similares aos verificados no contexto da economia em geral. Melhor dizendo, desenvolvem-se processos de descentralização e de flexibilização e procede-se à passagem de formas de prestação de serviços universalistas e colectivas para novas formas caracterizadas por serviços mais variados, orientados para mercados mais específicos e residuais, e distribuídos através de uma variedade crescente de organizações. Assim, a recomposição e redefinição do sector público é justificada com base na inevitabilidade desta passagem (Flynn, 1999).

1.1.2 O Contexto de Perda de Legitimidade das Organizações Profissionais

Parece claro, pelo menos em parte, que a reformulação das políticas e a reestruturação das instituições públicas tiveram a sua génese na necessidade afirmada dos governos em encontrarem respostas para a crise económica e fiscal. Tal não constitui, como realçamos anteriormente, uma explicação única, e não deve ser, assim, sobrevalorizada. Embora se observe alguma tendência em diferentes autores para fazerem coincidir o surgimento destas alterações com questões pragmáticas (Hughes, 2003; Pollitt, 2003a), outros consideram, no entanto, que não é possível apreender a globalidade deste fenómeno se nos acantonarmos em interpretações lineares e não questionarmos o próprio sistema ideológico dominante que configura as opções tomadas para despoletar as mudanças introduzidas no sector público nas últimas duas décadas (Clarke & Newman, 1997; Ferlie, et al., 1996; Flynn, 2002; Reed, 2002).

É neste contexto, mais ideológico do que pragmático, que surge a quebra da legitimidade das organizações burocrático-profissionais (Clarke & Newman, 1997). As reformas políticas e organizacionais desenvolvidas no sector público são, simultaneamente, causa e consequência da forma como estas organizações começam a perder algum do consenso que haviam alcançado desde o final da IIª Guerra Mundial.

O processo ideológico que rompe o apoio geral a estas instituições, as torna frequentemente objecto de crítica e aumenta as exigências de reformas, é designado por alguns autores como um

processo de ‘desinstitucionalização’ (Oliver, 1992). Estabelece-se, na sociedade em geral, um ambiente ideológico que coloca em causa a pertinência destas organizações, visível, frequentemente, na confluência de posição de práticos, académicos e políticos a propósito de fortes críticas endereçadas às organizações burocráticas e profissionais.

A burocracia, enquanto forma ideal de organização, sempre foi objecto de discussão e crítica. Diversos autores destacam a ênfase exagerada que Max Weber colocou na racionalidade formal, aceitando-se hoje, unanimemente, que só é possível compreender as organizações na sua globalidade se procurarmos analisar, em simultâneo, os aspectos formais e informais que as estruturam (Crozier, 1964; Giddens, 1992; Morgan, 1986). A argumentação estende-se também à defesa da sua superioridade técnica. Assumir que este tipo de organização é mais eficiente, implica uma sobrevalorização dos meios em relação aos fins.

É importante realçar, no entanto, que, com alguma frequência, estas críticas à teoria burocrática de Weber resultam, essencialmente, da sua apropriação subsequente. Esta ideia é, aliás, claramente expressa por Martin Albrow ao argumentar que a impessoalidade da burocracia de Weber é determinada pela definição cultural do trabalho da burocracia no seu tempo, e não na sua análise sociológica, e que o uso posterior da sua ideia de burocracia, como modelo racional de organização, negligencia a localização desta ideia na teoria mais geral da relação social e ordem do autor, com a sua ênfase especial no carisma e na disciplina (Albrow, 1992).

As críticas à teoria burocrática têm sido extremamente exacerbadas desde o início da década de 1980, sustentadas, em grande parte, na ideia da inevitabilidade da mudança, na certeza de que a burocracia do Estado, com a sua tendência para a definição e imposição das necessidades públicas, rigidez organizacional, falta de responsabilização (ausência de prestação de contas), tomada de decisão centralizada e concentração do poder profissional, tem os dias contados (Ackroyd, 1995; Hood, 1991; Pollitt, 2003a).

As críticas dos académicos dividem-se em aspectos ligados à burocracia, aos profissionais e às mudanças sociais. Particularmente incisivas em relação à primeira são as posições feministas, para as quais as organizações burocráticas constituem verdadeiros bastiões dos privilégios masculinos e do domínio das relações patriarcais (Hearn, 1993; Witz & Savage, 1992). De facto, considera-se que o desenvolvimento do Estado Providência se centrava em torno de três conceitos centrais interrelacionados entre eles: família, nação e trabalho (Clarke & Newman, 1997). O sustentáculo do Estado Providência era a população activa e a noção tradicional de família, baseada na relação patriarcal, onde imperava uma divisão ‘natural’ do trabalho que, mantendo a mulher confinada ao domínio do privado, permitia a manutenção do emprego masculino (Witz & Savage, 1992).

Entre essas críticas destacam-se igualmente as formuladas por Rosabeth Kanter (1993), Kathy Ferguson (1984) e Rosemary Pringle (1989). Todas parecem concordar na ideia de que as organizações burocráticas modernas se edificaram em torno do trabalho pouco remunerado das mulheres e, simultaneamente, contribuíram para as categorizar como trabalhadoras subordinadas aos homens.

Outro alvo crescente de críticas são os profissionais, dos quais se afirma que possuem demasiado poder e que em vez de servirem as instituições públicas se servem delas (Wilding, 1982). Stephen Ackroyd (1995), por exemplo, contesta a excessiva importância que os profissionais assumiram em relação às funções de gestão. Salienta que, apesar das organizações profissionais do Estado Providência terem possibilitado a prestação de excelentes serviços, com níveis elevados de qualidade e auto-estima profissional, estimulando a inovação e a mudança (que eram disseminadas com alguma dificuldade), deixavam as necessidades da prestação dos serviços públicos exclusivamente aos critérios desse julgamento, o que resultou numa subvalorização dos custos. As decisões raramente davam prioridade aos custos, o que fazia aumentar o controlo sobre as instituições públicas e, desta forma, também os procedimentos burocráticos:

Apesar dos profissionais serem gestores no sentido em que dedicavam muito do seu tempo a questões organizacionais e estavam geralmente interessados no desempenho, estavam igualmente, se não mais, interessados em manter os tipos e padrões habituais de prestação de serviços. A sua política restringia-se muitas vezes ao mínimo necessário para manter a prestação existente (Ackroyd, 1995, p. 29).

É no âmbito do quadro de referência constituído por este conjunto de aspectos, que configuram o que, eventualmente, pode ser definido como um fenómeno corporativista, que o autor argumenta sobre a existência de uma gestão de custódia durante este período. Também salienta a existência de elementos coercivos nos serviços públicos, já que o sistema de prestação dominante, e centralmente direccionado, ignora o ponto de vista ou a perspectiva do cidadão (Ackroyd, 1995).

Acrescem a estas críticas outros factores que colocam em causa a tradicional confiança nos profissionais. Verifica-se, desde logo, uma certa descrença no domínio e na legitimidade da ciência, que faz com que as opiniões dos profissionais não sejam mais aceites sem serem questionadas. Nos meios de comunicação social enfatizam-se os escândalos com notícias de fraudes, em proveito próprio, por parte de alguns profissionais, e também de falhas de desempenho e de más práticas, particularmente relevantes no caso da saúde. A capacidade de auto-regulação dos profissionais acaba, assim, por ser fortemente questionada na arena pública. Manifestam-se dúvidas quanto à sua responsabilização e à confiança que lhes é depositada para desempenhar as suas funções, sem qualquer tipo de controlo externo. Além disso, o simples facto dos níveis educacionais terem, em média, aumentado substancialmente nas populações fez também surgir

uma série de movimentos que colocam em causa a supremacia unilateral das instituições e dos seus profissionais.

Em suma, este ambiente geral que se foi criando em torno da acção do Estado Providência acaba por fazer diminuir o apoio público e político que, tradicionalmente, era conferido aos profissionais. Simultaneamente, os argumentos baseados no contexto dominante de restrições económicas parecem beneficiar claramente deste questionamento público dos profissionais e dos seus modos de organização.

Sem grandes surpresas, tudo isto teve alguma influência nas políticas, sobretudo no que se refere às políticas neoliberais (...) As profissões foram eleitas, com sucesso, como as vilãs, como “parte do problema” e desta forma como o alvo privilegiado de qualquer reforma subsequente (Kirkpatrick, et al., 2005, p. 55).

Um factor que parece ter surgido como fundamental para a consolidação da crise foi, precisamente, o seu ‘aproveitamento’ pelos políticos neoliberais. No caso inglês, por exemplo, através de um conjunto de estratégias discursivas comuns, o ‘*New Right*’ propõe uma agenda política de mudança transformacional que alia a reinvenção do governo à reavaliação das formas de organização. A crise do Estado Providência é transformada pelo ‘*New Right*’ na crise dos seus regimes organizacionais (Clarke & Newman, 1997).

Diferentes autores criticam o facto das organizações profissionais não se mostrarem capazes de romper com o estabelecido e, desta forma, perpetuarem, agravando, as diferenças sociais existentes na sociedade. Ou seja, para estes autores, os profissionais produzem e reproduzem as relações de poder e de desigualdade dominantes na sociedade em geral (Clarke & Newman, 1997; Kirkpatrick, et al., 2005). Os profissionais de saúde são particularmente visados nestas críticas. Por exemplo, em termos da sua actuação em relação a grupos sociais minoritários e segregados, alguns autores (Dominelli, 1997; Hugman, 1994) consideram mesmo que estes profissionais ignoram problemas de discriminação racial ou até que não dão a devida atenção aos deficientes.

Tais críticas impedem que a burocracia seja reconhecida como uma forma de organização não homogénea e, que, simultaneamente, alguns dos seus aspectos positivos sejam esquecidos, os quais permitiram que este regime se tenha tornado numa das formas organizacionais mais populares, não só no sector público, mas também no sector privado (Pollitt, 2003a). Na mesma linha de pensamento, du Gay (2000) realça os aspectos positivos da organização burocrática e os perigos da sua morte anunciada. Para este autor, os critérios que conduziram ao seu surgimento mantêm-se hoje, tais como a necessidade de existirem competências especializadas, estatutos definidos e independência dos profissionais, tendo em vista oferecer conselhos justos e independentes acerca da formulação e implementação dos objectivos públicos (du Gay, 2000).

Por outro lado, é necessário não esquecer que o próprio desenvolvimento da burocracia potenciou as críticas que conduzem à aceitação da sua substituição. Como argumenta Stephen Ackroyd (1995), o paradoxo das organizações públicas reside, precisamente, no facto da sua eficiência constituir a base do seu fracasso. Melhor dizendo, o sucesso e a eficiência das organizações do Estado Providência são a principal razão da sua 'crise', porque aumentaram as expectativas e a pressão para a crescente prestação de melhores serviços.

1.1.3 O Contexto Teórico-Científico

A base ideológica do surgimento das críticas e das medidas de reestruturação do Estado Providência e do seu suporte administrativo passa, também, pelo peso crescente de um conjunto de teorias económicas, integradas no novo institucionalismo económico (teoria da escolha pública, teoria do agente principal e a teoria da transacção de custos), ao nível da formulação e implementação das diferentes políticas governamentais (Boston, Martin, Pallott, & Walsh, 1996; Friedman & Friedman, 1980; Walsh, 1995).

Para os ideólogos e teóricos destas novas abordagens económicas, o intervencionismo do Estado na sociedade seria o principal obstáculo ao crescimento económico e à obtenção da eficiência social. Só com menos Estado e menos governo seria possível aumentar a eficiência económica e, por esta via, o bem-estar social. O principal axioma comum a estas teorias é o de que não deve ser o Estado, através da pesada burocracia, a forçar determinados comportamentos, mas antes a escolha livre do mercado que os deve induzir (Friedman & Friedman, 1980). Ou seja, o crescimento económico e a eficiência podem ser concretizados desde que se verifique a premissa de menos Estado e mais mercado.

A crítica endereçada por estes grupos às organizações públicas prende-se com os valores que lhe são subjacentes. Defendem, essencialmente, valores neoliberais, e consideram que os custos associados ao monopólio do Estado são elevados e sarceiam a escolha individual. A distribuição de serviços por organizações do Estado será sempre, na sua perspectiva, ineficiente, dada a tendência dos administradores e profissionais para procurarem servir o seu próprio interesse, e a ausência de accionistas capazes de pressionar a gestão para obter o lucro. Os profissionais são particularmente criticáveis pelo facto de não incentivarem a responsabilização e de antes promoverem a sua dependência do Estado. Com base neste pressuposto, por exemplo, a teoria do agente principal sustenta a necessidade de encontrar esquemas de incentivos que permitam garantir que os objectivos dos gestores (agentes) vão de encontro aos interesses dos financiadores (principais) (Feldman & Khademian, 2002; Vickers & Yarrow, 1988). Daí a imprescindibilidade da redacção de contratos onde se estipule claramente os direitos e obrigações de cada um.

Estes aspectos comuns não invalidam as notórias diferenças entre estas teorias que importa realçar. Embora a análise detalhada destas teorias económicas não se enquadre no âmbito deste trabalho, não podemos deixar de referenciar as principais particularidades de cada uma.

A teoria da escolha pública surge como uma proposta de abordagem que parte da análise dos processos políticos de tomada de decisão colectiva com base em conceitos da economia. Propõe, desta forma, estabelecer uma ligação entre a economia e a política, apoiando-se em três princípios fundamentais. O primeiro, encontra a sua génese no postulado do individualismo metodológico, isto é, assume-se como ponto de partida que os colectivos não formam unidades de decisão autónoma toda a acção social resultando assim, em última instância, do jogo de escolhas e acções individuais. O segundo liga-se à concepção não orgânica do Estado. Na realidade, assumindo o princípio do individualismo, os defensores desta teoria rejeitam a ideia de que a colectividade se materializa no Estado e de que este possui objectivos, motivações e valores próprios, independentes dos indivíduos que o constituem. Finalmente, o terceiro e último princípio, baseia-se no pressuposto da relação simbiótica entre política e economia. Nesta perspectiva, ao contrário do que se defende tradicionalmente, a escolha pública sustenta que, tanto na esfera do mercado como na esfera política, os indivíduos agem tendo por referência apenas a defesa dos seus interesses pessoais (Alves & Moreira, 2004; McNutt, 1996; Shaw, 2000).

A teoria económica do agente principal foi, inicialmente, desenvolvida para o sector privado, com o intuito de procurar explicações para a divergência existente entre os objectivos dos gestores (agentes) e dos accionistas (principais), argumentando sobre a necessidade de aumentar os níveis e as formas de responsabilização dos primeiros. Para os defensores desta teoria, este problema tende a adquirir uma maior dimensão no sector público, dada a dificuldade em determinar quem são os accionistas (principais). Desta forma, a teoria permite sustentar a ideia da contratualização no sector público como única forma de aumentar a responsabilização dos agentes perante os accionistas (Vickers & Yarrow, 1988).

A teoria da transacção de custos teve a sua origem e desenvolvimento, de igual forma, no sector privado, e assume como argumento chave, a legitimidade económica de ‘comprar fora’ em vez de ‘produzir internamente’. Quando aplicada ao sector público, esta teoria, traduz-se na ideia de que existem transacções que seriam menos onerosas se fossem adquiridas ao exterior, uma vez que tal se traduziria numa redução de custos administrativos e no aumento da competição (Williamson, 1986).

Da mesma forma que a teoria Keynesiana suportou o desenvolvimento do Estado Providência, o conjunto destas diferentes teorias e ideologias económicas tem produzido um forte impacto na estruturação das sociedades contemporâneas. Este impacto tem sido tão evidente, que hoje é possível detectar-se um aumento extraordinário da sua influência política, por via de um

.....

crescente aumento da presença dos seus defensores nos governos e de uma crescente adesão social às suas teorias, as quais prometem uma maior precisão, consistência e utilidade em comparação com as tradicionais teorias da administração pública (Hughes, 2003). Tal influência surge consubstanciada no desenho de modelos políticos baseados na competição e na escolha, na devolução de actividades tradicionais do Estado ao sector privado e no estabelecimento de contratos e de mecanismos de responsabilização institucional, estes frequentemente apenas centrados no domínio do controlo financeiro (Light, 2001).

Em certa medida este conjunto de teorias confere coerência intelectual ao programa de redução dos serviços públicos e à reestruturação do modelo tradicional de gestão pública (Gray & Jenkins, 1995). A reestruturação do Estado Providência é apresentada como inevitável. O empenhamento dos diferentes governos em relação à suposta necessidade de mudança traduz uma alteração na agenda política, que reflecte uma tendência crescente para colocar em causa o valor e a necessidade de um Estado Providência baseado nos princípios da prestação universal e da cidadania (Clarke & Newman, 1997). O principal desígnio das políticas públicas passou a ser a redução da despesa pública, objectivo que começou a ser perseguido de forma vigorosa (Exworthy & Halford, 1999). Neste sentido, foi desenvolvido um conjunto de diferentes medidas de reestruturação, tanto ao nível macro como ao nível micro, que procuramos analisar em seguida.

2. A Emergência de um Novo Modelo de Gestão Pública

No quadro dos contextos políticos, económicos e sociais que emergiram a partir dos anos 1980 na esmagadora maioria dos países ocidentais, e cujos contornos gerais tentámos atrás circunscrever, diferentes governos desenvolveram políticas de mudança bastante semelhantes para o sector público. Mas, estas mudanças foram tudo menos consensuais. O desacordo e a controvérsia em redor das reformas promovidas na administração pública estiveram presentes em todas as suas incidências, incluindo ao nível das questões relacionadas com a sua própria conceptualização e com os modelos teóricos de referência utilizados na sua análise.

A maioria dos autores, quase todos anglo-saxónicos, utiliza os termos *managerialism* (Davies, 1995a; Deem, 1998; Pollitt, 1993; Reed, 2002) ou *New Public Management* (habitualmente é utilizado o acrónimo NPM) (Ferlie et al., 1996; Flynn, 1997; Flynn & Strehl, 1996; Hood, 1991) para classificar estas mudanças. Mas, são propostas, igualmente, outras expressões menos citadas como “administração pública baseada no mercado” (Lan & Rosenbloom, 1992), “paradigma pós-burocrático” (Barzelay, 1997), “Estado plural” (Osborne & McLaughlin, 2002) ou “governo empreendedor” (Osborne & Gaebler, 1992).

Embora a tradução de *New Public Management* para a língua portuguesa seja clara e não suscite dúvidas, o mesmo já não acontece com o termo *managerialismo*. São ainda relativamente

escassos os estudos efectuados em Portugal sobre esta matéria. Dos conhecidos e divulgados são utilizadas duas formas distintas de tradução. Se alguns, por aproximação ao termo gestão, adoptam o conceito de *gerencialismo* (Lima & Afonso, 2003; Santiago, Leite, Polidori, Leite, & Sarrico, 2003), para outros, o termo *managerialismo* é o que melhor se adequa à investigação neste campo (Santiago, Magalhães, & Carvalho, 2005). Tal como estes autores, consideramos que, em comparação com o termo *gerencialismo*, o *managerialismo*, apesar da sua tradução directa, é o termo que melhor circunscreve a complexa dimensão do conceito, permitindo-nos, simultaneamente, significar a sobreposição dos critérios de gestão aos critérios políticos de governação e manter a dignidade da dimensão académica do termo gestão. Propomos em seguida, uma reflexão mais aprofundada sobre a natureza teórica deste conceito.

2.1 O Managerialismo Enquanto Ideologia

O conceito de *managerialismo* não é novo. Surge pela primeira vez em 1941 pela mão do sociólogo James Burnham em “*The Managerial Revolution*”. Pretendia o autor com este termo classificar a transição de uma sociedade burguesa para uma sociedade que designava por *managerialista*. Esta transição traduzia a passagem do controlo das empresas dos proprietários para os profissionais com competências de gestão (Burnham, 1945). Desde então, o termo passou a ser utilizado pelos sociólogos para referenciar as elites económicas e burocráticas que conduzem a sociedade industrial (Boje, 2002).

Dentro desta tradição académica, diversos autores perspectivam o *managerialismo* como uma ideologia (Clarke & Newman, 1997; Enteman, 1993; Pollitt, 1993; Reed, 2002). O termo ideologia é um dos poucos conceitos comum a todas as ciências sociais, existindo sobre ele interpretações distintas. Assumimos aqui a perspectiva mais filosófica do conceito, utilizando-o, para designar, de forma analítica e não pejorativa, a existência de um conjunto de pressupostos e valores acerca do mundo com base nos quais se estrutura a ordem política, económica e social (Hartley, 1983). Enteman (1993) baseia-se na mesma perspectiva para apresentar o *managerialismo* como a melhor forma de classificar os princípios e doutrinas em torno dos quais as sociedades industrializadas desenvolvidas se organizam, e não apenas para caracterizar uma dada instituição (quer esta seja pública ou privada).

Este autor identifica, como princípios da ideologia *managerialista*, a suposição de que a unidade básica da sociedade não são os indivíduos, mas um conjunto de sub-unidades (identificadas com as instituições). A tomada de decisão surge da interacção entre estas unidades, e os indivíduos só podem pensar ter algum impacto na escolha social através da sua pertença e vinculação aos grupos. A escolha social desenvolve-se, assim, com base na transacção entre os grupos de gestores. Da mesma forma que os indivíduos são representados como uma abstracção,

também o governo é significado neste registo. O governo é constituído por um conjunto de sub-unidades, cada uma delas separada em outras sub-unidades, as quais constituem parte do processo de transacção. As unidades sociais não possuem limites, *a priori*, tal como não existem constrangimentos ao que possam representar. Na mesma lógica, também não existem limites morais para as decisões, porque estas surgem em resultado das transacções que podem mudar com o próprio processo.

Um outro pressuposto importante, assumido por Enteman (1993), é o de que o *managerialismo* constitui, simultaneamente, uma ideologia criada pelos gestores e para os gestores. Enquanto ideologia, o *managerialismo* contribui, assim, para a tomada de consciência de classe dos profissionais da gestão. Estabelece um conjunto de suposições que servem para desenvolver o papel, o poder e o prestígio dos gestores, e contribui para a manutenção e reprodução deste grupo, já que o interesse individual é suscitado pela promoção dos interesses da 'classe' como um todo. Por outras palavras, os gestores, enquanto grupo com poder e autoridade, utilizam a ideologia *managerialista*, fundamentando-a na racionalização, para justificar a sua posição social.

Como afirma Edwards (2003), o *managerialismo*, enquanto ideologia, permite a aceitação acrítica de uma realidade socialmente construída, que torna a pertença e a participação em organizações controladas pela gestão um factor dominante na vida de todos nós.

Christopher Pollitt, integra-se neste conjunto de autores que perspectivam o *managerialismo* como uma ideologia, ao definir o conceito como um conjunto de crenças e práticas baseadas na ideia central de que uma melhor gestão constituirá a melhor solução para um vasto conjunto de males económicos e sociais (Pollitt, 1993, p.1). As crenças fundamentais da ideologia *managerialista* residem, como argumenta Pollitt (1993; 2003a), na concepção de que o progresso social só é possível se for baseado no crescimento da produtividade, definida em termos económicos. Este aumento de produtividade resulta da aplicação de tecnologias cada vez mais sofisticadas, só susceptíveis de serem aplicadas com uma força de trabalho disciplinada e alinhada com o ideal da produtividade.

Por outro lado, acredita-se que a gestão é uma função organizacional separada e distinta e que desempenha um papel fundamental no planeamento, implementação e na avaliação e medição dos melhores resultados de produtividade. O sucesso dos negócios irá depender, cada vez mais, da qualidade e profissionalismo dos gestores. Assim sendo, a crença fundamental que está em jogo é a de que deve ser concedida a liberdade necessária aos gestores para gerirem (Hood, 1991; Pollitt, 1993).

A generalidade dos autores que se interessam por esta problemática parece concordar com a ideia de que a base da ideologia *managerialista* reside numa fé inabalável na crença de que as técnicas analíticas colocadas ao serviço dos gestores lhes permitem resolver todos os problemas

(Clarke & Newman, 1997; Edwards, 2003; Pollitt, 1993; Reed, 2002) com que o sistema e as organizações se confrontam.

O *managerialismo* pode, nesta perspectiva, ser definido, como o fazem Krantz e Gilmore (1990), como uma ideologia tecnocrática, que representa as ferramentas de gestão, destinadas a auxiliar os gestores na tomada de decisão, como um fim em si. Esta superioridade da gestão e das suas técnicas traduz-se na superioridade moral da cooperação humana. Ou seja, aos gestores é-lhes permitido utilizar uma variedade de meios para promover os valores apropriados nos trabalhadores, sendo estes valores identificados com os que facilitam a cooperação para atingir os objectivos organizacionais: os valores são identificados e submetidos à lógica e aos processos de aumento da produtividade. Pelo seu lado, os trabalhadores admitem este controlo da gestão, na perspectiva de que o mesmo lhes proporcione benefícios económicos. A aceitação deste controlo contribui para a crescente influência das grandes organizações e dos seus gestores na sociedade (Edwards, 2003).

Neste contexto, esta visão da gestão está mais próxima da gestão científica, simbolizada por Frederick Taylor (1911), do que da gestão humanista, simbolizada por Elton Mayo (1947). De acordo com Gustafsson (1983) são cinco os conceitos que tipificam esta abordagem tecnocrática da gestão: eficiência, diligência, racionalidade, consistência e justificabilidade.

A eficiência, traduz a ideia de que tudo deve ser realizado por forma a obter o melhor resultado com o mínimo de esforço, constituindo a base da ideologia de gestão. A diligência, significa a dedicação e zelo, ou seja, o sacrifício ou a capacidade de trabalhar o máximo exequível e tantas horas quanto possível, o que, num certo sentido, traduz a ideologia do trabalho. Estes dois conceitos, ligados à actividade humana, surgem por contraste com os restantes ligados a aspectos da inteligência humana ou da estrutura de pensamento. A racionalidade, pressupõe a escolha da melhor acção em função dos dados conhecidos; a consistência, confere às acções uma certa legitimidade cultural – é assim, porque sempre foi assim. A justificabilidade, pretende ir ao encontro da legitimidade das escolhas baseadas na razão, isto é, significa que os gestores escolhem uma determinada acção com base em critérios de racionalidade, por forma a poderem legitimá-la no futuro. Ao dominarem a ideologia de gestão e, de forma indirecta, a ideologia organizacional, os gestores determinam que outros valores e princípios sejam afastados para um segundo plano. Como afirma o autor, “as organizações instrumentais podem apenas ser democráticas e humanas na medida em que são racionais e eficientes” (Gustafsson, 1983, p. 68).

Reed (2002) considera que esta autoridade da gestão, que se pretende inquestionável, resulta de um *‘potpourri’* ideológico, que reclama não só a universalidade do conhecimento de gestão, mas também a superioridade do mercado. Isto é, a gestão, enquanto técnica neutra, pode ser aplicada a qualquer contexto institucional, porque apresenta as melhores soluções baseadas nos princípios infalíveis do mercado.

Em suma, de acordo com vários autores (Pollitt, 1993; Enteman, 1993; Edwards, 2003; Reed, 2002), o *managerialismo* pode, assim, ser interpretado como um conjunto de doutrinas e de crenças, supostamente aceite por todos, mas alimentada pelos gestores, e que enfatiza a capacidade destes actores em desenvolverem respostas para os problemas e necessidades da sociedade, através da aplicação do conhecimento formal, racional e objectivo.

Nesta fase da nossa explanação, importa, no entanto, introduzir uma distinção que elegemos como relevante para prosseguirmos o nosso trabalho. Na esteira de Meek (2003), é importante distinguir entre a gestão enquanto conjunto de técnicas, que permite disponibilizar ferramentas para auxiliar a tomada de decisão, e a gestão enquanto princípio ideológico dominante na sociedade, que legitima a definição de todos os problemas sociais, económicos e políticos como problemas susceptíveis de resolução através da gestão (Meek, 2003; Traynor, 1999).

A definição do *managerialismo* enquanto ideologia, que domina todas as instituições na sociedade, e não apenas como um novo fenómeno social, típico das instituições públicas, é explicitada através de diversos estudos sobre a mudança nas empresas privadas. Autores, como Greenwood e Lachman (1996) ou Cooper, Hinings, Greenwood e Brown (1996) argumentam sobre a existência de mudanças nos sistemas de valores dominantes também em organizações profissionais privadas (a análise empírica é baseada em empresas jurídicas e de contabilidade) que fazem emergir, como princípios dominantes da sua forma de organizar e funcionar, os seguintes aspectos: a importância conferida à eficiência, a centralidade do cliente e o estabelecimento de modos de governação mais empresariais, designados por MPB (*Managed Professional Business*). Também Gerard Hanlon (1996), tendo por referência a profissão dos contabilistas, se refere a uma mudança de paradigma no mercado de trabalho que conduz as profissões a uma aproximação da comercialização.

2.1.1 O *Managerialismo* na Administração Pública

A forma como alguns governos, instituições e gestores públicos, e mesmo académicos, têm aderido à ideologia *managerialista* passa, inevitavelmente, pela forma como esta ideologia é reproduzida nos contextos institucionais. Os autores neo-institucionalistas interpretam o *managerialismo* como um conjunto de regras de acção, partilha de tipificações do mundo e de cognições que produzem regularidades de pensamento e acção. A instituição é considerada um meso nível estruturada por normas e regras formais e normas tácitas e comportamentos informais, que enformam as acções e as relações internas e determinam as fronteiras institucionais de um dado campo organizacional mais extenso (Scott, 2001).

O processo de expansão do *managerialismo* é entendido pelos neo-institucionalistas, como uma mudança “nas regras do jogo” para os que trabalham nos serviços públicos. Mas, é também

um processo social, através do qual os actores atribuem significados e estabelecem normas, convenções e práticas habituais.

DiMaggio e Powell (1991) falam deste processo em termos de isomorfismo, identificando três dimensões do conceito. O isomorfismo coercivo, que surge como o produto de formas institucionalizadas e legitimadas pelo Estado, no curso do estabelecimento de relações de poder e de dependência que emergem dos processos de contratação. O isomorfismo mimético, que se manifesta quando as organizações se modelam umas às outras, em resposta à incerteza, para tal contribuindo factores ligados à acção dos consultores externos, às transferências de indivíduos entre organizações e ao comportamento “ritualístico” adoptado, que constitui um instrumento poderoso de homogeneização. Finalmente, o isomorfismo normativo está estreitamente ligado à socialização profissional e ocupacional (DiMaggio & Powell, 1991). Neste âmbito, salienta-se a explosão de revistas de gestão e de formação especializada, dirigidas aos profissionais da administração pública, as quais, através da difusão da retórica *managerialista*, têm igualmente contribuído para uma certa homogeneização do pensamento e das linguagens sobre a estruturação e a definição e racionalização das estratégias organizacionais. É possível detectar estas três variantes do isomorfismo na forma como o *managerialismo* invade a esfera das instituições públicas.

Embora alguns autores considerem que os temas e valores associados à gestão sempre estiveram presentes na história da administração pública, na realidade, estes nunca se tornaram dominantes e ubíquos (Edwards, 2003; Hughes, 2003). Isto é, valores como a eficiência ou a autoridade de gestão eram perspectivados de acordo com outros, como a equidade e a universalidade, sendo sempre interpretados como um meio para atingir estes últimos. Isto significa, em última análise, que as propostas para a organização e funcionamento das instituições públicas são, também, propostas de mudança cultural (Reed, 2002).

É, sobretudo, a partir da década de 1960 e 1970 que a utilização dos termos da gestão se estende ao sector público. No entanto, é no início da década de 1980, com a ascensão dos governos conservadores em Inglaterra e nos Estados Unidos, que o conceito de *managerialismo* passa a ter uma nova expressão e significado. Daí que alguns autores classifiquem este período como sendo o período de expansão do *neo-managerialismo* (Denhardt & Denhardt, 2000), *novo-managerialismo* (Barzelay, 2002; Deem, 1998; Ferlie et al., 1996; Flynn, 2002; Kirkpatrick et al., 2005; Newman, 2002; Reed, 2002) ou do *managerialismo hard* (Deem & Johnson, 2000).

Os autores que procedem a esta distinção procuram salientar o que consideram uma diferença fundamental nos dois períodos. Enquanto, inicialmente, na década de 1960 e 1970, o objectivo das reformas era o de reestruturar as formas e práticas organizacionais com base na racionalização burocrática, no último período, nas décadas de 1980 e 1990, todo o movimento de

reestruturação é reconfigurado e materializado partindo do princípio da inevitabilidade da ruptura com a autonomia institucional e profissional (Reed, 2002).

O primeiro período, caracteriza uma fase de reestruturação baseada na implementação de sistemas de controlo e estruturas de gestão ‘*neo-tayloristas/fordistas*’, em que os temas dominantes se centravam na redução de custos, na racionalização do trabalho e na integração operacional, procurando-se, por outro lado, manter o compromisso entre a autonomia profissional e o controlo de gestão (Pollitt, 1993). Stephen Ackroyd (1995), tendo por referência o caso inglês, designa este primeiro período (que delimita de 1960 a 1985) como sendo baseado num modo de prestação política de serviços centralmente direccionados. Trata-se de uma primeira tentativa de aumento do controlo do Estado sobre os profissionais, através de restrições ao seu poder, com base no aumento do controlo sobre os orçamentos disponíveis e no aumento das prescrições centrais acerca dos processos de prestação de serviços. O segundo período, comporta uma mudança mais radical, baseando-se, claramente, na imposição da disciplina de mercado e numa cultura empreendedora (Reed, 2002).

Na óptica de Deem e, em certa medida, de Reed (2002), o *managerialismo soft* pode ser identificado com o velho *managerialismo* e representa uma adaptação da colegialidade, enquanto o *managerialismo hard* se identifica com o novo e traduz uma tentativa de substituição profunda de valores em termos organizacionais (Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000; Reed, 2002). O ataque à burocracia pode ser interpretado como um ataque ao velho *managerialismo* (Exworthy & Halford, 1999).

No âmbito da análise das mudanças que foram tomando corpo nas estruturas organizacionais e no financiamento das instituições de ensino superior em Inglaterra, Reed (2002) propõe uma leitura dos fenómenos *managerialistas* a partir da análise de três elementos estruturais, que constituem, simultaneamente, uma tentativa de operacionalização do seu impacto nas instituições, a saber: um conjunto de narrativas genéricas sobre as estratégias de mudança, a emergência de formas organizacionais distintas e, ainda, um conjunto de tecnologias de controlo das práticas.

Ao definir o *managerialismo* enquanto narrativa, o autor pretende realçar o seu carácter retórico. Melhor dizendo, a ideologia *managerialista* baseia-se numa linguagem elaborada, sustentada por axiomas não testados e edificados para persuadir os outros a orientarem-se para certas acções e maneiras de compreender ligadas à rejeição das formas estabelecidas de governo e gestão das instituições. Esta ‘trama linguística’ é, depois, concretizada através de formas organizacionais distintas, que nos fornecem os mecanismos administrativos e os processos de gestão através dos quais se efectiva a mudança. No entanto, as políticas institucionais e a sua instrumentalização organizacional só são transformadas em práticas viáveis através da

implementação de tecnologias de controlo, que permitem mudar comportamentos e, por esta via, alterar substancialmente os sistemas estabelecidos de profissionalismo burocrático. É, pois, com base nestas três dimensões que a ideologia *managerialista* procura transformar os seus princípios em práticas aceites no sector público (Reed, 2002).

A tendência para tornar os valores da gestão dominantes está directamente relacionada com o contexto político em que emerge (Ackroyd, 1995; Clarke & Newman, 1997; Pollitt, 1993; Reed, 2002; Exworthy & Halford, 1999). As políticas do *New Right* aproveitam este clima ideológico para, através do que podemos caracterizar como um processo de isomorfismo coercivo, implementarem medidas que têm por base o aumento da eficiência e da produtividade como fins últimos do sector público. Pollitt (1993) considera o *managerialismo* como a “face aceite” do pensamento neo-liberal em relação ao Estado, tal como Ferlie, et al. (1996) consideram que as agendas do *managerialismo* e do *New Right* em Inglaterra se tornaram inextricavelmente ligadas.

Todavia, é preciso não esquecer que existem países que implementaram o mesmo tipo de medidas e que não se posicionam no mesmo quadrante político (Hood, 1995; Pollitt, 2003a,b; Ferlie, et al., 1996). Na mesma lógica, existem, no mesmo país, mais continuidades do que rupturas, quando se altera a orientação político-ideológica dos governos (Osborne & McLaughlin, 2002), o que demonstra que a mudança política não constitui, por si só, uma garantia de ruptura, mesmo que seja mantida a sua continuidade (Ferlie & Fitzgerald, 2002). As explicações para este facto são diversas. George Boyne (1998), salienta a existência de constrangimentos distintos que determinam que as políticas defendidas pelos novos governos apresentem poucas diferenças em comparação com as dos seus antecessores. Julgamos que um factor essencial para a reprodução deste fenómeno se situa no comportamento, nas estratégias e nas medidas das instituições internacionais.

De acordo com alguns autores, há, de facto, na difusão e adesão ao *managerialismo*, um certo isomorfismo coercivo que tem por fonte instituições como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI)⁵ ou a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE). Os seus efeitos foram particularmente notórios nos países em desenvolvimento (Mccourt, 2002; Santos, 1993; Stiglitz, 2002). Para estancar a corrupção, aumentar o desenvolvimento e promover a estabilidade económica, as soluções delineadas e, conseqüentemente, as medidas propostas, basearam-se largamente em pressupostos *managerialistas* articulados com os pressupostos do mercado (Stiglitz, por exemplo, fala em fundamentalismo de mercado para designar as políticas do FMI). O FMI, em particular, propunha o

⁵ Não podemos, no entanto, sobrevalorizar a importância destas instituições porque o seu papel também se foi alterando. Se é um facto que as primeiras iniciativas de privatização foram aprovadas, consentidas e incentivadas por estes organismos internacionais, a verdade é que a partir da década de 1990, a tendência foi no sentido de reforçar o papel positivo do Estado nas sociedades (Hughes, 2003).

aumento da desregulação, a diminuição da burocracia do Estado e a redução das suas contas e orçamentos como receita para estancar as crises económicas, assim como as crises dos sistemas públicos de educação e de protecção social (Stiglitz, 2002). Digamos que, adoptar a ideologia *managerialista* passou também a constituir o preço para se conseguir a almejada ajuda internacional (Kearney & Hays, 1998).

A União Europeia deu também o seu contributo para a difusão e adopção dos ingredientes *managerialistas*, ao exigir aos Estados membros, através de diversos tratados (a começar com o de Maastricht), um maior rigor em termos de gestão pública e uma maior contenção orçamental (Metcalf, 2001).

Importa salientar, no entanto, que esta influência é mútua. Como salienta Laurence Geri, estas organizações têm, elas próprias, sofrido algumas pressões para a mudança por parte do exterior e, em particular, dos Estados que as constituem, no sentido de aumentarem a eficiência e a eficácia (Geri, 2001).

Christopher Pollitt (2003a) apresenta-nos, como veremos mais à frente, alguns argumentos para explicar a disseminação da ideologia *managerialista* em países cujos governos não se identificam com princípios político liberais, e que podem, na nossa perspectiva, ser identificados com o isomorfismo de tipo mimético e normativo. O autor sustenta que, para além dos factores ideológicos, também os consultores de gestão, principais agentes de divulgação das modas da gestão (Abrahamson, 1991), e até os académicos, que se detém, por vezes, em análise superficiais da realidade, contribuíram para a escolha política de alguns governos. Realça, porém, que mesmo não existindo nenhum tipo de influência directamente observável, o facto das ideias se apresentarem simples e de fácil apreensão permite que sejam facilmente disseminadas, o que decorre directamente do seu carácter retórico.

Esta interpretação ‘pragmática’ sobre a disseminação do *managerialismo* no sector público é, ainda, reforçada por dois outros argumentos: a ênfase do *managerialismo* nas medidas de avaliação de desempenho, que induz o aumento da responsabilização dos profissionais, e as promessas que contêm de uma maior liberdade para os gestores públicos, de um maior controlo para os políticos e do aumento da escolha individual para os cidadãos (Pollitt, 2003a).

Convém, realçar aqui, mais uma vez, a distinção que pode ser estabelecida entre gestão e *managerialismo*. A problemática respeitante à disseminação e aplicabilidade da ideologia *managerialista* ao sector público reside, em última análise, na discussão respeitante aos factores de semelhança e distintividade entre os modelos organizacionais público e privado. Este debate é longo e profundo (Boyne, 2002; Lynn, 1998, 2003; Stewart & Ranson, 1988; Thompson & Miller, 2003), não cabendo a sua análise detalhada no âmbito deste trabalho.

Contudo, deixamos uma nota curta sobre este tema, na medida em que tal pode ajudar a clarificar e compreender melhor as opções conceptuais que vamos tomando ao longo deste capítulo. Na verdade, de acordo com Stewart e Ranson (1988); Pollitt (2003a); Hood (1991, 1995, 1998) e Lynn (2003), consideramos que o sector público e privado possuem características distintas, que não só não permitem a adopção decalcada e linear de técnicas da gestão privada, como, sobretudo, não permitem uma adopção total do seu modelo, isto é, dos seus objectivos, condições e missão. Os elementos básicos desta distinção podem ser situados em vários registos, entre outros: a definição dos objectivos institucionais, visto que os interesses públicos diferem dos interesses privados, sendo estipulados com base em processos de legitimação e responsabilidade democrática e não em noções de lucro; a incapacidade de seleccionar mercados decorrente do financiamento ser maioritariamente público; e, acima de tudo o estatuto e acção dos profissionais do serviço público. Estes, existindo em elevado número nas instituições públicas, não podem ser responsabilizados perante nenhum grupo ou interesse particular, mas, apenas, perante os valores democráticos. Ao exercerem o poder delegado pelo Estado é-lhes exigido o tratamento igualitário das pessoas, tal não comportando o pressuposto da selectividade necessária ao lucro (Lynn, 2003; Clarke & Newman, 1997; Ferlie et al., 1996).

Em suma, é, precisamente, na confluência da diversidade dos aspectos pragmáticos e ideológicos, a que temos vindo a fazer referência, que a Nova Gestão Pública (NGP) irrompe no sector público. A emergência deste novo movimento só pode ser perspectivada por referência ao contexto económico, social e ideológico que tivemos oportunidade de explanar e analisar. A este último nível, destacamos que o *managerialismo* surge actualmente numa posição dominante no que respeita à influência que exerce sobre a reestruturação dos sistemas e das instituições públicas.

A NGP pode mesmo ser considerada como a manifestação da ideologia *managerialista* no campo das instituições públicas, uma vez que é esta ideologia, a par dos restantes factores contextuais previamente identificados, que serve, simultaneamente, como base legitimadora e como instrumento através da redefinição das políticas públicas e da reestruturação das organizações burocráticas. Assim sendo, ao longo do presente trabalho, embora se utilize preferencialmente o conceito de NGP, o conceito de *managerialismo* surge também por referência à mesma realidade.

2.2 A Nova Gestão Pública Como Proposta Alternativa à Burocracia

O termo “Nova Gestão Pública” (NGP) tem sido bastante utilizado e estudado nas últimas três décadas, mas, apesar disso, continua a existir alguma falta de consenso em seu redor. Aparentemente, os diferentes autores não conseguem estabelecer acordos em pontos essenciais como, por exemplo, o que constitui o seu verdadeiro significado. Hood (1995) refere a NGP como

uma “Torre de Babel” e Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew descrevem-na como “um vaso vazio onde podemos pintar tudo o que pretendermos” (1996, p. 10).

A NGP surge, frequentemente, como um conceito que pretende, precisamente, designar todas as mudanças no sector público encetadas nas últimas décadas nos países desenvolvidos. Como afirma Christopher Hood (1991), num dos artigos mais citados sobre esta problemática:

A Nova Gestão Pública, tal como a maioria dos rótulos administrativos, é um termo vago. A sua utilidade reside na sua conveniência enquanto pequena designação para um conjunto de reformas administrativas semelhantes que dominaram a agenda de reforma burocrática em muitos dos países que constituem o grupo da OCDE desde os anos 70 (Hood, 1991, p. 3).

Também Michael Barzelay (2002) considera que a NGP emerge apenas como uma designação para estruturar a discussão académica em redor das mudanças verificadas no sector público.

Não obstante esta dificuldade em delimitar o conceito, a verdade é que este se tem vindo a tornar bastante popular na literatura científica. Assim que começam a surgir na literatura as primeiras definições de Nova Gestão Pública, esta tornou-se tema de inúmeras discussões e análises científicas (Dawson & Dargie, 2002). No entanto, Ferlie, et al. (1996) consideram que existe, ainda, alguma relutância por parte dos teóricos das organizações em reconhecer e analisar este movimento de gestão, uma falta de interesse que estaria directamente relacionada com a divisão do trabalho académico. Observa-se, de facto, uma clara clivagem entre os especialistas que analisam as organizações públicas (essencialmente os investigadores no campo da administração pública) e os que analisam as organizações privadas (essencialmente os investigadores que se interessam pelo comportamento organizacional). Tal clivagem tem impedido que estes últimos se interessem verdadeiramente pelas organizações sem fins lucrativos, fenómeno que reflecte uma falha grave na criação de conhecimento organizacional, sobretudo se pensarmos na importância que essas organizações assumiram para o desenvolvimento de algumas das mais relevantes teorias organizacionais (Ferlie, et al., 1996): a teoria da anarquia organizada, teorias micro-políticas e a própria teoria burocrática, entre outras.

Tem-se verificado alguma tendência nas análises para interpretar a NGP de forma integrada e uniforme. Todavia, diversos autores realçam que, na prática, este movimento corresponde apenas a um conceito para designar realidades diversas. Dent, Chandler e Barry (2004) identificam nele três características distintas: variação, variabilidade e a contestabilidade. O que os autores pretendem significar com esta identificação é que a NGP traduz a aplicação de um conjunto de ideias e de práticas que variam entre diferentes sectores, no interior do mesmo sector e, ainda, em relação ao seu impacto nos profissionais (Dent, Chandler, & Barry, 2004). Também Pollitt

(2001, 2002, 2003b) nega o potencial carácter convergente desta tendência, e Newman (2002) considera mesmo que existem alguns perigos em interpretar a NGP como um conjunto coerente de ideias e práticas.

Ferlie et al. (1996) terão sido, possivelmente, os primeiros autores a salientarem o facto da designação de NGP não traduzir uma realidade uniforme, quando identificam a existência de quatro modelos, designados na tradição da sociologia weberiana como tipos-ideais, que pretendem abarcar a evolução da aplicação da NGP nas últimas décadas no Reino Unido. Os quatro modelos são nomeados com a seguinte terminologia: orientação/motivação para a eficiência (modelo 1); ‘*downsizing*’ e descentralização (modelo 2); procura da excelência (modelo 3) e orientação para o serviço público (modelo 4).

O modelo de orientação/motivação para a eficiência constituiu, cronologicamente, o primeiro a emergir, em meados dos anos 1980, das políticas características do período ‘*Tatcheriano*’. Representa a tentativa de aproximar o sector público do privado através de noções ‘*cruas/rudes*’ de eficiência. É também identificado por Clarke e Newman (1997) como caracterizando a primeira fase do Estado *managerista*, e corresponde ao que Pollitt (1993) denomina de fase ‘*neo-taylorista*’. Este modelo resulta, essencialmente, da influência exercida sobre as políticas públicas por consultores de gestão (um exemplo emblemático é o de Griffiths, no Reino Unido, responsável pela elaboração do relatório sobre o SNS), e elenca um conjunto diverso de aspectos que traduzem as diversas acções empreendidas – políticas, organizacionais e de gestão – para ultrapassar os obstáculos à mudança, supostamente criados pelas organizações burocráticas do Estado. Os principais traços deste modelo são os seguintes:

- a ênfase no controlo financeiro, em que se procura aumentar os ganhos de eficiência, traduzidos na noção de ‘fazer mais com menos’, e aumentar o valor do dinheiro, desenvolvendo-se, para tal, sistemas de informação mais elaborados de monitorização e de controlo de custos;
- a gestão pela hierarquia, sustentada numa forma de trabalhar de comando e controlo directo e vertical, na definição de objectivos claros e na avaliação de desempenho, aspectos que correspondem ao aumento do poder da gestão de topo;
- a orientação para uma cultura de auditoria, tanto financeira como profissional, com ênfase em métodos de avaliação de desempenho mais transparentes, baseados no ‘*benchmarking*’, e no estabelecimento de protocolos de desempenho profissional;
- a valorização da responsabilidade do prestador perante o consumidor, acompanhada de uma crescente importância atribuída ao papel reservado aos prestadores do sector não público e da ênfase na orientação para o consumidor;

- a desregulação do mercado de trabalho, acompanhada da erosão dos acordos colectivos e do crescimento de acordos individuais, baseados em contratos a curto prazo, e no aumento do *turnover* nas posições de topo;
- os constrangimentos na auto-regulação das profissões, que produzem alterações no poder profissional, com o deslocamento deste poder para a área da gestão e/ou o aumento de papéis de gestão desempenhados pelos profissionais;
- o desenvolvimento de formas de gestão menos burocráticas e mais empreendedoras;
- a instalação de novas formas de governo e gestão, assentes na marginalização dos representantes eleitos.

O segundo modelo é designado pelos autores de “*downsizing* e descentralização” e contraria algumas das tendências verificadas no primeiro modelo. Baseia-se na ideia de que as grandes organizações burocráticas não são operacionais, e preconiza, assim, o ‘*downsizing*’ organizacional, o aumento da flexibilidade, a standardização, a responsabilização do topo pelos orçamentos e a introdução de rupturas entre o centro estratégico e a periferia operacional. Estas alterações correspondem à passagem de uma forma de organização ‘*fordista*’ para a ‘*pós-fordista*’. Os autores identificam como traços deste modelo:

- a distribuição de recursos no sector público, de acordo com os mecanismos de quase-mercado;
- a mudança da gestão pela hierarquia para a gestão por contratos;
- a separação entre um pequeno centro estratégico e uma larga periferia operacional, através da contratualização de funções consideradas não estratégicas;
- a separação entre o financiamento público e a prestação pelo sector independente, entre financiador e prestador, e a formação de organizações prestadoras que emergem como uma nova forma organizacional no sistema;
- o afastamento da gestão de “comando e controlo”, característica do primeiro modelo, e a adopção de novos estilos de gestão identificados com a gestão por influência, a gestão em redes e a valorização das alianças estratégicas entre organizações;
- a adopção de um sistema de serviços mais flexível e variável.

O modelo de “procura da excelência” constitui o terceiro movimento, e surge por influência directa dos *best-sellers* da gestão dos anos de 1980. Afasta-se do modelo, demasiado racional, da eficiência, e salienta a importância dos valores, cultura, ritos e símbolos na estruturação do comportamento organizacional dos indivíduos. A ênfase é agora colocada na gestão da mudança e da inovação. Ferlie et al. (1996) distinguem aqui duas abordagens. Colocando-a na esteira da tradição da aprendizagem organizacional, definem uma tendência que designam por “*bottom-up*”. Este tipo de gestão salienta o facto dos gestores de topo não deterem um papel

exclusivo na implementação da mudança organizacional, sendo a cultura colectiva assumida como a variável mais importante para a despoletar. A outra tendência identifica-se com uma abordagem “*top-down*”, que perspectiva a cultura como passível de ser gerida e imposta pelo topo da organização. Sobressai, nesta segunda abordagem, a importância conferida à liderança carismática e transformacional, capaz de inspirar a mudança organizacional através da infusão de uma nova visão a partir do topo. Identificam-se, desta forma, traços distintos para as duas abordagens:

- na abordagem “*bottom-up*”, coloca-se a ênfase no desenvolvimento e na aprendizagem organizacional, e reconhece-se a existência e o papel da cultura organizacional na mudança, ao mesmo tempo que se incentiva a descentralização radical, acompanhada da avaliação pelos resultados do desempenho das unidades e dos actores;
- na abordagem “*top-down*”, a mudança organizacional é perspectivada através da visão do líder, sendo a cultura assumida como um instrumento ou uma variável utilizada pela gestão de topo para efectivar a mudança. Por outro lado, esta abordagem, baseia-se, ainda, numa concepção de gestão de recursos humanos mais assertiva e estratégica, assim como na promoção de estratégias de comunicação apoiadas na criação de símbolos organizacionais e na definição de enunciados de missão.

O modelo mais recente (modelo quatro) é caracterizado por Ferlie et al. (1996) como sendo, entre os quatro, o que pode ser mais identificado com a orientação para o serviço público (os três modelos anteriores são os que estão mais afastados da administração pública). As ideias que nele perpassam, resultam da fusão entre propostas de gestão do sector público e do sector privado. Procura-se revitalizar a missão do serviço público, por forma a torná-la compatível com noções retiradas das ‘boas práticas’ da gestão privada. Apesar de se realçar a diferenciação dos dois sectores, continua-se a atribuir uma grande ênfase a algumas das ideias do sector privado (Stewart & Ransom, 1988). Os traços principais que caracterizam este modelo são os seguintes:

- uma maior preocupação com a qualidade do serviço público, expressa na missão de atingir a excelência no sector público;
- a procura de que o processo de gestão reflecta as preocupações e valores do utilizador (e não do consumidor), identificado com o cidadão;
- a mudança do poder de novo para corpos eleitos, e não nomeados, dado o cepticismo em relação aos valores do mercado;
- a ênfase no desenvolvimento da aprendizagem social, que se deve sobrepor à lógica mais limitada da distribuição e prestação de serviços públicos;
- a afirmação da participação e da responsabilização enquanto preocupações legítimas da gestão no sector público.

É necessário sublinhar que as preocupações de sistematização da NGP por parte de Ferlie et al. (1996), não constituíram uma total novidade no panorama da investigação neste campo. De facto, já Christopher Hood (1991, 1995) tinha manifestado também essa preocupação, tendo surgido como um dos primeiros autores, em conjunto com Pollitt (1993), a tentar teorizar, de forma mais aprofundada, o impacto da NGP no sector público. Hood (1991, 1995) caracteriza esta nova realidade da gestão pública a partir de sete dimensões de mudanças, como se apresenta no quadro a seguir.

Quadro nº 1

Princípios de mudança nas organizações públicas segundo Christopher Hood

Princípios de mudança nas organizações públicas
Profissionalização da gestão nas organizações públicas
Medidas explícitas e quantificadas de desempenho
Ênfase no controlo dos resultados
Desagregação das unidades
Tendência para aumentar a competição
Insistência em estilos e práticas de gestão privada
Ênfase em maior disciplina e parcimónia na utilização dos recursos
Hood (1991, 1995)

São precisamente as reflexões destes autores (Ferlie, et al., 1996; Hood, 1991; 1995; Pollitt, 1993), que nos ajudam a lançar as bases da discussão teórica que desenvolvemos nas próximas secções do capítulo. De facto, julgamos possível agregar as principais mudanças ocorridas nos sistemas e nas instituições públicas de acordo com duas dimensões fundamentais – as reformas estruturais e organizacionais (descentralização, competição e avaliação) e as reformas culturais (*‘ethos’* empresarial e orientação para o consumidor) – que passamos a analisar em seguida.

2.2.1 Orientação Para o Mercado e Descentralização

Ao procurar romper com a organização burocrática, dominante nas instituições públicas, a NGP tem como um dos princípios basilares a substituição de formas de coordenação baseadas na hierarquia por formas de coordenação baseadas no mercado ou quase-mercado⁶ (Bartlett & LeGrand, 1993; Common et al., 1993; Deakin & Walsh, 1996; Hood, 1991; LeGrand & Bartlett, 1993; Reed, 2002).

A introdução de mecanismos de mercado no sector público é perspectivada não só como a melhor forma de aumentar a eficiência e reduzir custos, mas também, na perspectiva dos teóricos defensores da economia neoliberal, como o melhor instrumento para proceder a uma redistribuição

⁶ Esta expressão constitui a tradução de *quasi-markets* e pretende designar um conjunto de mecanismos semelhantes ao mercado mas que permitem que os serviços continuem gratuitos para os utilizadores (LeGrand & Bartlett, 1993).

dos recursos e aumentar, assim, o bem estar social (Boston et al., 1996; Friedman & Friedman, 1980; Walsh, 1995). Contudo, esta assunção é, antes de mais, uma questão política (Deakin & Walsh, 1996). Como afirmam Common, Flynn e Mellon (1993), a introdução do mercado permite afastar os políticos dos resultados organizacionais e, sobretudo, de decisões impopulares, que são invariavelmente justificadas pela intervenção da ‘mão invisível’ do mercado.

A forma como se procura concretizar a orientação para o mercado é diversa, incentivada em diferentes níveis e concretizada através de ritmos distintos. A orientação para o mercado é desenhada, em cascata, desde o nível do sistema até ao nível do microcosmo organizacional, estabelecendo-se ao longo de um contínuo (Common et al., 1993) que começa na simples estimulação da competição e termina na privatização.

A introdução da competição procura efectivar-se, simultaneamente, através da separação entre financiador e prestador e da implementação da gestão por contrato. A mudança é promovida no sentido de facilitar a desconstrução de hierarquias burocráticas, integrando-as em redes dispersas de financiadores e prestadores (Ferlie et al., 1996; Reed, 2002), o que acarreta consequências imediatas para o papel do Estado que deixa de ser definido por referência à sua omnipresença na prestação de serviços (Osborne & McLaughlin, 2002). As funções que o Estado deixa de desempenhar podem passar a sê-lo por um conjunto diverso e fragmentado de organizações, com fins lucrativos ou voluntárias, no interior de um mercado gerível, no qual os contratos têm um papel fundamental (Deakin & Walsh, 1996).

Ao basear as suas funções no mercado e na contratualização, o Estado não promove apenas uma reconfiguração de poderes na prestação dos serviços, decorrente da separação entre política e administração, mas também redefinições nas responsabilidades individuais e colectivas (Clarke & Newman, 1997), uma vez que as instituições públicas passam a ser avaliadas através de instrumentos ‘*ex post*’, como são os indicadores de desempenho, as medidas de eficiência/custo e os mecanismos de avaliação da qualidade (Goedegebuure & Meek, 1998). Assim, ao endossar o sistema para o mercado, a avaliação e a gestão da qualidade tornam-se instrumentos centrais da sua condução focados essencialmente em indicadores quantitativos (Deakin & Walsh, 1996). O Estado passa agora a desempenhar um duplo papel: permite que os negócios se tornem mais competitivos, reduzindo a sua participação, e torna-se ele próprio mais flexível e ágil, o que, concretamente se traduz na redução do seu peso e do seu orçamento, conseguido através de uma gestão mais próxima da gestão privada (Clarke & Newman, 1997).

Retomando agora a análise de Stephen Osborne e Kate McLaughlin (2002) é, precisamente, este conjunto de novos papéis do Estado que conduzem os autores à designação de “Estado plural” para caracterizar o quarto estágio de desenvolvimento que, recorde-se, se segue ao “Estado minimalista”, “parceria desigual” e ao “Estado Providência”. Este estágio corresponde a

um modelo de Estado baseado no mercado, iniciado com Margaret Thatcher, mas que, mais tarde continua a desenvolver-se com o *New Labour*, que lhe acrescenta como função principal a governação. Ou seja, à preocupação inicial de saber quem planeia e providencia os serviços públicos, acrescenta-se, agora, a preocupação de saber como se gerem as diferentes unidades que possuem estas funções.

Esta redefinição do papel do Estado tem-se constituído como objecto de análise para outros autores. Van Vught (1997) e Peter Maassen (1996) falam da passagem de um “modelo de controlo e planeamento racional” para um “modelo de auto-regulação”. O primeiro, porque baseado numa concepção racional e normativa, tem como princípios a centralização da tomada de decisão e o pressuposto do exercício de um forte controlo tanto sobre as escolhas como sobre a sua implementação. Neste caso, os diferentes sistemas públicos são criados, financiados e regulados pelo próprio Estado. O segundo, como o próprio nome indica, baseia-se nas capacidades de auto-regulação das unidades descentralizadas. A gestão está apenas constrangida, externamente, pela monitorização do desempenho dos sistemas públicos e das suas unidades constituintes e pela avaliação das regras que, em larga medida, definem esse mesmo desempenho. Neste caso, o sistema abre espaços para a regulação pelo mercado e transforma-se num agregado de unidades autónomas e auto-geridas, embora submetidas às prioridades governamentais. Como afirma Peter Maassen, o papel do Estado no modelo de auto-regulação é semelhante ao do árbitro: “É um actor que vê as regras do jogo jogadas por jogadores relativamente autónomos e que muda estas regras quando o jogo não se mostra capaz de conduzir a resultados esperados” (Maassen, 1996, p. 65).

Contudo, parece que a transição de um modelo para o outro não traduz um afastamento do Estado, nem tão pouco uma total negligência do seu controlo. Embora com base em instrumentos distintos, o Estado continua a desempenhar um papel crítico e importante no sistema, procurando influenciá-lo e condicioná-lo. É esta tentativa que faz com que Neave (1988) e Henkel (1991) se refiram ao “Estado avaliador” e Deakin e Walsh (1996) ao “Estado facilitador”, que procura substituir uma pesada moldura legal por sistemas teoricamente mais ágeis de responsabilização. Mas, esta incapacidade do Estado em assumir em definitivo uma ou outra posição (controlo ou auto-regulação), não resistindo a intervir sempre que a realidade não corresponde às suas expectativas, ou o enquadramento institucional não produz os resultados esperados, sustenta a designação, mais recente, de “Estado interferente”, adoptada por Kraak (2001).

A influência do mercado na redefinição dos papéis do Estado e na formulação das políticas públicas é detectada não só ao nível do sistema, mas também ao nível interno das organizações. Os argumentos para legitimar a implementação deste mecanismo de coordenação social, política e organizacional decorrem da crença de que a orientação para o mercado é a única forma de reduzir os custos e diminuir os desperdícios (Hood, 1991, 1995).

Ao nível institucional, surge um conjunto de mudanças, inter-relacionadas no desenho estrutural e nos sistemas operativos, que personificam a tentativa de edificar organizações do tipo ‘*pós-fordistas*’, fragmentadas num vasto conjunto de unidades operacionais coordenadas por um organismo central.

Na verdade, também a este nível, se procura aumentar a competição e introduzir mecanismos de mercado, ou de quase-mercado, proclamando-se a necessidade de uma maior autonomia das instituições e, internamente, das suas unidades básicas. Esta autonomia é essencialmente definida ao nível financeiro (Common et al., 1993), com alterações visíveis no que respeita, por exemplo, à contabilidade pública (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1995). É nesta perspectiva que se procuram melhorar os sistemas de informação de custos, para suportar o planeamento dos contratos (Ferlie et al., 1996), e melhorar as formas de aferir a eficiência, através da criação de centros de custo específicos para unidades, programas e projectos (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1995). Esta forma de descentralização, que procura concretizar uma maior autonomia de gestão e financeira, é directamente influenciada por uma tendência que dominou o sector privado na década de 1980.

Habitualmente, no discurso da NGP, é desenvolvido um conjunto de argumentações que estipula os benefícios da adopção da descentralização no sector público, apresentado de tal forma que a tornam quase inevitável. Assim, a descentralização é identificada como uma das dimensões dominantes da gestão pública contemporânea, porque permite, como sublinham Pollitt, Birchall & Putman (1998):

- conferir aos gestores a capacidade de gerir;
- tornar os serviços mais rápidos e responsáveis, atentos às necessidades locais e individuais;
- aumentar a eficiência através da criação de estruturas menos hierarquizadas;
- aumentar o nível de empenhamento e estímulo nos trabalhadores, cujos postos de trabalho são enriquecidos pelo aumento das responsabilidades orçamentais;
- tornar os políticos mais responsáveis, menos distantes e mais confiáveis.

Apresentada desta forma, a descentralização surge, tal como a orientação para o mercado, como a panaceia que permite resolver todos os problemas do sector público. No entanto, a descentralização traduz, para Pollitt, Birchall & Putman (1998), um dos paradoxos da NGP, já que se espera que com o aumento da descentralização seja promovida a responsabilização dos gestores. Ou seja, espera-se que os novos gestores das organizações descentralizadas abdicuem de algum do seu poder prestando contas aos outros.

O termo descentralização cobre, no entanto, uma grande variedade de mudanças de gestão. Os diferentes tipos de descentralização existentes prendem-se com o que é delegado (Flynn, 1997)

e, sobretudo, com as diferentes formas como a autoridade formal é descentralizada (Pollitt, Birchall & Putman, 1998).

Pollitt, Birchall & Putman (1998) distinguem três tipos de descentralização com diferenças internas. A primeira distinção é a que pode ser estabelecida entre a descentralização política, em que a autoridade é descentralizada para os eleitos representativos, e administrativa, em que a autoridade é descentralizada para os gestores e órgãos de governo nomeados. A grande maioria das reformas levadas a cabo, sob a égide da NGP, assenta no segundo tipo de descentralização (Pollitt & Boukaert, 2000). A segunda, diz respeito à descentralização competitiva e não-competitiva. A descentralização não-competitiva ocorre quando a autoridade é delegada de um nível superior para um nível inferior, no interior da organização, ou, no campo dos sistemas, a partir de uma organização superior para outra que lhe está subordinada. A descentralização competitiva surge sempre que existe uma transferência de autoridade operacional, através do estabelecimento de contratos. Em praticamente todos os sectores da administração pública verificou-se algum tipo de descentralização competitiva. A terceira centra-se nas diferenças entre a descentralização que ocorre ao nível interno da organização e a descentralização que implica uma transferência de autoridade para outra organização distinta. Esta transferência é apelidada pelos autores de devolução e pode ocorrer entre organizações existentes ou entre estas e as que são criadas de novo (Pollitt, Birchall & Putman, 1998).

Norman Flynn (1997), parte da distinção, usualmente utilizada na gestão, entre descentralização horizontal e vertical, a qual estabelece o nível de concentração da autoridade nos gestores para definir diferentes tipos de descentralização, de acordo com o poder e funções que lhe são delegadas. A abordagem mínima relaciona-se com a delegação ao nível da responsabilização pelos gastos; outra forma desta abordagem introduz o envolvimento dos gestores na definição do seu orçamento. Num nível superior, a descentralização traduz-se no controlo efectivo exercido pelos gestores sobre os seus recursos, de acordo com o qual é possível, ainda, identificar-se um outro tipo de descentralização em que é conferida a possibilidade a estes profissionais de escolherem os produtos e serviços que a organização pode oferecer (Flynn, 1997). É neste último caso que se insere o *outsourcing*, que corresponde à adopção de mais uma tendência dominante na gestão privada durante os anos 1980. Traduzido para o contexto público, o *outsourcing* efectiva-se através da aquisição de um conjunto diverso de actividades a trabalhadores de organizações privadas, como os serviços de lavandaria ou *catering*, antes realizadas por trabalhadores pertencentes a organizações públicas (Exworthy & Halford, 1999).

A descentralização no sector público parece confinar-se ao nível básico, a responsabilização pelos gastos, tendo em atenção o facto desta autonomia poder ser acompanhada por um aumento moderado do controlo central (Common et al., 1993; Hood, James & Scott, 2000).

Tal aumento de poder é visível na definição unilateral, pela gestão de topo, dos objectivos organizacionais a atingir e da forma de os alcançar, com base nos contratos estabelecidos, objectivos esses que traduzem restrições operacionais, desenhando-se, assim, o que Hoggett e Reed designam por centralização estratégica e descentralização operacional (Hoggett, 1996; Reed, 2002).

Este fenómeno desemboca na criação e consolidação de um paradoxo definido pela coexistência de elementos flexíveis e coercivos na NGP (Ferlie et al., 1996; Maor, 1999). A coercividade decorre, precisamente, do aumento de poder político e estratégico no topo, que tem a sua expressão, ao nível organizacional, na reestruturação das direcções de topo e intermédia e na procura de uma liderança carismática e transformacional (Ferlie et al., 1996; Pollitt, 2003a; Reed, 2002). Esta liderança, muitas vezes apelidada de empreendedora, traduz, para autores como Larry Terry (1998) ou Rita Kelly (1998), uma verdadeira ameaça ao governo democrático.

A descentralização e a definição de contratos promovem a mudança dos regimes de regulação e controlo institucional, que deixam de se apoiar nos *inputs* e passam a ser organizados com base nos resultados, estes medidos de acordo com objectivos e indicadores quantitativos pré-estabelecidos. A este propósito, Pollitt (2003a) salienta, como uma das principais características desta nova tendência, a existência de uma maior preocupação com os objectivos do que com a forma de os atingir.

A procura de sinergias homeostáticas, como refere Hood (1991), conduz a que esta relação se perpetue ao nível individual. As unidades descentralizadas deveriam ser geridas de acordo com as regras e práticas dominantes na gestão privada. Assim sendo, os contratos tornam-se no elemento essencial da definição de medidas de desempenho individual, que são confrontadas com objectivos pré-definidos habitualmente baseados em critérios quantitativos. Estas medidas são identificadas por Reed como tecnologias de controlo, querendo o autor significar com esta expressão a instalação de um conjunto de práticas focalizadas na reengenharia do processo de trabalho, apoiadas na monitorização financeira, na racionalização do trabalho, na auditoria da qualidade e na avaliação de desempenho, que permite tornar o trabalho dos profissionais mais visível, transparente e quantificável (Reed, 2002).

O papel crucial conferido aos contratos na redefinição das relações sociais constitui, para du Gay e Salaman (1996), a característica fundamental desta nova forma de gerir. A contratualização pode ser definida, segundo estes autores, pela possibilidade de imputar o desempenho de uma função ou actividade a uma unidade de gestão distinta – individual ou colectiva – que é tida como responsável pelo desempenho eficiente dessa mesma função ou da condução de uma dada actividade (du Gay, 1996; du Gay & Salaman, 1996).

A descentralização constitui-se, no fundo, como uma proposta efectiva de afastamento do tipo-ideal de burocracia definido por Weber (1999), na medida em que traduz uma ameaça à

estrutura hierárquica que tradicionalmente caracteriza a administração pública (Peters & Pierre, 2003). Ao tipo-ideal da burocracia, dominado por princípios de centralização e formalização, contrapõe-se o controlo pós-burocrático (Hoggett, 1996), que substitui a autoridade baseada na hierarquia pela descentralização, a ênfase nas regras pela ênfase nos resultados e a concentração no método pela concentração nos efeitos (Exworthy & Halford, 1999).

Em função deste conjunto particular de aspectos que caracterizam a NGP, alguns autores consideram que este movimento traduz um novo arquétipo na organização e gestão dos serviços públicos (Ferlie & Fitzgerald, 2002). Embora a noção de arquétipo tenha surgido no contexto da gestão privada, e se baseie em argumentos, como veremos mais à frente, que nos impedem de a adoptar como base conceptual deste estudo, constitui, no entanto, uma metáfora importante à qual não podemos deixar de fazer referência.

A noção de arquétipo é utilizada nesta discussão teórica sobre o impacto da NGP na administração pública para referir as organizações enquanto “(...) conjunto de estruturas e sistemas que, de forma consistente, envolvem um único esquema interpretativo”(Greenwood & Hinings, 1993, p. 1055). A hipótese central é a de que as estruturas e as práticas organizacionais são simultaneamente influenciadas e moldadas por valores mais profundos subjacentes que são partilhados pelos membros da organização. Estes valores estão fundamentalmente conectados com a forma como as organizações definem o seu domínio, princípios de governo e critérios de avaliação.

A análise da mudança organizacional corresponde, para Greenwood e Hinings (1993), ao processo de substituição de um arquétipo por outro. Ao interpretarem as alterações ambientais, os actores produzem um conjunto de ideias acerca da necessidade de mudança, fazendo surgir novas concepções sobre as boas práticas. Esta situação provoca fraquezas e rupturas na legitimidade do arquétipo dominante e cria novas oportunidades para novos esquemas interpretativos emergirem. Porém, estas alternativas só colocam desafios ao arquétipo dominante se forem apoiadas por uma legitimidade activa, isto é, por um novo conjunto de crenças, valores e ideologias interpretativas.

Influenciados pela perspectiva anterior, e pelas perspectivas teóricas existentes sobre a cultura organizacional, os defensores da NGP consideram que o que suporta a estrutura organizacional e confere identidade à organização é o seu sistema cultural e de valores, que torna as organizações únicas e distintas. Nesta perspectiva, partem do princípio de que para alterar o sistema organizacional é necessário alterar igualmente o sistema de valores e de crenças que lhe subjaz.

Se considerarmos que a NGP procura concretizar uma mudança de arquétipo em termos organizacionais, então é necessário percebermos em que crenças, valores e ideologias se baseia e pretende tornar dominantes. Assim sendo, procuramos reflectir, em seguida, sobre as mudanças

propostas por este movimento ao nível da cultura e dos valores dominantes na administração pública.

2.2.2 *Mudança Cultural e de Valores*

Decorrente do que temos vindo a colocar em relevo em relação ao modelo da NGP, torna-se claro que um dos principais objectivos das reformas encetadas foi o de edificar um sistema de serviços públicos em que a gestão, por oposição à administração pública, seria a base da organização e distribuição dos serviços (Ackroyd, 1995). Adoptando a definição de Norman Flynn (1997), considera-se a administração como o arranjo ordinário dos recursos, por forma a seguir procedimentos e regras previamente definidos por outros, e a gestão como o envolvimento na discrição dos recursos para ir de encontro aos objectivos definidos. A gestão pode, assim, ser considerada como a procura da melhor forma de utilizar recursos e pessoas para atingir os objectivos ao menor custo.

A concretização desta substituição processa-se não só ao nível das estruturas e das práticas, mas também ao nível dos valores dominantes. Neste sentido, procurar implementar a NGP corresponde a uma tentativa de substituir o domínio do *'ethos'* de serviço público pelo *'ethos'* de negócio, o que se consubstancia na mudança das prioridades conferidas aos valores do universalismo, equidade e segurança, para prioridades ligadas à eficiência e ao individualismo (Jorgensen & Bozeman, 2002; Pollitt, 2003a; Reed, 2002). A NGP enfatiza os valores característicos da gestão privada, como a racionalidade funcional, a eficiência de custos e a produtividade, em oposição aos valores democráticos que tradicionalmente caracterizam a gestão pública, como a democracia política, a ética pública e a segurança de emprego (Skalén, 2004).

A possibilidade desta transição é um facto que está longe de alcançar consensos entre os investigadores. A discussão centra-se, antes de mais, na possibilidade de existirem, de facto, duas culturas distintas, centradas em diferentes valores capazes de traduzir quadros cognitivos opostos nos dois contextos (Stewart & Ranson, 1988). Depois a discussão estende-se à adequabilidade dos valores da gestão privada à gestão pública. A este nível é necessário perceber não só a existência de diferenças entre os dois domínios (público e privado), mas também a sua própria diversidade interna. Se é verdade que os valores dominantes da gestão privada são a racionalidade, a eficiência e a produtividade, a forma como as teorias organizacionais constroem argumentos retóricos para a sua concretização é distinta e tem evoluído, em alternância, ao longo do tempo.

Como afirma Flynn (1997) as ideias acerca da gestão não são meramente técnicas, nem isentas de valores. As concepções respeitantes à forma como as organizações devem ser geridas são edificadas com base em crenças acerca da motivação dos trabalhadores, da forma como se

relacionam uns com os outros, do uso que fazem da autoridade e do nível de confiança que neles se pode depositar.

Na mesma linha desta argumentação, Barley e Kunda (1992) defendem a possibilidade de agrupar as diferentes teorias da gestão em dois grupos distintos, em função do tipo de controlo em que se baseiam. Há um conjunto de teorias edificadas com base no controlo normativo, e que correspondem às teorias do melhoramento industrial (1870-1900), das relações humanas (1925-1955) e da cultura organizacional (1980-actualidade), e um conjunto baseado no controlo racional, que se reporta às teorias da gestão científica (1900-1923) e do racionalismo sistémico (1955-1980). Estas últimas são, também, categorizadas por Reed (1997) como constituindo a perspectiva técnica da gestão.

Não obstante o desfasamento temporal no surgimento do primeiro grupo de teorias, e também dos aspectos que as distinguem entre si, todas se baseiam num conjunto de princípios retóricos comuns e todas assumem uma perspectiva das organizações como colectividades definidas por uma certa agregação de valores e de significados partilhados. Por outro lado, estas teorias são criadas sob a influência da hipótese de que o objectivo de aumentar a produtividade pode ser concretizado se houver coesão e lealdade, o que torna vagas e imprecisas as fronteiras entre gestores e trabalhadores e entre o domínio do trabalho e do não-trabalho. Insistem, ainda, no pressuposto de que os trabalhadores aumentam o desempenho quando estão envolvidos com ideais que valorizam e, por isso mesmo, incitam os gestores a tornarem-se líderes e, através da sua visão, a unir a organização em torno do mesmo ideal. O controlo intra-organizacional reside, para os gestores, na capacidade de moldar as identidades, as emoções, as atitudes e as crenças dos trabalhadores (Barley & Kunda, 1992).

O segundo conjunto de teorias tem em comum a partilha da crença segundo a qual só seria possível aumentar a produtividade através da articulação entre métodos e sistemas. A imagem da organização que domina é a da máquina (quer mecânica, no caso da gestão científica, quer computacional, no caso do racionalismo sistémico), que pode ser analisada nas suas diferentes componentes e, assim, modificada e melhorada eficientemente (Morgan, 1986). Os trabalhadores são percebidos como actores calculistas, que assumem orientações instrumentais em relação ao trabalho, e os gestores exortados a tornarem-se especialistas, ou seja, a basearem-se na análise racional e no conhecimento empírico para resolver os problemas. Neste caso, o controlo é exercido através de sistemas de manipulação (Barley & Kunda, 1992).

Na nossa perspectiva, a NGP ao estabelecer a premissa de que a gestão privada é superior à gestão pública, e ao enfatizar a importância de valores como a eficiência, o controlo de custos ou a produtividade, está a fazê-lo tendo por base as teorias sustentadas na retórica do controlo racional. Tal não significa, no entanto, que não possam ser identificados elementos característicos das teorias

do controlo normativo. Contudo, estes elementos resultam da tentativa de extrair destas teorias aspectos particulares que permitam potenciar o controlo racional.

Esta hipótese é facilmente verificável se reflectirmos, em particular, sobre os princípios da escola das relações humanas (e especificamente sobre os desenvolvimentos mais recentes desta perspectiva com a gestão de recursos humanos) e sobre a cultura organizacional.

O desenvolvimento, teórico e prático, da escola das relações humanas deu origem ao surgimento da Gestão de Recursos Humanos (GRH) e do Comportamento Organizacional enquanto campos autónomos de estudo na gestão. Ao reflectir sobre a GRH é importante salientar as duas versões que a dominam – ‘*Soft*’ e ‘*Hard*’ – sustentadas em modelos defendidos por diferentes escolas de pensamento.

A versão ‘*hard*’, defendida pela escola de Michigan, assume uma perspectiva da GRH que procura aproximá-la das restantes áreas da gestão, salientando os seus aspectos quantitativos, calculistas e estratégicos; enquanto a versão ‘*soft*’, defendida por Harvard, enfatiza valores menos racionais e económicos, como a comunicação, a motivação e a liderança (Brewster, 1995; Carvalho, 2001; Domingues, 2003; Legge, 1995; Neves, 2002). A primeira representa o “instrumentalismo utilitário”, a segunda tem reminiscências no desenvolvimento humanista (Legge, 1995). Ou, como afirmam Hendy e Pettigrew, a adopção das diferentes perspectivas baseia-se na escolha entre colocar a ênfase na gestão dos recursos ou nos humanos (Hendy & Pettigrew, 1990).

Ao interpretar os recursos em função da sua especificidade humana a Harvard Business School cria um dos modelos mais influentes de GRH. Apesar de reconhecer que a gestão detém o poder nas organizações, este modelo enfatiza a importância dos trabalhadores como grupo de pressão, reconhecendo a necessidade de mecanismos para reconciliar a tensão inevitável entre as expectativas dos trabalhadores e da gestão (Price, 1997). As políticas, neste modelo, resultam no empenhamento dos trabalhadores em relação à missão e aos valores da organização, definido com base na ligação dos objectivos dos recursos humanos aos objectivos organizacionais e na ideia de competência. Esta ligação comporta a ideia de que é possível combinar apropriadamente capacidades, habilidades, conhecimentos, eficiência de custos, e uma distribuição do desempenho de uma forma competitiva (Price, 1997).

A perspectiva da Michigan Business School representa um modelo mais duro e menos humanista, argumentando que os trabalhadores deverão ser concebidos como os outros recursos dentro da organização. Assim, deverão ser recrutados ao menor custo, usados economicamente e desenvolvidos e explorados, tanto quanto possível. Influenciados fortemente pela literatura em gestão estratégica, estes autores interpretam a GRH como um produto secundário da estratégia e do planeamento. Neste modelo, os objectivos da GRH identificam-se com as tentativas de

concretização dos objectivos organizacionais. Esta escola identifica algumas áreas chave para o desenvolvimento de políticas e sistemas de recursos humanos apropriados, a saber: a selecção das pessoas certas para irem de encontro às necessidades do negócio, a obtenção de desempenhos na linha dos objectivos organizacionais, o uso de formas de avaliação que confira *'feedback'* à organização e aos trabalhadores, a existência de um sistema de remuneração alinhado com os desempenhos apropriados e o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos exigidos para ir ao encontro dos objectivos organizacionais (Tichy, Fombrun & Devanna, 1982). Na mesma linha, Torrington e Hall fazem referência aos factores apropriados de produção (números e capacidades) no preço correcto (implicitamente o menor preço possível) (Torrington & Hall, 1991).

Tendo em atenção esta distinção, parece-nos que as ideias difundidas pela NGP se identificam muito mais com esta versão *'hard'*, que, por exemplo, está presente, de forma dominante, nos dois primeiros modelos de Ferlie et al. (1996), bastante afastados da administração pública.

Por outro lado, existem igualmente diferentes perspectivas sobre a cultura organizacional, com a NGP, mais uma vez a adoptar a vertente mais *'manipuladora'*. Entre as duas perspectivas dominantes sobre a cultura no contexto organizacional, as diferenças residem no facto de se considerar que a organização *é* uma cultura ou de que *tem* uma cultura. A primeira baseia-se numa concepção simbólica, que identifica a cultura como o resultado da interacção social e que pressupõe a existência de uma actividade interpretativa. A construção social e a manutenção da organização dependem da sua cultura. A cultura é, então, algo de simbólico, que identifica a organização, e não algo de concreto que ela possui (Smircich, 1983). A segunda, é aquela que é comumente assumida na gestão, com base no pressuposto de que a cultura é uma variável, entre diversas outras variáveis existentes na organização, passível de ser gerida por forma a facilitar a evolução do sistema e o alcance dos seus objectivos (Van Maanen & Barley, 1984). O movimento da NGP adopta, claramente, esta segunda abordagem, enquadrada por Ferlie et al. (1996) na versão top-down do Modelo 3. A cultura organizacional é, assim, perspectivada como algo de concreto, que existe objectivamente e que pode ser identificada e gerida, tendo em vista, em conjunto com as restantes variáveis, permitir que a organização atinja os seus objectivos.

É sem surpresa que não nos surge como plausível identificar a NGP com uma única tendência de gestão, ou mesmo com um grupo específico de teorias edificadas em torno de características comuns. Como tivemos oportunidade de referir anteriormente, diversos autores salientam o carácter multifacetado da NGP, que congrega um vasto conjunto de opiniões e iniciativas (Dent et al., 2004; Ferlie et al., 1996; Hood, 1991;1995; Newman, 2002), e que não nos permite, por isso, identificar um conjunto único de medidas impostas de forma uniformizada no sector público.

Os pressupostos e as práticas da gestão privada assumidas pela NGP, porque baseadas no controlo racional, na GRH *hard* e numa perspectiva ‘funcionalista’ da cultura organizacional, configuram uma visão clássica e conservadora da gestão, a qual traduz não só uma perspectiva de confrontação entre os trabalhadores e a gestão, mas também a existência de formas organizacionais e de trabalho mais masculinas (Flynn, 1997).

Vários autores, demonstram que a NGP configura uma proposta de gestão que se identifica com os contornos da masculinidade, podendo, por isso, constituir-se como mais um entrave à gestão feminina no topo das organizações do sector público (Ashburner, 1993; Barry, Berg, & Chandler, 2002a, 2002b; Clarke & Newman, 1997; Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000; Leung & Clegg, 2001). A este facto, acresce, ainda, a tendência de transpor algumas das actividades, até agora desempenhadas pelas instituições de bem-estar social, do Estado para o domínio privado, o que poderá traduzir-se numa legitimação e reforço do papel tradicional da mulher na sociedade (Clarke & Newman, 1997; Lash & Urry, 1994).

Autores como Lash e Urry (1994) consideram, precisamente, que as estratégias para reestruturar o sector público são distintas, devido ao seu foco na comercialização, concentração, intensificação e domesticação. A comercialização implica uma tendência, que analisámos anteriormente, de aplicar a lógica do mercado a serviços antes perspectivados como devendo ser prestados apenas pelo seu valor intrínseco. A concentração, surge como uma tendência que acompanha o movimento anterior para a centralização dos serviços e para o aumento do controlo directo pelo governo central. A intensificação, refere-se às diversas iniciativas cujo objectivo é aumentar a produtividade, e que se traduzem, antes de mais, no aumento da carga de trabalho. E, finalmente, a domesticação, procura designar o deslocamento do trabalho da esfera pública para a esfera privada, como trabalho não pago, que, regra geral, é efectuado pelas mulheres.

A forma como estas tendências e diferentes perspectivas de gestão se transformam no quadro cognitivo que domina uma dada organização, determinando todo o seu funcionamento, passa necessariamente pelo plano simbólico e pela disseminação de narrativas de gestão.

Lynn (1998), considera a existência de uma meta-linguagem comum que é utilizada para descrever, diagnosticar e prescrever problemas e soluções de gestão. Também Reed (2002), como referimos anteriormente, elege as narrativas genéricas sobre as estratégias de mudança como um dos elementos estruturantes do *managerialismo*. É, precisamente, com base na linguagem que se procura introduzir a construção de imagens comuns da realidade, através da produção de significados partilhados e aceites. As narrativas e linguagens utilizadas pela NGP possuem um carácter retórico. Isto é, com base na linguagem da racionalidade económica e da gestão, busca-se proclamar a autenticidade e autoridade das soluções *managerialistas* para resolver os problemas económicos, sociais e políticos (Hamilton, 2004).

O conceito de retórica vai buscar a sua génese à filosofia Aristotélica, que a considerava um artifício da linguagem para salientar os aspectos persuasivos dos diferentes assuntos. Hamilton (2004), inspirando-se em estudos anteriores, considera que a retórica pode ser definida como a utilização de palavras pelos actores sociais para formar atitudes ou induzir acções noutros actores. A retórica é utilizada pela NGP como forma de persuadir os outros a identificarem-se com os seus princípios (Hewison, 1999). A sua utilização fica a dever-se não só ao facto de se utilizar a argumentação e persuasão, como também à utilização de meios que ultrapassam a lógica e a evidência, procurando envolver os outros com as suas ideias em função de imperativos sociais e emocionais que lhe são inerentes (Pollitt, Birchall & Putman, 1998).

A retórica é, assim, interpretada como o veículo através do qual se legitimam as mudanças propostas pela NGP, uma vez que procura apresentar os discursos como ‘verdades normalizadas’ que traduzem pensamentos e acções auto-evidentes. Clarke e Newman (1997), afirmam que é, precisamente, ao nível da linguagem que o *managerialismo* tem tido mais sucesso em reunir consensos para uma agenda particular de mudança, silenciando outras vias existentes ou potenciais. Também Pollitt (2001, 2002) considera, como veremos mais à frente, que é ao nível da linguagem que se tem verificado maior convergência na adopção da NGP pelos diferentes países.

O carácter retórico da NGP é claramente evidenciado pelo facto desta nova forma de analisar a realidade pública se basear na argumentação – ou seja, em assumpções a partir das quais se constroem os elementos de persuasão, e que constituem uma tentativa de estabelecer acordos pré-definidos com a audiência. Esta dimensão persuasiva da NGP parte de um conjunto de argumentos tidos como verdadeiros e incontestáveis, como, por exemplo, aqueles que insistem na suposição de que os níveis actuais de despesa pública não são sustentáveis, de que a mudança é inevitável e de que a gestão privada é mais dinâmica e eficiente do que a gestão pública.

É com base nestes argumentos que são sustentadas as várias propostas de mudança no sector público, frequentemente enunciadas num registo doutrinário (Hood, 1991, 1995) e enfaticamente valorativo. A orientação para o mercado e a descentralização, surgem, precisamente, como princípios doutrinários, cuja justificação reside não só na certeza do aumento da eficiência, mas, sobretudo, no pressuposto de que são eles que permitem tornar os serviços mais acessíveis e transparentes para os utilizadores. A orientação para o cliente, ou consumidor, constitui um dos valores justificativos mais utilizados pela linguagem da NGP, que veio substituir outros valores ligados, por exemplo, à noção de utente. A ênfase colocada nesta substituição expressa, assim, uma mudança de significado mais profunda do que uma simples substituição dos termos parece fazer antever.

A utilização da metáfora do consumidor tem dois propósitos. Ao substituir o termo utente retira-se-lhe a carga associada à cidadania e à prestação do serviço, enquanto usufruto de um direito

democrático. Por outro lado, permite, ainda, adicionar ao utilizador do serviço público o papel de reivindicação atribuído ao consumidor (Bolton, 2002; Flynn, 1997; Vigoda, 2002), esperando-se que a institucionalização desta nova designação social conduza o cidadão a agir racionalmente e a maximizar as suas escolhas. A liberdade e independência individual emanam, agora, não dos direitos civis, mas das escolhas individuais exercidas no mercado (du Gay & Salaman, 1996). A redefinição dos utilizadores dos serviços como consumidores promete, simultaneamente, aumentar o seu estatuto, aumentar a sua capacidade de escolha e assegurar a responsabilização da organização perante as suas necessidades (Exworthy & Halford, 1999).

A promoção do aumento da escolha por parte do consumidor tem como principal objectivo o desenvolvimento do mercado, quer através do aumento da escolha directa e individual, quer através da reestruturação dos serviços. No primeiro caso, inclui-se a tentativa de promover a escolha dos serviços de acordo com os seus níveis de desempenho. No segundo, incluem-se as alterações ao nível da organização dos serviços, que procuram colocar o foco nos profissionais que devem passar a actuar como se os utilizadores fossem, de facto, consumidores (Kirkpatrick et al., 2005). Este aumento do poder dos consumidores conduz ao surgimento de novas formas de responsabilização externa e de escrutínio do trabalho dos profissionais (Bolton, 2004a,b; du Gay, 1996; du Gay & Salaman, 1996; Kirkpatrick et al., 2005).

Neste contexto, políticos e gestores têm procurado concretizar um conjunto de iniciativas com o propósito de efectivar a máxima da soberania do consumidor. Entre elas destacam-se: as pesquisas de mercado, desenvolvidas com o propósito de perceber os níveis de satisfação e as atitudes dos consumidores; a utilização do pagamento directo para aumentar a escolha (os cheques escolares são disso um exemplo); o aumento e melhoria dos procedimentos de reclamações; a definição e divulgação de documentos que estipulam os direitos dos utentes enquanto consumidores (um dos exemplos mais divulgados e analisados é o *Citizen's Charter* desenvolvido em 1991 por John Major em Inglaterra). Há que sublinhar, ainda, noutra registo, todo um conjunto de iniciativas tomadas com o objectivo de reestruturar a organização dos serviços por forma a orientá-los para o consumidor e para a satisfação das suas necessidades. Dessas iniciativas emerge, com particular destaque, a Gestão da Qualidade Total (GQT ou TQM), instrumento tradicionalmente utilizado pela gestão privada para testar o imperativo da conformidade organizacional em relação à orientação para o cliente, e que passa a ser comum ao sector público.

De facto, a retórica de gestão procura utilizar, instrumentalmente, o conceito de consumidor, que se tornou num elemento central da tentativa de reconstruir uma variedade de instituições e práticas. A NGP sustenta que o sucesso ou fracasso das instituições públicas, em competição no mercado, é, agora, determinado pela capacidade dos prestadores em identificarem e satisfazerem as necessidades dos consumidores. A orientação para o mercado é, aliás,

tradicionalmente perspectivada pela gestão como a melhor forma de promover a motivação dos trabalhadores, no sentido de dar prioridade à criação de lucro e à manutenção dos valores superiormente determinados pelo consumidor (Slater, 2001).

É importante perceber que a utilização do conceito de consumidor não se aplica apenas em relação a uma entidade externa à organização, mas, em função da estimulação dos mercados internos e da descentralização financeira, o conceito é igualmente aplicado no contexto interno, passando os profissionais a serem perspectivados como clientes, uns em relação aos outros (du Gay & Salaman, 1996; Exworthy & Halford, 1999).

Esta coroação do consumidor define, no entanto, mais um dos paradoxos da NGP. A retórica da orientação para o consumidor é confrontada, na prática, com os imperativos de aumentar a produtividade e reduzir os custos e com a exigência de definir contratos para a prestação de serviços, o que determina o afastamento das instituições públicas de uma concepção e desenvolvimento definidos a partir das exigências do consumidor (Bolton, 2002; Ferlie et al., 1996; Flynn, 1997).

A utilização do conceito de consumidor (ou de cliente) suscita algumas questões pertinentes no contexto particular do sector público. Alguns autores chamam a atenção para o facto do pensamento sobre os consumidores e o marketing poder ser estimulante para o sector público, mas, quando aplicado de forma acrítica, poder distorcê-lo (Stewart & Ranson, 1988). A máxima da orientação para o consumidor, surge, de alguma forma, em resposta ao suposto afastamento dos profissionais dos interesses dos utilizadores, mas esta não constitui, por si só uma garantia da defesa do interesse público.

Subsistem, no entanto, outras questões mais particulares para as quais é necessário encontrar respostas. A primeira, é, precisamente, a de saber quem é o consumidor do serviço público. O mais óbvio é ser a pessoa que recebe o serviço, mas existem vários actores que podem ser considerados *stakeholders* da organização, uma vez que possuem interesses no seu desenvolvimento e que podem não o utilizar directamente (Amaral & Magalhães, 2001, 2002). A dúvida que surge para as organizações prende-se com a capacidade de manter o mesmo nível de satisfação para os diferentes grupos, tendo em atenção que, por vezes, as medidas adoptadas para uns podem ser contrárias aos interesses dos outros. Coloca-se, depois, também, a questão de saber como medir a satisfação do cliente, pois os métodos utilizados pela gestão privada nem sempre surgem como adequados (não é possível, por exemplo, avaliar positivamente alguns serviços pelo facto do consumidor procurar utilizá-lo uma segunda vez) (Flynn, 1997).

Ultrapassada a dificuldade em identificar as necessidades dos consumidores, torna-se ainda, importante perceber que nem sempre os gestores e profissionais possuem a capacidade de tomar decisões que possam apresentar-se como uma resposta a essas necessidades (por exemplo, ao

nível da segurança social, a tomada de decisão dos profissionais restringe-se à elegibilidade de um cidadão para receber determinado subsídio e não ao seu valor).

Outro conjunto de questões, que espelha as dificuldades de adopção do conceito de consumidor no sector público, prende-se com a própria noção de mercado. Esta implica a possibilidade de escolha por parte do utilizador, o que, na maior parte das situações, não é possível de se verificar na prática. O exemplo mais caricato será o de equacionar a escolha do preso em relação à prisão que pretende, mas, mesmo em outros casos, menos extremados, a possibilidade de escolha é sempre limitada, quanto mais não seja porque a informação disponível nunca é total, precisa, suficiente e adequada. Num estudo recente, Amaral, Rosa e Teixeira (2004) demonstram a existência de mecanismos que impedem a liberdade de escolha por parte dos alunos de ensino superior em Portugal. Ainda, neste estudo, apesar de se identificarem sinais de fortalecimento das tendências de orientação do Estado para o mercado, os autores defendem a impossibilidade de existir, no nosso país, um verdadeiro mercado neste nível de ensino.

Embora este seja o sentido das mudanças que se pretendem incentivar com o movimento da NGP, não existe consenso entre os autores sobre o nível da sua aplicação em termos globais, da sua penetração no contexto organizacional, nem do seu impacto nos profissionais.

No próximo ponto do capítulo procuramos, precisamente, desenvolver um conjunto de reflexões teóricas respeitantes à possibilidade de aplicação universal da NGP. Em seguida tentamos analisar, de forma particular, a potencial intrusão dos principais pressupostos e elementos da NGP nas reformas dos sistemas de saúde na Europa.

2.3. A Nova Gestão Pública entre a 'Moda' e o 'Paradigma'

Do que ficou exposto até ao momento é fácil concluir que, apesar da forte produção científica desenvolvida nas últimas décadas relativamente à NGP, não foi ainda possível reunir consenso entre os académicos no que concerne às questões essenciais que lhe subjazem. Nos aspectos que geram controvérsia, e ausência de consenso, insere-se, igualmente, a natureza específica a atribuir a este movimento. Nesta perspectiva, diferentes autores procuram perceber de que forma classificar a NGP. Será que as suas propostas constituem uma simples moda de gestão ou estamos perante uma alteração mais profunda, que configura uma mudança paradigmática na administração pública?

Se bem que alguns autores consideram que a NGP não pode ser classificada como uma revolução de gestão (Amaral, Jones & Karseth, 2002; Pollitt, 2003b), o carácter das mudanças institucionais que dela decorrem, e a durabilidade e heterogeneidade das suas medidas, parecem, igualmente, não permitirem a sua cabal caracterização no campo da administração pública como uma simples moda (Dunleavy & Hood, 1994; Pollitt, 2003b). Inerente a esta discussão está a

problemática do nível e da extensão da aplicabilidade da NGP. O debate sobre a capacidade da NGP se tornar mais do que uma moda, e se constituir como um novo paradigma político e de gestão, tem sido desenvolvido em torno da hipótese da sua implementação em termos internacionais.

Owen Hughes (2003) defende, tal como havia sido expresso pela OCDE antes (1994), que a NGP, dada a sua crescente disseminação nas organizações públicas dos países desenvolvidos, se tornou um novo paradigma dominante. No mesmo sentido, Osborne e Gaebler (1992), referem a inevitabilidade da sua adopção por organizações situadas em diferentes contextos, como resposta às mudanças ambientais. Pelo seu lado, Lan e Rosenbloom (1992) sustentam a existência de uma mudança paradigmática ao nível dos estudos sobre as questões públicas.

De facto, apesar de sempre se ter verificado a possibilidade de transferência de ideias, valores, ideologias e políticas entre diferentes países, a transferência de tecnologias de gestão parece estar a assumir contornos distintos, devido à sua popularidade e aparente aplicabilidade em todos os países desenvolvidos.

Na realidade, não obstante o conceito ter surgido no Reino Unido, facilmente se disseminou para outros países (McLaughlin & Osborne, 2002), que transferiram, com relativa facilidade, tecnologias de gestão dominantes das organizações privadas para as públicas. Christopher Pollitt (2003b) procura analisar os factores que têm conduzido à popularidade destas transferências, quer entre organizações, quer entre diferentes países. Para o autor, a facilidade que parece inerente a este processo é ilusória e fica a dever-se a um conjunto de assumpções e pressupostos em tudo semelhantes aos que caracterizam a escolha de um outro bem qualquer (o autor utiliza mesmo o exemplo do automóvel), nomeadamente: a tecnologia a transferir é simples e de fácil compreensão, tal como as tarefas que lhe estão associadas, e a sua aquisição é voluntária; a transferência de conhecimentos não é muito morosa e decorre de uma relação simples entre dois actores que partilham a mesma linguagem.

Desde logo, Pollitt (2003b) sustenta que as tecnologias de gestão que tendem a ser transferidas são as mais recentes e inovadoras, pelo que são menos compreendidas e os seus resultados, muitas vezes, não tiveram ainda tempo para se tornarem visíveis. Do mesmo modo, salienta o facto de não ser apenas a complexidade da transferência que está em causa, mas também a própria complexidade da tarefa decorrente da falta de clareza dos objectivos políticos imediatos e do contexto institucional e cultural em que a política opera. Contra o pressuposto de que a transferência de conhecimento não é muito morosa, Pollitt (2003a) faz questão de lembrar que as reformas na administração pública e a mudança ao nível organizacional produzem um impacto apenas detectável no longo prazo.

A possibilidade da aquisição de novas tecnologias de gestão ser voluntária é também refutada por Pollitt (2003b), recorrendo, para tal, ao conceito de isomorfismo proposto por DiMaggio e Powell (1991). De facto, esta transferência não é voluntária nem dual, uma vez que não resulta de uma relação linear entre “importador” e “exportador”. Constitui, antes, o resultado de negociações e influências entre diversos actores, com especial destaque para as instituições internacionais, cujo tipo de acção conduz Pollitt (2003b) a defender a existência de uma “dimensão pós-colonial” nesta transferência. O autor afasta, ainda, o pressuposto da possibilidade de partilha de uma mesma linguagem, com base na argumentação de que o significado que se atribui às palavras não é, muitas vezes, comum mesmo entre indivíduos que falam a mesma língua.

Pese embora a pertinência da argumentação de Pollitt, a transferência de tecnologias de gestão entre diferentes países, parece estar a fazer-se sentir na prática, configurando a hipótese de que a NGP se pode constituir como uma “ideologia viajante” (Amaral, Magalhães, & Santiago, 2003), disseminada e aplicada em diferentes contextos. Esta hipótese não é, contudo, apoiada empiricamente, existindo mesmo autores que consideram que a noção de que existe uma convergência universal deste movimento é simplista e só concebível porque baseada no etnocentrismo anglo-saxónico (Hood, 1995; Pollitt, 2003b). De facto, diversos estudos de caso nacionais salientam a importância do contexto cultural na criação de obstáculos a uma transposição fidedigna do ‘pacote completo’ da NGP (Amaral et al., 2003; Maassen, 2003; Reichard, 2002; Sozen & Shaw, 2001).

Também os estudos comparativos, existentes até ao momento, impedem a defesa de um determinismo global na adopção da NGP (Amaral, Correia, Magalhães, Rosa, Santiago & Teixeira, 2002; Coinsidine, 2000; Flynn & Strehl, 1996; Goedegebuure, Kaiser, Maassen, Meek, van Vught, de Weert, 1994; Hood, 1995; Kogan, Bauer, Bleiklie, & Henkel, 2000; Lane, 1997; Leisyte, 2004; Manning, 2001; Pierson, 2001; Pollitt & Boukaert, 2000; Schwartz, 2001; Wise, 2002). Autores como Hood (1995) ou Pollitt e Boukaert (2000) reconhecem a disseminação, mas salientam o modo como a sua adopção tem sido distinta em diferentes países. A Nova Zelândia, a Suécia e Reino Unido tomaram a dianteira, desenvolvendo estas medidas de forma mais profunda; outros, escolheram caminhos mais contidos e graduais como o Canadá, a Noruega, a Finlândia, a Holanda e a Dinamarca, que consideraram apenas algumas dimensões da NGP; existem ainda outros, como a Alemanha e o Japão, que se mantiveram praticamente numa postura de recusa (Hood, 1995). Também Lois Wise (2002) caracteriza a adopção da NGP na Noruega como reduzida, na Suécia elevada e nos Estados Unidos moderada. Assim sendo, mesmo tendo por referência as características de variação e variabilidade identificadas por Dent, Chandler e Barry (2004), não parece possível classificar a NGP como um novo paradigma dominante na administração pública em termos internacionais. Os estudos empíricos efectuados ao nível institucional parecem

corroborar, de igual forma, esta impossibilidade de mudança paradigmática. De facto, verifica-se que as instituições adoptam apenas algumas propostas parciais da NGP, não se constatando substituições cabais de modelos de gestão e de organização, o que configura a probabilidade de existirem processos de hibridação, querendo com isto significar-se que emergem modelos reconfigurados que possuem, em simultâneo, características do antigo e do novo modelo (Amaral et al., 2003; Ferlie et al., 1996; Reed, 2002; Skalén, 2004).

Apesar destas evidências empíricas, tanto políticos como académicos continuam a defender a ideia da inevitabilidade da adopção de medidas no âmbito da NGP, o que, segundo alguns autores, resulta na criação de um mito de convergência (Lynn, 1998, 2001; Pollitt, 2001). O propósito da criação deste mito prende-se com factores distintos, assumindo particular importância os interesses pessoais de alguns actores sociais que Pollitt (2001) identifica com os políticos, os funcionários públicos de topo, os consultores e os próprios académicos.

Os políticos, e particularmente os ministros, dado o carácter da sua carreira, sentem necessidade de demonstrar ‘trabalho feito’. Porém, frequentemente, não têm nem o tempo nem o conhecimento necessário que lhes permita tomar decisões céleres, pelo que as vantagens de assumir um modelo simples e global como o da NGP são consideráveis. Por outro lado, os argumentos sobre a universalidade da aplicação da NGP constituem também uma importante fonte de legitimidade das decisões tomadas. Como afirma Pollitt (2001):

Permite aos ministros apresentarem-se como modernos e, simultaneamente, defenderem-se contra críticas salientando que as mudanças, longe de serem idiossincráticas são parte de uma tendência universal e “inevitável” (p. 941).

Este constitui, aliás, um dos principais factores que justificam o facto dos políticos não se mostrarem particularmente interessados na avaliação das medidas tomadas neste âmbito. E que, segundo Mosher Maor (1999), parecem justificar também um dos principais paradoxos da NGP traduzido, como vimos antes, na metáfora da ‘centralização da descentralização’. Maor explicita este paradoxo da seguinte forma: o investimento no capital de gestão dos administradores públicos (concedendo-lhes maior autoridade para gerir) resulta num desinvestimento no seu capital político (delimitando nos ministros a capacidade de definir as directrizes centrais e as prioridades na intervenção) e, desta forma, permite-se que os administradores sejam mais responsabilizados, ao mesmo tempo que diminui o nível de responsabilização dos políticos.

Os funcionários públicos de topo confrontam-se com o problema da reestruturação das organizações públicas não poder seguir nenhum modelo com sucesso garantido à partida, assim como com a pressão do tempo. Neste contexto, a atractividade da NGP é óbvia, especialmente se o pacote de reformas ou de medidas é legitimado por outros governos, instituições internacionais e consultoras de gestão.

Os consultores representam também um importante grupo difusor da NGP, de tal forma que alguns autores utilizam o termo ‘consultocracia’ para significarem a crescente influência destes profissionais sobre as decisões políticas. Note-se, no entanto, como aliás realça Saint-Martin (1998), que esta tendência não pode, de igual forma, ser considerada universal. Na análise que realiza, este autor salienta que esta influência se tem vindo a verificar com maior acuidade no Reino Unido e, em menor extensão, no Canadá, precisamente porque se estaria na presença de dois países onde a consultadoria de gestão se desenvolveu mais cedo. Assim, ao contrário do que aconteceu em outros países (o autor utiliza o exemplo da França), nestes, os consultores tiveram oportunidade de desenvolver redes de contactos privilegiadas que lhes permitiram ter alguma influência na tomada de decisão política (Saint-Martin, 1998). O papel destes consultores é particularmente visível nas reformas de saúde, onde é possível encontrar diversa literatura com carácter normativo e prescritivo sobre a gestão da mudança com sucesso (Oliver & Harrison, 1996), traduzindo-se este papel, essencialmente, na tentativa de conseguir legitimação para o programa de diminuição do peso do sector público na saúde (Leys, 1999).

Finalmente, os académicos também têm um papel preponderante na criação deste mito por duas ordens de razões: primeiro, porque a NGP fornece um claro estímulo à produção académica e, depois, porque a familiaridade com os elementos da NGP pode constituir um passaporte para a consultadoria. Rainey (2003) salienta, ainda, que alguns investigadores da área da administração pública consideram a NGP como uma possibilidade de desenvolver o campo teórico e empírico da disciplina e, em última instância, aumentar o poder e prestígio social desta área de investigação (Rainey, 2003). Para qualquer um destes grupos parece mais importante divulgar a ideia da inevitabilidade destas medidas, como forma de legitimar as suas acções, do que avaliar os resultados da sua aplicação (Pollitt, 2001).

Importa, contudo, salientar, como o fazem Gow e Dufour (2000), que defender a convergência e traduzir a NGP como um novo paradigma na administração pública é fundamental para permitir o seu afastamento do carácter retórico que lhes está subjacente e para a aproximar de credenciais intelectuais mais fortes.

Parte da justificação para a criação do mito da NGP resulta, por outro lado, da falta de clarificação do conceito de convergência, que não é usado de forma científica, técnica e neutra, mas antes de forma normativa – argumenta-se que um dado curso de acção deve ser seguido porque todos o fazem ou porque se trata de um exemplo de modernidade.

Para contornar este problema, Pollitt (2002) propõe a desagregação do conceito de convergência em quatro estádios distintos, que resultam da divisão entre “o que se diz” e o que “efectivamente se faz”:

1. a convergência discursiva, diz respeito ao facto de cada vez mais pessoas falarem e escrevem sobre os mesmos conceitos. Resulta da criação de uma agenda de termos e vocabulários específicos que criam divisões entre grupos “*in*” e “*out*”. Os primeiros, porque mais familiarizados com a linguagem, possuem mais poder, enquanto os outros são considerados “fora de moda”, “pouco informados” ou mesmo “subversivos”. Este é precisamente o tipo de convergência que suscita menos dúvidas em relação à sua concretização (Jones & Kettl, 2003).
2. a convergência decisional que ocorre quando as autoridades públicas decidem adoptar formas ou técnicas particulares de organização.
3. a convergência prática, refere-se ao que está a ser feito no terreno e decorre da adopção, por parte das organizações do sector público, de práticas similares.
4. a convergência de resultados, refere-se à etapa em que os efeitos das reformas e os resultados das actividades começam a convergir.

Christopher Pollitt realça o facto de, frequentemente, os investigadores tomarem a parte pelo todo, e assumirem que, porque existe convergência num dado estágio, esta se verifica, inevitavelmente, em todos os outros (Pollitt, 2002). Por outro lado, o próprio carácter ideológico da NGP impede que os seus resultados sejam objectivamente analisados. A este propósito é importante salientar que a NGP não corresponde apenas a um instrumento cognitivo para identificar problemas e inventar soluções na gestão do sector público, desempenhando, antes, um papel significativo no apoio a formulações específicas dos problemas e a soluções particulares (Barzelay, 1997).

Alguns autores salientam que não só a convergência não foi real como se verifica, inclusivamente, na actualidade, um afastamento destas políticas por parte dos países que inicialmente implementaram estas reformas. Tal afastamento traduz-se num retorno à ênfase no papel do Estado. Tal como afirmam Saltman e Figueras (1997):

A metáfora que melhor caracteriza as políticas públicas é a do pêndulo. Insatisfeitos com uma posição inicial, os políticos procuram encontrar alternativas, desenvolvendo, para tal, algumas mudanças fundamentais, isto é, mudam para o pólo oposto do pêndulo. À medida que aprendem mais sobre esse lado oposto, particularmente sobre os seus resultados e dilemas, começa a surgir um movimento no sentido da posição inicial (Saltman & Figueras, 1997, p. 276).

Esta poderá ser, precisamente, a tendência actual. É possível detectar hoje, nos países que mais cedo iniciaram reformas do sector público sob a égide da NGP, uma tendência para refrear o seu empenho em relação às medidas mais vincadamente mercantilistas, em função do aumento da

contestação pública e dos resultados obtidos, bastante longe dos esperados (Ham & Hawkins, 2003; Ham, 2003; Hawkins & Ham, 2003).

Tendo este quadro como pano de fundo, propomos, em seguida, analisar as reformas de saúde implementadas nos países da Europa Comunitária, nos últimos anos, por forma a concluir sobre a possibilidade destas reformas terem sido ou não permeadas pelas ideias da NGP. Esta análise poderá constituir um contributo para a discussão referente à possibilidade de, no campo particular da saúde, existir algum tipo de convergência entre os países da Europa comunitária na adopção das ideias e dos princípios da NGP.

3. A Nova Gestão Pública nas Reformas dos Sistemas de Saúde

A presença das ideias e das características que modelam a NGP, enquanto forma alternativa de estruturar e organizar o Estado, podem ser efectivamente observadas em todos os sectores que o compõem e em todas as instituições que o estruturam, embora com intensidades distintas.

A maioria dos estudos que incide sobre a influência da NGP e/ou do *managerialismo* nos sistemas públicos tem sido desenvolvida nos sectores da educação (Barry et al., 2002a,b; Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000; Ferlie et al., 1996; Maassen, 2003; Meek, 2003; Neave & van Vught, 1994; Thomas & Davies, 2002) e da saúde (Dawson & Dargie, 2002; Dopson, Fitzgerald, Ferlie, Gabbay & Locock, 2002; Ferlie et al., 1996; Ferlie & Fitzgerald, 2002; Hoff, 1999; Hunter, 1996, 1997, 2005; Maddock & Morgan, 1998; Nichol, 1998; Warwick, 1998)⁷. Em Portugal, os estudos realizados sobre este tema são ainda escassos e centrados, quase exclusivamente, no sector da educação e, de forma particular, no campo do ensino superior (Amaral et al., 2003; Lima & Afonso, 2003; Santiago & Carvalho, 2004; Santiago, Carvalho, Amaral, & Meek, 2006; Santiago et al., 2003; Santiago et al., 2005). Tal não deixa de ser estranho, uma vez que o sector da saúde tem sido objecto de intervenções políticas bem mais identificadas com a NGP, comparativamente com as intervenções no sector educativo.

Em termos da investigação no campo das ciências sociais, esta realidade constitui uma lacuna grave, se pensarmos na centralidade do sector de saúde nos sistemas públicos, quer em termos financeiros, com um dos maiores pesos nas despesas públicas (Kanavos & McKee, 1998); quer em termos políticos, representa uma das áreas estruturantes do Estado Providência (Kokko, Hava, Orturn, & Leppo, 1998), e, sobretudo, em termos sociais – a saúde⁸ é consensual e

⁷ Estes são apenas alguns dos estudos mais referenciados. Existem, outros, contudo, quer nestes áreas, quer noutras mais específicas como é o caso, por exemplo, da polícia (Vickers & Kouzmin, 2001).

⁸ Importa referir que o conceito de saúde é socialmente construído, tendo vindo a sofrer alterações em função dos diferentes contextos sócio-culturais. Se é verdade que tradicionalmente se percepcionava a saúde como a simples ausência de doença (sendo provavelmente a ideia que ainda hoje prevalece no senso comum), a evolução do conceito fez-se no sentido do reconhecimento da sua multidimensionalidade realçando-se, de

universalmente reconhecida como o bem humano de maior valor. Por outro lado, o sector da saúde tem características específicas únicas, que determinam que as organizações profissionais que nele estão representadas surjam como extremamente complexas e sujeitas a dinâmicas muito particulares (Dawson & Dargie, 2002), fenómeno que torna ainda mais pertinente atrair o interesse das ciências sociais para a análise do impacto da NGP na reconfiguração dos sistemas, das instituições e das profissões de saúde.

Se atentarmos ao enquadramento ideológico e contextual que presidiu à emergência da NGP, aos seus objectivos, explícitos e implícitos, e às medidas concretas que preconiza, como as que explanámos anteriormente, verificamos que o sector da saúde se constitui como um terreno fértil para a implementação de reestruturações sob a sua égide. Observa-se, na realidade, a confluência de um conjunto de factores críticos que, na situação actual vivida pelos sistemas de saúde, facilitam a aceitação da retórica e das políticas da NGP. De entre estes factores, cingimo-nos aos que se relacionam com as questões de ordem financeira e social, por nos parecerem aqueles que mais são mobilizados pela NGP para legitimar as suas diversas propostas de solução para os problemas e as ‘turbulências’ que emergem nos sistemas e nas instituições de saúde.

Não podemos, assim, deixar de salientar a forma como se tem assistido, crescentemente, a um aumento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde às populações. Esta evolução ascendente dos gastos com a saúde, que não se restringe ao Estado, mas que se estende aos próprios utentes, resulta de várias circunstâncias.

A um nível que podemos considerar interno ao sistema, devemos sublinhar o aumento exponencial do custo das terapias e dos métodos de diagnóstico complementares. Por um lado, devido à necessidade de mobilização de financiamentos cada vez mais elevados para a investigação e, por outro, devido ao desenvolvimento de novas tecnologias da saúde e a uma sua maior utilização pelos profissionais, em particular os médicos.

Ao nível externo, não podemos também deixar de salientar as alterações demográficas verificadas nas sociedades desenvolvidas, com o aumento substancial da população idosa, o que contribui para elevar os custos no sector em função da emergência de novas necessidades em cuidados de saúde. Além disso, estas tendências demográficas são frequentemente citadas como responsáveis maiores pela ‘crise’ do Estado Providência, tendo por pano de fundo a diminuição das receitas públicas, baseadas na contribuição da população activa.

Devemos realçar, contudo, que o próprio desenvolvimento e sucesso dos sistemas públicos de saúde dominantes no Estado Providência, podem constituir um importante elemento contributivo para os problemas existentes (Ackroyd, 1995). De facto, a resposta eficaz dos sistemas

igual forma, a promoção da saúde e a prevenção da doença, o que é aliás expresso pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

de saúde aos problemas da população induz um aumento das suas expectativas sociais em relação à prestação de cuidados. Se juntarmos a este fenómeno um maior volume de informação disponível e a melhoria da qualidade de vida nos países desenvolvidos, percebemos que a própria população se tornou mais exigente quanto ao acesso à saúde e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados. A própria evolução técnica também contribuiu para criar nos pacientes a noção de que as suas potencialidades curativas não têm limites – a cura da doença depende da intervenção do profissional – o que, muitas vezes, conduz a que o trabalho dos profissionais seja questionado, principalmente quando os resultados obtidos não são os esperados pelos cidadãos. Esta situação contribuiu, também, para enfatizar a tendência dominante para colocar em causa a eficiência e qualidade do sistema, tendência essa que, ao nível dos procedimentos clínicos, facilitou, por exemplo, a criação da medicina com base na evidência (*Evidence Based Medicine* – EBM) (Dopson, Fitzgerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Hunter, 1997, 2005; Surender, Locock, Chambers, Dopson, & Gabbay, 2002), significando este procedimento que os profissionais são compelidos a tomar decisões que já foram testadas anteriormente.

A emergência deste quadro contextual facilita, assim, a intromissão da NGP nos processos de mudança no sector da saúde e as tentativas de legitimação das suas propostas enquanto instrumentos meramente técnicos, racionais e neutros, colocados ao serviço da eficiência e da eficácia e, logo, do bem-estar social.

Nesta secção do capítulo, é nossa intenção analisar a forma como as mudanças recentes nos diferentes sistemas de saúde dos países pertencentes à União Europeia são susceptíveis de ser enquadradas no contexto da NGP a que temos vindo a fazer referência. Para tal, procuramos proceder, num primeiro momento, a uma breve caracterização dos principais sistemas de saúde na Europa, detendo-nos, em seguida, nos aspectos particulares das mudanças que se enquadram no ambiente político dominante de reestruturação dos sistemas e das instituições. Nesta linha, analisamos, também, as peculiaridades e o processo de desenvolvimento e de reestruturação das instituições hospitalares.

3.1 Características Gerais dos Sistemas de Saúde Europeus

A análise que procuramos efectuar sobre as reformas implementadas nos sistemas de saúde centra-se, apenas, no conjunto de países que até 2004⁹ constituíam a União Europeia (UE). Esta delimitação deve-se não só à condição de Portugal como país membro, que se traduz em influências directas na sua política interna, mas também ao facto destes países terem estado sujeitos, nos últimos anos, a pressões particulares que determinam a existência de especificidades

⁹ Excluem-se, desta forma, os dez países cuja adesão se efectuou em Maio desse ano, nomeadamente a Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, Eslováquia, Eslovénia, Chipre e República Checa.

contextuais na área da saúde (Carapinheiro & Page, 2001). Na realidade, para além de nos países da UE os gastos com a saúde terem vindo a absorver uma percentagem maior do Produto Interno Bruto (PIB) (verificou-se um aumento de 3,6% em 1960 para 7,8% em 1995), estes países estão ainda sujeitos a constrangimentos orçamentais, impostos pelos acordos estabelecidos nos últimos anos, que determinam opções de política económica assentes na principal prioridade de manter os gastos orçamentais sob controlo (Kanavos & McKee, 1998).

A forma de organização dos sistemas de saúde, a partir do Estado, que domina hoje na maioria dos países desenvolvidos, teve a sua génese com o advento do Estado Providência. A protecção social traduziu-se, então, na obrigatoriedade dos operários das cidades industrializadas despendarem uma pequena parte do seu rendimento para financiar o acesso aos cuidados médicos – seguros de trabalho e de doença – mais tarde extensíveis a toda a população.

Esta ideia foi concretizada primeiro na Alemanha, por Bismark – 1883 – e só depois se expandiu para outros países europeus. Contudo, o contrato Bismarkiano sofria, na opinião de Beveridge, de limitações incontornáveis, que resultavam do facto das contribuições serem provenientes apenas dos rendimentos do trabalho. Como forma de superar esta limitação, Beveridge propôs basear o financiamento dos serviços de saúde na riqueza total do país, tornando-se, desta forma, no fundador do Serviço Nacional de Saúde. O ano de 1948 marca o início do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*) no Reino Unido, posteriormente adoptado por outros países europeus.

Além desta modalidade de organização dos serviços de saúde, é ainda possível identificar a existência de duas outras: o sistema de medicina parcialmente organizada e o sistema de medicina liberal. Em termos históricos, podemos ainda referir a existência de um sistema de medicina socializada, característico dos países socialistas da Europa de Leste, que, em função das alterações políticas verificadas, é praticamente inexistente neste momento.

Os três principais sistemas de saúde existentes no momento são então: o sistema nacional de saúde, o sistema de medicina parcialmente organizada e o sistema de medicina liberal. A caracterização destes sistemas, enquanto tipos-ideais, pode ser efectuada tendo por base quatro variáveis distintas, como especificamos a seguir:

- o financiamento, que varia entre a sua total assunção pelo Estado (SNS) ou pelo mercado, através dos seguros (Sistema de Medicina Liberal), passando por formas que combinam as duas modalidades (Sistema de Medicina Parcialmente Organizada);

- a cobertura, universal no SNS, selectiva em função do tipo de cuidados no sistema de medicina parcialmente organizada e dependente de mecanismos de escolha individual, ligados à capacidade financeira dos indivíduos, no sistema de medicina liberal;
- todos os serviços prestados (preventivos e curativos) são gratuitos no SNS, restringindo-se esta gratuitidade aos cuidados preventivos no sistema de medicina parcialmente organizada (os cuidados curativos são cobertos por um seguro obrigatório de doença), e sendo sujeitos ao jogo do mercado no sistema de medicina liberal (tanto os cuidados preventivos como curativos são cobertos por seguros de saúde);
- o tipo de organização da prestação é descentralizado ao nível local e regional no SNS, altamente descentralizado no sistema de medicina parcialmente organizada e sob o modelo de empresa livre (médico com estatuto privado independente e hospitais particulares) no sistema de medicina liberal.

Com base nestas variáveis, é possível tendencialmente situar os diferentes países europeus quanto ao sistema de saúde que desenvolveram. Embora exista alguma controvérsia quanto à possibilidade destes sistemas continuarem a persistir, na sua forma ‘pura’, depois das reformas desenvolvidas, verificamos que, tradicionalmente, o grupo dos países anglo-saxónicos e escandinavos possuem sistemas de saúde baseados nas características dominantes no SNS (Reino Unido, Irlanda, Finlândia e Suécia), enquanto os países continentais (Alemanha, Dinamarca, Holanda, Bélgica, Áustria, Luxemburgo, França) se caracterizam pela existência de um sistema de medicina parcialmente organizada. Não se encontra na Europa nenhum país com um sistema de medicina liberal, característico de países como os EUA. Os sistemas de saúde nos países da Europa do Sul – Grécia, Itália, Portugal e Espanha – embora em termos jurídicos se enquadrem no SNS, não podem ser classificados nesta categoria porque a sua implementação foi muito tardia, não permitindo, por isso, uma consolidação capaz de os classificar neste tipo-ideal (Flynn & Strehl, 1996; Lane, 1997; Saltman & Figueras, 1997, 1998; Saltman, Figueras, & Sakellarides, 1998). Importa realçar que alguns autores defendem que este grupo não deve constituir um aglomerado separado, mas antes um sub-grupo dentro de um dos outros, mas todos concordam que estes países possuem especificidades comuns no que concerne às características dominantes do Estado Providência (Ferrera, 1996; Katrougalos, 1996; Silva, 2002).

Quadro nº2
Principais características dos sistemas de saúde existentes.

Características	Financiamento	Cobertura	Serviços	Tipo de organização da prestação
1. Serviço Nacional de Saúde	Estado.	Universal.	Preventivos e curativos gratuitos.	Descentralizada ao nível local e regional.
2. Sistema de medicina parcialmente organizada	Estado e seguros.	Restrita a alguns grupos de população e em função do tipo de cuidados.	Cuidados preventivos organizados pelo Estado e curativos através de seguro de doença obrigatório.	Estrutura altamente descentralizada.
3. Sistema de medicina liberal	Seguros.	A escolha dos serviços é individual e dependente da capacidade financeira.	De acordo com a oferta do mercado livre.	Medicina liberal.

Esta caracterização muito breve e sintética dos diferentes sistemas de saúde europeus tem, fundamentalmente, por objectivo, tão só, mostrar que as reformas de saúde e o modo de as concretizar têm origem em contextos políticos (intervenção reguladora do Estado), institucionais (tipo de sistema) e sociais (universalidade do sistema) marcadamente distintos.

3.2 Elementos Comuns nas Reformas dos Sistemas de Saúde

Temos vindo a referir que, desde a década de 1980, os diversos sistemas de saúde, dominantes nos países europeus, têm estado sujeitos a profundas reformas. A utilização constante e indiscriminada deste conceito obriga-nos a uma imprescindível reflexão acerca do seu verdadeiro significado. Qual o verdadeiro significado do termo ‘reformas na saúde’? Como distinguir reformas das mudanças diárias que fazem parte do quotidiano de qualquer sistema? Poderão as reformas constituir-se como um processo contínuo, à semelhança da evolução inerente à adaptação ao ambiente exterior ao sector, ou traduzirão algo de mais profundo?

Não obstante o termo reforma ser popularmente utilizado, não existem ainda consensos quanto ao seu verdadeiro significado no âmbito particular da saúde. Em alguns casos, confundem-se mesmo pequenas mudanças estratégicas introduzidas no sistema (especialmente ao nível político) com reformas. Segundo David Hunter parece ser razoável sustentar:

(...) que quando falamos de reformas no sector da saúde nos estamos a referir a um período com início nos anos 80 e 90 altura em que muitos governos europeus começaram a sujeitar

os seus sistemas de saúde a mudanças com uma profundidade nunca antes vista (Hunter, 1997, p. 29).

De acordo com Figueras, Saltman e Mossialos (1997), é possível circunscrever alguns elementos chave na definição das reformas. Segundo estes autores, quando se utiliza o conceito de reforma está-se a sublinhar a existência de mudanças estruturais, e não apenas incrementais, programadas e sustentadas a longo prazo, que resultam de um processo político iniciado do topo para a base e liderado pelo governo nacional, regional e local. Ou seja, são reformas politicamente impostas, que traduzem, desta forma, mudanças nos objectivos políticos, seguidas de mudanças institucionais, e não simples remodelações no sentido da progressão e maturação do sistema.

Apesar de ser possível constatar mudanças deste tipo em todos os países europeus, as reformas traduzem uma forte diversidade nas medidas adoptadas, que, como vimos antes, são determinadas pela influência das características específicas do país ao nível dos sistemas de saúde (Figueras, Saltman & Mossialos, 1997), o que supostamente confirmaria a tese da ausência de convergência na aplicação global da NGP, como defendem Lynn (1998), Pollitt (2001, 2002a, b) ou Hood (1991, 1995).

Ao analisar as diversas reformas elaboradas e implementadas nos últimos anos nos países da UE, observamos, no entanto, que emergem algumas tendências comuns (Figueras, Saltman & Sakellarides, 1998; Figueras, Saltman & Mossialos, 1997; Saltman & Figueras, 1997, 1998) que podem ser enquadradas nas principais características da NGP, tal como as circunscrevemos no início do capítulo, apesar de aplicadas com ritmos e intensidades distintas (Kokko et al., 1998).

Os objectivos, manifestos e divulgados, destas reformas do sector da saúde estruturam-se em torno de três factores essenciais, que, à partida, denunciam a sua proximidade em relação à NGP: a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade perante o consumidor (OCDE, 1994). Se é verdade que o sector da saúde sempre foi permeado por algumas tensões em relação aos valores dominantes, estes objectivos parecem acentuar os paradoxos e conflitos existentes. Quando definidos em termos globais, configuram um dos paradoxos da NGP, que já antes sublinhámos, a propósito da relação entre o aumento da eficiência e o aumento da responsabilidade perante as necessidades e exigências do consumidor: as medidas de redução ou de racionalização de custos podem não coincidir com as expectativas do 'consumidor' face à prestação de cuidados de saúde (Hunter, 1997).

A par desta confluência ao nível dos objectivos, existe também alguma consonância na evolução das políticas de saúde nos países da UE. Em todos os sistemas se verifica o desenvolvimento de medidas que traduzem a passagem de um modelo de planeamento e controlo racional para um modelo de auto-regulação, mais próximo dos mecanismos de regulação pelo mercado (van Vught, 1997). Estas reformas têm, de facto, contribuído para obscurecer ainda mais a

linha de separação entre os modelos de Beveridge e de Bismark, que, aliás, nunca foi muito clara, tornando difícil, por vezes, situar os países num ou noutro sistema (Kokko et al., 1998).

O percurso desta mudança teve início nos anos 1970, quando as reformas se baseavam na tentativa de estruturar sistemas capazes de garantir o acesso universal à saúde, sendo planeadas a partir do topo para a base. Factores diversos, congregados em torno do que definimos anteriormente como o contexto proporcionador de rupturas na organização do Estado Providência, conduziram a uma evolução no sentido de um modelo mais liberal, assente no mercado, que se aproxima do modelo Americano. Apesar desta tendência, não podemos afirmar que exista, neste momento, algum país comunitário cujo sistema possa ser descrito de acordo com este modelo. O que encontramos são fases intermédias que apontam nessa direcção. Nestas fases, verifica-se que a ênfase é colocada na eficiência, ao nível micro, assistindo-se a uma alteração no papel do Estado que tenta delegar algumas das suas funções e procura no sector privado, quer alternativas de financiamento, quer a implementação de novos modelos de gestão, reservando, para si, o papel de regulador e controlador maior do sistema.

Para caracterizar melhor as políticas desenvolvidas, de acordo com o significado que pode ser atribuído ao seu afastamento do modelo de planeamento e controlo racional, na direcção da auto-regulação e do mercado, julgamos ser possível seleccionar seis categorias de análise: concepção social de saúde, formas de intervenção do Estado no sistema, formas de financiamento, recursos humanos, pacientes e gestão hospitalar. Devemos realçar, contudo, que estas categorias são interdependentes, surgindo de forma estanque apenas para facilitar a análise. De facto, as decisões políticas desenvolvidas no sentido da reforma dos diferentes sistemas de saúde estão de tal forma interligadas que separar umas das outras só se torna pertinente enquanto exercício de simplificação analítica. Propomo-nos, então, nos pontos que se seguem, analisar cada uma destas categorias.

3.2.1 Concepção Socialmente Dominante de Saúde

A forma de organização da prestação de cuidados e serviços de saúde é, antes de mais, influenciada pela perspectiva dominante em relação ao conceito de saúde. Existem sociedades em que a saúde é socialmente identificada como um bem predominantemente colectivo ou social. Tal significa que, subsiste a crença de que toda a sociedade beneficia quando um indivíduo recebe este tipo de serviços. A esta perspectiva estão, também, agregadas as ideias de equidade e de solidariedade¹⁰ segundo as quais todos têm igual direito a beneficiar deste bem, e os mais jovens e

¹⁰ O conceito de solidariedade possui uma origem diversa que vai desde as teorias socialistas até noções conservadoras acerca da manutenção da ordem social. O papel importante que desempenhou na manutenção das sociedades no Séc.XIX, estendeu-se, no Séc. XX, à estruturação do Estado Providência de forma que os dois conceitos passaram a estar intrinsecamente interligados (Chinitz, Preker, & Wasem, 1998).

grupos sociais com rendimentos elevados devem contribuir para subsidiar os serviços prestados aos que não estão nas mesmas condições sociais. No entanto, noutras sociedades, a posição dominante em relação ao conceito de saúde assenta na sua representação social como um bem comercializável e transaccionável, dominando um sistema de normas que se baseia na perspectiva da regulação e da coordenação do sistema mais pelo mercado do que pelo Estado.

A maioria dos autores concorda que as mudanças nos sistemas têm ocorrido, precisamente, no sentido de um afastamento da definição de saúde da noção de bem público, para uma aproximação a uma abordagem de mercado assente nos pressupostos da privatização (Chinitz, Preker & Wasem, 1998; Figueras, Saltman, & Sakellarides, 1998; Hunter, 1997, 2005; Kokko et al., 1998). A abertura ao mercado é interpretada como uma forma de promover a eficiência e evitar o crescimento dos gastos públicos no sector¹¹. Porém, apesar desta ideologia estar presente nas diversas reformas encetadas nos últimos anos na Europa, não é assumida, pública e explicitamente, por nenhum país como a base para a formulação de políticas (Figueras et al., 1997; Saltman & Figueras, 1997). É que, embora muitas vezes apresentada de forma dicotómica, a relação entre “Estado e mercado” é mais complexa do que aquilo que esta dicotomia poderá expressar, não sendo sem controvérsia que se aceita a ideia de mercado na saúde. Desde logo, existe uma representação social bastante forte da saúde como um bem público, o que coloca em causa qualquer tentativa de defender aberta e publicamente o oposto. Mas, a noção de mercado, implica, também, uma distinção clara entre oferta e procura, que não é facilmente detectável na saúde, dado que o sistema envolve, pelo menos, quatro elementos distintos: pacientes, profissionais, instituições de saúde e financiadores. Qual deles constitui o seu cliente/consumidor? Perante quem deverá o sistema ser responsável?

A noção de ‘mercado’ na saúde é sempre distinta da noção de mercado na economia. Enquanto os mercados tradicionais expressam uma relação simples entre fornecedor e comprador, no âmbito da saúde esta relação não é linear, implicando a existência de uma terceira parte que exerce funções de pagador e que pode ser constituída pelo Estado ou por outras entidades como as seguradoras privadas (Béresniak & Duru, 1999; Chinitz et al., 1998; van de Ven, 1997). A intervenção desta terceira parte é imprescindível, devido a três ordens de razões: 1ª) Como o paciente não tem à partida um conhecimento do tipo, da duração ou dos custos dos serviços de saúde de que irá necessitar no futuro, o risco e a incerteza são extremamente elevados, sendo, por isso transferidos para esta terceira parte. 2ª) Existe também uma clara assimetria de informação entre prestador e paciente. A vantagem do primeiro sobre o segundo, a este nível, pode conduzir a

¹¹ Apesar da preocupação em reduzir a percentagem de gastos com a saúde no PIB, existe uma forte diversidade quanto à ponderação destes gastos em cada país. Os países que mais despendem com este sector, como a França ou a Alemanha, gastam quatro vezes mais *per capita* do que os que menos gastam como a Grécia, a Irlanda, Portugal e Espanha (Kanavos & McKee, 1998).

uma indução da procura, mais uma vez sendo necessário o papel de intermediário da terceira parte. 3ª) Quando falamos de saúde individual, torna-se necessário ter presente o efeito das externalidades. O facto de um indivíduo doente não recorrer aos serviços de saúde pode trazer consequências negativas para toda a sociedade, pelo que é necessário garantir a intervenção de um terceiro elemento que lhe permita esse acesso.

Nas reformas desenvolvidas nos países da UE, o que se tem verificado não é um empenhamento monolítico com o Estado ou com o mercado, mas antes iniciativas que envolvem um conjunto diverso de compromissos. Na maioria dos casos, a opção tem sido por modelos híbridos. Isto é, opta-se por manter o papel do Estado no financiamento e na prestação mas introduzem-se iniciativas orientadas para o mercado (Figueras et al., 1998). Esta abordagem é conhecida na literatura por diferentes designações: mercado interno (Enthoven, 1985), competição pública (Saltman, 1994), mercado prestador ou quase-mercado (LeGrand & Bartlett, 1993).

A este nível, uma tendência comum observada nos diversos países europeus tem sido a de distinguir os modelos integrados de provisão de serviços de saúde de modelos que separam os financiadores públicos, ou quase-públicos, dos prestadores. Esta separação tem como objectivo último aumentar a competição, uma vez que predomina a crença de que os estímulos que produz poderão resultar numa diminuição dos custos (Chinitz et al., 1998).

Promovendo-se a separação entre financiador e prestador, a contratualização passa a desempenhar um papel fundamental no sistema de saúde. Como vimos anteriormente, o processo de contratualização traduz a passagem de uma sociedade de comando para uma sociedade de negociação, em que as relações contratuais substituem as tradicionais relações hierárquicas (Hood, 1991, 1995).

Os argumentos que legitimam a existência da contratualização prendem-se, no essencial, com o propósito da eficiência. A contratualização é interpretada como um mecanismo capaz de, por si só, melhorar o planeamento e desenvolvimento da saúde, da gestão dos cuidados (tornando as intervenções médicas mais eficientes), do desempenho dos prestadores (que passam a estar sujeitos a uma avaliação de desempenho decorrente do estabelecimento prévio de objectivos) e, ainda, permitir a descentralização da gestão (que confere aos gestores um maior poder para ir de encontro às necessidades da população). Para além destes argumentos, é necessário realçar, mais uma vez, que a contratualização é utilizada como forma de introduzir mecanismos de mercado no sistema, e sobretudo, como forma de promover a adesão dos profissionais a uma cultura mais economicista (du Gay, 1996; du Gay & Salaman, 1996; Reed, 2002). A este propósito Saltman e Figueras comentam que:

Nas actuais reformas, nos países com sistemas de saúde baseados nos impostos, a contratualização transformou-se num dispositivo para as negociações de preço e qualidade, assim como para assegurar a condescendência/submissão dos prestadores (1997, p. 141).

A contratualização pode ser perspectivada como um instrumento de planeamento e gestão da saúde, em ambientes que podem ou não ser competitivos, ou como um instrumento que permite a escolha dos prestadores, este último característico dos sistemas competitivos. Os contratos podem ser definidos de acordo com quatro elementos básicos: quem são as partes envolvidas, o estatuto legal das partes envolvidas, os tipos de mecanismos particulares do contrato e o alcance do contrato (relações bilaterais ou multilaterais).

Os financiadores desempenham diferentes papéis na contratualização, que dependem do estatuto legal dos prestadores. Quando os prestadores são independentes ou autónomos, as autoridades de saúde actuam como comprador, através do exercício de direitos e responsabilidades semelhantes a qualquer outra relação comercial. Quando se trata de contratualização com uma entidade estatal, actuam ‘em comissões’ como representantes do governo. No primeiro caso, existe uma separação financiador/prestador, no último, uma separação comissão/prestador. Esta terá maior probabilidade de ser *soft*, e desta forma surgir como menos formal, baseada na confiança, continuidade e cooperação.

Dadas as diferenças históricas entre os dois sistemas, não tem o mesmo significado falar de contratualização nos países com uma estrutura baseada no modelo de Beveridge e nos que possuem um sistema Bismarkiano (Kokko et al., 1998). Assim sendo, é possível identificar diferentes esquemas de contratualização na Europa, em função do modelo de financiamento e organização do sistema de saúde que caracteriza cada país.

No modelo ‘Beveridgiano’, o lado da procura é representado pelas autoridades públicas de saúde, e os prestadores estão do lado da oferta. Nos países que assumiram este modelo, as modalidades de contratualização introduzidas procuram tornar as formas de comando e controlo mais flexíveis. No caso específico do Reino Unido, a separação entre prestador e financiador traduziu-se na eleição das autoridades de saúde locais e dos médicos de clínica geral (*GPs*) como figuras centrais de financiadores/compradores. As autoridades municipais passaram, assim, a estar envolvidas com o financiamento e gestão dos hospitais e dos serviços à comunidade, e os médicos de clínica geral passaram a dispor de um orçamento para gerir as necessidades de serviços dos seus pacientes (*General Practitioner Fundholding*) (Figueras et al., 1997).

Pelo seu lado, o grupo de países que possui um modelo de base Bismarkiano tem inerente a ideia de contrato desde a sua fundação. Estes contratos não se centravam, contudo, no preço ou na eficiência, procurando apenas formalizar as formas de pagamento entre as associações de fundos de doença (financiadores) e associações de hospitais ou médicos (prestadores), de acordo com a

legislação nacional. Esta situação tem vindo a ser alterada desde a década de 1980, a favor do reforço da importância da eficiência e dos preços (Saltman & Figueras, 1997).

Nos países da Europa do sul (Grécia, Portugal, Espanha, e Itália) emergem sistemas mistos, que possuem, em simultâneo, elementos dos dois sistemas. Também, nestes países, as reformas mais recentes apontam para a introdução da contratualização e consequente separação entre financiador e prestador (Kokko et al., 1998).

Apesar da sua frequente utilização, a contratualização levanta algumas questões pertinentes. Uma das mais prementes será a que se refere à equidade. É possível que a contratualização, ao realçar e dar prioridade a actividades ou serviços mais lucrativos, por oposição a outros menos eficientes, não tenha em atenção os grupos mais vulneráveis e as comunidades mais desfavorecidas. Por outro lado, apesar do propósito da contratualização ser o aumento da eficiência e o controlo dos custos, é possível que o seu efeito seja precisamente o oposto. Na realidade, a realização destes contratos pode implicar um aumento dos custos, quer por via do processo que conduz à sua concretização (como a negociação, monitorização e avaliação de resultados), quer por via indirecta, já que o seu funcionamento eficiente implica uma melhoria ao nível dos sistemas de informação (para determinar os custos associados a cada acto, por exemplo) e dos recursos humanos mobilizados (que não possuem competências para desenvolver processos de negociação). Para além destas questões, é importante, também, realçar que é possível que ocorra uma redistribuição da autoridade ao longo do processo, que poderá suscitar conflitos e, ainda, que exista uma inadequação do financiamento público para levar as reformas a bom termo.

O financiamento público é, precisamente, um dos problemas críticos das actuais reformas. Estas surgem num contexto de recessão económica e, embora o objectivo fundamental seja a redução de custos, a sua implementação implica algum investimento para o qual o Estado parece não ter capacidade de resposta (Figueras et al., 1998).

3.2.2 Formas de Participação do Estado

A crescente tendência para definir e implementar a contratualização insere-se num movimento mais vasto de redefinição do papel do Estado no sector da saúde. A posição do Estado no sector é, também, um dos elementos que enformam as normas dominantes relativamente aos sistemas de saúde. Tradicionalmente existem duas situações diametralmente opostas que dominam nos países europeus. Por um lado, subsiste a crença na importância da manutenção da posição dominante do Estado, que detém a responsabilidade de financiar o sistema, e também de providenciar os serviços. Por outro lado, existem sistemas de saúde baseados na crença de que os benefícios serão maiores quanto menor for o peso do Estado nas suas estruturas. Esta assunção é predominantemente baseada nos princípios da auto-regulação das instituições de prestadores e de

financiadores. Entre estas duas posições extremadas medeiam outras, que definem distintos modelos de regulação dos sistemas de saúde.

Saltman e Figueras (1997) identificam quatro modelos distintos de regulação: modelo tecnocrático, o modelo de auto-regulação profissional, o modelo de mercado e o modelo democrático. A opção por um deles reflecte as prioridades do sistema de saúde em causa.

No modelo tecnocrático, são os especialistas que orientam o sistema, baseados no seu conhecimento especializado e na sua posição dominante nas instituições políticas e económicas. Este modelo, implica a intervenção do Estado no sistema, por forma a promover a racionalização e limitar as mudanças aos objectivos políticos.

No modelo de auto-regulação profissional, são os profissionais que constituem o centro do sistema de saúde, e a utilização dos recursos de saúde depende das suas decisões. Este modelo assume, geralmente, que o controlo sobre o sistema deve ser delegado na profissão dos médicos. O escrutínio dos potenciais abusos decorrentes deste modelo advém da formação, que assegura a aquisição de competências, dos códigos de ética deontológica e das práticas instituídas de socialização profissional (normas tácitas).

No modelo de mercado, a regulação é exercida pelo mercado, de acordo com as leis da oferta e da procura. Esta abordagem é baseada na crença de que a intervenção do Estado deve ser mínima e de que se devem deixar jogar os mecanismos de escolha individual e de competição entre os fornecedores dos serviços de saúde.

Finalmente, no modelo democrático, cada cidadão tem o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões e acções socio-políticas na sociedade. Este modelo busca envolver a população na responsabilização pela formulação de necessidades, problemas, prioridades e soluções para a gestão e administração do sistema de saúde (Saltman & Figueras, 1997).

Ao centrarmos a análise na intervenção do Estado, o que se verifica é a adopção de medidas no sentido de uma crescente diminuição do seu peso e participação no sistema de saúde, tendência que, como temos vindo a referir, caracteriza todos os sectores do domínio da administração pública. Isto é, a tendência geral têm-se direccionado no sentido da diminuição da responsabilidade do Estado e na crescente auto-regulação das instituições de prestadores e financiadores. Como explicitámos na secção anterior do capítulo, tal tendência traduz-se na passagem do Modelo de Planeamento Racional e Controlo pelo Estado para o Modelo de Supervisão pelo Estado (Neave & van Vught, 1994; van Vught, 1997). Esta passagem traduz-se, também, num aumento dos processos de descentralização.

É possível distinguir vários tipos de descentralização. Recorrendo, mais uma vez, à categorização de Saltman e Figueras (1997) podemos identificar quatro tipos distintos de

descentralização nos sistemas de saúde: desconcentração (*deconcentration*), devolução (*devolution*), delegação (*delegation*) e privatização (*privatization*).

A desconcentração, traduz uma forma específica de descentralização administrativa, isto é, no interior da estrutura do governo central transferem-se as responsabilidades administrativas (e não as políticas) para os níveis mais baixos. Este tipo de processo é também conhecido como o modelo “ministerial”, tendo em atenção o facto de algumas das responsabilidades ministeriais poderem ser delegadas na administração local, o que pode ocorrer segundo duas modalidades – vertical e integrada. A primeira, corresponde à responsabilização da administração local perante o seu ministério. Na segunda, existe um representante local do governo central que é responsável perante o ministério. Considera-se, por exemplo, que uma maior interligação entre o governo central e as autoridades locais é indispensável para melhorar o SNS. No entanto, autores como David Hunter (1996) vão mais longe, defendendo mesmo que deverá ser o governo local quem deve liderar os assuntos relativos ao Estado de saúde das comunidades locais.

A devolução representa a descentralização política. Neste caso, o governo central delega determinadas funções em organizações fora do seu controlo directo, o que implica uma reestruturação maior do sector do que no caso anterior. Esta opção pode suscitar três tipos de dificuldades: aumentam as exigências das instituições locais, mas mantêm-se as oportunidades de conseguir financiamento; mantêm-se a contínua dependência das instituições locais do financiamento do governo central, o que poderá significar uma perda da autonomia; aumentam as dificuldades, provocadas pela devolução, em conciliar os níveis primário, secundário e terciário de prestação de cuidados.

Por último, a delegação traduz a transferência da capacidade de planear e implementar decisões sem a supervisão directa de uma autoridade superior. Esta supervisão centra-se apenas em algumas variáveis e tarefas e torna a regulação governamental menos directa e a gestão mais flexível. A delegação pode envolver mecanismos de privatização, que pressupõem a transferência das funções do governo para uma organização não governamental, com ou sem fins lucrativos – por exemplo, funções de suporte como a manutenção, a limpeza, o transporte e o *catering*.

A privatização é a que suscita maior controvérsia, uma vez que poderá significar uma alteração substancial de poderes, mas ocorre fora do sistema, ao contrário do que supõe a descentralização. A separação entre prestadores e financiadores, num processo de transferência deste tipo, pode incluir instituições públicas ou privadas.

Estes processos de “delegação” de poderes e actividades são, como vimos antes, tipicamente característicos da NGP e correspondem a uma adaptação aos serviços públicos da noção de *downsizing* das teorias da gestão privada. Tal como ocorre com o movimento da NGP, em geral, também, neste caso particular, existem defensores da descentralização, que tentam

demonstrar os seus benefícios, e opositores, que salientam essencialmente os seus defeitos. No primeiro caso, assume-se a convicção de que a descentralização aumenta a flexibilidade e, desta forma, possibilita uma maior rapidez de resposta e mais eficácia. E isso, porque supostamente (Osborne & Gaebler, 1992) quem está mais próximo dos problemas e que, portanto, melhor os conhece, é também quem está em melhor posição para tomar decisões; a inovação nas decisões aumenta; gera-se uma melhoria na moral, no empenhamento e na produtividade no local de trabalho. Do lado dos opositores (Saltman & Figuera, 1997), salienta-se o facto deste processo: promover a fragmentação dos serviços; tornar os departamentos centrais mais fracos; aumentar as desigualdades; permitir a manipulação que favorece alguns grupos de interesses; reduzir, enfraquecendo, o estatuto e a posição do sector público. Em termos de custos, a descentralização pode, também, provocar o seu aumento, dada a necessidade de melhorar a coordenação, a existência de uma maior disparidade no processo de tomada de decisão e as dificuldades em conseguir economias de escala, tendo em atenção a duplicação de equipamentos e de especialistas.

Nenhum destes modelos é realizado na sua forma pura, embora sejam conhecidas as experiências de descentralização em países da União Europeia como a Suécia, a Espanha, a Finlândia, a Itália e o Reino Unido. Os governos centrais continuam, contudo, a manter um papel muito importante no planeamento e alocação de recursos (Fudge & Gustafsson, 1989), o que, aliás, tem estado a ser posto em causa (Kokko et al., 1998) por diversos grupos e actores sociais mais próximos da filosofia da NGP.

Na Suécia, a responsabilidade pelo financiamento e prestação dos serviços de saúde é delegada, ao nível administrativo, em 26 conselhos democraticamente eleitos. Estes, apesar de receberem algum financiamento através do governo e de sistemas de segurança nacional, podem cobrar receitas directamente à população. Possuem a liberdade de estruturar a distribuição dos serviços, na sua área geográfica, e a grande maioria dos centros de prestação de cuidados, quer sejam ou não primários, pertencem a estes conselhos. A Finlândia possui um sistema administrativo complexo de multi-níveis, com uma forte tradição de descentralização, sendo que a tendência, nos últimos anos, tem sido a de crescente delegação de poderes ao nível regional e local. A responsabilidade pela organização dos serviços de saúde pertence a 460 autoridades locais. O papel do Estado é o de planear, supervisionar e financiar estes serviços. Desde os anos 1980 que tem sido concedida aos municípios uma maior responsabilidade na organização dos serviços, acompanhada de um mínimo de directivas do poder central, com o objectivo de os sujeitar a uma maior competição, contenção de custos e inovação na organização das suas actividades (Saltman, Figueras & Sakellarides, 1998).

Em Espanha, a primeira forma de descentralização concretizou-se através da devolução dos serviços da rede de saúde e segurança social (INSALUD) às comunidades autónomas: a Catalunha,

em 1981, seguida da Andaluzia em 1984, do País Vasco e Valência em 1988 de Navarra e da Galiza em 1991. Estas comunidades passaram a ser responsáveis pela gestão dos serviços de saúde ao nível regional, de acordo com o orçamento providenciado pelo governo nacional em função do estabelecimento de objectivos (Ferrera, 1996).

Em Itália, as reformas, encetadas em 1992 visaram, sobretudo, a estrutura administrativa das unidades locais de saúde. Estas transformaram-se em ‘empresas públicas’, tendo-lhes sido concedida uma maior responsabilidade e autonomia organizacional. Deixaram, então, de ser geridas por comissões políticas, e passaram a sê-lo por um gestor profissional nomeado pela região, com base em qualificações profissionais e no estabelecimento de um contrato renovável por períodos de cinco anos (Saltman & Figueras, 1997).

As reformas encetadas em 1991, no Reino Unido, introduziram uma forma híbrida de descentralização e devolução. As autoridades sub-nacionais passaram a estar dependentes do Secretário de Estado da Saúde. A procura da descentralização fez-se através da introdução do mercado interno, baseado na separação entre prestadores e financiadores. Os prestadores são encorajados a adoptarem a forma empresarial, mas os conselhos de administração continuam a ser responsabilizados perante o Secretário de Estado (Kokko et al., 1998).

Da mesma forma do que ocorre com outras medidas adoptadas no âmbito da NGP, como vimos anteriormente (Pollitt, 2001; 2002), também as diversas tentativas de descentralização raramente são avaliadas. Em termos gerais, são igualmente visíveis, neste âmbito específico, algumas das razões ideológicas e operacionais que explicam este desinteresse: os decisores assumirem automaticamente que a descentralização possui benefícios em si, os resultados esperados não são claramente definidos à partida, e, tal como outras modas da gestão, a descentralização é mais uma crença do que de uma evidência. Na realidade, o afastamento do Estado, enquanto actor principal, do sistema de saúde parece constituir-se como um objectivo em si mesmo (Kokko et al., 1998). No entanto, a análise de algumas experiências demonstra que, para existir descentralização com sucesso é necessário observar um conjunto de pré-condições, nas quais pode ser incluída a capacidade local de administração e de gestão e a descentralização financeira (Hunter, Vienonen & Włodarczyk, 1998).

3.2.3 Alterações nas Formas de Financiamento

Directamente relacionada com as diferentes formas de participação do Estado no sistema, surge, igualmente, a questão do financiamento. Existem quatro fontes principais de financiamento dos sistemas de saúde: os impostos, a contribuição para esquemas de segurança social, as subscrições voluntárias para as seguradoras privadas e o pagamento directo. A predominância de um sobre os outros é um dos factores que distingue os diferentes sistemas de saúde.

Como temos vindo a salientar, pese embora os diversos argumentos sobre a eficiência, eficácia, equidade, qualidade e competição, o principal propósito das reformas públicas encetadas nos países desenvolvidos é a redução de custos, com o objectivo de alcançar o controlo orçamental. Para isso, tem sido desenvolvido um conjunto de iniciativas financeiras que pretendem actuar tanto do lado da oferta como do lado da procura de serviços.

As estratégias que actuam do lado da procura incluem medidas que vão no sentido de alterar a proporção de custos imputados aos indivíduos, por forma a restringir o seu recurso aos serviços. Isto é, procura-se diminuir a procura dos serviços publicamente financiados aumentando o pagamento directo dos utilizadores aos prestadores. Convém salientar, no entanto, que uma solução aparentemente simples, como o aumento do pagamento directo ou a subida dos impostos, não é facilmente aceite pela população europeia, que considera já pagar demais pelos serviços que obtém. Tal não impediu que, em países europeus, como a França, as medidas aplicadas com o objectivo de reduzir os custos tenham incluído, igualmente, um aumento do contributo dos pacientes para o pagamento dos custos de saúde (Bach, 1994). Procurando evitar estas soluções, os diferentes países tentam encontrar medidas para diminuir a procura.

Em países como a Alemanha e a Holanda deixou de existir a obrigatoriedade de todos os indivíduos estarem cobertos pelo sistema, tendo sido limitados, ou mesmo eliminados, os prémios que antes eram garantidos a quem restringia a sua procura em relação aos serviços públicos de saúde. Desde 1991, na Alemanha, os utentes que não utilizarem os sistemas de saúde pública durante um ano são elegíveis para um bónus de isenção de prestação para a segurança social durante um mês. Introduziram-se, também, benefícios fiscais para os que utilizam os serviços privados. Outras medidas incluíram a redução nos serviços públicos e a sua racionalização (Saltman & Figueras, 1997).

Do lado da oferta, são também identificadas diversas iniciativas com vista ao controlo dos orçamentos da saúde. Para além da introdução de mecanismos de competição entre os prestadores públicos, com a criação de mercados internos, abriu-se também a porta à iniciativa privada. Esta resulta da procura de alternativas de financiamento em função das restrições orçamentais dos diversos Estados. Tais iniciativas são conhecidas, na literatura anglo-saxónica, como as PFI (*Private Financing Initiatives*) ou como as Parcerias Público Privado ou PPP (*Private Public Paternership*). No Reino Unido, a parceria constituiu-se, precisamente, como o ponto central da estratégia de modernização dos serviços de saúde na política do governo de Tony Blair, justificada, no quadro da terceira via, como alternativa à privatização do SNS. A PFI, em 2002, constituía cerca de 85% dos projectos de investimento do SNS (EOHCS, 2002), embora os seus resultados se encontrem bastante longe do enunciado (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul, 1999a, 1999b).

As iniciativas financeiras, ao nível da oferta, prendem-se, também, com o estabelecimento de limites globais nos orçamentos das despesas dos prestadores. Na Bélgica, Alemanha, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido, estes limites são estabelecidos *a priori*, quando o orçamento é distribuído. Na Dinamarca e na Suécia os limites são negociados ao nível regional (Saltman & Figueras, 1997).

O controlo pela oferta comporta igualmente medidas que se estendem à redução no número de médicos ou de camas hospitalares. Esta última modalidade está ligada ao desenvolvimento de políticas de substituição, que traduzem o reagrupamento de recursos e serviços de cuidados, por forma a explorarem a solução economicamente mais viável. Neste âmbito, procedeu-se também à transferência dos custos dos cuidados para fora do SNS, o que implica que serviços como a estomatologia, os serviços continuados ou os serviços de geriatria tenham vindo a ser crescentemente transferidos para os utilizadores, os cuidadores privados e as autoridades locais (Pollock, Shaoul, Rowland, & Player, 2001; Pollock, Player, & Godden, 2001), podendo estas mudanças, como vimos anteriormente, ter reflexos no papel da mulher nas sociedades contemporâneas (Clarke & Newman, 1997; Lash & Urry, 1994).

Perante as alterações que emergem ao nível da intervenção do Estado no sistema, do financiamento e da organização interna das instituições, observam-se, inevitavelmente, diferenças respeitantes à responsabilização. Os diversos sistemas de saúde passam a ser mais responsabilizados relativamente a questões éticas, profissionais, legais, políticas e financeiras. Embora estas questões se coloquem a todos os sistemas, observa-se, em cada um, uma maior preponderância de uma ou de outra, o que traduz uma consequência dos valores dominantes que cada sistema assume.

Nas reformas em análise, a tendência dominante no desenvolvimento dos sistemas desenha-se, claramente, no sentido do deslocamento do predomínio da responsabilização do Estado perante questões éticas e profissionais para as questões políticas e financeiras. Este processo parece estar em sintonia com o “Modelo de Supervisão pelo Estado” (van Vught, 1997), uma vez que, como referimos antes, neste caso, a avaliação do trabalho profissional é feita *a posteriori* e baseada, essencialmente, em critérios do sistema e/ou das organizações externas aos profissionais. Por outro lado, e de acordo com a crescente implementação de mecanismos de descentralização, verifica-se um aumento da responsabilidade pelo processo de tomada de decisão nos patamares mais baixos da hierarquia das organizações de saúde. Mas, esta responsabilidade parece também situar-se mais num plano operacional do que num plano estratégico, o que configura um dos paradoxos da NGP que, como vimos antes, é significado por vários autores (Reed, 2002; Ferlie et al., 1996; Hoggett, 1996) com a metáfora da ‘centralização da descentralização’.

3.2.4 Alterações ao Nível dos Recursos Humanos

As alterações observadas ao nível dos recursos humanos na saúde só podem ser analisadas tendo por referência as restantes medidas tomadas para diminuir os custos da prestação de cuidados. Na realidade, este constitui um dos campos mais controversos e, simultaneamente, mais pertinentes na análise das reformas, já que é precisamente com os recursos humanos que os diferentes sistemas despendem a maior parte dos seus recursos financeiros (Rodrigues, Ginó, Sena & Dahlin, 2002).

Não obstante a presença de diversos grupos profissionais no sector da saúde, as medidas adoptadas têm-se concentrado, sobretudo, nos prestadores directos de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros). Tal fica a dever-se, não só ao facto destes actores serem os mais qualificados e, assim, os que mais contribuem para o peso económico dos recursos humanos no sector, mas liga-se ainda à circunstância dos restantes actores constituírem um contingente muito menos numeroso, principalmente devido à abertura à iniciativa privada concretizada através do *outsourcing*.

As medidas delineadas neste domínio apresentam numerosos pontos coincidentes, mas existe uma forte diversidade entre elas nos diferentes países em análise. Desde logo, a *rácio* de médicos e enfermeiros por habitante é bastante distinta nos diferentes países da UE. A média de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes nos países da União Europeia era, em 2003, respectivamente de 3,2 e 8,7 com países a apresentarem valores superiores, como a Itália (4,1 médicos) ou a Irlanda (14,8 enfermeiros), enquanto outros apresentam médias claramente inferiores, como o Reino Unido com uma média de 2,2 médicos e Portugal com 4,2 enfermeiros por 1000 habitantes (EUROSTAT, 2003).

Devemos salientar, porém, que estas comparações podem não traduzir a realidade existente, especialmente no que se refere ao grupo profissional dos enfermeiros. De facto, o significado do termo enfermeiro varia consideravelmente de país para país, tornando as comparações particularmente difíceis. Nas estatísticas de alguns países estão englobadas, no pessoal de enfermagem, trabalhadores que noutros sistemas são considerados auxiliares (Rodrigues et al., 2002; Saltman & Figueras, 1997).

Para controlar os custos com os recursos humanos, as políticas governamentais têm procurado controlar a oferta de médicos e o seu sobredimensionamento. De facto, é possível verificar que diversos países da UE procuraram reduzir o número de alunos como forma de controlar os custos pelo lado da oferta e, assim, permitir a redução do excesso de médicos (Saltman & Figueras, 1997).

Nos anos 1980, em França, procurou-se conter o número de médicos através de uma redução da transição no número de alunos do 1º para o 2º ano. O Reino Unido, limitou o acesso às escolas médicas, de acordo com a antecipação das necessidades futuras de médicos. Desde 1986,

na Alemanha, as associações de médicos e as seguradoras são autorizadas a negar o acesso de novos médicos a áreas de especialidade onde existam mais de 50% de excesso de médicos. Foram também tomadas medidas para encorajar a reforma antecipada.

Outra forma de controlo de custos relaciona-se com a tentativa de ligação do salário à produtividade, com base na avaliação individual de desempenho dos profissionais. A tendência das reformas na Europa tem-se desenhado no sentido da substituição do modelo de profissionais assalariados do Estado por modelos de contratualização, nos quais os profissionais são pagos por um misto de capitação salarial e de serviços prestados. Quer no caso dos médicos, quer no caso dos enfermeiros, a tendência nos diversos sistemas aponta para o aumento dos contratos precários, o que é particularmente evidente no caso do Reino Unido (Pollock et al., 2001).

Estas mudanças configuram, para Farnham e Horton (1996), uma mudança paradigmática na gestão de recursos humanos no sector público. Para estes autores, o modelo tradicional de gestão de recursos humanos caracterizava-se pela existência de quatro elementos distintos: um estilo paternalista – que se propunha desenvolver a protecção e o bem-estar da força de trabalho; a estandardização – consubstanciada no facto das práticas serem uniformes para todos os sectores da área pública; a negociação colectiva – traduzida no forte papel concedido aos sindicatos nas negociações e à forte participação e auscultação dos trabalhadores, e a tentativa do Estado de se erigir como empregador modelo – o que significa que procurava estabelecer *standards* para o sector privado seguir. A mudança tem-se promovido no sentido de aproximar este modelo do que é característico da gestão privada, e que os autores apresentam, numa perspectiva dicotómica, com base também nos seguintes quatro elementos: a gestão racional – baseada em critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e o ‘valor do dinheiro’; a flexibilidade e a diferenciação – instituídas através da consolidação dos contratos temporários e da promoção ligada a percepções de desempenho dos gestores intermédios; a negociação individual – traduzida na ausência de participação dos trabalhadores e na desvalorização dos sindicatos; o seguimento das boas práticas do privado – a diferença nas normas da administração pública já não é aceite e esta deixa de se assumir como modelo de empregador (Farnham & Horton, 1996).

A procura do controlo dos custos, ao nível dos recursos humanos, estende-se também, à tentativa de alterar os comportamentos profissionais, por forma a alinhá-los com as propostas da NGP, configurando o que pode ser designado como tecnologia do *self*¹². Neste sentido, tem-se procurado influenciar a utilização racional de recursos pelos profissionais, através de medidas

¹² Este conceito foi inicialmente defendido por Foucault (1988). Para este autor, o *self* é construído socialmente. O corpo físico nunca existe como uma simples essência neutra mas está inerentemente impregnado de significados. No processo de formação da identidade vamos utilizando diversas “tecnologias do *self*” que correspondem às diferentes formas através das quais trabalhamos sobre o nosso corpo para construirmos um *self* único.

tomadas para evitar a duplicação, do aumento da regulação e da concentração de serviços e da prevenção do crescimento descontrolado. Deste modo, são crescentemente colocados desafios às práticas clínicas com vista a disciplinar a utilização de tecnologias que demonstrem ser mais eficientes no tratamento e a promover a implementação da *Evidence Based Medicine* (EBM) (Hunter, 1997). No caso da enfermagem, esta tendência é mais visível no aumento da padronização e informatização do trabalho de cuidar e no desenvolvimento de processos de qualidade.

Atribuir aos médicos a responsabilidade pelo controlo orçamental é, também, uma medida adoptada em países como a Alemanha e o Reino Unido. Finalmente, outra forma de influenciar o seu comportamento profissional decorre de alterações na forma de financiamento dos hospitais. Os orçamentos passam a ser distribuídos de acordo com a definição prévia de objectivos e a avaliação do seu grau de concretização.

As alterações introduzidas ao nível da enfermagem são mais sensíveis em dois âmbitos: a gestão e o volume de trabalho. No caso da gestão, a atribuição de mais responsabilidades aos médicos, provoca, concomitantemente, a diminuição do poder de intervenção dos enfermeiros no funcionamento administrativo dos hospitais. No que respeita ao volume de trabalho, o aumento do número de tarefas poderá traduzir-se numa alteração dos papéis profissionais – taylorização do trabalho de enfermagem – e na delegação de tarefas menos especializadas a outros profissionais detentores de qualificações inferiores, como teremos oportunidade de explorar mais à frente.

Estas alterações provocam mudanças ao nível da própria organização do trabalho que poderão traduzir uma relação paradoxal entre o modelo *'fordista'* de organização do trabalho e o modelo *'pós-fordista'*. De facto, algumas das técnicas da NGP são coincidentes com as práticas fordistas – aumento da rotinização, da diminuição do nível de competências exigidas e do aumento do controlo da gestão sobre o processo de trabalho (Daykin & Clark, 2000; Walby, et al., 1994); – enquanto outras podem ser mais identificadas com o *'pós-fordismo'* – a flexibilidade, polivalência e mobilidade (Walby et al., 1994).

3.2.5 O Poder dos Pacientes

Outro ponto comum nas reformas dos sistemas de saúde nos diversos países da UE tem sido a procura do aumento de poder de decisão dos pacientes, fenómeno designado na literatura como *"patient empowerment"*, quer em questões logísticas, como a selecção dos médicos e dos hospitais, quer em questões clínicas, ligadas à participação na decisão médica. Em alguns casos, tenta-se promover a sua participação nos processos de tomada de decisão política, sobretudo no quadro de processos mais aprofundados de descentralização. Estas tendências decorrem do que identificámos anteriormente como a orientação para o consumidor, uma das características básicas da NGP, e que, pelo menos em termos retóricos, é facilmente aceite pelos diferentes actores sociais

e políticos que actuam no campo da saúde. É também habitualmente mencionada como sendo a medida mais aplicada nos diferentes países da EU (Nikos, 2001).

O aumento da participação dos pacientes é, em princípio, defendido, quer por políticas assentes nos princípios democráticos, e que significam a saúde como um bem social, quer por políticas, assentes no mercado, e que elegem o princípio da livre escolha como sustentáculo da possibilidade de transformar a saúde num bem comercializável. A livre escolha do paciente pode, em suma, ser apresentada como um exercício de democracia ou como um direito mercantil.

Estas diferentes perspectivas não produzem, contudo, efeitos semelhantes nos sistemas de saúde. A ênfase nas exigências e necessidades individuais dos pacientes, interpretada com base nos pressupostos do mercado, traduz a hegemonia conceptual da microeconomia neoclássica. As necessidades dos pacientes são, nesta perspectiva, interpretadas como a única forma de analisar a procura, o que restringe claramente a visão da saúde como bem público e colectivo. Um dos perigos desta visão decorre da procura, ao nível individual, possuir um carácter sobretudo curativo. Nesta lógica, negligenciando-se a procura colectiva, pode-se colocar em causa a execução de programas de prevenção e promoção da saúde como, entre muitos outros, a luta anti-tabágica e a luta contra a sida (Saltman, 1997). Para os economistas neoliberais o problema resume-se à escolha racional individual e à forma como cada um toma opções relativamente aos seus orçamentos individuais. A influência da escolha colectiva é ignorada, posição que, em última análise, poderá colocar em causa a ideia de saúde pública tal como a concebemos hoje.

Em relação à participação dos pacientes no sistema, surgem, ainda, duas questões determinantes. A primeira, é a de saber de que forma pode a voz dos pacientes ser ouvida nas diferentes estruturas dos sistemas de saúde; a segunda, é a de saber, claramente, que tipo de autoridade e poder detêm os cidadãos para conseguir influenciar as decisões.

Na Finlândia, os cidadãos exercem uma influência directa nas decisões através dos conselhos de saúde municipais. No Reino Unido, a sua participação não é directa, mas indirecta, através dos conselhos de comunidade de saúde locais (*local community health councils*), que integram representantes dos cidadãos, embora nomeados. Porém, qualquer instituição de saúde ou profissional – médico, dentista, oftalmologista ou farmacêutico – tem de se colocar ao dispor de um procedimento de reclamações, com base no qual, no caso das instituições, o paciente pode apelar da resolução local para uma revisão independente e, posteriormente, para o comissário dos serviços de saúde (EOHCS, 2002).

A introdução de mecanismos de protecção dos direitos dos pacientes tem sido, também, nos últimos anos, um movimento comum nestes países da Europa. Em 1992, o Reino Unido introduziu a carta do paciente (*Patient's Charter*), que estabelece 10 direitos dos pacientes e que introduz normas nacionais e locais para garantir a qualidade de prestação de cuidados. Ao contrário

do Reino Unido, na Finlândia, o estabelecimento destes direitos está consignado na Lei. No caso da Holanda, também estes direitos são reconhecidos pela Lei dos contratos médicos, aprovada em 1995. Ao estabelecer uma relação contratual com o médico, o paciente detém, automaticamente, o direito de reclamar em tribunal em relação aos actos deste, sem que isso implique qualquer intervenção do governo. Em Itália, existe, ainda, uma organização distinta, designada por tribunal dos direitos dos pacientes. Este é constituído por cidadãos comuns que, voluntariamente, avaliam a qualidade dos serviços, procurando resolver as queixas apresentadas, e que se constituem, ainda, como *loobyings* dos pacientes para obterem cuidados de saúde mais humanizados (Saltman & Figueras, 1997).

Em alguns destes países (especialmente em Inglaterra) tem-se observado, ao longo dos últimos anos, um aumento considerável do número de reclamações. Não é fácil, no entanto, determinar se tal se deve a um aumento real dos problemas, a um aumento das expectativas dos pacientes ou mesmo ao aumento da facilidade em desenvolver a queixa (Beardwood, Walters, Eyles & French, 1999).

3.2.6 As Reformas ao Nível Micro: Alterações na Gestão Hospitalar

No contexto das alterações provocadas no sector da saúde, nos últimos anos, merecem especial destaque as organizações hospitalares. A eleição das instituições hospitalares como principal alvo de mudanças prende-se com a posição central que estas, tradicionalmente, ocupam nos diversos sistemas de saúde. A este hospitalocentrismo corresponde, de igual forma, uma hegemonia do sistema cultural hospitalar, que determina grande parte da cultura dos profissionais a nível nacional (Carapinheiro, 1998). Ora, se, como temos vindo a referir, um dos objectivos destas reformas é alterar o sistema de valores dominante nas organizações públicas e as tradicionais formas de regulação e autonomia dos profissionais, o hospital apresenta-se, neste contexto, como o meio privilegiado para concretizar esses propósitos. Por outro lado, estas organizações constituem a categoria que absorve mais despesas e, em resultado, tem constituído, também, o alvo mais comum das mudanças no sector da saúde com o propósito formal de melhorar a eficiência, a qualidade e a equidade (Harding & Preker, 2003; Saltman & Figueras, 1997).

Influenciados pelos desenvolvimentos noutras áreas do sector público, os políticos da área da saúde concluíram que os problemas dos hospitais se relacionavam, no essencial, com os problemas resultantes da rigidez das burocracias demasiado hierarquizadas, da falta de controlo dos gestores sobre as operações quotidianas e da falta de incentivos baseados no desempenho. Assim sendo, estas foram também eleitas como as principais áreas de intervenção, o que conduziu os responsáveis políticos, em alguns países, a elegerem as reformas organizacionais como a principal componente das reformas no sector da saúde.

Convém salientar, todavia, que não existe consenso na literatura quanto à possibilidade de classificar os hospitais como organizações burocráticas, de acordo com o ideal-tipo de Max Weber (1999), desacordo que resulta, em grande parte, das diferenças de perspectiva entre funcionalistas e interaccionistas.

A análise dos hospitais enquanto organizações sociais, tem-se vindo a efectuar de acordo com estas duas focalizações distintas. Por um lado, as abordagens funcionalistas centram-se nos resultados ou efeitos de qualquer instituição social, dado o necessário alinhamento das funções sociais que lhe são atribuídas com os valores sociais disseminados e partilhados na sociedade (Parsons, 1957). Assim, destacam-se e valorizam-se nestas análises os elementos mais estáticos como as estruturas e as regras. Em oposição a estas perspectivas, fortemente influenciadas pelo positivismo, as abordagens interaccionistas enfatizam as intenções, acções e significados dos actores envolvidos nas instituições. Estas abordagens, iniciadas nos anos 1960 e despoletadas pelas críticas à burocracia hospitalar, centram-se, sobretudo, na forma como as actividades e interacções no hospital são continuamente recriadas. Neste campo, destacam-se Bucher e Stelling (1969), que identificam dois elementos principais que impedem a categorização dos hospitais de acordo com o tipo ideal de burocracia de Max Weber, a saber: a existência de um elevado número de trabalhadores identificados como membros de uma profissão que se caracteriza pela autonomia profissional e por relações não burocráticas, e a ausência de regras capazes de especificar a totalidade das possibilidades de acção de todas as pessoas no hospital (Bucher & Stelling, 1969). É esta autonomia dos profissionais que permite a existência de uma estrutura dual de poder e de autoridade (Freidson, 1971, 1986), e que conduz, mais tarde, Mintzberg (1996) a categorizar os hospitais como burocracias profissionais. Mintzberg utiliza esta designação para descrever organizações em que emerge uma estrutura administrativa pouco desenvolvida, enquanto os profissionais (centro operacional), prestadores de serviços, estão nelas presentes num número elevado e com elevada autonomia, subtraindo-se, por isso, à linha directa do controlo administrativo. Em suma, trata-se de uma forma de organização descentralizada que é largamente definida e controlada pelos profissionais.

A impossibilidade das regras contemplarem todas as possibilidades de acção havia já sido detectada, antes, por Coser (1962), que, com base em estudos empíricos, constata que nas enfermarias médicas a organização das relações sociais era mais negociável do que nas enfermarias cirúrgicas. Dentro desta perspectiva é, no entanto, a abordagem de Anselm Strauss que surge como a mais marcante, apoiando-se no pressuposto de que no interior dos hospitais as regras oficiais não são suficientes para enquadrar as interacções diárias, pelo que estão constantemente sujeitas a negociação. Strauss sugere que a vida diária é organizada em redor de um conjunto de negociações esquecidas e renegociações de tempo a tempo, em função dos diferentes interesses dos indivíduos,

o que o conduz à definição do hospital como uma “ordem negociada” em termos organizacionais, institucionais e profissionais (Strauss, 1988; Strauss, Fagerhaugh, Suczet & Wiener, 1985).

Em qualquer uma destas abordagens é possível encontrar elementos que nos auxiliem na compreensão das mudanças operadas pelas reformas da saúde ao nível institucional no contexto da NGP. Estas mudanças podem ser analisadas tendo por referência as características gerais do movimento da NGP que explicitámos antes. Assim, a descentralização, que já havia surgido como uma solução ao nível macro, enquadrada na alteração do papel do Estado na sociedade e na economia, é interpretada também como potencialmente profícua ao nível micro, ou se preferirmos, ao nível da gestão organizacional.

A descentralização, ao nível organizacional, traduz-se numa mudança no controlo do poder de tomada de decisão, e numa reorganização das responsabilidades e dos direitos respeitantes às receitas do poder central para o local. Recordando Hading e Preker (2003), a autonomização, (aumento da autonomia da gestão organizacional), a empresarialização (transformação dos hospitais em empresas estatais) e a privatização (delegação de actividades para o sector privado) são todas iniciativas que procuram reduzir o controlo directo do Estado sobre os hospitais e expô-los a incentivos de mercado ou quase-mercado. A principal diferença entre elas é que as duas primeiras implicam a manutenção do estatuto de hospital público, enquanto a última traduz o seu total afastamento desse estatuto. Ou seja, as reformas ao nível da organização hospitalar deslocam estas instituições do centro do sector público – cuja ênfase é colocada no controlo, na monitorização dos *inputs*, sendo as actividades dos trabalhadores altamente determinadas – para um ambiente misto, característico da autonomização e empresarialização – em que o controlo é menor, usualmente menos directo e cuja ênfase é sobretudo colocada nos resultados – até atingir a distribuição privada – onde não existe controlo directo do governo, apesar deste continuar a influenciar a gestão dos hospitais, através da regulação e dos contractos de prestação de serviços, ou ainda outros mecanismos de financiamento.

Estas diferentes reformas da organização hospitalar estruturam-se em torno de três elementos, cuja selecção se relaciona com a potencialidade que lhes é atribuída de influenciarem o comportamento das instituições, da gestão e dos próprios trabalhadores. Identificam-se, assim a *governance* (governo organizacional), que traduz a relação entre o proprietário, neste caso específico identificado com o Estado, e a organização; o ambiente de mercado, que inclui o nível e a natureza das pressões competitivas dentro das quais os operadores actuam; e as formas de financiamento, que traduzem a estrutura dos fluxos do financiador para o prestador, incluindo o grau de formalidade e de especificidade, tendo em atenção as responsabilidades que acompanham esses fluxos (Harding & Preker, 2003; Hawkins, 1999).

Para Loraine Hawkins (1999), April Harding e Alexander Preker (2003) o impacto das mudanças nestes três elementos é determinado pela combinação da influência de cinco determinantes críticas, que caracterizam a estrutura organizacional hospitalar. A primeira, é designada pelos autores de atribuição dos direitos de tomada de decisão e refere-se às alterações verificadas ao nível da tomada de decisão de gestão, decorrentes da possibilidade de conceder maior liberdade aos gestores para gerirem. Associada a esta, os autores identificam a distribuição de direitos residuais, que se expressam numa maior cedência de alguns direitos materiais, no sentido de motivar os gestores a adoptarem comportamentos e atitudes conducentes ao aumento da eficiência e à redução de custos. A terceira determinante relaciona-se com o nível de exposição ao mercado, traduzido, em grande parte, no maior ou menor afastamento do financiamento baseado no Orçamento Geral de Estado (OGE) em relação às receitas próprias. A estrutura e mecanismos de responsabilização constituem-se como o quarto elemento referente à possibilidade da responsabilização ser baseada na supervisão hierárquica da organização versus na regulação ou contratação. Finalmente, a provisão de funções sociais surge como uma quinta determinante nas reformas das organizações hospitalares, ligada ao facto da aproximação ao mercado forçar os gestores a focarem-se na viabilidade financeira. Esta situação poderá conduzir à definição de estratégias tão diversas como melhorar a qualidade dos serviços e conseguir mais pacientes, até incluir as que se direccionam para a prestação de serviços a um grande número de pacientes, mais saudáveis ou considerados de baixo custo, passando pelo desenvolvimento de *lobbying* político e, desta forma, facilitar a captação de mais rendimentos no exterior. As reformas orientadas para o mercado necessitam, por isso, de criar mecanismos que lhes permitam assegurar a permanência das funções sociais que presidiram à criação destas instituições. O que significa que estas funções deixam de ser implícitas e não financiadas para serem claramente especificadas e directamente financiadas (Harding & Preker, 2003; Hawkins, 1999; Over & Watanabe, 2003).

Estes cinco factores ‘encaixam’ de forma distinta nas diferentes modalidades de reformas organizacionais. Se atentarmos nas organizações orçamentadas¹³, que correspondem às organizações menos autónomas e menos expostas ao mercado, verificamos que o hospital é gerido como um departamento governamental e o gestor hospitalar é, essencialmente, um administrador. Neste caso, é a rede de relações hierárquicas, cujo topo se centra no governo, e as suas regras, que controlam todas as questões estratégicas e determinam as decisões do dia-a-dia. As receitas do hospital são determinadas através da atribuição directa de um orçamento baseado em dados históricos, sendo os potenciais “lucros” devolvidos para o sector público e os “prejuízos” cobertos pelo orçamento público. Os objectivos do Estado na gestão destes hospitais assemelham-se aos

¹³ Esta expressão resulta da tradução directa de *budgetary organizations* e corresponde, grosso modo, às organizações do sector público tradicional.

objectivos para o sector e não são nem registados nem avaliados. As funções sociais não são distinguidas das restantes funções (Harding & Perker, 2003).

A esta forma tradicional de gerir os hospitais públicos foram-se substituindo novas formas de gestão, sob a égide da NGP. As primeiras a afastarem-se do controlo directo do Estado, ainda que de forma pouco substancial, são as unidades autonomizadas. Estas surgem com o epíteto de “permitirem aos gestores gerirem”, o que se traduziu, essencialmente, na devolução de algum poder de tomada de decisão do topo da hierarquia estatal para a hierarquia de gestão ao nível organizacional. Esta delegação da capacidade de tomada de decisão é acompanhada do aumento da procura de receitas próprias ligadas à distribuição de serviços. Para a captação destas receitas, incentiva-se o financiamento através de pagamentos relacionados com o desempenho, tenta-se aplicar o princípio do utilizador-pagador, os pacientes passam a pagar os serviços que lhes são prestados, ou envereda-se por modalidades de co-pagamentos. Como incentivo à criação de receitas adicionais, os “lucros” permanecem na organização, não sendo devolvidos ao Estado. Esta prerrogativa permite a criação de um mercado interno, por forma a que as receitas adicionais de uma dada área ou serviço possam ser canalizadas para outras mais carentes. A responsabilização permanece concentrada na supervisão hierárquica, mas, desta feita, mais relacionada com os objectivos focados no desempenho económico e financeiro. Podem ser estabelecidos acordos entre o Estado e a gestão hospitalar, tendo em vista o controlo e a definição dos objectivos de desempenho e de responsabilização no desenvolvimento das funções sociais de saúde. Sob a cobertura deste objectivo, são propostas, por vezes, estruturas semelhantes às existentes nas organizações privadas como os Conselhos de Administração (CA).

A autonomização é utilizada para expressar um conjunto de estruturas bastante distintas na autonomia de gestão. Em alguns casos, os trabalhadores continuam a ser funcionários públicos, continuando, desta forma, a caber ao Estado o controlo sobre o trabalho e a gestão dos recursos humanos (recrutamento, remuneração, etc.). Em outros casos, é atribuída à unidade organizacional um novo estatuto legal, que define precisamente uma nova relação com o Estado. A responsabilização pode tomar várias formas, mas todas elas tentam especificar as exigências de desempenho *à priori* e acompanhar a sua concretização. Muitas vezes estas exigências estão pré-definidas na forma de um contrato. Este é estabelecido com o duplo objectivo de clarificar os objectivos organizacionais e eleger critérios formais para avaliar a gestão.

As tentativas de aproximar a gestão das organizações de saúde públicas da gestão privada, com o objectivo de aumentar a eficiência e manter os seus objectivos sociais, conduziram ao surgimento das unidades empresarializadas. No caso destas organizações, a autonomia dos gestores é bastante maior, detendo estes um controlo quase total sobre os *inputs* e sobre as questões relacionadas com a distribuição dos serviços. Tem sido possível, assim, observar, por um lado, a

contratação de gestores profissionais, com experiência noutras áreas, frequentemente empresariais, e, por outro, um envolvimento crescente do pessoal clínico na gestão (Saltman, 1997; Harding & Perker, 2003). O desenvolvimento das capacidades de gestão é outra das tendências que emerge dentro deste quadro. Esta noção inclui a melhoria do conhecimento especializado em gestão, apoiado em sistemas de informação sofisticados, por forma a facilitar o processo de tomada de decisão em áreas de gestão clínicas e financeiras. Legalmente a organização é constituída como uma entidade independente, o que torna a transferência do controlo mais duradoura.

Este estatuto responsabiliza totalmente a organização pelo seu desempenho financeiro. Em caso de falência, a liquidação é, pelo menos, teoricamente possível. A uma maior liberdade de actuação dos gestores acresce uma maior pressão dos mercados, traduzidos em incentivos que "(...) provêm da combinação de fortes constrangimentos orçamentais e do aumento da retenção de proveitos das vendas (em vez da distribuição de orçamentos) e da discrição sobre o seu uso" (Harding & Perker, 2003, p. 54). No hospital empresarializado existem mais direitos residuais do que no autónomo. O primeiro, por exemplo, pode reter o excesso de receitas, mas também tem de suportar todas as perdas. Os mecanismos de responsabilização podem tomar três formas distintas: controlo hierárquico directo (responsabilização exercida pelo proprietário, geralmente através do conselho de administração), financiamento/pagamento e responsabilidade regulatória. Na prática estas organizações passam a funcionar como empresas privadas. Apesar de continuarem a manter o estatuto público, e a constituir uma propriedade pública, os directores detêm usualmente a responsabilidade absoluta pelo desempenho hospitalar e são totalmente responsabilizados perante o ministro.

A forma mais extremada de orientação para o mercado consubstancia-se na privatização das organizações hospitalares. Este processo traduz a transferência do hospital público para a propriedade privada, quer se trate de uma organização com ou sem fins lucrativos. Esta modalidade liberta a organização de qualquer tipo de controlo do Estado ou das regras do sector público. Todos os incentivos financeiros provêm das receitas conseguidas pela gestão e são os proprietários, ou *shareholders*, quem reclama o direito a lucros residuais. Nos hospitais privados, as pressões do mercado são complementadas pelas pressões dos proprietários para o lucro. A privatização exige ainda mais reformas sistemáticas do que a empresarialização, no sentido de se assegurar que objectivos sociais como o acesso, a equidade e a eficiência clínica não são sacrificadas em nome da eficiência e da qualidade do consumidor. As reformas para aumentar a capacidade de regulação, e para se estabelecerem arranjos efectivos de compradores, são particularmente cruciais nesta modalidade mais extremada de reforma de saúde.

São conhecidas tentativas de privatização de instituições hospitalares em alguns países da Europa, em particular, por exemplo, na Suécia, o caso do hospital central de Estocolmo (Flynn &

Strehl, 1996). Mas, o que se tem vindo a verificar, na maioria dos países, é um domínio das diversas formas de empresarialização com especial destaque para o caso do Reino Unido (Flynn & Strehl, 1996; Ham & Hawkins, 2003; Pollitt & Boukaert, 2000).

Para além destas mudanças impostas ao nível da organização e gestão hospitalar, existem outras, que podemos considerar extrínsecas ao contexto institucional, e que se referem à redefinição das fronteiras entre as diversas instituições de prestação de cuidados que incorporam o sistema. Neste contexto, existe uma discussão crescente acerca da forma como os recursos devem ser utilizados e um crescente cepticismo relativamente aos papéis apropriados para cada prestador de cuidados.

Os sistemas de saúde têm procurado responder a estas pressões através de um sistema de substituição (Dekker, 1994), que consiste no contínuo reagrupamento de recursos dentro dos diversos prestadores, para explorar as soluções mais ou menos onerosas em face das mudanças ao nível das necessidades e das exigências do sistema e dos utentes. Todas as alterações nos tratamentos, procedimentos e patentes organizacionais podem ser incluídas na categoria de substituição. Utiliza-se uma tipologia que identifica três tipos de substituição: mudança do local em que os cuidados são prestados, introdução de novas tecnologias e mudança nas combinações de profissionais e competências.

É neste contexto que se tem procurado promover a substituição dos cuidados em hospitais, ou mesmo em centros sociais, pelos cuidados domiciliários. Mas, as pressões para a eficiência implicam substituições ao nível das tecnologias e dos profissionais. Estas substituições incluem casos, entre outros, em que surgem novos processos tecnológicos, por exemplo microcirurgias em vez de cirurgias tradicionais, substituição de profissionais, em que trabalhadores menos qualificados substituem profissionais qualificados, e o incentivo ao auto-cuidado.

Diversos exemplos podem ser identificados neste processo de substituição em vários países da Europa. Em França, por exemplo, alguns centros de tratamento de doentes cancerígenos transformaram-se, também, em centros de 3ª idade ou de deficientes. Na Suécia os tratamentos de pós-operatório em casa foram substituídos por tratamentos domiciliários para a 3ª idade. Na Alemanha, operou-se uma substituição de tecnologias hospitalares por tecnologias com tratamento domiciliário (Saltman & Figueras, 1997).

Os propósitos políticos da substituição centram-se na procura do aumento da satisfação dos pacientes, na melhoria dos resultados clínicos, no aumento da eficiência e na gestão mais apropriada de determinadas doenças. Contudo, os objectivos reais identificam-se com a tentativa de conter os gastos e equilibrar os orçamentos, processo que não deixa, no entanto, de ter os seus efeitos perversos, já que, por vezes, se promove a substituição simples do local sem uma mudança apropriada ao nível das tecnologias ou das competências, ou mesmo sem se pensar na

reorganização dos recursos (Saltman, 1997). Por outro lado, como referimos anteriormente, esta substituição poderá traduzir-se em consequência sociais mais amplas com redefinições do papel da mulher na sociedade actual (Lash & Urry, 1994; Clarke & Newman, 1997) e com retrocessos nos desenvolvimentos verificados ao nível da gestão de igualdade de oportunidades (Cunningham, 2000; Maddock, 2002).

Em jeito de conclusão, podemos então afirmar que, ao longo das últimas décadas, se têm desenvolvido diversas reformas no sector da saúde, nas quais, apesar da diversidade de sistemas de saúde existentes na UE, é possível identificar uma matriz comum de mudanças.

As iniciativas implementadas parecem organizar-se em redor da procura do estabelecimento de um equilíbrio entre os mecanismos de orientação para o mercado, a alocação de recursos e a gestão das instituições, e uma mistura complexa de formas de descentralização do sector público, apoiadas no aumento da vigilância do Estado, por um lado, e, por outro, no aumento do poder dos pacientes (Figueras et al., 1998). Em contrapartida, os objectivos políticos importantes, que parecem estar arredados destas reformas, são o aumento da prevenção, a promoção da saúde e a procura em aumentar a equidade (Kokko et al., 1998).

Países com sistemas de prestação de serviços de saúde pública nacionais, como a Finlândia, a Suécia ou o Reino Unido, começaram a aplicar incentivos de orientação para o mercado, que incluem o estabelecimento de várias formas de competição entre prestadores e financiadores. Uma tendência paralela tem sido a descentralização de responsabilidades do Estado para níveis mais baixos da prestação de cuidados. Outra preocupação também comum às diversas reformas é a questão do poder dos pacientes, procurando-se, simultaneamente, neles recentrar a atenção dos serviços e aumentar a sua participação no sistema. A ponderação dos custos com os recursos humanos nas despesas do sector faz com que esta problemática seja eleita como uma área de especial enfoque. As medidas adoptadas neste âmbito, prendem-se não só com o financiamento, mas, também, com aspectos estruturais e de organização do trabalho, que, em última análise, têm por objectivo incentivar mudanças culturais, consubstanciadas em alterações ao nível do próprio comportamento dos profissionais. A promoção destas mudanças nos profissionais é visível, igualmente, na introdução de alterações nas formas tradicionais de organizar e gerir as instituições hospitalares. As intervenções, a este nível, têm-se feito no sentido de um crescente afastamento do Estado do controlo directo das instituições e de uma concomitante aproximação ao mercado.

Convém salientar, no entanto, que existem diversas variáveis em jogo na análise do impacto das reformas no sector público da saúde em geral e, em particular, nas mudanças ao nível das instituições hospitalares. Tendo por referência o impacto das reformas nos hospitais nos países de baixos ou médios rendimentos, Over e Watanable (2003) partem do princípio que as mudanças

organizacionais podem ser interpretadas como uma intervenção imposta ao hospital, no contexto de um certo ambiente político e na expectativa da obtenção de uma determinada resposta comportamental dos gestores e restantes trabalhadores hospitalares.

Os profissionais constituem, de facto, um dos elementos de maior importância nestas reformas. São uma ‘peça’ activa e imprescindível para o sucesso das mudanças promovidas pelos governos e, sobretudo, constituem também o alvo fundamental destas mudanças (Clarke & Newman, 1997; Exworthy & Halford, 1999; Kirkpatrick & Ackroyd, 2003; Kirkpatrick et al., 2005; Pollitt, 2003a; Reed, 2002). A sua influência é exercida, tanto através do seu poder de representação nos órgãos burocráticos de gestão das instituições, como através das suas acções diárias enquanto responsáveis pelos processos operacionais que aí decorrem. É por isso, que um dos principais objectivos da retórica contida na linguagem da NGP é o de conquistar o seu apoio para as reformas.

É a certeza desta convicção que nos faz rejeitar a teoria do arquétipo como ponto de partida para a análise empírica que constitui a segunda parte deste estudo. Esta teoria é, quanto a nós, inadequada para analisar as reformas levadas a cabo na administração pública, sobretudo porque interpreta o processo de mudança de forma mecânica e numa base racional que negligencia os aspectos políticos e informais que definem o contexto micro-político das organizações.

A mudança surge, para os defensores da teoria do arquétipo, a partir da iniciativa dos profissionais, estimulados pelas alterações no ambiente externo, sendo imprescindível, para que se torne efectiva, que surja um novo esquema interpretativo partilhado por esses mesmos profissionais. No entanto, diversos autores têm realçado alguns factores que colocam em causa esta suposição. Desde logo, é importante notar que a relação pode ser inversa, isto é, também os profissionais têm um papel importante na criação do ambiente que os influencia (Weick, 1995), a partir do qual emerge a tentativa de criação de um novo arquétipo. Por outro lado, nem sempre é a partir dos profissionais que a mudança é despoletada, sendo, muitas vezes, imposta, de forma coerciva, pelos governos (Ferlie et al., 1996). Todavia, é o pressuposto da necessidade de surgimento de um novo esquema interpretativo, comum aos profissionais que é mais difícil de se verificar. Antes de mais, porque não existe uma identidade organizacional única, sendo o seu carácter essencialmente fluído (Skalén, 2004). Mas, também, porque os diferentes grupos profissionais negociam, no campo institucional, muito do poder e prestígio associado às profissões. Ora, ao interpretar o conflito de forma funcional, apenas como um mecanismo através do qual as organizações se adaptam ao meio exterior, estas teorias correm o risco de sobrestimar o apoio das profissões às mudanças de gestão (Kirkpatrick & Ackroyd, 2003).

A impossibilidade da teoria do arquétipo em captar estas realidades organizacionais levamos a preferir realçar, para esta análise, como o fazem Kirkpatrick e Ackroyd (2003), aspectos mais

dinâmicos. Neste sentido, é importante atender à dinâmica de influência mútua entre os agentes e as estruturas e à importância dos processos de profissionalização, não só ao nível da relação entre o Estado e as profissões, mas, sobretudo, ao nível das negociações microssociais desenvolvidas no contexto organizacional.

Ao contrário do que afirmam os defensores da teoria do arquétipo é possível que a mudança não seja originada nos profissionais, e que também seja implementada apesar dos seus interesses. As ideias da gestão no sector público são promovidas e/ou impostas porque, essencialmente, são percebidas como ferramentas através das quais os objectivos políticos (aumento da eficiência, redução de custos e aumento da regulação estatal) podem ser atingidos, buscando-se, para tal, aumentar o controlo do Estado e da gestão sobre as profissões tradicionalmente ligadas ao Estado Providência (Pollitt, 2003a; Clarke & Newman, 1997; Reed, 2002; Santiago, Carvalho, Amaral & Meek, in press; Kirkpatrick, et al., 2005; Kirkpatrick e Ackroyd 2003; Exword & Halford, 1999).

Neste contexto, tentamos, no próximo capítulo, discutir o conceito de profissão, perspectivar a forma como a NGP lhe vem colocar novos desafios e, ainda, as diferentes respostas encontradas pelos profissionais face aos novos quadros políticos e institucionais em que se desenvolvem os processos de profissionalização.

CAPÍTULO 2

A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS PÚBLICOS. A ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



A NOVA GESTÃO PÚBLICA E OS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS PÚBLICOS

A ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A referência aos profissionais é praticamente inevitável nas análises sobre a NGP quanto mais não seja porque profissões e Estado Providência estão imbricados numa relação dialéctica, não permitindo que um seja analisado sem referência ao outro. Como temos vindo a sublinhar, a constituição e desenvolvimento do Estado Providência ficou a dever-se, em grande parte, ao papel fundamental dos profissionais e das organizações que os congregam. No pós-guerra os profissionais tornaram-se parceiros activos no desenvolvimento dos serviços públicos. A sua influência manifestou-se não só ao nível da prestação dos serviços, onde exerceram um controlo considerável sobre processos e resultados, dada a total confiança que neles era depositada, mas também através das suas organizações colectivas (ordens e sindicatos), que demonstraram ter um papel relevante na definição da agenda política e na procura da resolução dos diferentes problemas sociais com que o Estado Providência se ia confrontando (Kirkpatrick et al., 2005).

As profissões, e os grupos em que se organizam, são, então, consideradas a base das organizações públicas do Estado Providência, constituindo um dos pilares fundamentais da sua sustentação. Os profissionais constituem os veículos através dos quais as políticas são implementadas na prática (Hugman, Peelo & Soothill, 1997). Mas, esta relação não pode ser analisada de forma unidireccional, dado existir uma dependência mútua entre Estado e profissões. De facto, é importante não esquecer que a formação das profissões no sector público está intrinsecamente ligada à expansão do papel do Estado, em resultado da adopção das políticas económicas Keynesianas após a Segunda Guerra Mundial (Crompton, 1990).

Esta reciprocidade é sublinhada pelos diferentes autores que colocam em relevo um ou outro lado da relação. Assim, se autores como Johnson (1982) iniciam a análise das profissões realçando a sua contribuição para a formação do Estado moderno, outros preferem enfatizar a relação oposta, salientando a contribuição do Estado para a constituição de monopólios e privilégios das profissões (Larson, 1977).

Deste modo, no actual momento em que se assiste a um debate vivo sobre a natureza e os papéis do Estado e as potenciais estratégias económicas associadas a determinadas posições políticas e a perspectivas particulares da sociedade, para as quais as próprias profissões dão o seu contributo, é de esperar que estas surjam como um dos objectos privilegiados de análise (Kirkpatrick et al., 2005).

Neste capítulo, o nosso objectivo é, precisamente, reflectir sobre a forma como a dinâmica de mudanças no papel do Estado, associada à NGP, tem implicações ao nível dos profissionais e, em particular, ao nível dos profissionais de enfermagem. Mas, antes de iniciarmos a reflexão sobre o potencial impacto da NGP nos profissionais das organizações de serviço público, importa

estabelecer os contornos do conceito de profissão para melhor podermos circunscrever as mudanças que, eventualmente, esse impacto provoca nas concepções e nas práticas das profissões, em geral, e nos profissionais de enfermagem, em particular.

1. O Conceito de Profissão

As primeiras abordagens surgidas sobre as profissões centravam-se sobre a sua caracterização congregando as teorias funcionalistas. Partiam da premissa de que era possível identificar e tipificar um conjunto de características e de modos de organização da profissão ideal e, posteriormente, aferir em que medida as profissões consideradas se aproximavam ou afastavam do modelo construído.

É neste contexto, por exemplo, que surge o conceito de semi-profissão que designa grupos ocupacionais que ainda não adquiriram o estatuto ou os ‘traços’ que permitam atribuir-lhes o epíteto de profissão. Frequentemente, definiam-se como características, ou como traços fundamentais, o conhecimento teórico, a formação superior certificada, a competência dos membros e da organização e a adesão a um código de conduta profissional e a valores altruístas na prestação do serviço (Etzioni, 1969; Parsons, 1972; Wilensky, 1964).

Este paradigma suscita, no entanto, alguns problemas que estão na base das fortes críticas dirigidas aos seus princípios e pressupostos. Desde logo, é difícil reunir consensos relativos à identificação dos traços que definem o que constitui uma profissão, assim como, uma vez identificados, se apresentam também algumas dificuldades na interpretação do seu estatuto social, institucional e científico.

Outras teorias emergem, então, a partir destas críticas, em particular a visão interacionista das profissões. Os interacionistas afastam-se do pressuposto naturalista sobre a concepção de profissão, dominante no paradigma funcionalista, para se centrarem na profissão enquanto processo. Autores, como Everette Hughes (1981), consideram que o mais importante não é a identificação dos atributos, mas a identificação das circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões. Hughes (1981) propõe dois conceitos chave para definir ‘profissão’: licença e mandato. Todas as profissões possuem uma licença, quer esta seja implícita ou explícita, para desempenhar certas actividades em troca de dinheiro, bens e serviços. Se os membros de uma ocupação possuem uma noção de comunidade estruturada em função da partilha de experiências de trabalho comuns, também é possível que reclamem um mandato que defina o que deve ser uma conduta apropriada em relação ao seu trabalho, o que influencia o conteúdo técnico, o estilo de prestação e os tipos de exigências públicas e das respectivas respostas a essas mesmas exigências. Assim, qualquer ocupação pode aspirar a profissão, desde que possua uma licença e um consenso alargado acerca do seu mandato (Hughes, 1981).

Em suma, a ênfase passa a ser colocada no projecto de profissionalização que, para MacDonald (1995), traduz as estratégias definidas pelas ocupações, corporizadas por actores sociais colectivos, para adquirirem as recompensas e estatuto de uma profissão. Ou, como diriam os funcionalistas, o processo através do qual as ocupações procuram adquirir os 'traços' profissionais que lhes permitem tornarem-se uma profissão plena (Wilensky, 1964).

O conceito de profissionalismo passa, então, a constituir-se como objecto de análise para diversos autores (Abbott, 1988; Freidson, 1994; Johnson, 1972; Larson, 1977). Esta alteração no enfoque das teorias sobre as profissões fica a dever-se, igualmente, ao facto das abordagens se terem deslocado do contexto anglo-saxónico e passarem a incluir o contexto europeu (Crompton, 1990; Rueschemeyer, 1983; Torstendahl & Burrage, 1990).

É ao longo da década de 1970 que se assiste aos maiores desenvolvimentos teóricos sobre as profissões, correspondendo também à altura em que começa a surgir um ambiente de crítica crescente aos profissionais enquanto grupo social, como tivemos oportunidade de expor anteriormente. Entre os diversos autores que teorizaram sobre as profissões, assumem particular destaque Freidson, Johnson e Larson, cujas propostas conceptuais se desenvolvem em torno do paradigma do poder (Rodrigues, 2002).

Estes autores começam por realçar, precisamente, o carácter ideológico das abordagens anteriores. Funcionalistas e interaccionistas são acusados de terem desenvolvido uma teoria acrítica (Dingwall, 1983; Halpern & Anspach, 1993) e a-histórica (Johnson, 1972) das profissões, a que falta a comprovação empírica (Abbott, 1988; Rodrigues, 2002). Tais críticas fazem com que estas abordagens se apresentem, aos olhos destes autores, com um carácter fortemente ideológico, contribuindo, através da sua teorização académica, para reforçar o poder dominante das profissões nas sociedades (Freidson, 1971; Johnson, 1972; Larson, 1977; Dingwall, 1983; Halpern & Anspach, 1993; Abbott, 1988; Rodrigues, 2002).

Eliot Freidson é um dos autores que mais se tem dedicado, e durante mais tempo, ao estudo das profissões, desenvolvendo a sua teoria a partir de uma abordagem institucional (Brint, 1993). Parte do pressuposto de que as profissões são, antes de mais, um fenómeno relacionado com a organização do mercado de trabalho. Trata-se de ocupações que têm a capacidade de aí criar uma segurança exclusiva, através de práticas socialmente aceites de monopolização, assegurada pela formação educacional e pelas credenciais exigidas para manter as oportunidades e vantagens económicas conferidas pelo mercado. As características de uma profissão estão, assim, estritamente relacionadas com a ligação entre as tarefas, para as quais existe uma procura de mercado demonstrada e formação providenciada pelo sistema educacional para o seu desempenho, e o acesso privilegiado dos trabalhadores com formação ao mercado para a execução dessas mesmas tarefas (Freidson, 1971, 1977).

A procura da ‘balcanização’ do mercado de trabalho pelas ocupações envolve um complicado processo de negociação. Antes de mais, tem de ser definida uma tarefa particular (no mercado de trabalho) classificada como essencial. Depois, igualmente importante, parece ser a demonstração de que essa tarefa possui características que tornam imprescindível a sua execução apenas por trabalhadores com competências apropriadas. Finalmente, pressupõe, também, alguma negociação com as outras tarefas e competências já existentes. É a partir daqui que as ocupações desenvolvem uma estrutura formal que inclui a formação e as instituições que a credenciam (Freidson, 1986).

O sistema de ensino superior representa, assim, nesta teoria, um elemento essencial, constituindo o primeiro e fundamental apoio institucional na constituição das profissões. É a combinação entre um corpo de conhecimentos formal e as credenciais¹⁴ que lhe estão associadas que permite o acesso exclusivo ao mercado de trabalho profissional. Este forte controlo sobre o mercado de trabalho traduz-se em poder e privilégios para as profissões. Mas, a importância fundamental conferida ao ensino superior não significa que se ignore o papel de outras instituições – como as associações profissionais e o Estado – na definição do sistema de credenciais (Freidson, 1986).

A importância das associações profissionais está directamente relacionada com o processo de acreditação da educação profissional. A base da teoria das ocupações de Freidson (1986) reside, precisamente, na capacidade demonstrada pelas associações profissionais em se tornarem grupos organizados independentes, quer das organizações, quer de outras ocupações com as quais estão relacionadas (Brint, 1993).

O profissionalismo constitui, para Freidson (1971), a “terceira lógica” da organização ocupacional e do trabalho, que se situa em paralelo com o mercado e a burocracia, enquanto tipos-ideais dominantes de regulação e gestão das sociedades industriais modernas. O profissionalismo baseia-se num conjunto de assumpções axiomáticas e princípios que o distinguem das outras duas lógicas. Estas assumpções permitem que a forma de distribuição e de controlo do desempenho dos profissionais dependa do conhecimento especializado, acreditado e legitimado, que confere aos profissionais o monopólio da prestação e avaliação do serviço que prestam (Kirkpatrick et al., 2005).

Freidson detêm-se, igualmente, sobre os poderes e privilégios que decorrem da capacidade de assegurar um dado domínio do mercado de trabalho por parte de uma ocupação. A principal fonte de poder dos profissionais reside no monopólio sobre o conhecimento, uma vez que é este que permite o controlo sobre a realização das tarefas e, assim, a autonomia técnica. Por sua vez,

¹⁴ O autor distingue entre credencialismo ocupacional, correspondente às licenças, graus e diplomas, e institucional que envolve a acreditação das instituições de ensino superior e das instituições profissionais (como os hospitais) como qualificadas para a formação dos profissionais.

esta autonomia permite, por um lado, a avaliação pelos pares e, por outro, o controlo de informação importante no contexto da organização. Outra fonte relaciona-se com o *gatekeeping*, que corresponde ao controlo institucional sobre a aquisição de recursos. O autor identifica ainda a relação interpessoal com o cliente como uma importante fonte de poder (Freidson, 1971).

Subsiste, no entanto, um conjunto de constrangimentos ao exercício deste poder pelos profissionais. Um desses constrangimentos relaciona-se, precisamente, com o poder dos clientes – em situações em que o cliente possui um forte poder os profissionais têm menos oportunidade em fazer prevalecer os seus conselhos ou recomendações. O outro constrangimento, refere-se ao domínio político – o peso da decisão puramente profissional diminui em todas as áreas em que o interesse público e político é elevado. Mas, mais importante do que estas limitações parece ser o facto das organizações profissionais não terem a capacidade de controlar o contexto político e económico em que o conhecimento se torna útil na prática (Freidson, 1973).

Em jeito de síntese, podemos, então, afirmar que a profissionalização é definida por Freidson (1994) como um processo através do qual uma ocupação obtém, simultaneamente, o direito único de realizar um determinado conjunto de tarefas e de controlar a formação e o acesso à profissão, assim como o direito de definir e avaliar a forma como o trabalho é efectuado. A profissão corresponde, pois, para Freidson, a uma construção social organizada em torno da relação entre tarefas, formação avançada e mercados (Brint, 1993).

Em suma, como se viu, a um corpo de conhecimentos específicos e a um ideal de serviço, que constituíam a base das profissões para os funcionalistas, contrapõe Freidson (1986) o controlo sobre o mercado e o conteúdo técnico do trabalho. Johnson (1972) e Larson (1977) preferem antes salientar, respectivamente, a relação das profissões com as elites político-económicas e o Estado e a relação com o mercado e as classes sociais.

Johnson (1972), critica a abordagem funcionalista e a forma como esta concebe o processo de profissionalização, insistindo no seu carácter a-histórico que ignora as variações deste processo no tempo e no espaço. Sustenta a necessidade de analisar o surgimento do profissionalismo em referência aos parâmetros históricos e estruturais da competição, ao monopólio e ao capitalismo de bem-estar social (Witz, 1992). Defende, ainda, que é necessário perceber quais as características que as profissões assumem e, também, as características que foram desenvolvendo para se organizarem e auto-controlarem. Deste modo, as profissões constituem “um tipo particular de controlo ocupacional e não uma expressão da natureza inerente de ocupações particulares” (Johnson, 1972, p. 45).

A análise das profissões é iniciada por Johnson (1972) a partir da divisão social do trabalho. Para este autor, a emergência de saberes ocupacionais especializados origina relações de dependência sócio-económica e, simultaneamente, relações de distância social entre profissionais

com elevados conhecimentos e clientes que os não possuem. Esta distância social cria uma estrutura de incerteza ou indeterminação na relação entre produção e consumo, da qual resulta uma tensão determinada pela potencial exploração dos profissionais sobre os clientes (Rodrigues, 2002). O grau de incerteza é influenciado não só pelo conhecimento, como, também, pela mistificação produzida pelas próprias profissões, com o objectivo de aumentarem o seu controlo, a distância e autonomia sobre as actividades profissionais. A incerteza pode, todavia, ser reduzida, com consequências para as profissões e para os consumidores, redução essa que varia em função do contexto social e das relações de poder geradas (Johnson, 1972).

O profissionalismo é, então, redefinido pelo autor como um tipo particular de controlo ocupacional. Ocorre quando existe controlo de uma ocupação sobre as actividades de trabalho, mas este controlo só emerge se as actividades corresponderem ao preenchimento das funções globais do capital, isto é, às funções de controlo, sobrevivência e reprodução de relações no trabalho.

Uma profissão não traduz, para Johnson, a expressão de um conjunto de características particulares, mas um meio de controlo ocupacional, no qual distingue três tipos: colegial, patrocinato e mediado. No primeiro, o profissional possui as capacidades de definir as necessidades do consumidor e a forma de as resolver. No segundo, ocorre o oposto, quer dizer, é o consumidor que define as suas necessidades e a forma de as resolver. Finalmente, no terceiro, a definição das necessidades e a forma de as resolver assumem diferentes modalidades, uma vez que a relação produção-consumo é mediada por uma terceira parte, que, regra geral, é o Estado (Johnson, 1972).

A contribuição mais importante de Johnson para o estudo das profissões estará, muito provavelmente, ligada ao facto de identificar o poder que os profissionais detêm através da sua contribuição para a manutenção das funções do capital. Este autor, defende que a explicação do domínio de umas ocupações sobre as outras se relaciona directamente com os laços que as unem à classe dominante (Johnson, 1972). Como argumenta Maria de Lurdes Rodrigues a este propósito:

Com a contribuição de Johnson pode dizer-se que se inicia uma nova fase marcada pela preocupação de alargamento do campo de observação, isto é, passar da visão internalista das profissões para o estudo em simultâneo das interacções estabelecidas com o exterior, a estrutura de classes da sociedade envolvente e, sobretudo, o Estado (Rodrigues, 2002, p. 50).

É nesta mesma linha que se desenvolvem as análises de Larson (1977) sobre as profissões. Para esta autora, as profissões só podem ser entendidas em função da sua ligação ao sistema de classes da sociedade capitalista, interpretando o processo de profissionalização como um projecto de mobilidade colectiva, através do qual os grupos ocupacionais procuram conseguir regalias económicas e, sobretudo, adquirir um determinado estatuto e prestígio social. O principal

argumento da autora é o de que o surgimento do profissionalismo corresponde a uma fase de racionalização do capitalismo (Witz, 1992).

Um pouco na esteira de Freidson, Larson considera que as profissões são um elemento de delimitação do mercado de trabalho. O principal factor que caracteriza uma profissão é a sua capacidade de fechamento e monopólio sobre o mercado de serviços profissionais, que resulta do controlo do acesso à profissão (controlo do sistema de ensino) e da protecção do mercado (sistema de licenças) (Larson, 1977). Tal como Freidson (1986), o seu foco de análise centra-se tanto no conhecimento como no poder. Como sublinha a autora:

Encaro a profissionalização como um processo através do qual os produtores de serviços sociais procuram constituir e controlar um mercado para a sua especialidade (...) A profissionalização é, então, uma tentativa de traduzir uma ordem de recursos escassos – conhecimento especializado e competências – noutra – recompensas sociais e económicas (Larson, 1977, p. xvi, xvii).

Neste quadro, o Estado assume um papel fundamental, não só porque a sua atitude, através da educação e da criação de monopólios de competência, é crucial para o sucesso do projecto profissional, mas, também, porque apoia e patrocina a existência de penalizações contra as práticas sem licença fora do controlo profissional.

O controlo do mercado, que caracteriza a profissionalização, só é possível se se verificar a escassez, que conduz à necessidade de fechamento e monopólio e que gera e justifica as vantagens materiais e simbólicas ligadas à monopolização de um determinado segmento de mercado, beneficiando uma certa mão-de-obra (Larson, 1977). Esta ideologia da profissionalização corresponde à ideologia capitalista e legitima as desigualdades de estatuto e de fechamento no acesso à ordem ocupacional. Contudo, o Estado apoia os projectos profissionais no pressuposto da sua competência superior e não no pressuposto da sua associação com uma determinada elite.

É, precisamente, sob influência destas teorias que surge, posteriormente, o conceito de fechamento social (*social closure*) (Murphy, 1988; Parkin, 1979) para significar o processo através do qual as associações colectivas procuram maximizar os ganhos, estabelecendo restrições no acesso aos recursos e maximizando as oportunidades para grupos circunscritos de eleitos ou de elegíveis. Nesta perspectiva, os profissionais são interpretados como grupos de interesse que procuram obter o controlo ocupacional interno através de uma estratégia activa de exclusão (Witz, 1992).

Apesar das diferenças fundamentais entre estas teorias da profissionalização, subsistem algumas características que lhes são comuns. Todas partem de uma posição crítica em relação às teorias funcionalistas, argumentando que estas não fazem mais do que apenas reproduzir a ideologia dominante acerca das profissões e, também, todas realçam a importância do

conhecimento e da relação com o Estado. Como afirmam Rolf Torstendahl e Mike Burrage (1990), o sistema de conhecimento desempenha um papel fundamental em qualquer definição de profissão. A este propósito Maria de Lurdes Rodrigues sublinha ainda que:

(...) se o conhecimento é o elemento essencial na construção do poder profissional, em muitas abordagens a articulação com projectos políticos que utilizam esse mesmo conhecimento para a definição de problemas e para a sua solução é um elemento imprescindível para a sua ampliação ou manutenção (Rodrigues, 2002, p. 122).

As análises teóricas de autores como Larson e Johnson, que enquadram o estudo das profissões no contexto de análise das relações sociais, económicas e políticas do capitalismo, fazem-nos ter presente que a profissionalização não corresponde apenas a um processo de fechamento social, mas está também ligada a sistemas estruturais e históricos mais vastos (Witz, 1992).

Com efeito, estes projectos de profissionalização estão em constante fluxo e transição. É, precisamente, a partir desta premissa que emergem os desenvolvimentos teóricos mais recentes em relação às profissões. Destes, o mais inovador será, muito possivelmente, atribuível a Andrew Abbott (1988), que introduz uma abordagem sistémica e dinâmica no estudo das profissões e que constitui um marco na revitalização da sociologia das profissões (Halpern & Anspach, 1993).

Abbott parte do princípio que as profissões não existem isoladamente, mas estão organizadas num sistema de interdependência que caracteriza a relação entre os grupos ocupacionais. Assim, o estudo das profissões deve-se centrar no que o autor designa por jurisdição, isto é, nas áreas de actividade sobre as quais as diferentes ocupações possuem o direito de controlar a prestação de serviço.

No seu livro, “The System of Professions” (1988), o autor começa por edificar um modelo que procura representar o processo de estabelecimento efectivo e de manutenção de áreas jurisdicionais pelas ocupações, para, em seguida, procurar analisar as fontes de mudança do sistema. No surgimento e sustentação de uma área jurisdicional é necessário ter em atenção, antes de mais, a natureza do trabalho profissional.

A natureza do trabalho profissional decorre da capacidade de resolução de problemas e é constituída por três actos distintos que corporizam a prática profissional: o diagnóstico, o tratamento e a inferência. A actividade profissional é objectivada na resolução dos mais diversos problemas. Neste processo, diagnóstico e tratamento não são mais do que a expressão da gestão de informação, tendo por base sistemas de classificação de problemas. Estes, se, por um lado, ajudam a clarificar e simplificar o processo de trabalho profissional, por outro, tornam-no mais compreensível para quem é *outsider*, podendo facilitar a degradação da jurisdição. Neste sentido, a inferência ganha uma importância particular, correspondendo a um acto puramente profissional

que, com base na informação retirada do diagnóstico, indica um conjunto de possíveis tratamentos com resultados previsíveis (Abbott, 1988).

A vulnerabilidade da jurisdição não está, contudo, na inferência propriamente dita, mas no grau ou peso das rotinas face à conexão entre diagnóstico e tratamento. Esta conexão é afectada pela emergência de grandes clientes, pela transferência do trabalho profissional para grandes organizações, mas, sobretudo, pelo desenvolvimento do conhecimento académico. A legitimação do trabalho dos profissionais é conseguida através do conhecimento académico, baseado na consistência lógica e na racionalidade (Abbott, 1988).

O conhecimento académico e abstracto é, para o autor, universalmente importante para todas as profissões, uma vez que cumpre três objectivos distintos – legitimação, investigação e instrução. Cada um destes objectivos desempenha um determinado papel na vulnerabilidade da jurisdição. A legitimidade constitui uma fundação central da jurisdição, e a sua ausência fornece o motivo central de contestação aos profissionais. Por outro lado, se o conhecimento científico falha na tentativa de criar novos diagnósticos, tratamentos e inferências, a jurisdição profissional torna-se cada vez mais fraca. A incapacidade de uma profissão de se auto-formar traduz-se, assim, numa condição de subordinação em relação à profissão dominante.

É por referência a estes elementos – diagnóstico, inferência, tratamento e conhecimento académico – que Abbott (1988) define o quadro cultural da jurisdição. No entanto, não basta apenas deter o conhecimento científico. É necessário, igualmente, que se verifique o reconhecimento social da estrutura cognitiva para que seja atingida a fixação da jurisdição. Ao reclamar a jurisdição, uma profissão está a exigir à sociedade que lhe reconheça a sua estrutura cognitiva, através de direitos exclusivos. A jurisdição pressupõe, assim, não só a existência de uma cultura profissional, mas, também, de uma estrutura social de reconhecimento que a suporte. O tipo de exigências efectuadas depende dos desejos da profissão e da sua própria organização social.

A jurisdição pode ser reivindicada (*audiences*) pelas diferentes ocupações em três distintas arenas: o sistema legal (que permite o controlo formal do trabalho), a opinião pública (onde se constroem imagens que pressionam o sistema legal) e o próprio local de trabalho. Deste modo, é no local de trabalho que a complexidade das profissões se demonstra, uma vez que é aí que as fronteiras inter-profissionais se definem. A estruturação do trabalho entre as diferentes profissões é intersectada pela lógica da organização. A divisão social do trabalho, que decorre desta lógica, formaliza-se através da descrição formal do posto de trabalho, que reconhece as fronteiras profissionais, mas estas traduzem apenas uma ideia vaga da realidade. Os profissionais, em contexto organizacional, têm, muitas vezes, de desempenhar tarefas extra-profissionais e ceder a outros grupos muitas das tarefas que caracterizam a sua profissão.

Tal como Strauss e os seus colegas salientaram (Strauss, 1988; Strauss et al., 1985), anteriormente, ao classificar os hospitais como ordens negociadas, também para Abbott, a divisão social do trabalho deve ser apresentada como o resultado de negociações. Assim sendo, a divisão do trabalho enquadra situações específicas definidas por regras de jurisdição que subsistem, apenas, durante um curto espaço de tempo, visto serem extremamente vulneráveis às perturbações organizacionais. São constantemente renegociadas e, por conseguinte, as fronteiras entre jurisdições profissionais também mudam constantemente.

Nesta óptica, em resultado da diversidade existente no interior das profissões e do aumento da quantidade de trabalho profissional, muitas tarefas (pertencentes à jurisdição profissional) são realizadas por subordinados e não profissionais, isto é, por actores que não estão institucionalmente certificados para o fazer. A estes actores é conferida a possibilidade de aprender na organização uma versão dos sistemas de conhecimento profissional, de onde resulta uma forma de transferência de conhecimento que Abbott (1988) designa por assimilação no local de trabalho. Apesar de não possuírem a formação teórica que justifique a pertença à profissão, os subordinados adquirem muito do conhecimento relativo ao diagnóstico, tratamento e inferência.

Tendo em atenção este contexto, as profissões desenvolvem diversos métodos para procurar manter as fronteiras profissionais, maioritariamente no campo simbólico, e que incluem: monopólios disfuncionais (por exemplo, a prescrição médica), distinções na linguagem e no vestuário¹⁵ (notórias, por exemplo, entre médicos e enfermeiros), a manutenção de distinções educacionais artificiais (como o ensino de ciências básicas na enfermagem).

Embora o objectivo deste confronto entre profissões seja o estabelecimento de uma nova e completa jurisdição, tal nem sempre se verifica. No caminho para a jurisdição total surgem outras possibilidades. A mais conhecida é a subordinação, que resulta, muitas vezes, de tentativas falhadas de conseguir a jurisdição completa. A criação da subordinação permite a delegação de trabalho rotineiro, mas, por outro lado, também acarreta desvantagens: potencia a assimilação, pode vir a subverter a jurisdição e torna os subordinados absolutamente necessários no sucesso das práticas desenvolvidas pelos grupos dominantes. A manutenção da subordinação implica potenciar a autoridade simbólica e desenvolver actos de exclusão (não se transmite conhecimento) e de coerção (obedecer a ordens).

Na determinação negociada da jurisdição, Abbott (1988) identifica dois factores que produzem algum impacto no tipo de jurisdição que emerge deste processo: os clientes e a estrutura

¹⁵ Katherine Williams (1978) dá um excelente exemplo da diferente utilização de símbolos por parte das profissões quando se refere à “carreira do termómetro”. De facto, a utilização deste instrumento parece atestar as diferentes tarefas desempenhadas por médicos e enfermeiros. Assim, no Séc. XIX quando a febre era um importante sintoma de doença, o seu uso estava limitado aos médicos. À medida que vão surgindo meios de diagnóstico mais sofisticados, a leitura da temperatura torna-se uma tarefa muito menos importante e o termómetro passa a poder ser utilizado pelos enfermeiros.

profissional interna. A importância dos clientes está directamente relacionada com a sua diferenciação e com a possibilidade de provocarem o aumento da especialização profissional. A organização social das profissões é analisada, pelo autor, com base em três aspectos essenciais: os grupos, o controlo e os locais de trabalho.

Num segundo nível, Abbott (1988), procura analisar de que forma a jurisdição alcançada pode ser alterada, identificando fontes de mudança no interior – estatuto intra-profissional, diferenciação por clientes, situações de trabalho dos profissionais e padrões de carreira – e exterior da profissão.

A inovação da teoria de Abbott, em relação às anteriores, reside na sua tentativa em procurar estabelecer um balanço significativo entre actores e sistema (MacDonald, 1995). Porém, apesar das suas características inovadoras, a teoria de Abbott (1988) não está isenta de críticas.

Keith MacDonald (1995) enumera cinco aspectos que a parecem fragilizar. O primeiro, refere-se ao que a autora considera ser a exagerada ênfase da teoria na profissionalização. O segundo, diz respeito ao facto da classificação formal da profissionalização se basear num conjunto de propriedades pré-determinadas e fixas. Outros dois aspectos referem-se a questões mais pertinentes, como a ausência de um modelo de poder e a premissa de que as profissões constituem um sistema. MacDonald, contesta a aplicação da noção de sistema às profissões, e isso porque, por um lado, estão a competir num mercado em que podem ou não colidir umas com as outras e, por outro, têm de competir, colaborar ou mesmo entrar em conflito com não-profissionais (clientes e o Estado) nesse mesmo mercado. A noção de sistema está também associada à ideia de estrutura e função que Abbott critica no início do seu trabalho. Finalmente, a última crítica de MacDonald (1995) incide sobre o facto de que a noção de sistema não permite a explicação sociológica dos significados e motivos dos actores.

Di Maggio (1989) critica também a teoria de Abbott pela sua incapacidade em permitir conhecer a forma como as profissões atingem a racionalidade colectiva, e por não se afastar completamente das teorias que põe em causa. Johnson (1989), realça a forma como a ênfase exagerada na competitividade, como a única dinâmica que faz mover o sistema, enfraquece esta teoria.

Mais recentemente, surgiu uma nova abordagem no estudo das profissões que acrescenta uma variável esquecida às questões em discussão. Vários autores criticam as teorias anteriores pela sua incapacidade em incorporar a problemática do género, argumentando que tanto as abordagens tradicionais como as mais críticas reproduzem, ao nível da conceptualização e teorização das profissões, a construção masculina da auto-imagem de género (Abbott & Wallace, 1998; Davies, 1995a; MacDonald, 1995; Witz, 1992).

Anne Witz (1992) busca precisamente, com a sua teoria da profissionalização, estabelecer a relação, esquecida até então, entre profissionalismo e paternalismo¹⁶. A autora parte do conceito de fechamento social, desenvolvido por Parkin (1979) e Murphy (1988), e distingue entre estratégias de fechamento ou de exclusão e de demarcação ou de limitação. A estratégia de exclusão resulta da tentativa da procura do controlo intra-ocupacional sobre as questões internas e o acesso aos níveis de ocupação de determinados grupos. A estratégia da demarcação procura o controlo inter-ocupacional sobre os conteúdos das ocupações adjacentes à divisão do trabalho e, essencialmente, está ligada à criação e ao controlo das fronteiras ocupacionais.

As estratégias de exclusão envolvem um exercício descendente de poder, através de um processo de subordinação de outro grupo social, exercício esse que assegura a manutenção ou o aumento, para o grupo dominante, dos privilégios de acesso às recompensas e oportunidades de desenvolvimento. Anne Witz (1992) assegura que são estas estratégias que promovem a exclusão com base no género, e que garantem, ao mesmo tempo, o acesso privilegiado dos homens às recompensas e oportunidades no mercado de trabalho. Através da restrição do acesso a recursos, tais como, por exemplo, competências gerais, conhecimento, credenciais e competências técnicas, busca-se transformar as mulheres numa classe de “inelegíveis” impedindo-as de entrar e praticar uma dada ocupação.

Por sua vez, as estratégias de demarcação são desenvolvidas no sentido de circunscrever as mulheres a uma esfera de competências na divisão ocupacional do trabalho e, em complemento, promover a sua possível (e provável) subordinação às ocupações dominadas pelos homens. A autora defende que as estratégias de demarcação são fortemente mediadas por relações de poder patriarcais (Witz, 1992).

As estratégias de exclusão e demarcação podem, no entanto, estar sujeitas a contra-estratégias. As diferentes respostas dadas pelos grupos a elas sujeitos são identificadas pela autora como a inclusão e o duplo fechamento. A inclusão, traduz um exercício de poder por parte dos grupos excluídos, através do qual procuram incluir-se na estrutura de posições de que foram excluídos. O duplo fechamento, traduz uma estratégia mais complexa de resistência à demarcação, a qual implica, em simultâneo, uma resistência por parte dos grupos subordinados ao domínio dos outros grupos, bem como uma tentativa em consolidar a sua posição na divisão do trabalho, desenvolvendo, eles próprios, estratégias de exclusão em relação a estes últimos.

¹⁶ Existe uma forte controvérsia na literatura sobre o conceito de *patriarchy* (patriarcalismo ou paternalismo), particularmente no que se refere ao seu significado e à sua utilidade na explicação da opressão das mulheres nas sociedades modernas. Ao longo deste trabalho, adoptamos a concepção de Witz (1992) para quem o *paternalismo* “(...) descreve relações de poder entre homens e mulheres, nas quais os homens são dominantes e as mulheres subordinadas, isto é, refere-se a um sistema societal geral de domínio dos homens” (Witz, 1992, p.13).

A questão do género é particularmente pertinente para a análise das profissões de cuidar na saúde, de que a enfermagem constitui o caso mais emblemático, como teremos oportunidade de desenvolver mais à frente.

1.1 Profissionais e Organizações: Que Relação?

Os pressupostos de que os diferentes investigadores partem na análise das profissões são distintos, tal como também são distintas as conclusões a que chegam. Subsiste, contudo, uma preocupação que parece perpassar por este campo de investigação e que se materializa na discussão sobre o poder das profissões nas sociedades contemporâneas.

Parte da discussão, surgida nos anos 1960 e 1970, foi dominada pela questão do papel e do poder dos profissionais no contexto das mudanças ocorridas nas sociedades desenvolvidas. Emergem, no essencial, duas posições, por vezes extremadas, em relação a este tema, que resultam de divergências na análise da própria evolução das sociedades e da posição das profissões nesse contexto.

Para os pós-industrialistas, o principal factor que caracteriza as sociedades contemporâneas é o facto de o progresso económico se ter passado a basear no desenvolvimento de uma economia produtora de serviços e no domínio do conhecimento e das tecnologias, o que induz o aumento do peso e da importância dos grupos profissionais (Bell, 1973; Goldthorpe, 1982; Touraine, 1970). Seria, assim, possível observar-se um aumento do poder dos profissionais, quer através do domínio da ciência e do saber profissional, quer através do domínio sobre a divisão social do trabalho (Freidson, 1994; Galbraith, 1973).

Outros investigadores, no entanto, contrariam esta tese e sustentam que as alterações na sociedade se traduzem por uma perda de autonomia, poder e autoridade dos profissionais, perda essa que conduz à sua desprofissionalização e proletarização (Haug, 1973; Oppenheimer, 1973). Estas teses assumem, de igual forma, a desvalorização dos profissionais nas sociedades actuais, mas diferem na análise das suas causas. Enquanto a tese da desprofissionalização salienta os efeitos simultâneos de processos internos de especialização, e do aumento do número de consumidores menos passivos e com maiores capacidades de reivindicação, a tese da proletarização procura relacionar este fenómeno com os esforços administrativos e burocráticos para melhorar o controlo sobre o processo produtivo.

A tese da desprofissionalização emerge em oposição à ideia dominante de profissionalização, isto é, baseia-se na contestação da hipótese de que é possível conceber a existência de um projecto único de profissão que dá origem a um crescente aumento de poder dos profissionais. Os defensores desta tese argumentam que as profissões estão a perder poder devido ao aumento da competição entre as profissões, à difusão do conhecimento profissional

especializado e ao surgimento de um público crescentemente mais informado e céptico. Os mecanismos de desqualificação identificados situam-se tanto ao nível interno como ao nível externo. No primeiro nível, é evidenciado o aumento das especializações, da codificação e da standardização dos procedimentos. No segundo, são identificados factores que envolvem a erosão do monopólio do saber (valorização da experiência face ao saber) e a desconfiança no ‘ethos’ humanitário dos profissionais (Haug, 1973).

Vários autores criticam esta abordagem, sustentando que os únicos efeitos nos profissionais são a crescente estratificação e hierarquização interna (Chauvenet, 1988), por um lado e, por outro, o desenvolvimento, por estes, de estratégias relacionadas com a crescente procura de cientificidade, tendo em vista a afirmação do monopólio da profissão e a sua protecção da desvalorização social (Bourdieu, 1989). Outras críticas insistem, também, na falta de sustentação das teses da desprofissionalização, devido ao facto de ignorarem a acção dos factores económicos e organizacionais (Freidson, 1994) e de não apresentarem comprovações empíricas (Rodrigues, 2002).

A tese da proletarização assume uma interpretação distinta para a perda do domínio dos profissionais na sociedade. Os teóricos da proletarização argumentam que as profissões, ao tornarem-se assalariadas e sujeitas ao controlo burocrático, estão a aproximar-se dos operários por duas vias distintas: a via técnica – perda de controlo sobre o processo e o produto do trabalho, – e a via ideológica – expropriação de valores a partir da perda de controlo sobre o produto do trabalho e da relação com a comunidade (Oppenheimer, 1973).

Oppenheimer (1973) argumenta que a proletarização dos grupos profissionais ocorre em função da existência de uma extensiva divisão social do trabalho, que confina ao profissional apenas um pequeno número de tarefas na globalidade dos processos em causa. Por outro lado, as características do posto de trabalho, a natureza do produto e as condições de trabalho passam a ser determinadas por autoridades exteriores ao grupo profissional. Por fim, o autor defende, ainda, que a aproximação ao tipo ideal de operário decorre do facto da principal fonte de rendimento dos profissionais passar a ser constituída por um salário, que é determinado, em grande parte, pelas condições de mercado e pelos processos económicos, incluindo a negociação.

Esta tese acaba, por sua vez, por ser igualmente objecto de fortes críticas. Charles Derber, por exemplo, sustenta que os profissionais possuem um recurso económico – o conhecimento – que impede a sua transformação numa nova classe de trabalhadores assalariados sem autonomia e sem poder (Derber, 1982). Boreham (1983), chama a atenção para o papel mediador das estruturas de poder e do contexto social que condicionam o sucesso dos projectos de legitimação das elites profissionais. Freidson (1994), curiosamente, critica também a tese de proletarização, insistindo nos argumentos de que se mantêm intactas as instituições básicas utilizadas pelos profissionais para

manter o controlo sobre a formação, de que a natureza do poder profissional não é afectada e de que a integração dos profissionais em organizações apresenta quadros distintos e complexos, não sendo, possível, assim, analisá-los de forma linear. O autor procura, no fundo, defender o poder dos profissionais, contra a tese da sua despromoção e da sua irrelevância enquanto organização social (Larson, 1977; Johnson, 1972).

Steven Brint (1993) argumenta, no entanto, que as posições de Freidson o aproximam mais das teses do declínio do que das teses do domínio profissional. Em relação à diminuição do poder profissional, Freidson (1986) reconhece o aumento do controlo de gestão e burocrático sobre o trabalho profissional, tal como sublinha, por outro lado, um aumento da estratificação profissional e da formalização de papéis diferenciados no interior de uma profissão, o que se traduz, também, no aumento das tensões entre grupos de práticos com diferentes níveis de poder. No entanto, Freidson defende as profissões em torno de três aspectos: encara o princípio ocupacional como um entrave ao poder administrativo; reconhece nas profissões um empenhamento com o trabalho que é antítese da alienação; argumenta que as profissões representam um tipo limitado de protecção contra a incompetência. Brint conclui que esta dualidade reflecte um paradoxo na teoria de Freidson:

Quando perspectivadas como áreas de protecção do mercado, as profissões parecem relativamente poderosas, com esferas de controlo definidas e específicas na vida organizacional e pública. Mas quando são perspectivadas, de uma forma igualmente válida – como uma categoria de estatuto, por exemplo, ou como produtores de inteligência formada e ligada a um vasto conjunto de organizações e mercados, as profissões podem facilmente surgir como fracas ou segmentadas ou ambas em simultâneo (Brint, 1993, p. 274).

Para MacDonald (1995), as hipóteses da proletarização e da desprofissionalização são interpretadas como parte das oscilações na jurisdição profissional, tal como Abbott (1988) as descreveu. Na realidade, três décadas passadas, não se verificam ameaças sérias e fatais à posição das profissões nas sociedades actuais, que parecem ter conseguido adaptar-se às mudanças tecnológicas e sociais sem perder grande parte dos privilégios possuídos. Todavia, como MacDonald (1995) faz questão de salientar, o maior desafio à posição social das profissões, na actualidade, é o próprio Estado, devido ao aumento da regulação e da competição de mercado.

Na lógica deste quadro de análise, o poder profissional pode ser perspectivado tendo por base a sua relação com a sociedade e o Estado, mas, também, por referência às organizações em que se inserem os profissionais e ao poder de outros actores organizacionais, em particular os gestores.

A relação entre profissionais, organizações burocráticas e gestores, no sector público, é um tema controverso e caro às ciências sociais. De entre estas, não existem dúvidas de que a sociologia é a que mais tem contribuído para a sua análise crítica (Kirkpatrick et al., 2005).

As profissões e a burocracia sempre foram consideradas antagónicas, tanto ao nível dos princípios estruturais da organização, como ao nível da motivação e do empenhamento dos profissionais. Tradicionalmente, as organizações burocráticas eram entendidas como locais de práticas de trabalho e, por isso, estruturadas com base numa hierarquia de ofícios e em formas diversas de autoridade racional-legal (Weber, 1999). Esta estruturação envolve mecanismos de coordenação hierárquica e o seguimento de regras de rotina. As profissões, por sua vez, eram socialmente consideradas como uma associação de pessoas detentoras de um corpo específico de conhecimentos especializados e que operavam num contexto que as afastava da simples prossecução de interesses económicos. Esta visão, simplista e dual, sustenta o desenvolvimento de diversas teses baseadas no conflito (Etzioni, 1969; Kornhauser, 1962; Litwak, 1961; Scott, 1969).

A forma como profissionais e organizações se tornaram intrinsecamente relacionados é, segundo Torstendahl e Burrage (1990), uma consequência da sua ligação ao conhecimento, uma vez que, a partir do Séc. XIX, os problemas técnicos em que os sistemas de conhecimento se baseiam passam a ser definidos pelas organizações.

O conflito entre profissionais e organizações burocráticas pode ser identificado em três pontos essenciais. O controlo constitui um dos principais pontos de discórdia. Enquanto, ao nível das organizações, o controlo é exercido através da estrutura hierárquica, no trabalho profissional é exercido através dos pares, o que se traduz em conflitos entre a hegemonia da organização e a autonomia dos profissionais. Quanto aos incentivos, outro potencial catalisador de conflito, as organizações exigem lealdade e recompensam com o aumento do estatuto na organização, tal podendo resultar num diferencial entre o tipo de motivações e os incentivos esperados e efectivos atribuídos aos profissionais. Finalmente, a influência é uma última fonte de conflito potencial e refere-se à forma como a autoridade organizacional é exercida: legitimada por mandato administrativo na organização e/ou legitimada pela competência técnica baseada na formação profissional e técnica. A subordinação dos profissionais à autoridade executiva poderá, assim, traduzir-se em conflitos (Kirkpatrick et al., 2005).

Os conflitos entre profissionais e organizações podem ser, por isso, também detectáveis na relação que se estabelece entre profissionais e gestores. Exworthy e Halford (1999), salientam o facto da literatura académica reproduzir, muitas vezes, o pensamento popular, apresentando gestores e profissionais de forma antagónica. Assim, enquanto os primeiros estão empenhados em gerir a burocracia, que pressupõe, como principal função, estabelecer e aplicar regras, função essa legitimada pelo poder e autoridade da posição na hierarquia e pelo conhecimento sobre as políticas

e práticas da organização; os segundos, estão mais empenhados em fornecer serviços especializados e conselhos e a sua autoridade e poder advém do conhecimento profissional que possuem, e que se estende para além de um dado contexto organizacional específico. Estas diferenças nos papéis e funções dos dois grupos traduzem-se, também, em diferenças de valores dominantes e de formas de agir. Os gestores são, nesta perspectiva, vistos como conformistas, essencialmente motivados para a carreira e preocupados com o seu próprio interesse, enquanto os profissionais, em oposição, são tidos como criativos, altruístas e têm como base de orientação do seu comportamento o empenhamento ético com o conhecimento.

Raelin (1985) sustenta, igualmente, que os profissionais possuem uma cultura específica, que provoca dificuldades na sua adaptação ao contexto organizacional e que se apresenta como um factor de resistência ao controlo de gestão. São cinco os factores críticos identificados por Raelin (1985) nesse processo de adaptação: autonomia sobre os meios e os fins, sobre-especialização das competências técnicas, ênfase exagerada nos padrões de avaliação profissional, falta de interesse nas práticas do mundo real e menosprezo pelos procedimentos organizacionais.

Estas análises sugerem, no entanto, uma imagem monolítica dos dois grupos de profissionais e não-profissionais. Com base numa tradição funcionalista, assume-se a existência de um único modo de funcionamento das organizações burocráticas e dos profissionais (Davies, 1983). Reconhecendo este ponto fraco nas abordagens anteriores, as teorias mais recentes, ao incorporarem visões mais alargadas sobre o desenvolvimento dos dois grupos, defendem, em alternativa, a inexistência de conflito (Crompton, 1990; Davies, 1983; Exworthy & Halford, 1999; Freidson, 1994). Os argumentos avançados para esta defesa são diversos e podem ser sintetizados no seguinte: as organizações estão impregnadas de profissionalismo, a própria evolução dos profissionais conduz à integração das orientações e valores organizacionais e os profissionais obtêm mais poder, autonomia e rendimento no interior das organizações do que fora delas (Davies, 1983; Exworthy & Halford, 1999).

Benson (1973) identifica três factores que “desmontam” também a tese do conflito: os dados empíricos mostram a coexistência da profissionalização e burocratização; em vez de alternativas, a profissionalização e a burocratização demonstram ser complementares; ocorreram com sucesso várias ‘acomodações’ das incompatibilidades e alguns grupos combinam os papéis profissionais e burocráticos com aparente facilidade e satisfação (Benson, 1973).

Freidson (1994) considera, igualmente, que este conflito é mais aparente do que real, porque muitas vezes os gestores são (ou foram) profissionais, o que se pode traduzir numa continuação do princípio do controlo profissional. Na realidade, o autor salienta que as profissões são, elas próprias, estratificadas, com os lugares de supervisão situados no topo da carreira. Mas, argumenta, ainda, que o grupo dos gestores profissionais também pode, ele próprio, estar

estratificado internamente, dado, por exemplo, existirem papéis híbridos em que o exercício das responsabilidades formais de gestão decorre de um contínuo envolvimento com a prática profissional, e mesmo as posições profissionais não consideradas como posições de gestão podem conter papéis e actividades nesta área, tal como acontece com a supervisão.

Com o objectivo de superar a dicotomia profissional-gestor, Causer e Exworthy (1999) propõem uma tipologia mais complexa, que tenta reflectir e circunscrever diferentes hipóteses de combinação dos dois grupos, susceptíveis de estarem contidas no relacionamento entre as actividades profissionais e as actividades de gestão. Os autores admitem que nas organizações com elevado número de profissionais podem ser observados três tipos distintos de papéis: o prático, o gestor profissional e o gestor geral. O prático, corresponde aos profissionais cuja única função é, primeiramente, envolverem-se no exercício das actividades profissionais. Mas, de entre estes, Causer e Exworthy (1999) distinguem os que não se envolvem em actividades de supervisão ou de distribuição de recursos, que designam por prático puro, e os que se envolvem neste tipo de actividades, que designam por prático *quase-managerial*. O “gestor profissional” é o termo utilizado para designar os profissionais cuja principal responsabilidade é a gestão do trabalho diário de outros profissionais e dos recursos utilizados no trabalho. Neste caso, também existe alguma diferenciação em função da continuação ou não da participação destes actores nas actividades práticas diárias, de onde resultam as categorias de gestor profissional prático e gestor profissional não-prático. Finalmente, são identificados os gestores gerais, que detêm a responsabilidade pela gestão das actividades dos profissionais, mas que não se ocupam da gestão prática do dia-a-dia. Estes podem ainda ser distinguidos pela característica de deterem ou não um *background* de prática na profissão, ou seja, é possível distinguir os gestores gerais com base profissional dos gestores gerais com base não profissional.

Este conjunto de questões, que incidem, como vimos, sobre a definição de profissionalismo e sobre a tensão entre os imperativos da gestão e a autonomia profissional, é particularmente interpelado pela ascensão da NGP na arena das instituições do sector público, problemática que procuramos analisar no ponto seguinte deste capítulo.

2 Profissionais e Nova Gestão Pública

Propomo-nos agora reflectir sobre a possibilidade da retórica, dos modelos, dos processos e das medidas contidas na ideologia e nas teorizações da NGP poderem interferir na profissionalização das ocupações ligadas aos serviços públicos.

Como temos vindo a sublinhar, um dos principais objectivos da NGP foi, precisamente, o de aumentar o controlo político e de gestão sobre os profissionais do sector público. A forma como

se procura concretizar este propósito decorre não só das diversas propostas edificadas ao nível do sistema, mas, principalmente, ao nível institucional.

2.1 Os Profissionais, a Orientação para o Mercado e a Descentralização

Um dos factores essenciais da NGP é a orientação para o mercado, consubstanciada no aumento exponencial da contratualização e na implementação da descentralização. O principal intuito desta descentralização está directamente relacionado com as tentativas de alterar as formas de organização das instituições públicas – substituição de modelos burocráticos por modelos de gestão – e com o propósito de diminuir os custos e de garantir o controlo financeiro das suas actividades. A contratualização resulta da adopção de mecanismos, de modalidades de relação e do desenvolvimento de atitudes de mercado que envolvem uma determinada representação das interações entre instituições e entre estas e os profissionais, essencialmente baseada na instalação de processos de individualização dos vínculos que são estabelecidos (du Gay, 1996).

Uma das principais consequências da descentralização manifesta-se na alteração das estruturas burocráticas, que pode significar, segundo Exworthy & Halford (1999), uma ameaça à autonomia dos profissionais. Na realidade, a descentralização, com base na supressão de níveis organizacionais, coloca os gestores e os profissionais num contacto mais estreito, supostamente eliminando, pelo menos em teoria, a “zona de segurança” causada pela distância hierárquica definida pelas organizações burocráticas.

Promover o controlo financeiro, sob diferentes formas, constitui também um dos objectivos desta descentralização. A primeira, e mais evidente forma de controlo, processa-se através das restrições orçamentais (Tonge & Horton, 1996); a segunda, igualmente importante, consiste na alteração da alocação e das modalidades de gestão dos recursos pelos profissionais. Para Hood (1995, p. 96), um dos objectivos destas alterações tem sido o de promover uma “maior disciplina e sobriedade na utilização de recursos”. Tal pressupõe mudanças na tomada de decisão dos profissionais, sob a expectativa de que atribuam um maior peso às questões relacionadas com a eficiência e com o controlo de custos. As prioridades passam a ser os custos e o desempenho, em vez da equidade e do impacto social, como acontecia no passado (Colling, 2001, p.604).

Este aumento do controlo financeiro induz mudanças mais profundas do que aquelas que estão ligadas à simples diminuição da autonomia dos profissionais, uma vez que as suas decisões passam a estar constringidas por restrições económicas, estendendo-se, também, aos valores de referência que a sua orientação e envolvimento nas práticas emolduram. Neste sentido, a introdução de instrumentos de controlo de gestão, tais como sistemas de informação mais desenvolvidos (Ferlie et al., 1996), ou novos sistemas de contabilidade pública (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1991, 1995), cumprem um duplo propósito. Se, por um lado, permitem a

descentralização e agilização da gestão, por outro, permitem desagregar os custos por forma a que os profissionais deles tenham maior consciência e, por conseguinte, alterem as suas práticas de modo a que estas reflectam as implicações financeiras do seu trabalho (Kirkpatrick et al., 2005).

A criação deste ambiente de constrangimento à autonomia dos profissionais é acompanhado pela introdução de alterações no que respeita à avaliação do seu desempenho, com a lógica deste sistema a confrontar-se com a lógica dominante nas organizações burocráticas. No novo sistema, os profissionais passam, eles próprios, a serem explicitamente objecto de avaliação, centrada na capacidade que demonstrem na concretização dos objectivos previamente definidos pela gestão. Significa isto, que a avaliação, baseada no desempenho, envolve uma relação ‘contratual’ entre os profissionais e as organizações (du Gay & Salaman, 1996), relação essa que se afasta da relação de confiança tradicionalmente existente entre as duas partes no regime burocrático de regulação e controlo do trabalho profissional, em particular no regime burocrático-colegial.

Este sistema de regulação e controlo deixa de ser exercido pelos pares e é integrado num sistema de gestão que determina os objectivos ao nível estratégico, e que, depois, os tenta fazer cumprir, em cascata, até ao nível operacional (Hood, 1991, 1995; Waine, 2000). Melhor dizendo, as organizações deixam de ser geridas de acordo com os interesses locais dos profissionais e passam a sê-lo de acordo com os objectivos e estratégias empresariais, definidos pela gestão de topo. Uma parte importante da profissionalização das ocupações de serviços públicos, consubstanciada, segundo Freidson (1971), na autonomia técnica, pode assim ser posta em causa.

Esta nova modalidade de responsabilização é apresentada como sendo mais vantajosa que a anterior, porque conduz a um sistema que não se focaliza na operacionalização, mas antes numa abordagem estratégica, de tipo global (Clarke & Newman, 1997; Greenwood & Hinings, 1993), que supostamente permitiria um enquadramento de gestão em que as práticas dos profissionais são controladas de forma mais directa, através de meios externos (Causer & Exworthy, 1999; Flynn, 1999; Sanderson, 2001; Waine, 2000).

Contudo, o consenso está longe de ser alcançado nos estudos empíricos que têm incidido sobre o resultado concreto destas tentativas para alterar os regimes de controlo e de autonomia dos profissionais. Diversos autores argumentam que o crescente controlo da gestão tem vindo a superiorizar-se em relação ao controlo profissional (Cutler & Waine, 1994; Sinclair, Ironside, & Seifert, 1996). Considera-se, também, que o *managerialismo* resultou em reduções na autonomia profissional, pela introdução de mecanismos de coordenação do mercado nas instituições públicas (Foster & Hoggett, 1999; Grimshaw, 1999; Lloyd & Seifert, 1995).

Freidson (1986) considera que, embora a mudança no ambiente de regulação não tenha limitado a natureza do poder profissional, este novo ambiente conduziu a mudanças na estrutura interna de poder nas organizações públicas. Os esforços para controlar as profissões aumentaram a

sua estratificação interna, e aumentou, também, a influência das elites académicas e de gestão na sua composição. A regulação burocrática externa estende a formalização da estratificação ao interior das profissões, exigindo que a autoridade hierárquica seja exercida e não permitindo que se considere a competência dos colegas para a realização das tarefas, o que conduz ao desenvolvimento da auto-consciência sobre as diferenças de estatuto entre os membros de uma mesma profissão. Assim, as consequências do novo ambiente de regulação fazem-se sentir no aumento da formalização entre estatutos desiguais e no declínio da colegialidade (Brint, 1993). Alguns estudos empíricos demonstram, ainda, uma quebra da solidariedade horizontal no interior das profissões (Exworthy e Halford, 1999), quebra essa que pode ser interpretada pelas mudanças na sua estrutura interna.

As alterações no papel do Estado na sociedade produzem, também, fortes impactos na relação das instituições e organizações públicas com os profissionais. O Estado passou a assumir um papel de supervisor que estipula os fins e os meios da prestação dos serviços de previdência, mas a sua posição em relação aos profissionais é francamente alterada, procurando diminuir o seu espaço de auto-regulação e aumentar as formas de controlo sobre os seus desempenhos (Pollitt, 1993).

Neste mesmo contexto, Kirkpatrick et al. (2005) observam uma tendência geral para a concepção e implementação de políticas públicas que ignoram a auscultação prévia dos profissionais. As políticas passaram a ser concebidas e implementadas independentemente da obtenção do acordo e da garantia de empenhamento dos profissionais (Foster & Wilding, 2000). Esta tendência não parece ser comum a todas as profissões, nem a todos os actores profissionais. A elite do conhecimento profissional, como Friedson (1994) menciona, continua a exercer alguma influência na definição da agenda política. Para Kirkpatrick et al. (2005), em contrapartida, houve uma alteração nos papéis políticos dos profissionais que transitaram da parceria para a participação.

Em função dos efeitos potenciais da NGP nos profissionais do serviço público é inevitável questionarmo-nos se a sua influência não poderá resultar em processos de desprofissionalização ou mesmo de proletarização. Os diversos autores que têm procurado reflectir sobre esta problemática, nomeadamente Kirkpatrick et al. (2005), referem que a aplicação da NGP pode não resultar directamente numa mudança de direcção de processos que aponte para a desprofissionalização ou a proletarização, mas pode ser observada uma mudança clara no empenhamento dos profissionais em relação aos valores e identidades tradicionais das profissões. Outros autores, na mesma linha de pensamento, argumentam, igualmente, sobre esta incapacidade da NGP em gerar processos de desprofissionalização e de proletarização, mas agora invocando que as profissões têm demonstrado capacidades em se acomodar a estas pressões, definindo estratégias adequadas que lhes permitem

reproduzir o seu poder (Bolton, 2005a,b; Ferlie et al., 1996; Hoff & McCaffrey, 1996; Hoff, 1999; Kurunmäki, 1999; MacDonald, 1995).

2.2 *Os Profissionais e a Mudança Cultural e de Valores*

A mudança cultural e de valores têm constituído um tema forte de investigação para um conjunto de autores que considera que o verdadeiro objectivo das políticas, encetadas sob a égide da NGP, foi o de promover mudanças ao nível dos valores e das identidades dos profissionais dos serviços públicos (Ferlie et al., 1996; Halford & Leonard, 1999; Hanlon, 1998; Reed, 2002). Estas mudanças tomam corpo nas tentativas de substituição dos valores tradicionais de serviço público por outros ligados ao mercado (Farnham & Horton, 1996), assim como nas tentativas de pressionar os profissionais para abandonarem os valores dominantes nas profissões (reforçados através das associações nacionais) e assumirem a identificação com as orientações “locais” de políticas e objectivos particulares da organização empregadora (Foster & Wilding, 2000). O argumento essencial aduzido é o de que só através de uma reconfiguração de valores é possível despoletar mudanças nas práticas organizacionais. Esta reconfiguração procura, na realidade, promover uma mudança qualitativa, traduzida na substituição de um modo de organização e controlo baseado no “*bureau-professional*” por um modo baseado na gestão (Clarke & Newman, 1997).

Em geral, são identificadas duas formas através das quais os governos procuraram concretizar este objectivo: o recrutamento específico de profissionais para desenvolverem o trabalho de gestão, sendo-lhes concedido o controlo sobre os recursos e a autoridade sobre outros grupos profissionais, e/ou o fortalecimento das funções de gestão no interior da hierarquia profissional dos grupos existentes.

Para Ferlie et al. (1996), um dos objectivos das reformas encetadas neste âmbito foi, precisamente, o de desenvolver os papéis e funções da gestão executiva nos serviços profissionais e promover formas mais visíveis, activas e individualistas, de liderança. Além do aumento da função e dos papéis de gestão, é ainda visível a tentativa de fortalecer a autoridade de gestão, sendo concedido aos gestores o “direito de gerir”: “Em vez de actuarem apenas como consultores passivos de serviços controlados pelos profissionais que operam na linha da frente, devem determinar os objectivos políticos e procurar implementá-los de forma activa” (Kirkpatrick et al., 2005, p. 66).

Du Gay (1996), considera que está em curso, na actualidade, uma mudança na concepção social e política do gestor, que decorre das próprias mudanças nas concepções acerca da forma como as organizações trabalham e das tecnologias e práticas através das quais as competências são instrumentalizadas. Para este autor, os gestores são considerados os principais responsáveis pela

mudança organizacional com sucesso, responsabilidade essa que assenta no desenvolvimento de certas virtudes “empreendedoras”, primeiro neles próprios e depois nos seus subordinados.

No caso em que se procura desenvolver a gestão no grupo dos profissionais, espera-se que, ao nível intermédio e no topo da carreira, seja promovido o sucesso empresarial, mais do que manter as formas típicas e tradicionais de prestação do serviço (Flynn, 1999). Isto significa a existência de possíveis mudanças nas actividades destes profissionais, que passam a dedicar mais tempo a tarefas como a avaliação de desempenho, o planeamento e a administração de orçamentos (Causer & Exworthy, 1999), tarefas essas que decorrem de uma maior descentralização dos orçamentos até ao nível dos profissionais ou dos gestores de centros de custos (Keen, 1996; Keen & Scase, 1996).

Neste contexto, é ‘natural’ que a formação e a intervenção e desenvolvimento dos profissionais no âmbito da gestão sejam crescentemente enfatizadas. No plano da definição de políticas emerge, recorrentemente, o tema de que a gestão representa um tipo específico de conhecimento (Hugman, 1998), e, por conseguinte, se os profissionais querem gerir eficientemente as suas organizações têm de procurar adquirir os conhecimentos especializados (Hanlon, 1998) necessários para o desempenho deste tipo de papel.

Os estudos empíricos mostram que os profissionais do serviço público passaram a despende mais tempo com a assumpção de tarefas que são explicitamente do âmbito da gestão, tais como o controlo orçamental ou a avaliação de desempenho (Flynn, 1999; Causer & Exworthy, 1999). A esta mudança corresponde também uma alteração nos seus valores e empenhamento. Os profissionais mais seniores preocupam-se cada vez mais com questões de gestão e com a definição de prioridades para a organização (Hugman, 1998). Em termos gerais, os profissionais estão agora muito mais preocupados em adquirir competências de gestão para melhorar a sua influência e aumentarem as suas oportunidades de ascensão na carreira (Exworthy & Halford, 1999; Hanlon, 1998). Contudo, alguns estudos mostram, igualmente, que tal comportamento traduz uma estratégia de defesa do projecto de profissionalização e de resguardo da autonomia técnica, evitando o aumento do controlo da gestão (Broadbent & Laughlin, 1998; Ferlie et al., 1996; Kurunmäki, 1999; Thomas & Davies, 2002; Warwicker, 1998). Em alguns casos, os profissionais envolvem-se com as mudanças porque vêem nelas uma forma de ganhar poder no interior da organização (Ferlie et al., 1996; Pollitt, 1993).

Esta transição de cenários, em que os profissionais estão envolvidos, resulta, em muitos casos, na emergência do desempenho de papéis de gestão híbridos (Clarke e Newman, 1997; Ferlie et al., 1996). Estes papéis envolvem processos complexos e instáveis nos quais os profissionais mantêm os seus papéis tradicionais (profissionais), mas acrescentando-lhes agora os papéis de gestão. A tendência de longo prazo desenha-se no sentido do aumento da estratificação interna dos

profissionais (Exworthy & Halford, 1999; Freidson, 1994): “São detectadas cisões entre os profissionais com o velho estilo que utilizam a linguagem do bem-estar e dos cuidados, e o novo estilo dos gestores e profissionais seniores que usam a linguagem do mercado e da eficiência” (Webb, 1999, p. 757).

Os argumentos explanados para procurar concretizar as mudanças centram-se, em larga medida, na utilização da retórica. O recurso à noção de orientação para o consumidor é um dos argumentos mais recorrentes e com consequências visíveis nos profissionais.

A organização tradicional das instituições públicas baseava-se na confiança atribuída aos profissionais para gerir a prestação de serviços, de acordo com o interesse dos cidadãos. Contudo, este princípio começa a ser posto em causa por via de distintas influências, das quais se destaca, como sugerimos atrás, o imperativo da soberania do consumidor. Além de constituir o argumento base da reconstrução das instituições e actividades do sector público, potenciando a sua orientação para o mercado, a adopção da orientação para o consumidor encontra-se, igualmente, ligada a um conjunto de transformações no programa e nas tecnologias utilizadas para regular o mundo interno das instituições (du Gay & Salaman, 1996). Agir de acordo com a máxima da orientação para o consumidor representa a institucionalização de um novo tipo de regras e de novas formas dos profissionais orientarem o seu comportamento. O próprio trabalho passa a ser uma actividade reinterpretada através da linguagem da cultura do consumidor (du Gay & Salaman, 1996).

A noção de consumidor invade o mundo interno das instituições, fornecendo a base racional para a reconstrução cultural da subjectividade e identidade baseada no trabalho (du Gay & Salaman, 1996). Através da utilização de tecnologias de gestão interpessoal, os profissionais são encorajados a colocarem-se no papel do consumidor e, desta forma, a oferecer-lhes o serviço que idealmente gostariam eles próprios de receber (Hochschild, 1983). Como parte deste processo de identificação imagética, os profissionais são incitados a perspectivarem o seu trabalho como a sua própria casa, na qual os clientes/consumidores entram como ‘convidados’. A separação entre as identidades baseadas no trabalho e no consumo torna-se, assim, progressivamente difusa (du Gay & Salaman, 1996). O desaparecimento de fronteiras claras nestas identidades traduz-se numa mudança em termos da regulação do trabalho profissional. Deixa de ser necessário reprimir, instigar ou policiar os profissionais e estes transformam-se em actores individuais auto-regulados, sob a influência do que Reed (2002) designa por tecnologias de auto-controlo. A assumpção do imperativo da orientação para o consumidor é particularmente importante no caso da saúde.

A impossibilidade de constatar no terreno a concretização de algumas destas pretensões demonstra que as organizações, tal como as profissões, não são instrumentos passivos das políticas públicas. “A capacidade das profissões para negociar ou ‘capturar’ as mudanças de forma a minimizar os distúrbios nas suas actividades do dia-a-dia não deve ser subestimado” (Kirkpatrick et

al., 2005, p. 75), tal como não devem ser subestimadas as diferentes características das organizações profissionais que constituem um importante factor a equacionar para que se possa perceber melhor a forma como os profissionais percebem e respondem às mudanças políticas.

A capacidade de resposta das profissões poderá depender de factores tão diversos como as relações com o Estado, o contexto específico da organização e os desafios colocados por outras ocupações que reclamam áreas jurisdicionais competitivas (Abbott, 1988). Assim sendo, é imprescindível analisar as características específicas da profissão de enfermagem, bem como os percursos de profissionalização efectuados, para procurar apreender a forma como a introdução de mecanismos de NGP nos sistemas de saúde poderá produzir impactos ao nível deste grupo profissional.

3. A Posição da Enfermagem na Divisão Social do Trabalho e a Construção da Sua Especificidade

3.1 Os Enfermeiros Enquanto Objecto de Análise Científica

Como tivemos oportunidade de salientar no capítulo anterior, em grande parte sob a influência das propostas da NGP, o sector da saúde tem vindo a ser palco de diversos processos de reestruturação e mudanças organizacionais que apresentam traços comuns em vários países. Tais circunstâncias têm alterado o ambiente de trabalho dos profissionais, assim como o seu estatuto, os seus quadros de referência políticos e institucionais e as suas práticas.

Os estudos sobre estes impactos das reformas nos profissionais concentram-se, maioritariamente, no grupo dos médicos (Ashburner, 1993; Bates, 1998; Currie, 1997; Dent, 1993; Exworthy, 1998; Ferlie et al., 1996; Fitzgerald, 1994; Hoff & McCaffrey, 1996; Hudson & Melanie, 2002; Maddock & Morgan, 1998; Pettigrew, 1992). Tal não constitui, no entanto, um factor distinto, nem exclusivo do campo da saúde, observando-se esta centralidade em praticamente todas as problemáticas relacionadas com o profissionalismo. Torstendahl e Burrage (1990) afirmam, a este respeito, que os médicos, a par com os advogados, têm dominado os estudos sobre as profissões.

Na realidade, apesar dos enfermeiros se apresentarem como o grupo mais numeroso nos diferentes Sistemas Nacionais de Saúde, e representarem, igualmente, um peso significativo nas despesas com os recursos humanos, continuam a constituir um dos grupos menos estudados (Carpenter, 1993; Halford, Savage & Witz, 1997; Walby et al., 1994; Witz, 1992)¹⁷.

¹⁷Convém sublinhar, no entanto, que existem outros grupos profissionais (embora com um peso menos significativo) que são sistematicamente negligenciados nos estudos sobre os sistemas e as organizações de saúde. Rosalie Boyce (1997) salienta que, mais do que os enfermeiros, as profissões tradicionalmente conhecidas como 'paramédicas' têm sido esquecidas nas análises sobre os efeitos das reformas.

É possível identificar diversos argumentos que justificam esta aparente falta de interesse dos académicos pelo grupo profissional dos enfermeiros. As razões encontradas prendem-se com diversos factores que se estendem desde o nível individual e institucional até ao nível social e político.

A um nível macrosocial, não podemos deixar de referir a influência das relações patriarcais dominantes. A enfermagem tem sido historicamente dominada por elementos do sexo feminino, em contraste com a profissão dos médicos, até agora dominada por elementos do sexo masculino. Esta situação é determinante para que, apesar de ser maioritária nos sistemas de saúde, a enfermagem permaneça numa posição de ‘inferioridade’, em termos de estatuto e poder organizacional, em relação à posição dominante dos médicos.

Esta ‘inferioridade’ do estatuto da profissão determina, igualmente, a menor importância que lhe parece ser concedida em termos políticos. Verifica-se que é praticamente inexistente literatura que se debruce, essencialmente, sobre as políticas de saúde em relação aos enfermeiros (Hewison, 1994, 1999), mas, mais do que isso, é manifesto o desinteresse político por este grupo profissional. A esta falta de interesse Robinson (1992) apelida o buraco negro da teoria da enfermagem.

Em Portugal, este desinteresse é explicitamente admitido por um político com responsabilidades na saúde, quando afirma, a respeito da sua passagem pelo Ministério da Saúde:

(Enfermeiros e enfermeiras) estiveram discretos durante meses e só mostraram a sua força silenciosa quando a greve simbólica dos sindicatos (...) registou valores consistentes, em todo o território (...). O meu espaço e tempo foram pouco invadidos pela enfermagem por razões de que sou responsável. Falei pouco com eles e elas, estudei mal os seus problemas, aguardava mais tempo para compreender o balanço de poder dentro dos serviços hospitalares e para formular uma política que permitisse uma direcção interna forte, coesa e multi-profissional (Campos, 2002; p. 13, 14).

O que esta citação mostra é que, eventualmente, existem factores que radicam nos próprios profissionais, e que, desta forma, alimentam esta falta de interesse político. Um destes factores pode estar relacionado com a falta de participação política e de visibilidade pública dos enfermeiros, constatada aliás também a nível internacional (Buresh & Gordon, 2004; Hewison, 1994). Outro, está mais ligado às questões científicas e, em particular, à constatação, já sublinhada, sobre a existência, em termos relativos, de escassa investigação científica que assuma este grupo profissional como alvo.

Este estado da questão traduz, para alguns autores, a falta de qualificações que tradicionalmente caracterizava os enfermeiros¹⁸, mas reflecte, também, o tipo de papéis que habitualmente lhes são socialmente atribuídos. Dadas as expectativas sociais existentes, decorrentes dos processos de socialização profissional a que estão sujeitos, e em resultado dos modelos dominantes de divisão do trabalho nas unidades de saúde, espera-se dos enfermeiros que se preocupem, essencialmente, com questões de equidade e humanidade no sector da saúde, e menos com as questões políticas, de gestão e até financeiras (Robinson, 1992). A imagem tradicional associada ao profissional de enfermagem (particularmente no caso das mulheres) era a de simpatia e “prestável”. Para que atingissem este ideal esperava-se que fossem capazes de evitar o conflito, não argumentando e não contrariando. Esta imagem, que alguns autores designam de “tirania da amabilidade”, acabou por ter uma influência poderosa e perversa no comportamento profissional dos enfermeiros (Chiarella, 1990; Volp, 1999), e isso, condicionou, negativamente, a investigação desenvolvida no interior da profissão, assim como as próprias atitudes de distanciamento dos enfermeiros face ao conhecimento produzido pelos pares. Carolyn Hicks (1996) conclui, com base num estudo empírico, que os enfermeiros se envolvem pouco em actividades de investigação e, mais do que isso, possuem uma perspectiva negativa do produto do conhecimento que criam, o que, em parte, constitui o resultado da associação que estabelecem entre a imagem do investigador e a masculinidade.

Como sabemos, a ciência não existe num vazio social, mas numa interdependência dialéctica com a sociedade mais vasta em que se integra. Desta forma, do mesmo modo que os factores enunciados contribuem para diminuir o interesse dos investigadores sobre a investigação que assume este grupo profissional como alvo, também esta quase ausência de interesse acaba por contribuir para a perpetuação do estatuto ‘inferior’ da profissão. Como sublinham Halford, Savage & Witz, sobre o caso particular das reformas de saúde recentemente implementadas em Inglaterra:

A enfermagem tem sido largamente ignorada nas avaliações académicas de reestruturação, reflectindo e reforçando a menor influência e poder da enfermagem enquanto grupo ocupacional (Halford et al., 1997, p. 91).

A aparente relutância em eleger os enfermeiros como objecto de análise científica poderia resultar do facto deste grupo profissional ter sido esquecido nas reformas levadas a cabo no âmbito da NGP, o que não corresponde, de forma alguma, à realidade. Estudos comparativos, realizados no contexto britânico, demonstram que é precisamente no sector da saúde (quando comparado com

¹⁸ Nos últimos anos, o aumento das qualificações deste grupo profissional, em Portugal, fez-se acompanhar de um aumento da investigação científica na área e também da participação política, expressa não só na tomada de posições dos sindicatos e da Ordem, mas também na forte adesão deste grupo aos processos de reivindicação laboral.

o sector bancário e com a administração local), e particularmente na enfermagem, que as carreiras organizacionais têm sido mais radicalmente transformadas (Halford et al., 1997).

O que pretendemos com esta investigação é, como temos vindo a afirmar, contribuir para esta discussão, através da análise, em Portugal, do impacto das reformas de saúde na enfermagem, tomando como ponto de partida os enfermeiros com funções de gestão nas instituições hospitalares. Desta forma, quem sabe, dar também um pequeno contributo para quebrar o ciclo de falta de visibilidade e reconhecimento social deste grupo profissional.

Com este propósito em mente, procuramos, ao longo deste ponto do capítulo, apresentar a evolução da enfermagem com base em três vectores estruturantes e interdependentes da sua constituição como profissão, nomeadamente: o género, a relação com a profissão dos médicos e o processo de profissionalização. Assim, procedemos ao enquadramento social da enfermagem como profissão, à revisão do conceito de cuidar, enquanto base dos paradigmas ideológicos da enfermagem, e, finalmente, centramo-nos naquele que é o problema central deste estudo, procedendo à revisão da principal literatura sobre o impacto das políticas e práticas da NGP neste grupo profissional.

3.2 A Centralidade da Variável Género no Contexto da Enfermagem

Tal como defende Celia Davies (1980), julgamos que só é possível interpretar o contexto actual da enfermagem se nos basearmos numa perspectiva da “história como progresso”. Não é possível tentar analisar as características dominantes nesta profissão sem reflectir sobre o seu percurso histórico. A estrutura organizacional dominante de uma profissão constitui-se ao longo de períodos bastante longos, existindo, no passado, momentos críticos da sua formação que determinam a forma como as profissões se apresentam na actualidade (Davies, 1980). Esta perspectiva histórica representa aqui apenas um instrumento analítico. Isto é, procura-se perceber o processo de profissionalização, consubstanciado em fases ou características, que determinaram a forma como a enfermagem tentou controlar o seu desenvolvimento e organizar respostas às condições estruturais com as quais se foi confrontando (Bucher, 1988).

Dos diversos factores determinantes do desenvolvimento histórico e do estado actual da profissão de enfermagem cabe destacar, pelo seu profundo impacto, dois dialecticamente coexistentes: por um lado, a sua composição de género, e, por outro, a relação que foi estabelecendo com a profissão dominante dos médicos.

A enfermagem sempre foi considerada uma profissão feminina. Convém, todavia, salientar que a imputação deste atributo à profissão corresponde a uma realidade socialmente construída. Se dúvidas existissem quanto à atribuição estereotipada desta classificação bastaria constatar a sua falta de universalidade. De facto, a constituição maioritariamente feminina da enfermagem não é

um factor comum a todos os países, ou mesmo a todas as regiões¹⁹ (Dent, 2002), nem tão pouco consistente ao longo do tempo. Por exemplo, em alguns países, a profissão foi, no seu início, dominada por elementos do sexo masculino. Por outro lado, na actualidade, a feminização da profissão parece estar a sofrer algumas mudanças em função das reestruturações recentes no sector da saúde (Davies, 1995b; Walby et al., 1994; Witz, 1994).

Esta constatação remete-nos para o papel preponderante que o contexto social, político e ideológico desempenham nessa atribuição estereotipada. Assim sendo, não existe, de facto, um determinismo biológico na atribuição da enfermagem às mulheres, tratando-se, antes de uma construção social e política que resulta do peso de estruturas sociais mais vastas (Carpenter, 1993).

A chamada de atenção para a importância deste contexto inicia-se a partir dos anos 60, quando os estudos sobre as mulheres e o emprego começam a emergir como um forte tópico da teoria económica (Mincer, 1962; Becker, 1965), sendo, a partir dos anos 1970, complementados e aprofundados pelas pesquisas feministas (Beechey, 1977), em grande parte em resultado dos movimentos que caracterizam a “segunda vaga” de feminismo. Como afirma Lúcia Amâncio:

Os estudos sobre as mulheres, que se iniciam nos anos 70 do século passado, correspondem a uma exigência do próprio movimento social que se vivia na altura, e que foi assumida por algumas mulheres da primeira geração de académicas (Amâncio, 2004, p.13).

Apesar dos estudos sobre as mulheres incluírem reflexões críticas sobre todos os domínios sociais (desde a arte à cultura e ao poder), no plano das relações de produção o que estes estudos procuram salientar são as diferenças em termos de ocupação de género das distintas profissões, a sua expressão em termos económicos e as suas causas em termos do contexto socio-ideológico. Constata-se a existência no mercado de trabalho de diferenças importantes entre homens e mulheres. Tais diferenças consubstanciam-se, por um lado, na constituição profissional (com as mulheres a concentrarem-se em profissões como a docência, a assistência social, entre outros) e, por outro, no estatuto profissional. As profissões ocupadas maioritariamente por mulheres não são tão bem pagas, são objecto de menos formação e ocupam um estatuto social menor, em comparação com as profissões em que predominam os homens (Bradley, 1989, 1997; Collinson, Knights, & Collinson, 1990; Ferreira, 1993).

Estas características advêm, frequentemente, da forma como se procedeu à inserção das mulheres no mercado de trabalho e na esfera pública. Quando nos finais do Séc. XIX, em função da expansão da produção industrial e do aumento das necessidades de mão-de-obra, as mulheres começam a integrar o mercado de trabalho, a sua aceitação faz-se com base na extensão dos papéis que tradicionalmente desempenhavam na esfera privada, transpondo-se, de igual modo, as relações

¹⁹ No sul de Itália a maioria dos enfermeiros são homens (Pratschke *in* Dent, 2002).

patriarcais que aí dominavam (Porter, 1992; Riska & Wegar, 1993; Witz, 1992). A tradicional exclusão das mulheres do mercado de trabalho é agora substituída pela segregação, tanto vertical, com os homens a ocuparem os lugares de topo, como horizontal, com as mulheres em actividades associadas às tarefas femininas desenvolvidas no campo doméstico.

Esta realidade, traduziu-se, no caso particular da saúde, numa divisão do trabalho que atribui papéis diferentes a homens e mulheres, distinção essa que se fez acompanhar, igualmente, por uma desigual distribuição de poder. Assim, enquanto aos homens é dada a possibilidade de desenvolverem funções características da profissão dominante dos médicos, às mulheres é reservado o papel subordinado da enfermagem²⁰. Tal desigual distribuição de papéis apresenta-se não só como o resultado do domínio ideológico do modelo sociobiológico reducionista, que considera que as mulheres, em função da extensão do seu papel como mães e cuidadoras da família, devem possuir qualidades expressivas, emocionais e de cuidados com os outros, enquanto os homens, são, ‘naturalmente’ mais racionais, científicos e decididos (Porter, 1992), mas também em função do conceito de saúde dominante na sociedade. Ao categorizar saúde como a ausência de doença, elege-se a cura como a actividade de maior valor, valorizando-se, por este meio, as profissões que lhe estão mais associadas (Carpenter, 1993). Assim, a ‘medicina curativa’ é interpretada como ‘mais produtiva’, enquanto os cuidados são claramente ‘improdutivos’, tornando-se, desta forma, praticamente invisíveis na sociedade.

O carácter de subordinação da enfermagem no sistema de saúde não decorre, porém, apenas de factores externos. Para compreendermos a complexa divisão do trabalho, dominante nas organizações de saúde, é necessário atentarmos nas relações específicas que se estabelecem entre médicos e enfermeiros e, no interior de cada um destes grupos ocupacionais, entre os seus membros, ambas as situações atravessadas por complexas relações de género.

A eleição das relações entre os grupos profissionais dos médicos e dos enfermeiros como objecto privilegiado da análise, não significa que não tenhamos consciência da importância dos restantes grupos. Na realidade, se tradicionalmente era possível falar numa divisão entre médicos e enfermeiros, na actualidade trata-se apenas das profissões dominantes num conjunto de diversas outras e de ocupações diferentes que interagem formando um sistema complexo (Boyce, 1997; Bucher, 1988).

A opção por neste ponto nos centrarmos nestes grupos dominantes decorre da centralidade, para o nosso estudo, do impacto das relações que se foram estabelecendo e da importância histórica da medicina na estruturação da enfermagem como profissão. Como sustenta Isabel Soares: “A

²⁰ Anne Witz chama a atenção para o facto do processo de profissionalização dos médicos se traduzir na prática no impedimento das mulheres em exercerem a profissão. A obtenção de licença para exercer passa a depender da obtenção de diploma escolar que estava negado às mulheres.

história da enfermagem entretece-se na história da medicina e gera relações de dependência e de submissão” (1997, p. 112). Devemos salientar, no entanto, que, na nossa perspectiva, esta relação é recíproca; isto é, a medicina também construiu, e constrói, o seu processo de profissionalização em referência ao grupo profissional dos enfermeiros (Riska & Wegar, 1993; Traynor, 1999).

Apesar de não serem apenas os elementos exteriores, ao contexto organizacional, a determinar o estatuto e o papel dos enfermeiros na divisão do trabalho, era de esperar que os primeiros estudos os salientassem. De facto, a representação social dominante das organizações como organismos normativos e racionais, impedia que factores como o poder, o conflito ou as relações de género se tornassem evidentes aos olhos dos analistas (Alvesson & Billing, 1997; Burrell & Hearn, 1996).

Com efeito, as teorias organizacionais, então dominantes, demonstravam uma total falta de interesse pelas questões de género. Lígia Amâncio refere, a este respeito, que “(...) a maioria dos estudos se fazia apenas com participantes do sexo masculino sem que isso parecesse afectar o rigor dos procedimentos metodológicos” (2004, p. 14).

O primeiro trabalho a salientar esta temática surge apenas em meados dos anos 1970, quando Acker e Van Houten (1974) criticam as experiências de Elton Mayo, precisamente insistindo na existência de um enviesamento nos resultados pelo facto de não se ter tido em consideração a composição dos grupos em termos de sexo. Desde então, Acker (1992) tem procurado salientar a importância de integrar o género nas investigações em contexto organizacional, assumindo que as organizações integram uma subestrutura organizacional de género.

As tentativas de incorporar a variável género no contexto organizacional fazem emergir dois tipos de teorias, que Halford et al. (1997) designam por teorias contingenciais e teorias essencialistas.

As teorias contingenciais consideram que as relações de género, dominantes nas organizações, são o resultado contingente de processos históricos específicos, e não um factor intrínseco das organizações. Argumenta-se que as desigualdades organizacionais resultam da aplicação imperfeita de procedimentos burocráticos essenciais e neutros em termos de género, ou das diferenças entre homens e mulheres exteriores ao contexto organizacional. Nesta abordagem, inserem-se autoras, como Rosabeth Kanter (1993), para quem é a posição que os indivíduos ocupam na hierarquia, e não o género, que determina as oportunidades e os comportamentos nas organizações. As organizações seriam, assim, neutras em termos de género, assumpção que se torna em objecto das principais críticas por parte de outras abordagens teóricas, em particular as teorias essencialistas.

Com efeito, as teorias essencialistas, ao contrário das teorias contingenciais, consideram que as organizações burocráticas são, na sua essência, intrinsecamente masculinas. Este domínio da

cultura masculina não é alterado pela existência de mais mulheres nas organizações. Entre os autores que se inscrevem nesta perspectiva destaca-se Ferguson (1984), que salienta o facto de homens e mulheres terem estado sujeitos a processos de socialização distintos, os quais determinam comportamentos igualmente distintos. Uma vez que são os homens quem tem vindo a dominar as organizações, as burocracias foram, desta forma, ‘colonizadas’ com a sua cultura. Pelo seu lado, as mulheres foram socializadas com base em valores que as afastam da cultura dominante nas burocracias. Foi com base na perspectiva de Ferguson (1984) que, por exemplo, alguns grupos feministas procuraram desenvolver formas de organização assentes em valores femininos entre outros, menos hierarquia e a valorização das redes sociais de amizade (Martin, Knopoff, & Beckman, 2000; Martin, 1993; Morgen, 1994; Rosener, 1990).

Por sua vez, Halford, et al. (1997) consideram que é necessário desenvolver uma abordagem de género “embebido” na organização. Nesta perspectiva, a organização é interpretada como uma prática socialmente situada. As organizações burocráticas só existem no contexto de um determinado campo de relações sociais, económicas e culturais. Assim sendo, é evidenciado o facto das organizações não poderem ser entendidas enquanto sistemas despersonalizados.

Na realidade, desde os estudos de Elton Mayo (1933), diversos autores têm chamado a atenção para a hipótese das organizações não poderem ser interpretadas como ‘racionais’ e ignorados os atributos humanos dos seus trabalhadores (Crozier & Friedberg, 1977; Morgan, 1986). Esta hipótese, em grande medida, tem sustentado a argumentação sobre a existência simultânea de estruturas formais e informais em todas as organizações (Crozier & Friedberg, 1977; Mayo, 1933), tendo estas últimas ocupado um espaço importante nas diversas análises sobre género nas organizações (O’Leary & Ikovics, 1992; Powell, 1990; Ragins & Scandura, 1994).

Mas, de facto, a abordagem do género ‘embebido’ na organização procura ir mais longe e analisar a forma como as relações de género se encontram presentes tanto na organização formal como informal (Halford et al., 1997). Acker (1990) sugere que as organizações burocráticas possuem uma “subestrutura de género”, ou seja como refere Halford et al.,: “as práticas sociais que geralmente são tidas como constituintes da ‘organização’ residem em processos e pressupostos de género” (1997, p. 15). O poder desta subestrutura reside no facto dela raramente ser reconhecida como tal. As estruturas e práticas organizacionais são geralmente assumidas como as ideais e, por isso, “neutras” em termos de género. Porém, a definição de postos de trabalho femininos e masculinos, a construção social de carreiras e as próprias práticas profissionais, estão relacionadas com os símbolos e idiomas culturais desenvolvidos no seio das organizações, contribuindo, para tal, as interações que se desenvolvem entre os trabalhadores homens e mulheres com base nas ideias e nos valores que cada grupo detém à partida.

Este conjunto de estudos tem vindo a ser criticado pelo facto de se concentrar demasiado numa concepção das mulheres enquanto grupo homogéneo, quando, na realidade, existem importantes diferenças, por exemplo, em termos de classe social ou de etnias, que não são contempladas (Carpenter, 1993), quer em termos das referências conceptuais, quer, ainda, em termos da construção das diferentes variáveis da análise empírica.

Inicialmente, os estudos sobre o género limitavam-se a colocar o enfoque sobre as mulheres e, em particular, sobre as limitações associadas ao papel feminino e às assimetrias de poder que regiam as relações entre sexos. Só mais tarde, em resultado da influência da pressão de outros movimentos sociais, como o das minorias étnicas e dos movimentos *gay*, se passa a incluir as próprias noções de masculinidade.

Contudo, no final da década de 1970, os estudos sobre os homens desenvolvem-se em sintonia com o projecto feminista de estudos sobre as mulheres, embora a sua progressão e os seus resultados tenham ficado aquém do esperado (Amâncio, 2004). Este enviesamento dos estudos de género, para se centrarem exclusivamente nas mulheres, acaba, no caso particular da enfermagem, por promover um ‘buraco’ na história da profissão que omite a contribuição dos homens (MacKintosh, 1997).

As instituições de saúde constituem um exemplo paradigmático sobre a forma como a assumpção da neutralidade de género, nas práticas e nas estruturas, permitiu cavar diferenças no estatuto e no reconhecimento social das profissões que as caracterizam. No entanto, como demonstramos anteriormente, só muito recentemente (a partir da década de 1990) a sociologia das profissões incorporou a perspectiva de género nas suas análises (Riska, 1993).

O trabalho de Celia Davies marca uma nova etapa no estudo da profissão, já que nos fornece um exemplo específico da forma como o género está ‘embutido’ na enfermagem (Davies, 1995b). O ponto de partida analítico de Davies, de acordo com os argumentos anteriores, é o de que o género é ‘construído na forma de organizar a estrutura e no funcionamento das organizações’ (p.230). Explorar o género no contexto organizacional, ainda de acordo com Davies, não significa apenas ter em consideração as características de género que homens e mulheres assumem trazer com eles para as organizações, mas antes considerar que as relações de género são continuamente desenvolvidas dentro do contexto organizacional. Davies desenvolve a forma como historicamente as relações de género têm estado, em termos gerais, ‘embutidas’ na organização do trabalho pago e, mais especificamente, na organização e gestão da saúde. Argumenta que só é possível compreender a base dos diferentes estilos de gestão baseados no género se não olharmos apenas para as experiências das mulheres, nas relações de género, fora do local de trabalho, mas, mais importante do que isso, olharmos para as suas experiências de género na organização no quadro do trabalho remunerado.

A estruturação dual e dicotómica do pensamento ocidental implica que, nas relações que dominam a sociedade em geral, as mulheres, em contraposição aos homens, sejam socialmente representadas como irracionais, instintivas e dependentes. Seguindo a mesma lógica aplicada ao campo específico da saúde, os enfermeiros são socialmente representados como desenvolvendo um trabalho prático e instintivo, permitindo, por esta via, a representação social da medicina como científica e autónoma, o que legitima a concentração de poder no grupo profissional dos médicos.

Todavia é importante salientar, com Hugman (1994), que a influência do género não se detecta nem se limita apenas à relação entre a profissão dominante dos médicos e as profissões de cuidar como a dos enfermeiros. No seio da própria profissão de enfermagem verifica-se que os homens, embora minoritários ao nível das práticas de cuidados, estão sobre-representados ao nível da gestão e supervisão:

A investigação sobre os enfermeiros constitui, assim, um contexto ideal para a mobilização do género enquanto ideologia, e para a desconstrução da frequente assimilação do conceito ao sexo de pertença dos indivíduos, uma vez que eles representam uma minoria imersa num universo que, à primeira vista, poderia ser considerado dominado pelas mulheres no plano simbólico, tal como é, de facto, no plano numérico (Simões & Amâncio, 2004, p. 72).

Esta diferente posição de homens e mulheres na profissão traduzem processos assimétricos, determinados pela ideologia de género. Ou seja, “as dinâmicas verificadas nas profissões masculinas e que afectam negativamente a integração das mulheres não se verificam na situação simétrica de integração dos homens nas profissões femininas” (Simões & Amâncio, 2004, p. 73).

3.3 A Importância do Processo de Profissionalização na Definição dos Contornos da Profissão

Depois de termos exposto a forma como a profissão de enfermagem tem sido configurada pelas relações de género, procuramos analisar agora o modo determinante como o processo de profissionalização deste grupo ocupacional influenciou as concepções dominantes acerca da profissão e, em consequência, os papéis que desempenha na divisão social do trabalho.

Por forma a procurar atingir este objectivo, começamos, num primeiro momento, por explicitar a forma como o processo de profissionalização e de cuidar são por nós interpretados neste contexto, para, em seguida, procedermos à análise das distintas fases identificadas nesse processo e das diferentes concepções de cuidar passíveis de serem detectadas em cada uma dessas fases. Num segundo momento, procuramos reflectir sobre a ambiguidade de que se reveste o conceito de cuidar, quando investido da missão de erigir a enfermagem em disciplina científica e, concomitantemente, surgir como um dos pilares básicos de referência no seu processo de profissionalização. É à volta do conceito de cuidar que muitas teorias da enfermagem tentam

construir um corpo próprio de conhecimentos, com o qual procuram demarcar as fronteiras da profissão e o âmbito da intervenção dos enfermeiros durante o desenvolvimento das suas práticas profissionais. Finalmente, num terceiro momento, propomo-nos analisar o conceito de trabalho emocional, que, na nossa perspectiva, imprime características específicas ao conceito de cuidar.

3.3.1 O Processo de Profissionalização e a Centralidade do Conceito de Cuidar

Para além das políticas de igualdade de oportunidades, existem duas formas através das quais as mulheres têm procurado melhorar a sua posição no sector da saúde: a crescente participação na profissão dos médicos e a procura da melhoria do seu estatuto profissional. A primeira, vem-se delineando desde o Séc. XIX e tem, nos últimos anos, aumentado em todo o mundo (Chidambaram, 1993; Elston, 1993; Lorber, 1993; Riska & Wegar, 1993; Thomas, 2000). A segunda, não se baseia numa estratégia de género, mas antes numa estratégia de profissionalização. Isto é, os enfermeiros não procuram melhorar o poder e o estatuto da sua profissão, com base no argumento de conscientemente melhorar a posição das mulheres na sociedade, mas antes, de conferir autonomia e prestígio à profissão. Aant Elzinga (1990) realça, no entanto, que a profissionalização não se apresenta como o único caminho definido neste domínio, chamando a atenção, também, para a importância da luta sindical como estratégia para procurar obter estes predicados.

O debate em torno da profissionalização da enfermagem centra-se, essencialmente, nos processos dominantes no Reino Unido, nos Estados Unidos e na Austrália, dada a sua importância enquanto ‘modelo’ para o que se viria a passar nos restantes países. Convém salientar, no entanto, que o processo na Europa continental poderá ter sido distinto (Dent, 2002; Elzinga, 1990). Na realidade, diversos autores têm chamado a atenção para os perigos de uma transposição dos estudos anglo-saxónicos (Rodrigues, 2002) para outros contextos nacionais, embora seja defensável sustentar a hipótese de que, no essencial, possam existir referências comuns nos processos de profissionalização na enfermagem.

Aant Elzinga (1990), tendo por referência o caso da Suécia, define quatro estratégias de legitimação social e cognitiva que enformam o processo de profissionalização: o ‘chamamento’, a semi-profissionalização, a ‘cientificação’ ou ‘tecnicização’ dos cuidados e, finalmente, a profissionalização.

O ‘chamamento’ traduz um período desenvolvido por mulheres da classe média que constituíram um fundo de conhecimento prático, permeado com valores específicos relacionados com a sua origem social. O período de ‘semi-profissionalização’ resulta da centralização dos cuidados hospitalares, de uma certa especialização de funções e do desenvolvimento de tarefas mais exigentes em termos de competências e conhecimento. Emerge, então, a organização dos

enfermeiros numa semi-profissão, com as suas próprias tradições, critérios de qualificação formal e estrutura de carreira, a que se associam alguns valores relacionados com a procura da valorização do estatuto e de afirmação do reconhecimento social. A fase da ‘cientificação’ ou ‘tecnicização’ reflecte a tentativa de basear o cuidar na fórmula de conhecimento ditada pela ciência moderna, através da integração dos sistemas de formação no sistema académico. Finalmente, a fase da profissionalização é caracterizada pela concretização da tentativa de estabelecer alguma capacidade de investigação independente (Elzinga, 1990).

Mick Carpenter (1993), apoiando-se no caso inglês, reduz estas estratégias a três momentos distintos: o primeiro, consubstancia o papel de submissão da enfermagem; o segundo, traduz a primeira tentativa real de profissionalização, através da institucionalização da formação; o terceiro, é a expressão da profissionalização com base no apoio do Estado.

Sobressaem dois factores determinantes e comuns a todas estas fases de profissionalização. O primeiro, refere-se ao facto de em cada um destes diferentes momentos as mulheres terem sempre desempenhando um papel fundamental na procura da profissionalização da enfermagem. O segundo, refere-se à permanência da centralidade do conceito de cuidar nos diferentes momentos definidos no processo de profissionalização.

Na realidade, não obstante as diferentes concepções ideológicas que foram surgindo ao longo do processo de profissionalização, e as suas diferentes apropriações e reproduções no interior da profissão, o conceito de cuidar ocupou sempre um lugar central na enfermagem. É importante realçar, a este respeito, que alguns autores estendem a centralidade e a importância do conceito para além do domínio das profissões, associando-o à própria constituição do Estado Providência e das sociedades de bem-estar social (Ackroyd, 1997; Hugman et al., 1997).

Stephen Ackroyd (1997) defende que os cuidados na esfera pública, que designa por ‘cuidados sociais’, surgem no pós-guerra como uma preocupação política e institucional, porque se acredita nos seus efeitos positivos para a sociedade. O advento do Estado Providência é sustentado na ideia, comum a várias ideologias políticas, de que os cuidados permitem a integração social, contribuindo, desta forma, para manter a ordem nas sociedades. Ou seja, há um afastamento de uma noção moral dos cuidados, sustentada na ideia de obrigação dos mais privilegiados para com os menos privilegiados, na direcção de uma concepção social dos cuidados, que promove a noção de identidade e de auto-estima nos actores, prevenindo, desta forma, sentimentos de insegurança e injustiça capazes de propiciar o conflito social. Hugman et al., (1997), por sua vez, argumentam na mesma linha de integração dos cuidados na esfera pública, admitindo que o que caracteriza as nossas sociedades é, precisamente, a sua capacidade em exhibir os atributos associados ao cuidar público.

É em função desta centralidade do conceito nas sociedades de bem-estar social que se justifica, na actualidade, a discussão em torno da natureza específica dos cuidados. Todavia, apesar dessa inquestionável centralidade, visível nas referências abundantes e indiscriminadas na literatura no campo, o conceito de cuidar não tem sido discutido de forma profunda e sistemática e, conseqüentemente, a sua definição surge frequentemente apresentada de forma fluida e imprecisa, como se tratasse de uma categoria conceptual dada por adquirida (Davies, 1995a; Elzinga, 1990; McBeath & Webb, 1997; Patistea, 1999). A este respeito McBeth e Webb afirmam que: “Cuidar é um conceito ilusório. (...) Existem muitos livros com ‘cuidar’ no título, mas poucos, discutem o conceito teoricamente” (1997, p. 45). Uma breve análise das reflexões teóricas sobre o conceito revela, igualmente, alguma falta de consenso relativamente ao seu verdadeiro significado,²¹ como veremos mais à frente.

Este conjunto de dificuldades decorre essencialmente de dois factores: a recorrente utilização do conceito pelo senso comum e a sua estreita ligação ao domínio feminino.

Na realidade, o cuidar está inscrito na linguagem que quotidianamente utilizamos, sendo usado em diversos contextos. “As ideias acerca do ‘cuidar’, dos ‘cuidados’ e das práticas sociais que lhe estão associadas, são, a um nível superficial, noções do senso comum” (Hugman et al., 1997, p. 3). Por outro lado, é universalmente aceite que parte da dificuldade em definir o conceito advém da representação social que lhe está inerente de associação desta prática à esfera privada e, conseqüentemente, às mulheres. O cuidar da casa, das crianças e dos restantes dependentes tem estado associado às tarefas femininas (Carpenter, 1993; Graham, 1983; Porter, 1992; Riska & Wegar, 1993; Ungerson, 1983), o que contribui para manter a indefinição acerca da natureza intrínseca do conceito. Como afirma Celia Davies:

Sem surpresas, não existe qualquer definição que reúna consenso internacional sobre o que é vulgarmente conhecido como trabalho de cuidar, tal como não existe consenso sobre a pertinência de estabelecer ligações entre os cuidados que são efectuados – quase exclusivamente pelas mulheres – em casa, e os cuidados efectuados, quer estes sejam ou não reconhecidos, pelas mulheres (por vezes as mesmas mulheres) no contexto do trabalho pago (Davies, 1995a, p. 17).

Numa tentativa de clarificar o conceito, e de estabelecer fronteiras entre o cuidar na esfera privada e pública, a autora distingue entre *caregiving*, *carework* and *professional care*. Dois

²¹ Às dificuldades tradicionais da definição do conceito acrescem, em Portugal, as dificuldades que se prendem com a sua tradução. Na língua portuguesa a palavra que mais se aproxima de *caring* será a de cuidados ou cuidar que, no entanto, não tem um significado totalmente coincidente, pelo que, muitas vezes se traduz também como cuidar humano ou envolvimento humano nos cuidados. Ao longo deste trabalho a tradução pode contemplar qualquer uma destas três possibilidades de tradução.

factores essenciais distinguem os três conceitos: o tipo de relação interpessoal estabelecida com a pessoa de quem se cuida e a formação que o cuidar pressupõe.

O *caregiving*, que podemos definir como o cuidado oferecido, refere-se, essencialmente, aos cuidados prestados nas redes familiares e de amizade, numa base não remunerada. Não existe qualquer tipo de formalismo nestes cuidados, que são praticados livremente sem horários e sem procedimentos estereotipados. Trata-se de um trabalho prestado gratuitamente, mas que pode ser altamente recompensador ao nível pessoal e, igualmente, enfraquecedor e extenuante.

O *carework*, que podemos traduzir como o trabalho pago de cuidar, é definido por Célia Davies como: “atender física, mental e emocionalmente às necessidades dos outros e conferir empenho à nutrição, crescimento e cura desse outro” (1995a, p.18). Traduz um comportamento complexo, associado à disponibilidade perante o outro e à prontidão de resposta quando solicitada. Uma consequência clara é a de que este trabalho não é facilmente traduzível num conjunto de tarefas específicas e identificáveis. Assim sendo, a incerteza é reconhecida como uma das principais componentes do trabalho de cuidar pago, tal como a flexibilidade de resposta. Este conceito é utilizado para referir um conjunto diverso de trabalhos exercidos no sector dos serviços, em particular no sector social e da saúde, e também na chamada economia informal, como por exemplo as empregadas domésticas, as assistentes em lares ou as auxiliares de acção médica. Estes empregos apresentam um conjunto de características comuns: são maioritariamente femininos, existem fora do contexto de qualquer formação institucionalizada e possuem um baixo estatuto e fraca remuneração.

O *professional care*, traduzido como o cuidado profissional, é explicitado pela autora como sendo: “uma forma de trabalho de cuidar público que é desenvolvido pelos que tiveram oportunidade de usufruir de formação sistemática e formal” (1995a, p. 20). A análise dos cuidados desempenhados neste contexto revela três questões importantes. A primeira, refere-se à constatação de que nem todos os cuidados podem ser classificados como tendo resultado apenas do conhecimento formal adquirido através da literatura, mas antes da sua intersecção com a compreensão do contexto e das circunstâncias que envolvem o paciente. A segunda, sublinha a existência de um empenhamento emocional com os pacientes. É a estreita ligação que se estabelece com o paciente que permite a avaliação da situação e o ajustamento do plano de cuidados. Finalmente, a terceira questão, refere-se à impossibilidade de existirem marcações rígidas de tarefas e de trabalho, quando o que está em causa é a atenção às necessidades dos outros e a definição de formas apropriadas para ir ao encontro dessas necessidades. O cuidar profissional é assegurado por diversos grupos profissionais, cujo trabalho se materializa nos serviços que constituem a esfera formal ou pública dos cuidados, quer esta se identifique com o Estado, quer com o sector lucrativo, mas é sempre na enfermagem que o conceito ganha maior expressão.

Enfermagem e cuidados possuem, assim, uma ligação de tal forma inextricável que passam a ser utilizados quase como sinónimos (Mackintosh, 2000). Esta forte associação é destacada por autores como Benner e Wrubel (1989), que definem os cuidados como centrais para as práticas efectivas da enfermagem, e Leininger (1984), que os descreve como sendo a essência e o domínio unificador que caracteriza a enfermagem. Noémia Lopes dá conta desta ligação quando refere:

(...) a noção de cuidar constitui o operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem e da sua diferenciação relativamente às práticas profissionais de outros grupos. Foi em torno desta que a enfermagem desenvolveu a sua emergência como grupo sócio-profissional. Porém, ao longo do seu percurso histórico os sentidos produzidos através da noção de cuidar têm sido diferenciados (Lopes, 2001, p.58).

O que pretendemos com esta secção do capítulo é, precisamente, analisar as diferentes fases de profissionalização assumidas pelo grupo ocupacional da enfermagem. Mas, a natureza deste profissionalismo é entretecida por reivindicações de que os cuidados constituem a base da sua natureza distintiva (Hugman et al., 1997). A natureza do cuidar é utilizada não só para definir a profissão, mas, também, para definir as fronteiras em relação às restantes, especificamente em função da histórica relação de conflito com a profissão dos médicos (Cash, 1997; MacIntosh & Dingwall, 1978).

Tendo este conjunto de questões em mente, procuramos, em seguida, analisar de forma mais detalhada os diferentes momentos do processo de profissionalização, reflectindo, simultaneamente, sobre as diferentes concepções do conceito de cuidar dominantes em cada uma.

Com base nas periodizações propostas por Aant Elzinga (1990) e Mick Carpenter (1993), que referimos anteriormente, definimos três períodos distintos no processo de profissionalização da enfermagem – a fase de submissão, a fase da tecnicização e cienticismo e, finalmente, a fase da “nova enfermagem”.

A nossa não assunção, na íntegra, da categorização proposta por Elzinga (1990) fica essencialmente a dever-se ao facto de não concordarmos com a definição de semi-profissão assumida por esta autora para a enfermagem. Na realidade, como tivemos oportunidade de expor aquando da discussão teórica sobre os processos de profissionalização, no âmbito da sociologia das profissões, acreditamos que este conceito denota algumas pré-noções identificadas com o género (Witz, 1992). Por outro lado, ao assumirmos o projecto de profissionalização como um processo em construção, que integra definições que se confrontam quotidianamente na arena política das organizações de saúde, assumimos, ao mesmo tempo, que esse projecto nunca pode apresentar um carácter definitivo, não sendo por isso possível encontrar um ponto de entendimento da profissionalização como um dado adquirido.

No entanto, os dois autores citados definem uma história da profissionalização da enfermagem bastante semelhante, focalizando momentos importantes na construção da identidade profissional que resultam da interacção com outros factores, tais como: a relação com o grupo dominante dos médicos, as mudanças no sistema de saúde, nos cuidados hospitalares, nas concepções dominantes de saúde, de doença e dos pacientes e os valores mais globais que dominam a sociedade ou que são característicos de algumas classes sociais.

Neste sentido, embora tenhamos optado por seguir as etapas mais próximas das definidas por Mick Carpenter (1993), elas não pretendem estruturar-se em torno de períodos temporais, demasiado delimitados. Antes, as referências temporais são apenas indicativas da forma como estas mudanças exteriores foram determinando uma estruturação específica da profissão.

Não é nossa intenção, nem tão pouco, no estado actual da questão, nos parece teoricamente possível identificar o início e o *terminus* de cada etapa, como se de uma jornada competitiva se tratasse. Não é possível identificar uma data precisa que determine o ponto de partida de determinados acontecimentos que estruturaram o campo de mudança nas concepções dominantes de cuidar e nas ideologias profissionais que lhe surgem associadas. Tal como não é possível definir a linha da meta que assinala a finalização de cada etapa e o início de uma nova. Além disso, estas etapas surgem reproduzidas em diferentes momentos e em diferentes contextos, com diferenças visíveis entre os diferentes contextos nacionais e até regionais.

Utilizando a mesma metáfora desportiva, podemos afirmar que a passagem de testemunho nunca é definitivamente concretizada, o que significa que as ideologias surgidas num dado contexto se estendem e articulam com as que emergem de novo. Nesta perspectiva, é possível formular a hipótese de que actualmente, quer em termos da própria literatura no campo, quer nas concepções dos actores, se detectam contornos de diferentes ideologias que, por imperativos de análise conceptual, definimos como resultado de diferentes períodos do processo de profissionalização.

3.3.2 A Fase de Submissão da Enfermagem

O primeiro período identificado no processo de profissionalização da enfermagem caracteriza a época que medeia entre a segunda metade do século XIX e a Iª Guerra Mundial, e cuja figura principal é, sem dúvida, Florence Nightingale. Os traços mais marcantes do processo, neste período, caracterizam-se pela subordinação da profissão face à profissão dominante dos médicos, mas envolve uma tentativa de criar uma atmosfera de autonomia da estrutura de enfermagem dentro do hospital.

A emergência da enfermagem no Séc. XIX não resulta, no entanto, apenas das tentativas de reforma de Nightingale. O que permite que estas tenham sucesso, por oposição a outras anteriores, é, precisamente, o estádio de evolução da medicina. Para McIntosh e Dingwall (1978) verifica-se,

nesta altura, uma alteração na relação entre médicos e pacientes, baseando-se a acção do médico na resposta directa aos sinais e sintomas do paciente, o que determinou a exigência de novas formas de observação contínua e detalhada da evolução da doença. Estas actividades passaram a ser menos atractivas para os médicos, dada a inexistência de inovação e o aparente desperdício de competências adquiridas em tarefas rotineiras, abrindo-se, assim, lugar à delegação (MacIntosh & Dingwall, 1978).

Por outro lado, a evolução demográfica tinha determinado a existência de um grupo numeroso de mulheres de classe média solteiras²². Estas possuíam a educação necessária e poucas alternativas de ocupação e, acima de tudo, a sua condição de mulheres não representaria qualquer tipo de ameaça ao papel de subordinação que se pretendia que a nova ocupação possuísse na divisão médica do trabalho. Apesar disso, faltava-lhes legitimação cultural (Faugier, 2004). Era necessária alguma mudança para permitir que, na Inglaterra Vitoriana, as mulheres desempenhassem estas funções sem que fosse colocada em causa a sua virtude. Esta legitimação é conseguida através da ideologia da vocação, que expressa um chamamento quasi-espiritual. É através do estabelecimento desta ligação entre o trabalho e a religiosidade vitoriana que se assegura a respeitabilidade da ocupação (Williams, 1978), ligação essa permitida pela associação histórica entre a enfermagem e a vocação religiosa de servir os outros e que constitui uma característica comum às confissões católicas e protestantes na Europa (Dent, 2002). Convém sublinhar, porém, que a génese da participação masculina na profissão está igualmente ancorada (pelo menos no caso do Reino Unido) a movimentos religiosos monásticos (Machintosh, 1997).

A emergência da enfermagem preconiza, assim, uma alteração no papel da mulher na sociedade, sobretudo na classe média, que se transforma numa “nova mulher trabalhadora” (Phillips, 1992), mas sem alterar, todavia, a estereotipia da feminilidade. Tal é possível porque a incorporação das mulheres nesta profissão obedece aos requisitos da imagem então socialmente aceite da classe média, uma vez que a “noção decorativa de passividade e de devoção aos outros” se mantém inalterada (Escobar, 2004, p. 41).

Esta primeira fase passa, neste contexto, a ser dominada pela ideologia da vocação. Partia-se do princípio que o profissional de enfermagem já nascia com as características necessárias para o desempenho da profissão e, assim sendo, o que se valorizava no recrutamento eram essencialmente as qualidades do seu carácter e não as suas competências técnico-científicas. Os

²² Vários autores têm chamado a atenção para a importância da relação dialéctica entre as desigualdades de classe e as relações patriarcais na construção historicamente variável do estereótipo da feminilidade. Um exemplo deste tipo de estudos é o trabalho de Anne Phillips (1992), “Classing the women and gendering the class” in McDowell & Pringle (ed.) *Defining Women, Social Institutions and Gender Divisions*. Cambridge: Polity Press and Open University, pp. 93-106.

atributos associados ao género tornam-se, então, fundamentais para definir o que constituía um ‘bom enfermeiro’.

Assim a enfermagem passa a constituir-se como uma vocação feminina para a qual as principais qualidades eram um carácter elevado (‘decência’), e uma vontade de desempenhar tarefas manuais necessárias ao bem-estar do paciente, e prontidão em oferecer obediência inquestionável aos médicos, actuando como um contraponto feminino subordinado mas necessário (Carpenter, 1993, p. 118).

A relação entre enfermeiros e médicos traduzia a mesma condição estrutural e moral do domínio masculino (Cash, 1997). Os médicos detinham o monopólio do conhecimento relativo à doença e ao seu tratamento, e o trabalho da enfermagem era apenas entendido como estando ao serviço desse conhecimento. A ideologia da vocação constituía, igualmente, uma forma de legitimar as tarefas desempenhadas por estas mulheres, as quais envolviam actos de cuidar (por vezes repugnantes) normalmente desempenhados de forma independente e em privacidade, que simbolicamente traduzem características da idade adulta (Williams, 1978). O desempenho destas tarefas por parte dos enfermeiros traduz a consagração do espírito de sacrifício inerente à dedicação exigida pela profissão. O seu trabalho é, assim, configurado com base em noções de humanitarismo.

Nesta fase, que alguns autores designam por pré-profissional, uma vez que é anterior à formalização da formação (Bento, 1997; Collière, 1999), a construção do significado do conceito de cuidar faz-se por referência a duas conotações distintas. A primeira, traduz uma construção do significado do conceito por referência aos cuidados tradicionais efectuados na esfera doméstica; a segunda, sustenta-se na analogia ao modelo religioso (Bento, 1997). Neste contexto, podemos concluir que, no período que designamos de submissão, o cuidar incorpora, como referências centrais, a missão humanitária de apoio moral e conforto dos que sofrem e a função técnica de auxiliar do médico na execução das suas prescrições (Lopes, 2001, p.58).

Além do que temos vindo a analisar, importa também sublinhar que, no final do Séc. XIX, o trabalho técnico, baseado no conceito de assepsia, permite a expansão do sistema hospitalar. A esta complexificação técnica vem, então, juntar-se o aumento da burocratização organizacional, que também traz consigo um acréscimo de complexificação administrativa, ambas produzindo alterações substanciais na matriz religiosa da enfermagem.

Este momento constitui um marco fundamental para a evolução da enfermagem enquanto profissão, já que permite a substituição das religiosas por pessoal laico nos serviços hospitalares (Dent, 2002). Collière (1999) realça, de igual forma, a importância da dessacralização do poder político e a separação da igreja do Estado, que suscitam o que a autora designa como a passagem da mulher consagrada à mulher enfermeira. É, igualmente, um momento marcante na história da

participação masculina na profissão, uma vez que ao criar-se um modelo de enfermagem não-religiosa, “(...) não se deixa espaço à participação masculina na enfermagem nos hospitais do sector geral ou voluntário” (Mackintosh, 1997, p. 233). Porém, os homens continuaram a participar nesta enfermagem reformulada, mas praticamente apenas concentrados no sector privado.

A globalidade deste período é dominada pela existência de um sistema baseado nas relações familiares, que, simultaneamente, implicava a submissão médica dos profissionais de enfermagem e dos próprios pacientes. A imagem do médico associava-se à imagem do pai, detentor do poder e a quem competia tomar as decisões. Do enfermeiro, tal como da mãe, esperava-se que fosse compreensivo e cuidador; finalmente, ao paciente correspondia a figura do filho complacente (Carpenter, 1993). Desta forma, a divisão social de papéis, que caracterizava o tipo dominante de organização da sociedade, espelhava-se na divisão do trabalho nas organizações de saúde. Esta divisão acaba por ter reflexos também ao nível da enfermagem e, em particular, ao nível da organização do trabalho dos enfermeiros, que se expressava numa estrutura burocrática hierárquica e rígida com a *matron* a ocupar a posição de topo. As tarefas não eram estruturadas em redor das necessidades individuais do paciente, mas antes das necessidades dos serviços (Witz, 1992).

Para Elizabeth Herdman, esta primeira fase de profissionalização da enfermagem imprimiu uma identidade negativa à profissão, impugnando o carácter da classe trabalhadora das mulheres que prestavam cuidados. “A enfermagem foi transformada numa ocupação de classe média respeitável através de uma estratégia de negação e exclusão” (Herdman, 2001, p. 6).

A noção de cuidados centrados no ambiente, que alguns autores definem como existindo apenas na fase de profissionalização, identificada com a formalização da formação (Bento, 1997), parece, na nossa perspectiva, poder ser incorporada nesta fase de submissão que temos vindo a descrever.

Na realidade, a definição de “cuidados centrados no ambiente” apresenta uma concepção de cuidar confinada ao controlo do meio ambiente do paciente, no qual as funções da enfermagem, desempenhadas quase exclusivamente no contexto das instituições hospitalares, estavam completamente dependentes da prática médica. Tal concepção não nos parece estar muito longe dos princípios institucionais e educativos que nortearam a formação inicial na enfermagem, essencialmente desenvolvida no contexto das instituições hospitalares sob o controlo dos médicos e, por isso mesmo, em exterioridade em relação a qualquer sistema educativo formal.

3.3.3 A fase do Cientismo e Tecnicismo

Depois da Primeira Guerra Mundial volta a ser uma mulher a assumir um papel fundamental na enfermagem, desta feita Ethel Fenwick (activista do Conselho Internacional de Mulheres e fundadora do Conselho Internacional de Enfermeiros), cujas actividades desencadeiam o surgimento da segunda fase do processo de profissionalização. Esta caracteriza-se, agora, pelas tentativas em instituir uma profissão, cuja principal linha de actuação se identifica com os cuidados. Perante a ascensão da medicina, procura-se promover uma enfermagem complementar, mas, ainda assim, subordinada à profissão dos médicos.

O movimento que se foi gerando não tinha, na realidade, qualquer intenção de questionar a superioridade da medicina e a submissão da enfermagem (Carpenter, 1993). A intenção de Fenwick foi a de criar um sistema de formação universalmente transferível, o que constitui, segundo Dingwall, Rafferty & Webster (1988), uma tentativa para transformar as competências da enfermagem em “mercadorias comercializáveis”. Esta tentativa queda-se, no entanto, pela Grã-bretanha, onde, em 1919, o Estado aprova o “*Nursing Registration Act*” (NRA), que torna o registo das enfermeiras obrigatório mediante o cumprimento da formação, sendo, porém, vedado aos homens. O NRA constituiu o primeiro passo para que a enfermagem se tornasse numa profissão organizada e controlada pelos próprios enfermeiros, agindo neste campo de forma independente em relação à autoridade exercida pelas administrações dos hospitais.

Para além da liderança ideológica de Fenwick, alguns factores externos contribuíram, também, para o sucesso desta primeira tentativa de profissionalização. Entre estes, cabe destacar a intenção de recompensar as mulheres pelo seu esforço durante a guerra, assim como a tentativa de instituir um serviço nacional de saúde que exigia uma forte aposta na ‘racionalização’ do trabalho da enfermagem (Dingwall, Rafferty & Webster, 1988). Por outro lado, assiste-se, nesta altura, a um forte desenvolvimento das ciências sociais que permitem à enfermagem utilizar o conhecimento gerado noutras disciplinas para o seu desenvolvimento enquanto profissão (Rutty, 1998). Este passo, embora importante, não se demonstrou capaz de criar uma profissão ‘homogénea’, persistindo uma divisão social dentro do grupo da enfermagem. Na realidade, o que se verificou no Reino Unido foi uma autêntica graduação dos diferentes tipos de enfermeiros. Ainda hoje subsistem dois grupos claramente distintos. Um constituído por uma elite altamente especializada e certificada por uma formação mais longa (conhecidas como as RNs), o outro integrado por elementos submetidos a uma formação mais curta, de índole mais prática, com apenas seis meses de duração, menos remunerados e com o estatuto de assistentes de enfermagem (conhecidos como NVQs) (Halford et al., 1997).

Inicialmente, o acesso dos homens à formação em enfermagem era bastante restrito. No entanto, mudanças nas condições sociais e económicas mais gerais permitem que a situação se

altere. Desde os anos 20 que se começa a verificar alguma escassez de enfermeiras, em parte devido ao surgimento de empregos alternativos para as mulheres. Em simultâneo, ocorre a expansão do sistema hospitalar que determinou a entrada de mais homens para profissão, tendo uma pequena parte assumido posições de topo (Mackintosh, 1997). Na perspectiva de Carpenter (1978), esta situação é potenciada, nos finais da década de 1960 e início da década de 1970, pelo relatório Salmon. O espírito *managerialista* presente neste documento potenciou a ascensão dos homens cujos traços ou características se aproximavam do desejado:

(...) estavam mais horas no serviço, trabalhavam a tempo inteiro (...), procuravam escapar aos salários baixos, sentiam-se, provavelmente marginalizados nas áreas clínicas e, possivelmente, o mais significativo é que possuíam uma maior mobilidade geográfica do que as suas competidoras femininas (Carpenter, 1978, p.180).

Carpenter (1978) conclui, assim, que esta primeira fase do *managerialismo* afectou a masculinização da estrutura de autoridade da enfermagem, conduzindo à emergência de um novo grupo de líderes que o autor apelida de *managerialistas*.

Após a Segunda Guerra Mundial, a entrada de mais homens para a profissão é reforçada por medidas governamentais que promoviam uma formação curta para ex-militares, tendo, igualmente, sido tomadas algumas iniciativas de recrutamento, explicitamente dirigidas aos homens, que produziram um aumento exponencial do número de elementos masculinos na profissão (Mackintosh, 1997). Estes profissionais enfrentaram, no entanto, algumas dificuldades, decorrentes, em grande parte, da associação da enfermagem à feminilidade, por um lado e, por outro, do facto de serem muitas vezes elementos solitários, em locais de trabalho maioritariamente femininos, o que provocava, muitas vezes, a formação de representações sociais de que não eram “verdadeiros homens”.

Nesta fase, de cientismo e tecnicismo, a concepção de cuidados dominante é a que Conceição Bento (1997) designa por cuidados centrados na doença. Esta concepção toma corpo com a necessidade de delegação de funções por parte dos médicos, em resultado dos desenvolvimentos verificados na medicina e da consequente diversificação das suas acções. Trata-se de um período caracterizado pelo domínio do modelo biomédico em que os cuidados adquirem sentido a partir das prescrições médicas ditadas pelos imperativos da doença. O cuidar é significado a partir do tratar, valorizando-se as actividades físicas e técnicas que se transformam em rotinas (Queirós, Silva & Santos, 2000). A este propósito Lisete Ribeiro (1995) refere que:

Na prática concreta dos enfermeiros, o modelo bio-médico consiste numa atenção ao órgão doente e no cumprimento das prescrições médicas (de diagnóstico ou tratamento). Esta prática marca o atendimento do utente de forma estandardizada, quer no tempo

(manhã, tarde, noite), quer em relação ao diagnóstico de que é portador (...) (Ribeiro, 1995, p. 26).

As críticas formuladas em relação à concepção de cuidar, dominante no período que estamos a analisar, radicam na ênfase exagerada que é colocada nas actividades técnicas e, subsequentemente, na secundarização das relações interpessoais. A estas críticas vêm juntar-se os desenvolvimentos teóricos das ciências sociais, particularmente da psicologia, da psicanálise e da própria sociologia, que insistem mais no factor humano e psico-social, assim como um clima social específico que procura ultrapassar as consequências sociais da crise económica dos anos 1930 e do pós-guerra. Mas, a ênfase nas actividades técnicas decorre, em simultâneo, com a evolução tecnológica e o próprio processo de profissionalização. A este propósito Elzinga argumenta que:

A industrialização do processo de produção de conhecimento também se fez sentir na enfermagem e também nas actividades práticas de enfermeiros e de outros grupos profissionais, e na sua ideologia. Os enfermeiros mudaram para a sua auto-concepção profissional e as suas tarefas passam a incluir intervenções altamente especializadas utilizando a tecnologia médica mais avançada (Elzinga, 1990, p. 155).

Como temos vindo a sustentar, o processo de profissionalização da enfermagem seguiu de perto o dos médicos (Witz, 1992), observando-se, igualmente, esta proximidade ao nível da divisão e especialização do trabalho. As especializações criadas na enfermagem emergiram numa grande proximidade em relação às que anteriormente haviam sido criadas para os médicos (enfermagem médico-cirúrgica, saúde materna e obstetrícia, saúde mental e psiquiatria, saúde infantil e pediatria²³). Este modelo de especialização provocou, tal como havia acontecido com o trabalho da medicina, uma fragmentação do trabalho dos enfermeiros. A redução do trabalho de enfermagem a uma constelação de tarefas fragmentadas, não sendo estranho a este processo o modo taylorista de organização do trabalho, teve consequências estruturantes na continuidade da prestação de cuidados e no relacionamento estabelecido com os doentes. A avaliação do trabalho, de acordo com tarefas facilmente traduzidas em sistemas de informação, redefiniu os cuidados como a soma das diferentes tarefas (Hart, 1991). À medida que o trabalho foi sendo crescentemente organizado de forma fragmentada, abriram-se também espaços para que outros profissionais se apropriassem de muito do trabalho técnico decorrente dos cuidados (Davies, 1995b; Glouberman, 2002; Glouberman & Mintzberg, 2001). A fragmentação e especialização dos cuidados traduziram-se, assim, no esvaziamento do carácter específico da profissão. Tornou-se desta forma difícil, para alguns profissionais, identificar o que era particular da sua profissão e articular a aprendizagem

²³ A única especialização que escapa a esta lógica parece-nos ser a enfermagem comunitária.

académica e as práticas concretas no local de trabalho, o que se consubstancia na emergência de um tipo de conflito escola-trabalho.

É este conjunto de dificuldades e críticas que vão contribuir, de forma determinante, para a alteração do significado do conceito de cuidar na terceira fase de profissionalização.

3.3.4 O Movimento da “Nova Enfermagem”

O terceiro momento é conhecido como a “nova enfermagem”, movimento que, ao longo da década de 1970, foi tomando corpo nos departamentos de enfermagem das universidades anglo-saxónicas, inicialmente nos EUA, e só depois expandindo-se para Inglaterra. Neste período, Virgínia Henderson surge como uma das principais referências na teorização da “nova enfermagem” (Hewison & Stanton, 2002). Além disso, é também a partir dos anos setenta, coincidindo, em termos gerais, com a massificação e diversificação do ensino superior (Scott, 1995), que, nos países que desenvolveram sistemas mais avançados de Estado Providência, as mulheres passam a ter um acesso mais alargado à educação e à cidadania, o que permitiu à enfermagem apoiar a sua profissionalização na educação superior. Este processo traduz uma abordagem semelhante à que ocorreu com a medicina (Witz, 1992).

Para Davina Allen (1998), a emergência da nova enfermagem no contexto americano coincidiu com um grande número de mudanças estruturais na sociedade: expansão da educação terciária; movimento de libertação das mulheres; aumento do conhecimento nas ciências médicas e sociais; desenvolvimento de outras ocupações na saúde; e aumento dos custos na saúde e das expectativas públicas sobre o sector (Allen, 1998). A estes factores, juntou-se, ainda, a insatisfação dos enfermeiros com o seu estatuto e a qualidade dos cuidados. Em Inglaterra a difusão do movimento, a partir de 1973, é activada pela procura de novos métodos para a enfermagem.

O surgimento e a posterior propagação e popularização da “nova enfermagem” é um fenómeno de difícil caracterização, dado o entrecruzamento e articulação de vários factores susceptíveis de contribuir para a sua interpretação. De qualquer forma, este movimento não pode ser dissociado da história da enfermagem, do esforço, construção e procura de legitimação da profissão e da própria história reivindicativa das mulheres pela conquista de direitos no âmbito do Estado Providência. Como afirma Aant Elzinga “Neste contexto pode-se afirmar que a enfermagem pertence a uma ocupação de *welfare* uma vez que cresceu com o desenvolvimento do Estado Providência” (1990, p. 152). O Estado Providência constitui, assim, uma importante fonte de legitimidade da profissão.

A “nova enfermagem” é perspectivada de diferentes formas pelos diferentes autores que se têm interessado pelo tema. Salvage (1990) argumenta que este novo movimento pode ser interpretado como uma ideologia, a qual integra atitudes e ideias que provêm de um determinado

sistema de valores e que se constitui numa base institucional para enformar a prática. Traduzido no processo de profissionalização, o que este movimento procura, no fundo, é substituir o modelo burocrático ocupacional, fortemente estruturado do ponto de vista hierárquico, por um modelo profissional, assente na exigência de certificação das qualificações ao nível da educação superior, tendo em vista o seu estabelecimento como suporte ao exercício da profissão. O modelo profissional é representado como devendo ser legitimado pelo conhecimento científico e técnico, em articulação com uma visão mais humanista do cuidar, de cariz mais ideológica, que tenta romper as fronteiras em que a visão biomédica encerrou a enfermagem. Porém, esta ruptura parece significar, também, uma tentativa de recuperação e de reformulação dessa visão mais humanística, desenvolvida numa fase inicial da profissionalização, e que, de alguma forma, tinha sido negligenciada com a ‘tecnicização’ da enfermagem verificada na fase anterior (Elzinga, 1990).

Na verdade, pela primeira vez, a “nova enfermagem” emerge como um instrumento de negociação da tradicional subordinação da profissão em relação à medicina, o que também parece derivar de um enfraquecimento do modelo médico dominante e da influência de um conjunto de movimentos sociais bastante activos na década de 1960, em especial o sindicalismo e o “feminismo liberal”. A argumentação de Mick Carpenter ilustra bem este significado da “nova enfermagem” que envolveria:

(...) uma tentativa de afastar as enfermeiras de uma ideologia dominante do passado que impunha às enfermeiras, enquanto mulheres uma ‘obrigação de cuidar’, para uma situação em que ainda servem os outros mas sem serem subservientes (Carpenter, 1993, p. 123).

Este movimento procura, assim, criar um campo científico próprio à enfermagem, que deveria permitir, em simultâneo, um afastamento do modelo médico dominante e contribuir para a redefinição da enfermagem como trabalho intelectual, e não manual, por forma a servir de matriz aos ‘atributos’ de profissional. Esta tentativa de reforma reflecte as mudanças operadas ao nível da educação e da formação em enfermagem, que procuraram afastar-se de uma concepção do profissional ligada aos ‘cuidados de cabeceira’ para se centrar, muito mais, na base científica do conhecimento que sustenta a prática profissional (Dent, 2005).

No contexto da “nova enfermagem”, o significado dominante de cuidar traduz uma proposta de cuidar centrado na pessoa (Bento, 1997). Mas, trata-se, contudo, de uma assumpção de cuidar bastante mais abrangente, tendo em vista as pretensões do conceito: o paciente passa a ser representado nas suas vertentes bio-psico-sócio-cultural-espiritual, o que, em termos de prática profissional, se traduz num alargamento do campo de competências, que rompe, também, com o paradigma da execução da prescrição.

Esta perspectiva comporta o conceito de holismo, que surge como suporte ao reforço da posição dos enfermeiros enquanto prestadores e coordenadores de cuidados, assim como salienta o

papel dos profissionais como pessoas chave na integração dos cuidados dos pacientes (Ribeiro, 1995). Parece, então, estar-se face a uma estratégia de autonomia da profissão, que se baseia na tentativa de separar o cuidar e a cura e em reivindicações apoiadas na forma específica e particular dos enfermeiros lidarem com a pessoa como um todo.

São várias as consequências identificadas que decorrem da adopção deste modelo pela enfermagem (Colliére, 1999). Antes de mais, assiste-se a uma clara introdução de novos saberes na formação destes profissionais, em particular os saberes ligados às ciências sociais. Depois, verifica-se, simultaneamente, uma revalorização das actividades de manutenção da vida e da relação entre o enfermeiro e o paciente, desta resultando a procura da diferenciação da enfermagem em relação à medicina com a tentativa de edificar áreas de intervenção específica. Este caminho para a autonomia é, ainda, reforçado pela introdução e divulgação de novos instrumentos e de novas formas de organização do trabalho. Surgem, então, os planos de cuidados e, simultaneamente, rejeita-se a concepção do trabalho estruturado com base nas tarefas e rotinas e elege-se o planeamento como suporte à prestação de cuidados individualizados.

A “nova enfermagem”, perspectivada enquanto processo, passou rapidamente da teoria para a prática. Contudo, apesar de poder expressar um excelente ideal, não é praticável no contexto das organizações actuais, uma vez que os enfermeiros percebem estes processos como demasiados burocráticos, ocupando um tempo desproporcional que é necessário para os cuidados (Allen, 2000; Hewison & Stanton, 2002; Wiggins, 1997).

As consequências deste movimento fazem-se sentir, também, ao nível da organização do trabalho da enfermagem. É incentivada, pelo menos em teoria, a participação dos pacientes nos actos de cuidar que lhes dizem respeito. Procura-se organizar os cuidados numa base personalizada entre paciente-enfermeiro. A individualização dos cuidados, que substitui a organização do trabalho de enfermagem com base nas tarefas, torna-se uma componente fundamental da “nova enfermagem”.

Esta fase é ainda caracterizada pela introdução do conhecimento processual na enfermagem, isto é, o conhecimento que salienta a importância dos procedimentos científicos para produzir conhecimento: “Os métodos quantitativos foram aplicados para prever resultados, em oposição à subjectividade da enfermagem e às ideologias contemplativas e narrativas que constituíam parte integrante das análises descritivas” (Rutty, 1998, p. 246).

A necessidade de uma maior autonomia da profissão, através da institucionalização dos cuidados personalizados, é apresentada como benéfica essencialmente para os próprios pacientes, que passam a dispor de um profissional nos serviços de saúde que se responsabiliza pela sua ‘protecção’ (Carpenter, 1993). A emergência da assumpção do profissional de enfermagem como ‘advogado’ do paciente, isto é, como o profissional a quem compete, no interior da estrutura das

instituições hospitalares, defender os interesses particulares dos pacientes, apoia-se largamente nesse tipo de relação individualizada enfermeiro-paciente.

Em simultâneo com este estreitamento da relação focada no paciente, assiste-se a uma redefinição do significado partilhado pelos enfermeiros sobre o conceito de cuidar, resultante, em grande medida, das alterações nas concepções socialmente dominantes de saúde, que deixam de se centrar exclusivamente na doença. Com esta alteração, a noção de cuidados foi expandida e passa a abranger o tecido social e económico da vida quotidiana, afastando-se de uma noção de cuidar exclusivamente centrada na pessoa e deslocando-se para outra noção que tem agora o grupo como alvo de intervenção. Inaugura-se, assim, uma nova fase dos cuidados centrados na abertura ao mundo (Bento, 1997).

Nesta fase, o significado social do cuidar abrange a prevenção da doença, a promoção da saúde e os cuidados curativos e de reabilitação. Ou seja, os cuidados organizam-se não só em torno da manutenção e continuidade da vida, mas, também, em torno da necessidade de reparar o que se identifica como obstáculos à vida. Este fenómeno surge claramente com um sentido descentralizador e, tanto quanto possível, assente na possibilidade de promover o auto-cuidado (Elzinga, 1990).

Uma consequência notória desta mudança é a alteração induzida na estruturação do campo dos cuidados, com a possibilidade dos cuidados hospitalares perderem a centralidade que sempre ocuparam no processo de construção da enfermagem enquanto profissão. Porém, do que se analisou até ao momento, é possível extrair a hipótese de que é a partir das relações que se estabelecem na organização hospitalar, entre os enfermeiros e os médicos, que se estrutura a divisão social do trabalho na saúde, projectando-se depois para o sistema, para os profissionais e para os próprios processos de construção da identidade profissional. Basicamente, esta divisão do trabalho confere aos enfermeiros a responsabilidade pelo funcionamento diário da enfermagem e dos cuidados de enfermagem, e aos médicos as actividades da cura e tratamento (Elzinga, 1990).

A evolução nas concepções dominantes dos cuidados, que atrás tivemos oportunidade de explicitar, permite atestar o carácter social e histórico que o conceito tem vindo a assumir enquanto instrumento ideológico, desempenhando uma função essencial tanto no controlo dos receptores de cuidados como na legitimação do poder profissional (McBeath & Webb, 1997). A análise das etapas do processo de profissionalização da enfermagem permite-nos concluir pela importância central que o conceito de cuidar ocupa no projecto profissional deste grupo.

Com efeito, se inicialmente a atribuição da enfermagem às mulheres decorria da extensão dos papéis de cuidar por estas desempenhados na esfera doméstica, posteriormente é com base neste conceito que os enfermeiros procuram edificar a profissão, sustentando, neste predicado, a sua diferenciação em relação à profissão dos médicos. Esta diferenciação deveria reflectir-se no

alargamento da sua autonomia profissional, assente na noção de imprescindibilidade do conhecimento científico e da formação para o reconhecimento social, inter-profissional e político da profissão, em suma, o reconhecimento da sua completa institucionalização na sociedade.

Enunciados os principais momentos no processo de profissionalização da enfermagem, e explicitadas as estratégias que cada um comporta, cabe agora questionar se este processo foi ou não capaz de atingir os objectivos que se propunha. Ou dito de outra forma, terão estes movimentos conseguido mudar a posição dos enfermeiros no sistema de saúde? Terão, de alguma forma, perturbado as concepções dominantes da enfermagem enquanto profissão?

Não existe, como seria de esperar, uma única resposta para estas questões, uma vez que não foi possível, até ao momento, reunir o consenso necessário entre os diferentes autores quanto à possibilidade da enfermagem ter conseguido, através deste processo de profissionalização, tornar-se numa profissão autónoma. Se para Abel-Smith (1960) esta luta foi bem sucedida, fazendo até parte do processo de emancipação da mulher, análises mais recentes (Davies, 1980; Witz, 1992) consideram que o sucesso desta profissionalização foi, quando muito, apenas parcial, se se atender à contínua persistência do controlo médico sobre aspectos fundamentais da enfermagem. Mick Carpenter (1993) mostra-se optimista quanto ao facto da história da enfermagem, em Inglaterra, se traduzir na diminuição da subordinação deste grupo face ao grupo dominante dos médicos. Chama a atenção, no entanto, para as alterações operadas a partir da década de oitenta. Segundo as suas palavras:

(...) a crise do Estado Providência e o crescente poder do *New Right* nos anos 80 está a conduzir a tentativas de impor soluções neo-liberais para esta crise, que se forem implementadas com sucesso tenderão a aumentar, em vez de diminuir, padrões de dominação e de subordinação no sector da saúde (Carpenter, 1993, p. 116).

O que, em certa medida, este autor pretende significar com a sua argumentação é que, apesar de não existirem consensos quanto aos resultados do projecto de profissionalização da enfermagem, observam-se, em contrapartida, conquistas visíveis em termos do estatuto deste grupo ocupacional, conquistas essas que podem ser postas em causa pelas medidas propostas no contexto da NGP, tal como as explicitámos quando nos referimos anteriormente à sua influência sobre os profissionais em geral. Tanto mais que a enfermagem, apresentando-se como uma ocupação de *welfare*, perde, com a quebra de consensos em redor do Estado Providência, uma importante fonte da sua legitimidade. Na verdade, parte da discussão referente ao sucesso deste processo de profissionalização radica na capacidade de fundamentar a formação e a 'cientificidade' da enfermagem no conceito de cuidar, tal como é entendida no 'ambiente' do Estado Providência.

3.4 Cuidados de Enfermagem – Entre a Ciência e a Ideologia

Se o conceito de cuidar se traduz no principal operador ideológico em torno do qual se constrói a profissão, é compreensível que a enfermagem lhe tenha reservado um lugar central no seu meta-paradigma do conhecimento e nas suas práticas (Watson & Smith, 2002). Ou, dito de outra forma, é com base neste conceito que se procura erigir a especificidade da actuação deste grupo na divisão social do trabalho, assim como construir o paradigma científico que justifica a exclusividade da execução destas funções por profissionais credenciados. A credenciação dos saberes (Carapinheiro, 1998) de cuidar representa o caminho escolhido para a autonomia em relação aos médicos e para a consolidação deste grupo ocupacional como profissão.

Com efeito, neste contexto, a credenciação das funções ligadas ao cuidar implica a validação e legitimação deste tipo de conhecimento, dando-lhe um carácter de cientificidade. Esta categorização científica assume duas importantes funções. Por um lado, permite estabelecer uma demarcação em relação a uma fase anterior em que o conhecimento era tácito, não formalizado e transmitido por tradição. Por outro, permite distinguir o grupo ocupacional dos que lhe estão próximos na esfera da mesma área (Elzinga, 1990). É, neste contexto, que pode ser compreendida a insistência sobre a imprescindibilidade sentida pelos enfermeiros de elevar o cuidar à categoria de conhecimento científico, tendo em vista o sucesso do processo de profissionalização. Como argumenta Elzinga:

No caso dos enfermeiros o conceito de cuidar é frequentemente evocado por forma a identificar algo único da sua área, algo que tem a sua génese nas noções anteriores de chamamento, que está a ser transposto por noções de conhecimento especializado e pela sua ligação independente à ciência. O que significa que os discursos de legitimação tanto para a ciência da enfermagem como para a profissionalização assumem facilmente um tom ideológico (Elzinga, 1990, p. 163).

Na verdade, não existem consensos estabelecidos entre os teóricos quanto à possibilidade de tradução dos cuidados em conhecimento (Paley, 2001). Esta dificuldade resulta, para Watson e Smith (2002), do facto do conceito ter uma natureza essencialmente ética e de esta não ser redutível à epistemologia. Como afirmam os autores: “De facto, o conhecimento dos cuidados é, como a maioria das ideias importantes na história da humanidade que sustentam e definem a nossa natureza humana, inefável, difícil de apreender e incompreensível” (Watson & Smith, 2002, p. 455).

A este respeito, Graham (1983) afirma, ainda, que o conceito escapa entre as redes conceptuais oferecidas pelas disciplinas académicas das ciências sociais. Para esta autora, definir o trabalho com o rótulo de ‘cuidados’, tanto na esfera privada como pública, pode servir apenas para designar um conjunto extremamente diverso de actividades, cujo único denominador comum será o baixo valor económico que lhe está associado. Também Swason (1991) se questiona se os cuidados

não serão apenas um ideal moral somente identificável pelo paciente e sempre dependente do contexto. Em Portugal, Lisete Ribeiro chama a atenção para a necessidade de se clarificar o conceito sob pena de o confundir com uma “atitude filosófica” ou uma “ideologia de umas tantas enfermeiras” (Ribeiro, 1995, p. 37).

Acresce, a esta dificuldade de clarificação do conceito, a própria dificuldade demonstrada pelos cuidadores em definirem o trabalho que fazem, ou antes, como refere Célia Davies (1995a), em traduzir o que vivenciam quotidianamente na linguagem analítica da esfera pública. Observa-se, na realidade, alguma falta de consenso entre os investigadores quanto aos métodos adequados para a análise do conceito (Kyle, 1995; Rodgers, 1989) e, simultaneamente, alguma unanimidade nos estudos empíricos na constatação da existência de diferentes concepções de enfermeiros e pacientes acerca dos cuidados (Hegedus, 1999; Morrison, 1989; von Essen & Sjudén, 2003; Wilkin & Slevin, 2004).

Outros autores formulam a sua crítica de uma forma mais contundente, defendendo que as próprias noções de conhecimento são impregnadas por pré-noções de género e, desta forma, a rota da profissionalização da enfermagem não pode basear-se no trajecto tradicional do projecto masculino de profissionalização dos médicos (Davies, 1995a). Nesta mesma linha, outros sustentam, ainda, a necessidade de se ultrapassar o dogma da enfermagem de que a profissionalização é inevitável e desejável (Herdman, 2001), e até de continuar a conferir aos cuidados um lugar central nas teorias de enfermagem (Mackintosh, 2000).

Na actualidade, a discussão académica nesta área inclui, como um assunto chave, a pertinência da enfermagem continuar a persistir na busca da profissionalização. Celia Davies (1995b) chama a atenção para o facto de se correr o risco de se vir a associar a enfermagem a um grupo altamente qualificado, que se constituiria como um pequeno grupo de elite. Por outro lado, desde os anos de 1980, com a formulação de políticas influenciadas pela NGP, as profissões deixaram de conseguir o apoio incondicional que possuíam anteriormente. Assim sendo, como afirma a autora: “Para os enfermeiros nos anos 90 procurar o profissionalismo, é assim procurar um modelo de práticas que está sob forte ataque” (Davies, 1995b, p. 137). Porém, outros autores argumentam que, em função da desvalorização dos cuidados nas sociedades actuais, os enfermeiros deveriam pugnar por sustentar os cuidados como o foco central e unificador da profissão, pois a necessidade de prestar cuidados humanos tornou-se ainda mais pertinente (Patistea, 1999).

Esta dificuldade em traduzir os cuidados na linguagem da ciência e, por conseguinte em erigir a enfermagem como disciplina académica, legitimando, por esta via, o seu processo de profissionalização, tem conduzido os profissionais de enfermagem a optarem por uma estratégia baseada nas lutas sindicais como forma de melhorar as condições de trabalho, os salários e o próprio estatuto da profissão na sociedade (Elzinga, 1990).

Não obstante estas críticas, nas últimas duas ou três décadas, a ênfase nos cuidados e no conhecimento sobre os cuidados na enfermagem não terminou, tendo antes continuado e até aumentado com a crescente introdução de uma maior multidisciplinaridade (Watson & Smith, 2002). Neste sentido, a discussão em torno do carácter das teorias de enfermagem tem ganho um novo alento.

Alguns autores consideram que é pretensioso apelar os resultados da investigação em enfermagem de teoria, pois estes não passam de asserções filosóficas (Edwards & Liaschenko, 2003). Outros, como por exemplo Don Flaming (2004), consideram mesmo que as teorias da enfermagem só podem ser classificadas como uma ontologia da prática. A tese ontológica deste autor (Flaming, 2004) tem por base dois argumentos: o primeiro é o pressuposto, que o autor refuta, sobre a existência de uma realidade concreta, para além da que é construída pelo indivíduo, que possa ser captada pelo investigador através da análise empírica. O segundo, é a ideia de que se aceitarmos, com base em pressupostos acerca da realidade, que uma dada conceptualização possa ser designada por teoria, passamos a assumir o seu carácter de imutabilidade, carácter esse que os enfermeiros não vivenciam, de facto, na sua experiência prática.

Para Steven Edwards (1999) existem duas razões que justificam a pretensão da enfermagem em se constituir como ciência. A primeira, incide nas questões de estatuto e resulta da sua tentativa de aproximação ao modelo médico. A segunda relaciona-se com a tentativa de encontrar um método consistente para a sua legitimação como ciência (Edwards, 1999). A estas razões acrescentam Winters e Ballou (2004) a possibilidade que essa pretensão traduz de iniciar mudanças sociopolíticas e, conseqüentemente, de aumentar o poder social da profissão.

Voltando à argumentação de Edwards (1999), existem diversos factores que impedem que a enfermagem possa ser considerada uma ciência. O primeiro, tem a ver com o facto da enfermagem, enquanto profissão com formação certificada, ter uma história muito recente, com início apenas no Séc. XIX. O segundo, diz respeito à falta de consenso em relação ao que constituem boas práticas de enfermagem. Finalmente, é também difícil perceber quando termina o trabalho de enfermagem, uma vez que a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, em função da intervenção da enfermagem, é difícil de determinar.

De alguma forma, também o tipo de estatuto científico procurado, com traços marcadamente positivistas, foi decalcado do projecto de profissionalização da medicina, não parecendo a linguagem e os métodos da ciência objectiva e quantitativa os mais adequados para circunscrever a realidade da enfermagem.

É neste âmbito que, na década de 1980, começa a surgir um forte debate em relação à adequabilidade dos métodos quantitativos para definir a enfermagem, e, por conseguinte, os métodos qualitativos começaram a ser utilizados de forma muito mais intensa (Rutty, 1998). Toma

gradualmente forma, contudo, a ideia de que o conhecimento científico, tomado isoladamente, é demasiado limitado e restrito para descrever o fenómeno social da enfermagem e as suas práticas.

A especificidade do conhecimento científico e os obstáculos que coloca ao projecto de profissionalização da enfermagem, conduzem alguns autores a distinguirem entre o conhecimento científico ou empírico e o conhecimento estético, pessoal e ético (Rutty, 1998). Neste sentido, diferentes autores utilizam os termos ciência e arte para se referirem à enfermagem (Watson, 1999). Com a utilização destes termos, procura-se dar conta da dualidade da profissão, enquanto actividade intelectual ligada ao conhecimento e, em simultâneo, enquanto habilidade prática (Darbyshire, 1999; Rutty, 1998; Watson, 1999).

Partindo desta dualidade, Rutty (1998) refere-se à existência de uma crise na enfermagem entre o conhecimento e o desenvolvimento da prática. Os enfermeiros tentam explicar o que fazem, não só por referência às dimensões epistemológicas que os métodos da ciência positivista permitem, mas, também, com base em dimensões ontológicas. Elzinga (1990) refere que o problema da enfermagem se relaciona com a falta de legitimidade social e cognitiva da profissão.

Hillary Graham (1983) foi uma das primeiras autoras a realçar a necessidade de distinguir entre os cuidados enquanto empenhamento emocional e intelectual (amor), e os cuidados enquanto desempenho de tarefas que permitem a manutenção da vida do outro (trabalho). Também Ungerson (1983) se situa no mesmo registo distinguindo entre *caring about* e *caring for*. Estas análises pressupõem que ideias e acções acerca dos cuidados podem ser separadas de forma prática e analítica (Rodgers, 1989).

3.5 Trabalho Emocional – Uma Nova Alternativa Para o Impasse no Cuidar?

As dificuldades que a enfermagem enfrenta para deixar de ser apenas um grupo ocupacional e passar a ser socialmente considerada e reconhecida como profissão decorrem, como vimos, de vários factores, de entre os quais se destacam os entraves que têm surgido perante a tentativa de ‘encaixar’ o conceito de cuidar no discurso da ciência²⁴.

Esta dificuldade decorre, em grande parte, da própria concepção dominante de ciência que se pretende o expoente máximo da racionalidade e da objectividade, pugnando pelo afastamento da emotividade e da subjectividade (Davies, 1995b; Traynor, 1996, 1999). Parte da justificação para esta centralidade radica na sua génese positivista, mas são assumidos aspectos de influências mais gerais, que resultam de um conjunto de ideologias dominantes nas sociedades ocidentais, com a sua génese em quadros mentais tão diversos como a tradição judaico-cristã, a filosofia grega e o paternalismo. Estes quadros desembocam na construção de um mundo dual que coloca de um lado

²⁴ A sua composição maioritariamente feminina, assim como o facto da sua emergência e consolidação como profissão resultar da estreita relação com a profissão dos médicos são, como temos vindo a salientar, dois outros elementos importantes, não sendo nossa intenção estabelecer qualquer tipo de hierarquia entre ambos.

o corpo e do outro o espírito, o objectivo e o subjectivo, o social e o individual, o público e o privado, o masculino e o feminino, a razão e a emoção (Williams & Bendelow, 1996).

O percurso paralelo que racionalidade e masculinidade desenvolveram foi determinante para a esfera pública e, também, para a ciência, desempenhando um papel importante na eleição dos temas objecto de análise e na própria construção da base metodológica que lhes serve de suporte. É em função destes factores que se justifica que os aspectos mais subjectivos, e mais identificados com o campo feminino, tenham sido sistematicamente negligenciados nas análises científicas, incluindo-se, neste âmbito, os cuidados, a afectividade e as emoções.

Os desenvolvimentos mais recentes na ciência parecem procurar reactivar estes aspectos mais esquecidos, assumindo particular relevância o estudo das emoções em contexto organizacional. Traduzir esta dimensão na linguagem científica poderá significar um importante contributo para a tentativa da enfermagem em legitimar a sua profissionalização com base no conhecimento científico. Importa, por isso, atentar, de forma mais particular, aos desenvolvimentos mais recentes desta temática no campo organizacional e, em particular, na saúde.

A hegemonia do pensamento racional e científico determinou que as emoções fossem consideradas destrutivas e impeditivas de se procurar atingir os objectivos de forma eficaz e eficiente, promovendo o seu total afastamento do contexto organizacional. Assim, enquanto expoente máximo da realidade pública, as emoções foram artificialmente afastadas das organizações e, concomitantemente, das análises organizacionais (Albrow, 1992; Davies, 1995b; Parkin, 1993; Putnam & Mumby, 1993; Williams & Bendelow, 1996). Como afirmam Fineman e Sturdy, as diversas teorias desenvolvidas no contexto das organizações consideram os trabalhadores como sendo emocionalmente anoréticos (Fineman & Sturdy, 1999).

Só muito recentemente o tema das emoções, em contexto organizacional, passou a merecer alguma consideração por parte dos investigadores (Ashforth & Humphrey, 1995; Domagalski, 1999; Fineman, 1993a,c, 1996). A última década tornou-se mesmo palco de um crescente interesse por esta área, tendo-se assistido à proliferação de análises sobre as emoções em distintos domínios teóricos. Contudo, é no âmbito dos estudos sobre o comportamento organizacional que ocorreram os maiores desenvolvimentos, ao ponto da gestão das emoções se poder considerar, hoje, um tema popular no contexto da gestão das organizações.²⁵ Parte desta popularidade decorre do facto de se ter conseguido ligar a manipulação dos sentimentos dos trabalhadores à ideia de vantagem

²⁵ A maior expressão desta popularidade encontra-se, provavelmente, no conceito de inteligência emocional criado por Salovey e Mayer (1990) e popularizado por Goleman (1998) que tem dado origem a diversos trabalhos de consultoria na área da gestão, como a “nova receita milagrosa” para os problemas do desempenho organizacional. Stephen Fineman num artigo apresentado na Conferência anual da BAM, em 1999, chama a atenção para o facto desta moda da gestão poder constituir um “perigo” para o campo emergente das emoções em contexto organizacional.

competitiva (Boyd & Bolton, 2003). No entanto, não deixa de ser espantosa a forma como os sentimentos e as emoções passaram tão rapidamente de tema ausente a tema omnipresente em contexto organizacional. Como afirma Sharon Bolton: “(...) é uma perplexidade notar a forma extremamente rápida como a burocracia desapaixonada se transformou na organização emocional (...)” (Bolton, 2000c, p. 155).

Parte desta popularidade decorre de contributos particulares da sociologia e da psicologia social que permitiram alterar as concepções pré-definidas do conceito e realçar a sua componente social (Domagalski, 1999). De facto, as análises sociológicas sobre o tema constituíram um factor fundamental na elevação da sua importância em contexto organizacional, destacando-se, neste campo, os trabalhos de Arlie Hochschild (1983). Esta autora constitui mesmo uma referência incontornável no trabalho emocional, uma vez que é no seu estudo de 1983 que, pela primeira vez, se chama a atenção para o facto dos trabalhadores, no decorrer da interacção que estabelecem com os clientes, serem por vezes compelidos a exprimirem sentimentos, ou a projectarem a aparência de determinada emoção, que não correspondem ao que na realidade sentem (Hochschild, 1983).

O trabalho emocional é, então, referido como uma componente da função dos trabalhadores dos serviços que, apesar de exigir competências, intensidade de esforço e trabalho real, não é formalmente reconhecido. Todos os trabalhadores, cuja função implica interacção face-a-face ou voz-a-voz com o público, necessitam, como resultado desta interacção, de promover determinada emoção no outro (Hochschild, 1983). Neste contexto, segundo a autora, gerir as suas próprias emoções não é um acto privado, mas antes social. Os empregadores exercem algum controlo sobre o estado emocional dos seus empregados, quer através da definição da política geral da empresa, quer através da formação que lhes é ministrada, quer mesmo através da supervisão. As emoções tornam-se, assim, num bem transaccionável²⁶, que pode ser vendido, enquanto competência do trabalhador, e regulado com base na política definida pela empresa. A este respeito Hochschild procede a uma importante distinção entre a “gestão das emoções”, que consiste na gestão dos sentimentos para criar uma expressão facial ou um comportamento específico na esfera privada, e o “trabalho emocional”, que se refere à mesma realidade, mas apenas quando é exercido por um salário na esfera pública.

As emoções, no contexto de trabalho, tornam-se, então, simultaneamente prescritas e supervisionadas (Kruml & Geddes, 2000). As organizações accionam mecanismos de controlo que pretendem regular a dimensão emocional do processo de trabalho, prescrevendo algumas emoções com o intuito de satisfazer os objectivos instrumentais da organização (Domagalski, 1999).

Esta definição inicial tem vindo a ser desenvolvida por diferentes autores. Assim, existem actualmente alguns autores que se referem ao trabalho emocional como resultado não só da

²⁶ Daí o título do seu trabalho “The managed heart – Commercialization of human feeling”.

supervisão organizacional, mas também pessoal, consubstanciada num processo de auto-supervisão (Steinberg & Figart, 1999; Yanay & Shahar, 1998).

Tendo por base o trabalho de Goffman, que recorre a metáforas do meio teatral para analisar a interacção social, através do que designa por encenação da vida quotidiana (Goffman, 1993), Hochschild classifica os trabalhadores de acordo com a sua actuação emocional. Reconhece ainda a necessidade de gerir as emoções de acordo com as regras emocionais²⁷ da organização, procedendo a uma importante distinção entre a actuação superficial e a actuação profunda (“*surface act*”, “*deep acting*”). Um trabalhador que procure alterar apenas a sua aparência externa, por forma a ir de encontro às regras emocionais da organização, actua superficialmente. No entanto, no contexto situacional específico, os trabalhadores poderão procurar alterar mais do que apenas a sua aparência externa, procurando escolher e alterar os seus sentimentos mais profundos. Ao desenvolverem uma actuação profunda, os trabalhadores, quando percebem que os seus verdadeiros sentimentos não se adequam à situação, recorrem a experiências passadas ou à formação para procurar incluí-las no seu papel, através da alteração dos seus sentimentos genuínos. Na perspectiva da dramaturgia, o trabalhador é significado como um actor que desempenha o seu papel num palco para uma audiência determinada. Este papel é determinado pelas regras emocionais dominantes que, segundo Rafaeli e Sutton (1989), são função das normas sociais, ocupacionais e organizacionais (ou até departamentais). Hochschild sugere também a possibilidade dos verdadeiros sentimentos do trabalhador poderem coincidir com as regras emocionais da organização, embora saliente, igualmente, que, mesmo neste caso, isso pressupõe algum esforço do trabalhador para se envolver numa actuação profunda passiva (“*passive deep acting*”).

Na esteira da tradição marxista, Hochschild argumenta que o trabalho emocional acarreta consequências negativas para o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Compara a exploração física de uma criança operária no Séc. XIX com a exploração emocional das mulheres hospedeiras de bordo no séc. XX, argumentando que estas últimas dão ainda mais de si à organização, uma vez que o empregador controla não só as suas actividades físicas, mas, também, os seus sentimentos. A curto prazo, os efeitos sobre o trabalhador traduzem-se na perda do controlo emocional, e a continuação da pressão para o controlo do trabalho emocional pode conduzir, a longo prazo, a problemas graves de bem-estar físico e psíquico (Hochschild, 1983).

Para Kruml e Geddes estas críticas são abusivas, já que, o que se verificou em trabalhos empíricos posteriores, apoiados no conceito de trabalho emocional da autora foi que estes apenas

²⁷ O termo original é “*feeling rules*”. Mais tarde Rafaeli e Sutton (1989) substituíram este termo por “*display rules*”, sendo o que actualmente mais se utiliza. Traduz padrões de comportamento que indicam não só qual a emoção adequada numa dada situação, mas também a forma como essa emoção deve ser publicamente expressa.

salientaram as consequências desfavoráveis para os trabalhadores (Kruml & Geddes, 2000). Procuremos, então, analisar os trabalhos posteriores sobre esta temática.

Existe um importante conjunto de literatura que estabelece um conjunto de efeitos negativos na relação entre o trabalho emocional e o stress e *burnout* (Tolich, 1993; Wharton, 1993), a falta de auto-estima, a depressão, o cinismo, a alienação no trabalho e a auto-alienação (Asforth & Humphrey, 1993; Fineman, 1993c; Tolich, 1993). No entanto, não deixa de ser igualmente abundante a literatura que salienta os seus efeitos positivos. Vários autores realçam, como resultados favoráveis do trabalho emocional, o aumento dos níveis de satisfação e de auto-estima (Tolich, 1993, Warthon, 1993), o aumento da eficácia e da eficiência no desempenho do cargo (Asforth & Humphrey, 1993; Conrad & Witte, 1994), o aumento do nível de bem-estar psicológico e do sentido de comunidade (Shuler & Sypher, 2000) e a diminuição do stress.²⁸ Conrad e Witte (1994) e Erickson e Wharton (1997) demonstram também, contrariamente ao que seria expectável, que o aumento das interacções no local de trabalho reforça o sentimento de autenticidade nos trabalhadores.

No entanto, apesar desta crescente atenção devotada ao tema pelos cientistas sociais, e dos consequentes desenvolvimentos teóricos, conceptuais e empíricos entretanto ocorridos, não deixa de ser surpreendente a persistência de importantes questões sem resposta. Como afirmam Kruml e Geddes (2000) não sabemos, ainda, com precisão, quais são as características que definem o trabalho emocional, como pode ser medido e quais os seus efeitos no desempenho organizacional e nos trabalhadores, uma vez que os dados existentes na literatura são contraditórios²⁹.

É esta coexistência de diferentes termos para designar a gestão das emoções em contexto organizacional que conduz Sharon Bolton (2000c) a procurar clarificar o conceito inicial de Hochschild, propondo a possibilidade de criar quatro dimensões que traduzem diferentes tipos de gestão das emoções em contexto organizacional: *presentation* (que podemos ver como apresentação de si) – a gestão das emoções, desenvolvida de acordo com as regras gerais da sociedade; *philanthropic* (filantrópica) – a gestão das emoções ‘oferecida’; *prescriptive* (prescritiva) – a gestão das emoções de acordo com as regras de conduta profissionais; e, finalmente a *pecuniary* (pecuniária) – a gestão das emoções com o objectivo de obter ganhos comerciais. A gestão das emoções ‘apresentável’ resulta da socialização primária e refere-se ao conjunto de normas sociais que vamos apreendendo e que nos permitem ajustar a expressão dos

²⁸ Estes resultados contraditórios podem estar relacionados com o próprio conceito de *stress*. Alguns investigadores argumentam que o *stress* não deve ser interpretado como um problema individual mas antes como um problema organizacional e político que deve, por isso, ser analisado a partir de uma abordagem colectiva.

²⁹ Não podemos deixar de referir que muita desta literatura se insere no que podemos designar de “literatura prescritiva de gestão” e que pouco contribui para eliminar a perspectiva tradicional da burocracia baseada na racionalidade instrumental e elevar as organizações a entidades sociais complexas reconhecendo a existência simultânea de elementos racionais e emocionais.

sentimentos às situações (p e. parecer triste num funeral e alegre num casamento). A dimensão prescritiva está relacionada com processos de socialização secundários, que resultam da apreensão das normas, valores e regras associadas a uma determinada actividade profissional.

Ao salientar o carácter multidimensional do conceito, Bolton restringe o valor instrumental do trabalho emocional apenas à gestão pecuniária das emoções. É a este nível que se situa a gestão pessoal das emoções com o objectivo claro de cumprir os desejos do consumidor e, desta forma, promover ganhos organizacionais. Esta dimensão é a que está mais próxima da definição original de Hochschild e traduz regras emocionais impostas pela organização, quer através de programas formais de formação, quer mesmo através da avaliação e das recompensas e punições.

Num trabalho posterior, Sharon Bolton, em conjunto com Carol Boyd (2003), desenvolve esta tipologia, definindo um conjunto de regras emocionais distintas a que os actores recorrem – as regras comerciais, profissionais e sociais – de acordo com um conjunto de motivações particulares: legitimidade, conformidade, instrumentalidade e empatia. Esta especificação surge sintetizada no quadro seguinte:

Quadro nº 3:
Componentes do Trabalho Emocional.

	Pecuniária	Prescritiva	Apresentável	Filantrópica
Regras emocionais	Comerciais	Organizações profissionais	Sociais	Sociais
Motivações associadas	Instrumentais	Altruísmo Estatuto Instrumental	Ontológicas Segurança Conformidade	<i>Gift</i> (dádiva ou presente)

Fonte: “Trolley dolly or skilled emotion manager? Moving on from Hochschild’s Managed Heart”, by S. C. Bolton and C. Boyd, 2003, *Work, Employment and Society*, 17(2), p. 295.

Concordamos com Bolton (2000c) quando esta autora argumenta que a maior parte dos estudos efectuados no contexto empresarial se insere numa lógica que podemos designar de “comercialização das emoções”. Ou seja, o reconhecimento da componente emocional da actividade dos trabalhadores surge, na maior parte dos casos, com o intuito de permitir a sua instrumentalização. Tal como anteriormente aconteceu com o conceito de cultura organizacional (du Gay & Salaman, 1996), também o conceito de trabalho emocional é utilizado de forma a estruturar o modo como os indivíduos pensam, sentem e actuam em contexto organizacional, com o objectivo último de criar uma unicidade que lhes irá permitir moldar o tipo de contribuição considerada correcta e necessária para o sucesso da organização. O “caldeirão emocional” em que se transformaram as organizações (Albrow, 1992) resulta, em grande parte, da tentativa de impor a “cultura de empresa” (Bolton, 2000c). Assim, como argumenta Sharon Bolton: “A tragédia reside no facto de apesar de existir uma contribuição importante da literatura para os estudos

organizacionais, muito do seu valor enquanto instrumento analítico válido tem sido perdido” (Bolton, 2000c, p. 159).

O crescente desenvolvimento de estudos científicos sobre as emoções, assim como a crescente popularização deste conceito, chamaram a atenção de alguns autores para a possibilidade de o transpor para a área da saúde e, particularmente, para a área da enfermagem, considerando que a abertura deste novo campo de investigação poderia fornecer uma importante contribuição para a almejada retradução do trabalho da enfermagem na linguagem da ciência.

A incorporação do conceito na área da saúde tem, contudo, seguido um caminho distinto e até antagónico. Os autores que defendem a sua utilização perspectivam-no, essencialmente, como uma saída para a “burocracia cinzenta” de Max Weber. Ou seja, a vantagem da utilização deste conceito é a de permitir, em simultâneo, incorporar as emoções em contexto organizacional, promovendo o reconhecimento da sua presença, e clarificar o seu carácter distintivo em relação às práticas dominantes no sector privado.

O conceito de trabalho emocional emerge, neste contexto, em estreita relação com o conceito de cuidados, salientando-se o facto de o primeiro tornar mais visível o trabalho invisível dos enfermeiros e, assim, permitir uma distinção clara do trabalho realizado na esfera privada. A maioria dos autores, que se tem preocupado com a reflexão sobre este conceito no domínio da enfermagem, tem, contudo, vindo a considerá-lo predominantemente como uma dimensão do cuidar (Eaton, 2000; James, 1992).

Para Nicky James (1992) o trabalho emocional representa uma das dimensões dos cuidados, a par do trabalho físico e da organização. O trabalho físico, porque mais facilmente mensurável, tem sido a dimensão tradicionalmente mais valorizada e visível da enfermagem, estabelecendo-se, assim, como o principal quadro de referência para a explicação, a justificação e a remuneração do trabalho dos profissionais. Esta valorização, ou a sua representação social, tem a sua matriz ancorada na tradição socialmente construída, desde a revolução industrial, de ligação do trabalho remunerado ao tempo que organiza as rotinas e impõe a ordem social. “O tempo gasto no ‘trabalho invisível’ não tem significado nos modelos de produção que tratam o tempo como um bem comercializável” (Bone, 2002, p. 145). James (1992) evidencia a importância da dimensão organizacional no impacto emocional, uma vez que defende que esta constitui a base da distinção dos cuidados realizados na esfera privada e pública. Ou seja, enquanto na esfera doméstica o cuidador é o responsável pelos cuidados em geral, desde a sua estruturação até aos detalhes individuais, na esfera hospitalar é a organização que determina a existência de divisão de papéis e que impede o cuidador de assumir uma atitude global mais individualizada. O trabalho emocional, no sentido em que expressa a regulação e gestão de sentimentos, pode ser entendido, desta forma, como mais uma dimensão dos cuidados (James, 1992).

Num outro registo, Susan Eaton (2000) chama a atenção para o facto do trabalho emocional, no caso das enfermeiras, não corresponder apenas à exposição de determinada emoção, mas também à capacidade de se comportar e realizar as suas tarefas de forma paciente, gentil e com tolerância, ainda que a situação não o proporcione, com o intuito de construir uma inter-relação afectuosa a longo prazo com o paciente (Eaton, 2000). O trabalho emocional faz parte do papel dos profissionais da saúde, e constitui parte integrante da sua identidade profissional, em particular das enfermeiras, mas não é considerado produtivo. E isto, porque não é habitualmente medido, registado ou pago, o que decorre do facto de ser representado como naturalmente inscrito nos predicados da feminilidade.

É com base neste estereótipo que alguns autores procedem a uma divisão do próprio trabalho emocional. Numa investigação realizada sobre o processo de comunicação de um diagnóstico de cancro, James (1993) constata que são atribuídos diferentes papéis aos cuidadores remunerados (profissionais de saúde) e não remunerados (familiares, amigos, entre outros). O autor identifica, assim, um conjunto de mecanismos organizacionais que atribuem aos indivíduos, com menos poder, a realização do trabalho emocional, ainda que, muitas vezes, contra as regras emocionais formais da organização (James, 1993).

Por outro lado, importa igualmente sublinhar que existe uma perspectiva diferente sobre o trabalho emocional dos profissionais de saúde, baseada no pressuposto de que as competências emocionais não são necessariamente instrumentos utilizados pela gestão contra o interesse dos trabalhadores. Para Treweek (1996) o trabalho emocional é apresentado como um meio de estabelecer e manter a ordem social. Assim sendo, o trabalho emocional pode ser interpretado como uma fonte de poder para as mulheres que o exercem, poder esse que reside na escolha de fornecer ou não apoio emocional em função da vontade do paciente em manter a ordem pré-estabelecida. Dito de outra forma, o comportamento dos pacientes é controlado através da decisão sobre o apoio emocional do profissional (Treweek, 1996).

Diversos autores procuram analisar, precisamente, a forma como o trabalho emocional está inscrito na identidade profissional das enfermeiras. Sharon Bolton (2000a) procura estabelecer esta ligação através de um estudo longitudinal, de tipo qualitativo, baseado em entrevistas realizadas a enfermeiras, entre 1994 e 1998, num centro de ginecologia de um hospital empresarializado do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Inglaterra. Em todas as entrevistas, o trabalho emocional foi identificado como fazendo parte dos papéis profissionais das enfermeiras. Nas situações descritas como mais críticas – parto prematuro, deficiência e morte do feto – as enfermeiras utilizam um conjunto de regras emocionais que lhes permitem, simultaneamente, criar distância em relação ao acontecido, disfarçando os seus sentimentos, mostrar a sua face profissional e prestar apoio aos pais. Curioso é o facto da autora não identificar formas de trabalho emocional apenas nestas

situações negativas. Para Bolton, o humor é também utilizado por estes profissionais como uma forma de melhorar a interacção social, não só em relação aos pacientes, mas também entre os próprios profissionais (Bolton, 2004b).

Ainda no campo das percepções profissionais de enfermagem sobre o trabalho emocional, Helene Staden (1998) procura perceber o valor que os profissionais lhe atribuem, com base em dados extraídos de entrevistas em profundidade realizadas a três enfermeiras. A discussão da experiência destes actores conduziu Staden a identificar seis categorias sociais interpretativas sobre a natureza e características do trabalho emocional:

1. a esfera público/privado – a esfera doméstica é interpretada por estas mulheres como um campo de formação onde o trabalho emocional pode ser apreendido;
2. aparentar cuidar (*appearing caring*) – relatam a forma como procuram alterar as suas próprias emoções para ir de encontro aquilo que é esperado pelos pacientes,
3. as enfermeiras também são humanas – existe o sentimento de que os pacientes e familiares são permissivos à exposição de sentimentos por parte das enfermeiras, o que, para os pacientes, traduz a ideia de que estas profissionais também são humanas,
4. dar de si próprio – consideram que as enfermeiras devem dar algo de si mesmas e não se limitarem a responderem de acordo com fórmulas pré-concebidas,
5. valor e visibilidade – apesar de não ser formalmente reconhecido, estas enfermeiras demonstram-se satisfeitas e valorizam o trabalho emocional que realizam, e
6. saber lidar (*coping*) – o trabalho emocional só se torna visível se as situações correrem mal ou se o trabalhador não souber lidar com situações difíceis.

No contexto dos resultados que obteve e dos modelos interpretativos que construiu, Staden realça que apesar das enfermeiras reconhecerem que o trabalho emocional é a componente que proporciona mais satisfação no seu trabalho, sentem, também, que este não é reconhecido nem valorizado pela sociedade em geral (Staden, 1998).

Esta última questão constitui uma dimensão estruturante para a construção da identidade profissional, dimensão que não é, contudo, um dado fixo, mas antes transforma-se em objecto de reconceptualizações estimuladas pelo contexto organizacional. Num dos estudos mais conhecidos, neste âmbito, Pam Smith (1992) parte da sua própria experiência, enquanto enfermeira e docente, e analisa, através da observação participante, a evolução dos alunos ao longo da sua formação. Constata que os alunos apreendem o trabalho emocional (aqui definido como prestar atenção, dar carinho e apoio, o que o traduz, mais uma vez, numa dimensão do cuidar) não nos bancos das escolas, mas, informalmente, nas enfermarias por onde vão passando. À medida que os futuros enfermeiros aumentam a sua experiência, vão também moldando o trabalho emocional em que se envolvem, de acordo com o ambiente da enfermaria e, em particular, vão alinhando o seu

comportamento com a actuação dos seus orientadores internos, ou, melhor dizendo, os seus mentores. Os alunos aprendem a desenvolver mais trabalho emocional quando eles próprios sentem que os professores e os restantes enfermeiros também o desenvolvem. A autora constata que, três anos após a saída das escolas, os enfermeiros construíram uma concepção diferente do seu trabalho. Os novos profissionais, que chegaram ‘frescos’ e entusiasmados, acabaram por se tornar cínicos e desiludidos (Smith, 1992). Parece ficar demonstrado, assim, na perspectiva de Pam Smith, que os cuidados de enfermagem não surgem naturalmente inscritos nos indivíduos, mas são apreendidos nos contextos da socialização profissional e organizacional. Num estudo posterior, com Benjamin Gary, os autores reforçam a importância do mentor (responsável pela formação dos estudantes no contexto hospitalar) na aprendizagem das regras emocionais da profissão (Smith & Gray, 2000).

Outros autores têm procurado correlacionar esta variável com os aspectos organizacionais, salientando os seus efeitos ao nível do impacto económico (Issel & Kahn, 1998) e até ao nível do seu potencial terapêutico. Não existe, todavia, uma discussão séria dos impactos práticos do trabalho emocional (Hunter, 2001), o que significa, pelo menos até ao momento, que o trabalho emocional está longe de possuir as potencialidades para permitir a edificação da enfermagem como ciência.

No contexto particular da análise que procuramos desenvolver com este estudo, parece-nos pertinente distinguir entre cuidados e a dimensão do trabalho emocional, uma vez que esta distinção poderá contribuir para a clarificação das diferenças entre as diversas dimensões do conceito de cuidar e as apropriações que ocorrem a partir daí. É possível identificar uma dimensão mais técnica, moral e ética das práticas, e uma dimensão mais emocional (mais relacionada com a própria história e ideologia da enfermagem e, em especial, com a sua ligação à feminilidade) de que a ideologia da orientação para o consumidor faz uso. De facto, como teremos oportunidade de explorar mais à frente, é possível ocorrer uma apropriação instrumental desta dimensão pelas práticas organizacionais, como forma de atingir os objectivos mais racionais e economicistas.

Procuramos, então, em seguida, reflectir criticamente sobre a literatura que analisa o impacto da NGP nos profissionais de enfermagem.

4. A Enfermagem Perante as Reformas dos Sistemas de Saúde

Os estudos cujo objecto de análise se centra nos efeitos das reformas no sector da saúde, sobre a profissão de enfermagem, abordam um conjunto diverso de questões essencialmente estruturadas em torno dos temas relacionados com as mudanças na cultura e nos papéis profissionais (Davies, 1995a,b; Walby et al., 1994) e no processo de profissionalização (Blomgren, 2003; Hewison, 1994; Traynor, 1999; Witz, 1994).

4.1 Impacto ao Nível da Cultura e dos Papéis Profissionais

Como tivemos oportunidade de demonstrar anteriormente, um dos principais objectivos da NGP é o de procurar promover a imposição de uma “cultura de empresa” (Bolton, 2002; du Gay & Salaman, 1996) nas instituições públicas. Alguns dos estudos, centrados directamente na problemática dos efeitos da NGP na enfermagem, preocupam-se, precisamente, com questões que emergem do confronto entre estas duas culturas distintas: a cultura de gestão e a cultura profissional.

O que está em causa nestes estudos é, no fundo, a discussão dos efeitos resultantes do confronto entre diferentes culturas e valores profissionais. Neste contexto, realça-se, de forma particular, a relação entre as ideologias da enfermagem e as ideologias do racionalismo económico. Como afirma Rosalie Boyce:

Na perspectiva das profissões de saúde, o impacto da mudança refere-se ao facto destas serem crescentemente colonizadas num enquadramento *managerialista* em que os cuidados são subjugados a uma preocupação com os custos e à realidade de fazer negócio na indústria competitiva (Boyce, 1997, p. 92).

Tendo esta problemática como pano de fundo, Susan Halford, Mike Savage e Anne Witz (1997) desenvolvem um estudo, no Reino Unido, com o intuito de analisar o impacto das reformas nas carreiras das mulheres na administração pública. A análise efectuada, no âmbito da saúde, conduz os autores à conclusão de que em todos os hospitais que integram a amostra é possível encontrar evidências de mudança para uma cultura “mais *managerialista*”. Detectam-se, no entanto, algumas diferenças entre os hospitais, as quais, na opinião dos autores, se ficam a dever ao tamanho dos hospitais (nos hospitais mais pequenos a mudança parece ser um processo mais simples) e à presença de interesses particulares do grupo dominante dos médicos (que não estavam a favor das novas propostas). Apesar destas diferenças, os autores observam algumas semelhanças importantes entre os enfermeiros, como se mostra a seguir:

- i) demonstram possuir uma consciência bastante forte sobre a mudança organizacional em curso de uma ‘ética de serviço’ para uma ‘ética de negócio’;
- ii) sentem um afastamento muito grande dos gestores, o que se traduz, por exemplo, na existência de dificuldades de se fazer ouvir pelos gestores seniores e em percepções de que estes, vindos da indústria, assumem uma abordagem de gestão mais orientada para a racionalidade económica. Há, claramente, um sentimento forte de distinção expresso nas referências a “nós” e a “eles”;
- iii) consideram que os novos actores organizacionais trazem valores diferentes para o trabalho na saúde.

Para os autores, estes sentimentos não se referem apenas a uma nostalgia em relação ao passado, mas traduzem antes o surgimento de ‘duas culturas distintas’ – uma *managerialista* e outra profissional. A difícil coexistência entre as duas foi significada por praticamente todos os enfermeiros entrevistados. A este propósito, Walby et al. (1994) haviam já realçado que as duas culturas se apresentam de forma dicotómica:

O novo *managerialismo* foi confrontado com a cultura do profissionalismo da enfermagem em termos dos constrangimentos financeiros versus necessidades dos pacientes, de ser gestor de enfermaria em vez de enfermeiro de cabeceira, de gerir recursos em vez de cuidar dos pacientes e de se centrar na gestão financeira em vez de na gestão das pessoas (Walby et al., 1994, p. 363).

Michael Traynor (1994) salienta, igualmente, o facto dos enfermeiros se percepcionarem a si-próprios e aos gestores, na sua forma de estar enquanto profissionais, numa perspectiva dual. Os enfermeiros consideram-se, essencialmente, preocupados com os pacientes, com o trabalho desenvolvido com estes e com a prática e o trabalho manual, enquanto, em contraste, percepcionam os gestores como estando principalmente preocupados com o dinheiro, a valorização dos orçamentos e com o trabalho realizado para o hospital numa perspectiva empresarial (Traynor, 1994).

Provavelmente, a área em que, no seu dia-a-dia, os enfermeiros são mais confrontados com as diferenças entre as duas culturas refere-se, precisamente, às experiências de trabalho desenvolvidas ao nível da gestão intermédia, onde estes actores desempenham em simultâneo, funções profissionais (mais ligadas à área clínica) e funções de gestão. Têm, assim, de lidar com valores de duas culturas que percepcionam como antagónicas. No seu estudo, Halford et al. (1997) concluem que é concretamente ao nível das Directorias Clínicas (DC) que este confronto se expressa de forma mais acutilante. Estas directorias funcionam no hospital como uma divisão de gestão separada, que combina funções clínicas e de gestão ao nível da sub-unidade, com os seus próprios objectivos financeiros e de cuidados prestados aos pacientes. Segundo as palavras dos autores:

(...) a estrutura das DC era descrita como o local onde as culturas se encontram. É aqui que melhor podemos analisar o impacto da actual reestruturação na enfermagem e explorar as tensões, conflitos, reconciliações e compromissos entre as culturas de gestão, profissionais e clínicas (Halford et al., 1997, p. 98).

Neste mesmo estudo, alguns enfermeiros identificam esta ‘outra cultura’ com uma cultura masculina. Na realidade, verifica-se que, apesar de ainda existirem muitas mulheres em posições de topo, cada vez mais homens ascendem a lugares de gestão sénior. As autoras afirmam que, ao longo das entrevistas, é possível detectar o sentimento de que os valores do novo *managerialismo*

são essencialmente masculinos, aplicados pelos homens na gestão. O novo *managerialismo* é identificado com a preocupação com os valores masculinos, centrados em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais e quantitativos. Por sua vez, os valores dos profissionais de enfermagem são apresentados como contrastantes em relação aos valores da gestão, tendo por referência valores mais femininos, centrados na intangibilidade – valorização de indicadores de trabalho intangíveis, qualitativos e relacionais predominantemente assumidos pelos enfermeiros no processo de cuidar dos pacientes. Este carácter masculino da filosofia do *managerialismo*/NGP havia já sido notado por outros autores (Ashburner, 1993) e noutros contextos do sector público, em particular no ensino superior (Barry, Berg, & Chandler, 2002a, 2002b; Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000). Porém, nem todos os enfermeiros se mostram críticos em relação à expansão de valores e reestruturações organizacionais induzidas pela NGP. A descentralização do processo de tomada de decisão, que faz parte da filosofia destas unidades de gestão, é encarada, por alguns, de uma forma positiva.

Qualquer que seja a situação organizacional, a maioria dos estudos neste campo sublinha que os enfermeiros, pelo menos em termos retóricos, procuram privilegiar as qualidades da enfermagem, definidas em termos clínicos e não em termos de competências de gestão (Woodward, 1997). Este afastamento dos enfermeiros das competências de gestão pode, para alguns autores, constituir um factor negativo para a profissão, tendo em atenção o facto de facilitar a imposição da nova cultura *managerialista* nas instituições hospitalares (Walby et al., 1994).

Walby, Greenwell, Mackay e Sothill (1994) partem, no seu estudo, de um quadro teórico de referência distinto. O impacto das reformas é analisado com base na hipótese de passagem do regime “*fordista*” para um regime de “*pós-fordismo*”, o que se traduz em potenciais alterações na força de trabalho, uma vez que este último regime se caracteriza pela existência de uma mão-de-obra mais qualificada, flexível e autónoma. Todavia, concluem que, ao contrário do que acontece com a profissão dos médicos, os enfermeiros desenvolvem práticas bastante distantes dos ideais do “*pós-fordismo*”. Apesar de se tratar de um grupo profissional com elevadas qualificações, e ainda da aparente autonomia de algumas das suas condições de trabalho, subsistem muitos factores que os identificam com o *fordismo*. A falta de autonomia no processo de tomada de decisão é o mais evidente (Walby et al., 1994). Mas, manifestam-se outros: a existência de uma hierarquia interna rígida e burocrática no interior da profissão; as condutas são estritamente orientadas por regras previamente definidas e, por exemplo, em algumas áreas, as infracções menores no trabalho são tratadas com grande severidade; as horas de trabalho são estritamente documentadas, e a direcção do trabalho de enfermagem é controlada pelos médicos que prescrevem os tratamentos para os pacientes. A introdução de medidas de NGP parece não estar a alterar estas condições, que identificam a profissão com o “*fordismo*”, pelo que a implementação de novas medidas de gestão,

no âmbito do “*pós-fordismo*”, pode vir a traduzir-se numa contínua desvalorização e submissão da profissão.

Contudo, segundo os mesmos autores, os enfermeiros constituem, precisamente, o grupo profissional que, no sector da saúde, mais se tem aproximado, e de forma mais rápida, do “*pós-fordismo*”. Esta aproximação resulta do próprio processo de profissionalização assumido por estes profissionais. Os enfermeiros têm procurado melhorar a sua educação e formação, tornando-se, por isso, trabalhadores mais qualificados e, por outro lado, têm também orientado os cuidados e a forma de os organizar para uma perspectiva centrada no paciente. Este movimento, na direcção do “*pós-fordismo*”, é, no entanto, constringido por um controlo de gestão apertado, de tipo “*fordista*”, que é exercido pelos gestores, preocupados, sobretudo, com a contenção de custos (Walby et al., 1994).

Uma das características do “*pós-fordismo*” é a devolução da responsabilidade para o nível mais baixo da organização, ou seja, atribuir responsabilidades operacionais, e mesmo estratégicas, aos profissionais que lidam directamente com o consumidor. Na área da saúde, tal significa responsabilizar mais quem cuida dos pacientes. Porém, como tivemos oportunidade de expor antes, nem sempre esta descentralização acarreta, concomitantemente, um aumento de poder dos profissionais. O simples facto da devolução dos orçamentos implicar mais constrangimentos financeiros, quer no que respeita aos montantes, quer no que se refere aos controlos de execução, implica uma certa perda de autonomia dos actores. Na realidade, as decisões profissionais passam a ser constringidas por factores de racionalidade económica, em nome de uma maior eficiência e eficácia nos custos. Embora, no caso das instituições de saúde, este fenómeno não constitua uma novidade, os constrangimentos financeiros, na actualidade, trazem consigo um aumento do controlo de gestão, que se reflecte na perda de autonomia dos profissionais. Por outro lado, esta descentralização é também acompanhada pela implementação de processos tradicionais de gestão, frequentemente de gestão *hard*, sobretudo no que respeita à gestão das pessoas, como vimos no início do capítulo, o que se materializa na introdução concomitante de processos de descentralização do tipo “*pós-fordista*” e de processos de gestão do tipo “*fordista*”.

Outra importante questão que a orientação para o “*pós-fordismo*” levanta é a de saber se este tipo de orientação irá conduzir a um enriquecimento ou a uma desvalorização das tarefas realizadas (Piore & Sabel, 1984) pelos enfermeiros. Para Davies (1995b) e McSweeney (1991), o resultado parece estar a ser dual, assistindo-se a uma divisão entre os trabalhadores centrais e de periferia, tal como foram definidos por Atkinson e Gregory (1986). Quer isto dizer, que existe um sub-grupo de enfermeiros, com melhores qualificações, identificados como centrais, que vêem as suas tarefas enriquecidas, enquanto outro sub-grupo, identificado com os trabalhadores da periferia,

assiste à degradação das suas condições de trabalho, passando a exercer as suas actividades maioritariamente em regime de *part-time*.

Em função destes resultados contraditórios, ao analisar as novas formas de práticas de trabalho em Inglaterra, Walby et al. (1994) consideram que no sector da saúde não existe, ainda, uma mudança no sentido da nova vaga da gestão, sendo possível observar, apenas, uma alteração que revigora as formas tradicionais de taylorismo (*devolved taylorism*). Para estas autoras, o nível das mudanças, assim como a sua implementação pelos diferentes hospitais, é suficientemente variável para exigir alguma cautela quanto às conclusões respeitantes à existência de uma possível alteração nos paradigmas de gestão tradicionais e que parecem ainda manter-se dominantes.

4.2 Impacto ao Nível da Profissionalização

O início da reestruturação dos sistemas de saúde, sob a influência da NGP, coincide, em termos gerais, com o início da nova fase do processo de profissionalização da enfermagem que, à semelhança de vários autores (Allen, 1998; Elzinga, 1990; Hewison & Stanton, 2002; Salvage, 1992), caracterizámos anteriormente como movimento da “nova enfermagem”. Existe alguma discussão na literatura sobre a forma como as duas se interpenetram. A “nova enfermagem” é, simultaneamente, apresentada como o resultado da influência, ainda que por vezes pouco consciente, da ideologia *managerialista*, e como algo que surge dos processos internos de desenvolvimento profissional, inspirados no modelo médico, e que depois é apropriado pelas novas tendências de gestão na saúde.

De facto, parece-nos bastante provável que o desenvolvimento profissional da enfermagem se tenha deixado influenciar pelo ambiente social mais vasto. Sabemos hoje que a ciência não existe num vazio social e político, nem está desligada da realidade mais vasta que a envolve, convivendo com ela de forma dialéctica e influenciando-a, da mesma forma que por ela é influenciada. Na verdade, o próprio conhecimento reflecte os valores, práticas e ideologias dominantes na sociedade, já que o seu desenvolvimento resulta de um empreendimento político que ocorre num quadro político e social específico (Williams, 1989). Mas, ainda que a emergência da “nova enfermagem” possa ter ocorrido de forma independente da ideologia *managerialista* e do contexto de implementação da NGP, a simples existência deste contexto específico pode ter resultado numa aceitação e na incorporação mais célere dos seus princípios. Como afirma Annette Browne:

(...) as decisões respeitantes aos resultados científicos que devem ser aceites como válidos são politicamente mediadas, filosoficamente baseadas, e contingentes em relação aos princípios e pressupostos epistemológicos e ontológicos prevaletentes acerca da natureza dos seres humanos, do conhecimento e da realidade (Browne, 2001, p. 120).

Annette Browne (2001) defende que a produção de conhecimento científico na enfermagem é influenciada pela filosofia liberal. Esta influência é particularmente manifesta em relação à:

- i) ênfase no indivíduo;
- ii) perspectiva dominante da sociedade como equitativa;
- iii) ênfase no desenvolvimento de conhecimento politicamente neutro;
- iv) e ao desenvolvimento de conhecimento económico na enfermagem.

Para esta autora, a ciência da enfermagem tem sido construída com base em noções liberais abstractas que consideram os pacientes como indivíduos com capacidade de escolha e como partes constituintes de uma sociedade mais justa.

Para Hewison (1999) as diferenças entre a NGP e a “nova enfermagem” são mais retóricas do que reais. No fundo, o que os defensores da “nova enfermagem” procuram é apenas aumentar o poder e estatuto da profissão, argumentando, neste quadro, que com esta nova abordagem da profissão é possível não só aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e a satisfação no trabalho, como também diminuir os custos e aumentar a responsabilização e a eficiência (Robinson, 1992). Também Salvage (1992) argumenta que as recomendações inscritas nos relatórios políticos para a saúde, elaboradas com o recurso às noções e conceitos característicos da NGP, têm uma linguagem familiar ao movimento da “nova enfermagem”. De facto, as ideologias da NGP e da nova enfermagem cresceram juntas (Hewison & Stanton, 2002).

Os proponentes da nova enfermagem procuram, então, aumentar a sua esfera de influência, através da transformação das relações de poder e da construção de um sistema de valores particular, centrando-se, sobretudo, na ideologia da parceria com o paciente, muito próxima da orientação para o consumidor defendida pela NGP (Salvage, 1992). Latimer (1995), resume esta questão quando afirma que se tem observado a tendência para adoptar a ideologia e as tecnologias da NGP como estratégia de procura do reconhecimento social e profissional da enfermagem. Elzinga, por sua vez, afirma a este respeito que:

A noção de recolocar o paciente no centro, e promover o auto-cuidado, que estão reflectidas nas teorias modernas da enfermagem e dos cuidados, é gerada externamente na sociedade como uma nova ideologia, interiorizada simultaneamente como parte do processo através do qual a enfermagem é dotada com uma base científica no seu centro teórico (Elzinga, 1990, p. 158).

Mas, da mesma forma que a nova enfermagem incorpora alguns dos princípios mais liberais da NGP, desenvolve também alguns paradoxos que lhe são característicos. Lynne Wiggins (1997) identifica as principais zonas de conflito entre a gestão e o novo projecto de profissionalização da enfermagem.

Um dos principais argumentos da gestão é a necessidade de aumentar a produção e reduzir os custos ao mínimo. Para aumentar a produtividade são sugeridas iniciativas como o aumento das rotinas na prestação de cuidados e os menores custos do factor de produção trabalho, isto é, no fundo, a utilização de mão-de-obra mais barata e menos qualificada. Em contraste, os discursos da “nova enfermagem” salientam a importância da melhoria da qualidade dos cuidados, que só pode ser atingida através da redução das rotinas nos cuidados e da sua execução por pessoal especializado.

A confiança e uniformização do produto é outro dos pressupostos da gestão para promover a satisfação do cliente. Porém, a “nova enfermagem” advoga a individualização dos cuidados, por forma a que sejam aceites diferentes respostas para problemas semelhantes.

A estas diferenças acrescenta-se, ainda, a tensão entre a NGP e a “nova enfermagem” expressa na contradição entre a importância que o planeamento e os registos assumem para a concretização de um projecto de profissionalização, que conduza à autonomia e à elevação do estatuto, e o aumento exponencial da quantidade de trabalho em resultado da aplicação destas novas práticas (Wigens, 1997). A tendência verificada por Lynne Wigens foi a de que os profissionais realizavam os cuidados e só depois procediam ao seu registo. A tecnologia era sentida, desta forma, como afastando os enfermeiros dos pacientes.

Por outro lado, o trabalho profissional de cuidar surge do cruzamento do conhecimento científico formal e de outros conhecimentos práticos, particularmente da esfera doméstica. A conjugação destes elementos traduz-se num elevado grau de incerteza no trabalho diário de cuidar, que exige dos enfermeiros uma forte flexibilidade e adaptabilidade. O controlo hierárquico e a previsibilidade do planeamento estratégico parecem reduzir o âmbito deste trabalho (Davies, 1995b).

Em resultado destas tensões e contradições, Wigens (1997) demonstra que a “nova enfermagem” é vista com cepticismo pelos enfermeiros, que consideram que esta tem pouca aplicação prática, reduz a credibilidade clínica, aumenta a papelada e reduz a flexibilidade. Torna-se ainda importante realçar que, neste estudo, a autora constatou que a pressão para aplicação da “nova enfermagem” advinha, sobretudo, dos enfermeiros com posições de topo nas enfermarias, como estratégia para aumentar o poder da profissão no contexto organizacional.

Também Clark, Clark, Day e Shea (2001), ao procurarem analisar a relação entre as alterações no sistema de saúde em Inglaterra e a percepção dos enfermeiros do clima de cuidados com os pacientes, concluem que estes actores ao viverem uma reestruturação no seu hospital percebem o clima de cuidados de forma mais negativa, em comparação com os actores que não estiveram sujeitos a essa exigência.

Alguns dos problemas identificados no confronto entre a “nova enfermagem” e a NGP estão relacionados com constrangimentos temporais. Um factor, que no estudo de Wiggins (1997) é frequentemente mencionado pelos enfermeiros, prende-se com as restrições nas escolhas de tratamento, tendo em atenção os imperativos de tempo. A intensificação e aproximação aos pacientes, um princípio essencial da “nova enfermagem”, é amplamente prejudicado devido às tentativas de reduzir as listas de espera. Com a diminuição do tempo de permanência dos pacientes nas unidades, os enfermeiros sentiam que tinham menos possibilidades de os conhecer de forma profunda. Também Stack e Provis (2000), num estudo desenvolvido na Austrália, concluem que existem tensões entre o aumento dos constrangimentos burocráticos e a centralização dos cuidados no paciente. Os constrangimentos na utilização do tempo e dos recursos tornam mais difícil o estabelecimento de relações de proximidade com os doentes. Os autores demonstram que, após terminar as tarefas clínicas prescritas, os enfermeiros têm pouco tempo para se envolverem em interacções sociais com os pacientes de acordo com o necessário carácter de profundidade e de extensão que as situações requerem (Stack & Provis, 2000).

Woon Hau Wong (2004), num estudo realizado num contexto social e cultural distinto (Singapura), conclui, de igual forma, que as medidas introduzidas no contexto da NGP tiveram efeitos estruturantes no trabalho dos enfermeiros. Dada a redução do tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, proporcionada pela aceleração do processo de recuperação de uma forma estatisticamente calculada, a contenção de custos e a *accountability*, que resultam deste processo, tornaram-se mecanismos através dos quais os enfermeiros auto-monitorizam o seu desempenho, enquanto trabalhadores eficientes em termos de custos. Wong (2004), tal como antes Traynor (1999), refere-se a uma colonização do discurso *managerialista* em relação às mentes e ao trabalho dos profissionais de enfermagem, que se estende à própria linguagem utilizada no quotidiano e que se traduz na redefinição de conceitos socialmente construídos como o de saúde, doença e até de instituição hospitalar.

Em termos globais, a preocupação com a saúde que tem a sua expressão no conceito de holismo utilizado pela “nova enfermagem”, impele os indivíduos a centrarem-se no auto-cuidado como forma de evitar o recurso às organizações de saúde. Por outro lado, o conceito de doença é também socialmente redefinido, centrando-se em patologias específicas, identificadas, regra geral, com as que traduzem menores custos e um tempo de recuperação mais rápido. São estas alterações que permitem legitimar mudanças nos objectivos socialmente aceites das instituições hospitalares, os quais se afastam, de forma peremptória, da base de solidariedade social que presidiu à sua génese, para se centrar, em exclusivo, na resolução de problemas patológicos ao menor custo possível.

Neste sentido, os próprios conceitos utilizados no quotidiano das instituições hospitalares ganham um novo significado, como aliás bem o demonstrou Wong (2004), tomando por referência o conceito de ‘cama’. Para este autor, com as alterações nas políticas e na gestão da saúde a ‘cama’ tornou-se um recurso muito mais escrutinado. Neste novo ambiente, é perspectivada não só como um objecto privilegiado de medida de gestão, mas também em função do seu papel como parte constituinte das redes de poder. Estas redes prendem os enfermeiros aos objectivos políticos da eficácia e eficiência económica e constroem as suas identidades e práticas ao contexto dos objectivos pré-definidos. Melhor dizendo, o espaço da ‘cama’, enquanto recurso que o hospital controla, assume a forma de uma ferramenta disciplinar reduzida a uma expressão quantitativa, isto é, ao número de admissões e de altas.

Também Molloy e Cribb, num estudo desenvolvido com enfermeiros britânicos, concluem que as mudanças macro, ao nível da reestruturação cultural e de processos no sector público, penetraram nas culturas de trabalho, ao nível micro, e na subjectividade dos enfermeiros. Estas mudanças manifestam-se não só na adopção de novas linguagens, mas, também, na expressão de um conjunto de preocupações e ansiedades inter-relacionadas (Molloy & Cribb, 1999). Emergem inseguranças pessoais e profissionais à medida que vão sendo impostas novas formas de controlo sobre o trabalho dos enfermeiros. A mudança cultural implicou a adopção de alguns princípios comerciais na prestação de cuidados de saúde, que colocam os profissionais de enfermagem perante dilemas éticos. Apesar desta mudança, os enfermeiros continuam ancorados a uma auto-percepção da profissão (que percebem também como a dominante na sociedade em geral) mais estruturada com base na motivação vocacional, e em preocupações mais centradas nos indivíduos, do que com base nos recursos materiais, fenómeno que reflecte algum conflito interior decorrente do choque entre os valores profissionais e os valores da gestão.

Na realidade, como vários autores evidenciam (Ferlie et al., 1997; Dent, 2002), os enfermeiros, tal como todos os outros profissionais do sector público, estão a ser crescentemente expostos às exigências do mercado. Um dos reflexos desta tendência manifesta-se na crescente ênfase colocada nas competências instrumentais, por oposição às competências funcionais, que são accionadas com o intuito de promover determinados comportamentos nos clientes/consumidores. Esta mudança implica, como tivemos oportunidade de referir anteriormente, alterações nos mecanismos de controlo dos trabalhadores, que se afastam dos procedimentos burocráticos para se centrarem nas exigências dos consumidores (du Gay & Salaman, 1996). Neste quadro, o trabalho emocional passa a ser perspectivado pela organização como uma tecnologia de auto-controlo.

Uma das autoras que mais se tem debruçado sobre esta problemática é Sharon Bolton (Bolton, 2000a,b,c; 2001, 2002; 2003; 2004a,b,c; 2005a,b,c). Para analisar a forma como os enfermeiros reagiram à NGP em Inglaterra, Bolton desenvolve um estudo qualitativo, longitudinal,

numa unidade de ginecologia de um hospital empresa, concluindo que os enfermeiros incorporam as regras de conduta emocional na profissão e procuram, desta forma, manter sempre a sua “face profissional”. No entanto, por vezes, oferecem um ‘pequeno extra’ e envolvem-se com a própria situação emocional dos pacientes (2000a). É, precisamente, este trabalho ‘extra’ que começa a ser incorporado nas regras emocionais ditadas pela organização, por forma a fidelizar o paciente, agora transformado em cliente satisfeito. Sendo trabalhadores qualificados, os enfermeiros facilmente apreenderam estas novas regras, que correspondem, no entanto, a trabalho emocional; isto é, não traduzem a expressão de sentimentos verdadeiros, mas antes uma “face cínica” que resulta de um jogo que procura, simultaneamente, corresponder às exigências da nova gestão e dos consumidores (Bolton, 2002). Para esta autora, o facto da nova cultura *managerialista* basear os seus princípios ideológicos na satisfação do cliente/consumidor tornou imprescindível a distinção entre a gestão das emoções, desenvolvidas no âmbito da motivação profissional altruística de cuidar, e a gestão das emoções “pecuniária”, desenvolvida no sentido de promover a satisfação do cliente e, em última análise, o aumento do lucro.

Porém, a autora também demonstra como os enfermeiros têm a capacidade de manipular e resistir a algumas das exigências que lhe são dirigidas. Salienta que, apesar das tentativas de manipulação das emoções dos enfermeiros, decorrentes da imposição da cultura de empresa, por forma a alinhá-las com as exigências dos consumidores, existem *espaços não geridos* (Gabriel, 1995), ou *zonas emocionais* (Fineman, 1993b), onde se expressa uma gestão das emoções distinta da imposta pela organização e onde é possível captar os verdadeiros sentimentos (Bolton, 2003) dos profissionais. O humor representa aqui um papel fundamental, como é realçado pela autora. A resistência à imposição de uma nova cultura decorre, maioritariamente, nesses espaços.

Lynne Wiggins (1997) dá também relevo à forma como o trabalho emocional é utilizado pelos enfermeiros enquanto estratégia para resistir à imposição de uma nova cultura de gestão. Uma das estratégias identificada relaciona-se com a selecção dos pacientes com quem os profissionais se envolvem emocionalmente. “Os enfermeiros parecem falar das emoções como um bem comercializável que escolhem usar ou não, embora sintam que tal afecta a qualidade dos cuidados” (Wiggins, 1997, p. 1120). Como consequência desta escolha sentem, por vezes, frustração, culpa e insegurança por não conseguirem desempenhar o seu trabalho como supostamente deveriam. Stack e Provis (2000), argumentam, igualmente, que o trabalho emocional dos profissionais de saúde exige mais do que apenas fingir determinada emoção e abrange a necessidade de identificação com o paciente. Quando este envolvimento emocional é real e significativo, e o enfermeiro não tem a possibilidade de lhe responder com os cuidados que considera apropriados, quer devido às limitações orçamentais, quer de tempo ou de outros recursos, podem manifestar-se situações individuais de stress.

Além daquela estratégia de resistência, retomando as conclusões de Wiggins (1997), os enfermeiros procuram racionalizar os processos de trabalho, convencendo-se de que estes podem ser realizados de forma rotineira e sem a exigência de tanto envolvimento emocional. Isto permite-lhes passar mais algum tempo apenas com os pacientes que consideram mais necessitados deste tipo de cuidados, típicos da ideologia da “nova enfermagem” (Wiggins, 1997). Tal significa que existe, no fundo, uma redefinição da própria noção de cuidar, expressa designadamente na valorização das suas distintas componentes. O balanço entre os cuidados a prestar e o aumento da carga de trabalho traduz-se numa redução dos aspectos psicológicos e sociais do cuidar, por oposição à ênfase que passa a ser concedida aos aspectos físicos. Como afirma a autora: “Parece existir um consenso generalizado entre os membros chave de que as competências técnicas seriam mais valorizadas do que o trabalho emocional” (Wiggins, 1997, p. 1120).

Outra estratégia para diminuir a dissonância sentida pelos enfermeiros é, ainda de acordo com Wiggins (1997), o apoio que procuram no discurso da gestão, com base no argumento de que as suas iniciativas, neste campo, se poderiam traduzir em mais e melhores cuidados para todos os pacientes, isto é, permitiria o acesso alargado aos recursos da saúde.

Para além deste conjunto de aspectos que temos vindo a enunciar, o processo de profissionalização assumido pelos enfermeiros, porque se sustenta no conhecimento e no aumento de qualificações, acaba por ter algumas consequências inesperadas, e menos positivas, para o seu desenvolvimento enquanto grupo profissional, tendo por referência a relação com os restantes grupos presentes no sector da saúde.

O aumento das qualificações académicas traduziu-se no aumento dos custos da prestação de serviços que, no contexto de restrições impostas pela NGP, tem conduzido a tentativas crescentes de substituição dos enfermeiros na execução de algumas tarefas por outros profissionais menos qualificados e, logo, menos dispendiosos para a organização. Esta questão é particularmente pertinente, se pensarmos que, por um lado, muitas das tarefas realizadas pela enfermagem estão ligadas à esfera doméstica e, por esta via, são representadas como não exigindo formação especializada para a sua execução e, por outro, que a relação de poder estabelecida com os auxiliares induziu a delegação neste grupo de diversas actividades menos especializadas e complexas.

Desta forma, a conjugação dos princípios assumidos no caminho para a profissionalização e dos princípios da NGP, conduz a uma redefinição das fronteiras jurisdicionais entre o grupo dos enfermeiros e dos auxiliares, a qual parece traduzir-se na aquisição de algumas vantagens por estes últimos. Mas, essa redefinição não se confina a este grupo, estendendo-se, também, ao grupo dos médicos e dos gestores.

A questão das alterações na relação interprofissional entre médicos e enfermeiros é a problemática central do estudo de Walby et al. (1994). Para estes autores as duas profissões são simultaneamente competitivas e complementares, pelo que uma análise baseada apenas na luta pelo poder não se demonstra adequada. É certo que se estabelecem ligações estratégicas entre o grupo médico e o grupo de enfermagem, e de cada um destes grupos com o grupo dos gestores, mas é inegável que essas ligações provocam tensões fortes. Parte destas tensões advém do facto do projecto de desenvolvimento profissional do grupo dos enfermeiros poder colidir com o dos médicos e com o dos gestores. Isto acontece, quer quando os enfermeiros negam ou desvalorizam o seu papel enquanto *handmaid*, quer quando pretendem sobrevalorizar os cuidados em relação ao tratamento. Para Walby et al. (1994), porém, não é esta colisão que constitui o principal factor de tensão entre as profissões, mas antes as exigências de aumento de trabalho dos enfermeiros por parte dos médicos. As situações de conflito só surgem quando os enfermeiros pretendem adquirir competências e desempenhar funções que fogem ao controlo dos médicos.

Apesar de alguns estudos argumentarem que o *managerialismo* se traduz numa diminuição do poder dos médicos, não existem evidências de que tal esteja efectivamente a acontecer. Parece antes ter sido implementada uma “*old boy network*”, com os gestores a procurarem apoio nos médicos e a aumentar o poder interprofissional destes sobre os enfermeiros. Por exemplo, os ‘enfermeiros gestores’, ao nível das enfermarias, são cada vez mais responsabilizados perante os ‘médicos gestores’ (Ferlie et al., 1996).

Em função desta tendência, os enfermeiros procuram, cada vez mais, marcar a especificidade do papel da enfermagem com base nos papéis de gestão. Como afirma Goulberman: “Neste cenário há três possíveis papéis para os enfermeiros: como trabalhadores *pink-collar*, como extensões dos médicos e como gestores dos serviços” (2002, p. 26).

Tendo em atenção este novo cenário, tentamos, em seguida, analisar de forma mais pormenorizada as especificidades da relação da gestão com a enfermagem e, em particular, a alteração que a NGP veio introduzir na estruturação deste campo.

4.3 Enfermagem e Gestão

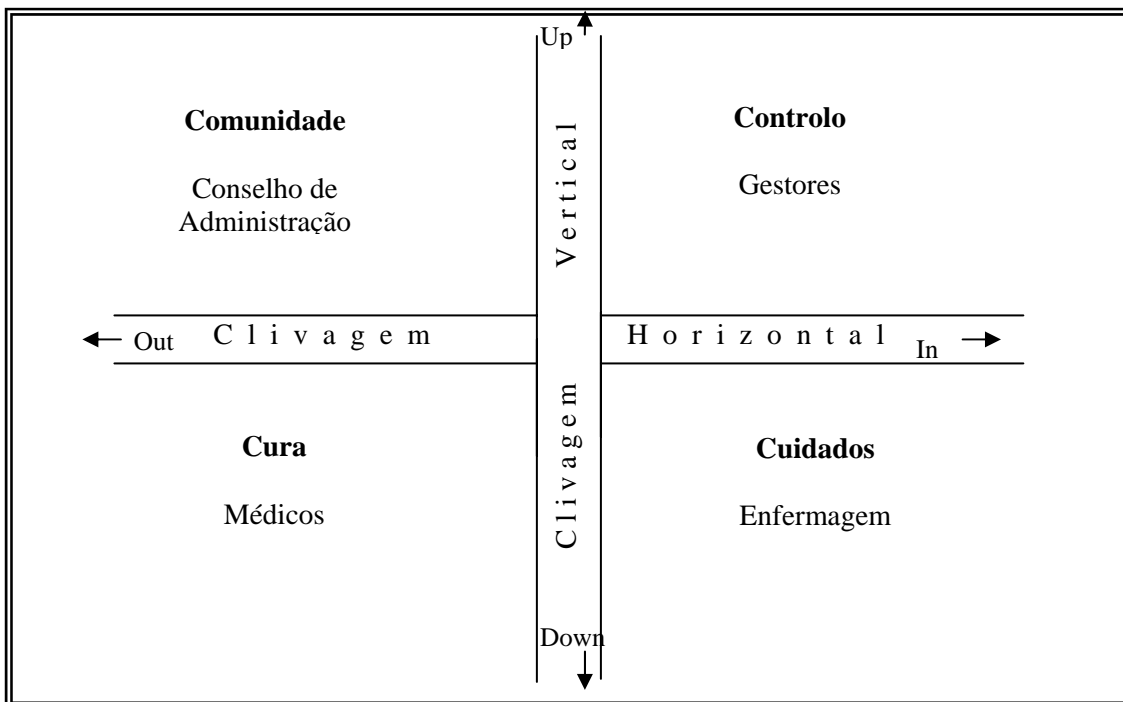
O debate tradicional sobre o significado do conceito de gestão é já longo e está ainda longe de reunir consenso. Esta dificuldade de clarificação agrava-se quando nos referimos ao caso particular das organizações de saúde. É comumente aceite a ideia de que a gestão não é mais do que uma expressão para designar o trabalho realizado pelos gestores e que se relaciona com a organização e regulação do trabalho dos restantes trabalhadores da organização (Flynn, 2002). Raramente se confunde esta categoria dos gestores com os administradores, cuja função é implementar políticas que foram anteriormente criadas por outros. A ideia de que só os gestores

fazem gestão é, no entanto, como salientamos anteriormente, uma ideia que é necessário relativizar. O sector da saúde constitui, aliás, um bom exemplo desta necessidade. Diversos profissionais de medicina e de enfermagem estão indubitavelmente envolvidos em actividades e tarefas de gestão. De acordo com Walby et al. (1994) estes profissionais podem ser considerados gestores por três ordens distintas de razões:

- os membros mais seniores de cada profissão organizam, monitorizam e regulam o trabalho dos mais juniores e organizam os pacientes,
- alguns deles organizam, monitorizam e regulam o trabalho dos indivíduos de outras profissões (particularmente os médicos em relação a enfermeiros).

Procurando contribuir para esta discussão, Glouberman e Mintzberg (2001) propuseram, recentemente, um modelo de análise da gestão dos hospitais e dos sistemas de saúde que procura dar conta da participação de diferentes grupos profissionais na gestão. Este modelo pode ser esquematicamente visualizado na figura seguinte:

Figura nº1 – Gestão no contexto hospitalar.



Fonte: “Managing the care of health and the cure of disease – Parte I. Diferentiation”, by S. Glouberman and H. Mintzberg, 2001, *Health Care Management Review*, 26(1), p.58.

Como mostra a figura anterior, os autores diferenciam no seu modelo quatro grupos envolvidos na gestão das organizações hospitalares: médicos, enfermeiros, gestores e administradores. A estes quatro grupos, os autores fazem corresponder um quadro referencial, respectivamente de: cura, cuidados, controlo e comunidade. Concluem que, grande parte dos

conflitos existentes na gestão hospitalar resultam dos processos de coordenação entre estes quatro níveis, conflitos esses que podem, inclusive, ser também detectados ao nível do sistema. Para estes autores, a complexidade que rodeia os sistemas de saúde advém não da natureza do trabalho, mas, precisamente, da natureza e da qualidade das interacções que se estabelecem entre estes diferentes grupos (Glouberman & Mintzberg, 2001).

A primeira diferença que pode ser estabelecida entre estes grupos diz respeito ao nível organizacional da sua participação. Os primeiros dois – médicos e enfermeiros – gerem ao nível da prestação directa com os pacientes, enquanto os outros – gestores e administradores – gerem longe do contacto com os pacientes. Para além desta linha que os separa ‘horizontalmente’ na organização, existe uma outra que os separa verticalmente. Assim, enquanto gestores e enfermeiros trabalham quase exclusivamente dentro da organização, médicos e administradores possuem ligações fortes ao exterior.

Tradicionalmente, os enfermeiros não ocupavam cargos de gestão de topo, embora, historicamente tivessem sido os primeiros a gerir os hospitais (Soares, 1997). A este facto não será alheio a falta de consenso quanto à classificação da enfermagem como profissão, o que contribui para a sua falta de visibilidade também no domínio da carreira técnica da gestão. Assim sendo, podemos afirmar, com Walby et al., que “a ausência deste vasto grupo de profissionais maioritariamente femininos, da hierarquia de gestão é, em si mesma uma fonte de luta” (1994, p. 141).

Os estudos empíricos centrados na análise da actividade dos enfermeiros em funções de gestão demonstram, no entanto, que no terreno estes possuem um poder superior ao que lhes é concedido em termos formais (Carapinheiro, 1998; Mintzberg, 1994). Na tentativa de construir um modelo teórico sobre o papel dos gestores em geral, Mintzberg (1994) acompanha o quotidiano de diversos profissionais que desenvolvem as suas actividades neste âmbito. É neste contexto que realiza um estudo empírico centrado na observação directa do trabalho de uma enfermeira gestora durante um dia num hospital universitário de Montreal. Conclui que o estilo de gestão que melhor se adequa ao seu caso não é o modelo do gestor patrão (*boss manager model*) nem o modelo profissional, mas antes um modelo de gestão artesanal (*craft manager*). A escolha deste epíteto para caracterizar o trabalho desenvolvido por esta profissional prende-se com o facto do seu trabalho fluir de uma forma natural, extremamente energética (embora não frenética), desenvolvendo em simultâneo diversos papéis que caracterizam as actividades dos gestores, tornando quase impossível isolá-los, dada a forma como estes surgiam, sendo desempenhados como se de um único papel se tratasse.

Muitas das actividades desenvolvidas estavam directamente relacionadas com a liderança e a ligação mas também com o fazer, comunicar e controlar. Os papéis de ligação e de liderança

surgiam espontaneamente e interactivamente, em função do facto desta profissional desenvolver as suas actividades no contexto da enfermaria, sendo, por isso, constantemente confrontada com o resultado das interacções entre profissionais. Neste contexto, a gestão acontecia a cada minuto nas diversas conversas de corredor. Nestes momentos de interacção desenvolviam-se papéis diversos, classificados pelo autor como de coordenação, e que resultavam de interacções que não duravam mais do que segundos. Para além destas actividades, observa-se, ainda, o desempenho de alguns papéis ligados a responsabilidades administrativas, estes sim, mais passíveis de serem isolados, como a realização dos horários ou o controlo orçamental, papéis que Mintzberg (1994) salienta não representarem propriamente um controlo da enfermeira sobre a enfermaria, mas antes um controlo sobre a enfermeira e a sua enfermaria. Mintzberg refere, ainda, que as enfermeiras desenvolvem os seus papéis de gestão de forma mais confortável, e provavelmente mais ‘pronta’ do que os médicos, fazendo com que, de alguma forma, as enfermarias sejam “territórios seus” e não dos médicos, mais preocupados com as questões clínicas.

Nesta mesma linha, emergiram outros estudos que atestam a forma como as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros se relacionam com o que a literatura descreve como sendo papéis de liderança e de gestão. Claire Manfredi (1996), num estudo que realizou com enfermeiras gestoras, concluiu que estas despendem uma parte importante do seu tempo no desenvolvimento e concretização de objectivos e na motivação dos restantes elementos para o seu alcance (Manfredi, 1996). Outra parte importante do seu tempo é também gasta na identificação de áreas de mudança, encorajando os restantes elementos a participar neste tipo de processos. Na tentativa de promover a mudança de comportamentos e de atitudes, demonstram preferência por usar a sua legitimidade como especialistas, em detrimento do uso do poder de recompensa ou coercivo. Concentram também algum do seu tempo na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos restantes elementos e preocupam-se em fomentar o papel de mentoras. A autora conclui pela existência de uma forte diversidade e heterogeneidade do trabalho desenvolvido por estas enfermeiras:

As enfermeiras gestoras têm uma tarefa hercúlica para desempenhar. Têm de gerir diversas unidades, assegurar a qualidade dos cuidados prestados, motivar o pessoal, manter a moral, promover a mudança, mobilizar um grupo de profissionais para trabalharem através da concretização de objectivos, servir como ligação entre a gestão de topo e os restantes profissionais, gerir o conflito, serem flexíveis, gerar abordagens criativas para a resolução de problemas, e tudo isto num contexto de contenção de custos e escassez de recursos (Manfredi, 1996, p. 326).

Neste sentido, não nos parece estranha a conclusão de outros estudos que demonstram uma relação positiva entre os papéis de liderança, desenvolvidos pelas enfermeiras ao nível das

enfermarias, e os resultados obtidos no aumento da produtividade e da qualidade (Fox, Fox & Wells, 1999).

Diversos outros estudos atestam, no entanto, a dificuldade das mulheres em atingirem lugares de topo nas organizações de saúde, constatando-se a desigual distribuição de homens e mulheres ao longo da hierarquia organizacional (Ashburner, 1993; Halford et al., 1997; Lorber, 1993). Para Halford, Savage & Witz (1997), a expansão da entrada das mulheres para cargos de gestão, constatada nos últimos anos em Inglaterra, não se fica a dever à conquista de posições em relação aos homens, mas, simplesmente, ao aumento de oportunidades devido às reestruturações que se verificaram no mercado de trabalho nos últimos anos. Mas, o que maioritariamente pode ser observado é que as organizações tendem a promover para lugares de topo os indivíduos que melhor incorporam os valores centrais da organização, e esses são, em regra geral, homens (Halford et al., 1997).

Apesar dos ritmos diferenciados, e dos contextos nacionais diversos, que imprimiram algumas especificidades às reformas, emergem, no entanto, traços comuns nos processos de reestruturação, em particular a nível da organização e gestão hospitalar, na esmagadora maioria dos casos sob influência das propostas da NGP, como se viu no primeiro capítulo. Neste contexto, torna-se, então, importante, analisar, de forma mais específica, os efeitos da introdução da NGP ao nível da gestão na enfermagem.

As dinâmicas introduzidas pela NGP parecem estar a produzir algum impacto ao nível das práticas e do envolvimento da enfermagem na gestão. Antes de mais, as reestruturações em curso têm aumentado claramente as responsabilidades de gestão ao nível da enfermaria. Apesar da retórica sobre a incompetência de gestão dos enfermeiros, relacionada com a estreita ligação da profissão ao mundo feminino (Carpenter, 1978), a introdução de orçamentos por serviços, juntamente com as pressões para descentralizar a organização da distribuição dos cuidados, estão a criar pressões nas enfermarias para que sejam desenvolvidas novas formas de competências de gestão (Walby et al., 1994), em particular ao nível organizacional. Os enfermeiros com funções de gestão são agora mais localmente responsáveis, nas enfermarias, pela gestão dos cuidados e das equipas de trabalho e estão muito menos envolvidos em 'cuidados de cabeceira'. Nem todos os enfermeiros perspectivam estas mudanças de forma negativa. Alguns fazem sobressair as competências múltiplas que têm de desenvolver e estabelecem ligações positivas com os novos movimentos que, supostamente, tornariam a profissão mais autónoma. Não obstante, a maioria continua a reproduzir a ideia dominante de que os enfermeiros não devem gerir, e definem-se a si próprios, antes de mais, como profissionais e só depois como gestores (Halford et al., 1997).

Esta tendência é, no entanto, contraposta por outra que resulta do aumento de poder dos gestores hospitalares no actual contexto das reformas na saúde. Para Robinson (1992), uma das

consequências da aplicação da NGP no Reino Unido, com base nas recomendações do relatório Griffiths, foi, precisamente, a emergência de um novo grupo ocupacional (os gestores) e a exclusão dos enfermeiros da gestão. Também Keen e Malby afirmam que:

O Relatório Griffiths conduziu muitos enfermeiros a perderem a posição anterior que tinham de executivos ao nível da administração de topo nos hospitais, tornando-se apenas assessores das equipas de gestão, tendo os outros mantido o seu papel de executivos (Keen & Malby, 1992, p. 863).

Tendo por referência o efeito nos enfermeiros das alterações nas políticas de saúde no Reino Unido, Keen e Malby (1992) concluem que, mesmo nos casos em que os enfermeiros mantêm o lugar ao nível da direcção, tal não significa que esta sua posição na estrutura formal se traduza numa maior atenção à sua voz e aos seus problemas. A influência destes enfermeiros depende do poder da sua personalidade, assim como da vontade dos gestores gerais e dos directores clínicos em aceitarem os seus pontos de vista, sendo, contudo, bastante reduzida ao nível da tomada de decisão na gestão. Assim, embora a sua opinião seja tida em conta para questões dos serviços relacionadas com a composição de pessoal, em termos de qualificações, não existe qualquer possibilidade de interferirem e evitarem a redução do número de efectivos ou de manifestarem opiniões sobre outro tipo de decisões respeitantes a esses mesmos serviços.

O estudo de Wiggins (1997) mostra, igualmente, que os enfermeiros que nele participaram percebem a existência de uma perda de poder com as reformas, quer porque os gestores conquistaram algum desse poder, quer mesmo porque as suas decisões são influenciadas por pressões directas para reduzir as listas de espera e atingir os objectivos defendidos pela administração. Os resultados deste estudo parecem traduzir, mais uma vez, o desenvolvimento de um confronto entre duas culturas distintas – a profissional e a de gestão – como tivemos oportunidade de sublinhar antes.

Kirkpatrick, et al. (2005), tendo por referência o contexto de mudanças nas políticas de saúde no Reino Unido, concluem que as condições de trabalho dos enfermeiros se deterioraram fortemente nos últimos anos. A sua participação nos processos de tomada de decisão foi extremamente reduzida, limitando-se, agora, a lidar com decisões que foram tomadas por outros. Estes autores salientam, no entanto, que o forte aumento do controlo dos gestores sobre o trabalho dos enfermeiros não foi directo, dada a sua falta de conhecimentos técnicos, mas antes indirecto, processando-se através da intensificação do trabalho a que os enfermeiros passaram a estar sujeitos. Na mesma direcção do que constatarem antes Ackroyd e Bolton (1999), também estes autores contestam a tese da taylorização do trabalho de enfermagem. Ou seja, a intensificação do trabalho da enfermagem não foi promovida através do estudo científico e da consequente alteração dos métodos de trabalho (obedecendo ao rigor do cronómetro), mas, primeiramente, através das

alterações promovidas nos regimes de cuidar. A tentativa de aumentar a produtividade através do aumento da rotatividade dos pacientes, sustentada na redução do tempo de estadia no hospital e na utilização de cirurgias mais céleres, resultou numa clara intensificação do trabalho dos enfermeiros e, desta forma, numa clara redução da sua autonomia. De facto, os enfermeiros continuam a poder decidir sobre a forma como realizam o seu trabalho, mas fazem-no tendo de cumprir requisitos que estão fora do seu controlo.

É importante salientar, todavia, que estes autores identificam também a existência de um pequeno grupo que se demonstrou capaz de aproveitar as dificuldades dos médicos em se adaptarem à nova situação, os quais continuam a desenvolver os papéis que tradicionalmente desempenhavam, e assumem novos papéis e responsabilidades, surgindo, assim, como líderes de gestão (Kirkpatrick et al., 2005).

Em conclusão, tenderíamos a sustentar que a introdução da NGP parece estar a promover uma redefinição do campo jurisdicional da profissão de enfermagem, e não só por referência aos médicos, mas, também, aos auxiliares e aos gestores, este último grupo representando uma nova cultura e uma nova forma de actuar nas instituições hospitalares.

Todavia, Carpenter (1993) chama a atenção para o facto do processo de mudança, na direcção de um sistema de saúde 'mais racional', estar a suscitar tensões no interior dos grupos profissionais presentes nos sistemas de saúde. Isto é, os processos estão a provocar clivagens não só inter mas também intra-profissionais. No caso dos enfermeiros, estas clivagens desenvolvem-se entre os que possuem competências comercializáveis, que podem, por isso mesmo, aspirar a melhorar a sua posição na luta pelo poder, e os que se dedicam mais aos cuidados, que podem perder poder, uma vez que a sua posição é desvalorizada nos sistemas de saúde. Esta desvalorização decorre da ênfase que as reformas colocam nos princípios de racionalização, a qual acaba por reforçar o paradigma biomédico, traduzindo-se numa valorização dos resultados, sobretudo os centrados nos aspectos clínicos. Desta situação, surge a real possibilidade dos enfermeiros, de acordo com a sua posição na estrutura organizacional e com a ideologia dominante, poderem seguir diferentes direcções e procurar diferentes alianças dentro e fora da estrutura do serviço nacional de saúde.

Assim sendo, não é apenas ao nível das instituições hospitalares e/ou da relação entre os diferentes grupos profissionais, mas, também, no interior do próprio grupo profissional dos enfermeiros, que se detectam diferenças que colocam em causa uma visão demasiado homogénea do impacto das reformas de saúde nos profissionais.

Maria Blomgren (2003), referindo-se ao caso sueco, parte precisamente deste pressuposto, quando procura analisar a resposta dos enfermeiros face às reformas do sistema de saúde implementadas naquele país. Para isso, divide o grupo profissional de acordo com o tipo de

ideologia profissional dominante, identificando, assim, três segmentos reconhecidos na profissão de enfermagem: os “mini-doutores”, os “líderes administrativos” e os “especialistas em cuidados”. Apesar das reacções às medidas tomadas no âmbito da NGP serem distintas, a verdade é que os dois últimos grupos procuraram reverter essas medidas a seu favor. Isto é, as medidas que foram tomadas ao longo das sucessivas reformas iam sendo aproveitadas pelos enfermeiros para sustentar o seu projecto profissional, através da promoção, em simultâneo, do afastamento das tentativas de demarcação do trabalho dos médicos. Vejamos, em termos específicos, as estratégias desenvolvidas por cada um dos segmentos da profissão.

No caso dos enfermeiros categorizados na ideologia dos “líderes administrativos”, que procura designar o segmento de profissionais com responsabilidades ao nível das tarefas de administração, os enfermeiros mostram adesão às reformas. Esta adesão fica a dever-se à percepção de que estas lhes permitem, por um lado, obter maiores responsabilidades nas enfermarias que chefiam (particularmente ao nível financeiro) e, por outro, aumentar a visibilidade do trabalho anterior que vinham já desenvolvendo ao nível operacional, em particular no que se refere ao controlo dos custos e das taxas de ocupação das camas. A base da aceitação destas medidas centra-se na ideia de melhoria da organização e controlo dos cuidados de saúde. Na prática, a assunção destas responsabilidades significa um acréscimo de poder do enfermeiro-chefe, que se assemelha ao poder do director clínico. Embora as medidas tomadas no âmbito da NGP sejam percebidas como positivas, estes enfermeiros não deixam de reconhecer a emergência de alterações no seu papel, que se traduzem no seu deslocamento de “líderes administrativos” para uma aproximação ao conceito de “líderes de gestão”. Tal fica essencialmente a dever-se aos novos papéis que são levados a desempenhar em relação aos pacientes, baseados, agora, em formas de cativar a sua fidelidade de cliente para assegurar o financiamento da enfermaria.

No que respeita aos enfermeiros designados por “especialistas em cuidados”, as suas posições parecem bem distintas, marcadas pela ênfase das suas actividades em redor dos cuidados ao paciente. Para este grupo, a tónica das reformas nos aspectos financeiros e no tempo de estadia dos pacientes traduz-se num factor negativo para a organização e desenvolvimento dos cuidados. Assim, estes enfermeiros, “especialistas em cuidados”, passam a enfrentar um dilema: “Por um lado, estão atentos à necessidade de reduzir os custos e aumentar a velocidade do trabalho, mas por outro lado, sentem que a sua capacidade de prestar cuidados está a sofrer com isto” (Blomgren, 2003, p. 63). No sentido de procurar minorar os efeitos negativos nos cuidados, estes enfermeiros desenvolvem e apoiam programas de qualidade. A concretização destes implica, no entanto, um acréscimo considerável do trabalho administrativo, que é aproveitado por este grupo precisamente para se demarcar do trabalho das assistentes de enfermagem, estas assim passando a estar mais próximas dos pacientes. Como salienta Maria Blomgren (2003), o aumento do trabalho

administrativo poderá traduzir-se na transformação dos enfermeiros de especialistas *teóricos* em cuidados em especialistas *administrativos* de cuidados.

Também Sharon Bolton (2005a,b) conclui, baseando a sua análise no Reino Unido, que a forma como os enfermeiros reagem à introdução de uma cultura ‘mais *managerialista*’ nos hospitais depende do sentido de oportunidade que identificam nesta mudança. O tipo de apoio que estes enfermeiros decidem conceder às políticas está sempre condicionado pelo seu próprio enquadramento simbólico.

O conjunto de questões que fomos analisando ao longo desta secção do capítulo, em particular a influência da NGP na construção da profissão de enfermagem e nos papéis organizacionais e clínicos desempenhados pelos profissionais, atravessa, também, o desenvolvimento e as práticas desta profissão em Portugal.

No próximo capítulo, procuramos analisar estas problemáticas no contexto específico do nosso país. Iniciamos o capítulo com a reflexão sobre a evolução das políticas de saúde em Portugal, tendo em vista atestar a adequabilidade da utilização do conceito de NGP para caracterizar as reformas recentes e, num segundo momento, centramo-nos na problemática da profissionalização da enfermagem definindo as características específicas deste processo no nosso país.

CAPÍTULO 3

AS ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO NACIONAL.
A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O
PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA
ENFERMAGEM



AS ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO NACIONAL.

A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

Após a exposição e análise das tendências verificadas nos países desenvolvidos na interpretação do papel do Estado e dos seus potenciais efeitos nos profissionais, com particular destaque para os profissionais de enfermagem, importa, agora, analisar a adequabilidade da aplicação destes conceitos à realidade portuguesa. De facto, Portugal constitui, como afirma Boaventura Sousa Santos, uma sociedade semiperiférica emoldurada entre os países centrais e periféricos no sistema mundial, pelo que é necessário ter algum cuidado na transposição de conceitos das ciências sociais criados para analisar estas realidades e que poderão, por isso, não ser adequados à descrição de uma realidade distinta (1990, 1993, 2002).

É precisamente esta condição semiperiférica, a par com outras particularidades da sociedade portuguesa, que determinam a existência de características específicas no Estado. Seguindo a análise de Boaventura Santos (1990, 1993, 2002) é possível definir o Estado português como uma forma política bastante complexa. Tal complexidade advém-lhe da acentuada característica autoritária que tem progressivamente vindo a assumir (e que é possível identificar tanto em períodos democráticos como noutros) e que, incapaz de erradicar o clientelismo, o tornou igualmente incapaz perante a possibilidade de promover o bem-estar das classes populares e de se constituir, desta forma, como um verdadeiro Estado Providência³⁰. A conjugação desta característica particular com os elementos de mercado e de comunidade resultou na permanente tentativa de usar a autonomia e autoridade do Estado para o erigir como agente de modernização da sociedade. Deste processo emergiu uma persistente tendência para produzir textos legais que se aproximavam dos produzidos nos países centrais, mas que não se traduziam em práticas sociais concretas, configurando o fenómeno social que Boaventura de Sousa Santos designa por Estado paralelo. Este inicia o seu declínio aquando da entrada de Portugal na Comunidade Europeia e passa a ser substituído pelo que o autor designa de Estado heterogéneo, caracterizado pela existência da normalização contratual e pela tentativa de criar e consolidar um novo sector de capital monopolista, acabando por promover a heterogeneidade e as descontinuidades das relações salariais e do próprio processo de acumulação. Assim sendo, a história recente da evolução do Estado português é bastante rica, caracterizada pela existência de diferentes tipos de regulação. Como afirma Boaventura de Sousa Santos:

Visto que as diferentes tentativas de regulação se traduziram em leis, instituições, serviços administrativos e ideologias (...) e porque estes criam a sua própria fricção e têm a sua

³⁰ Num trabalho recente, em conjunto com Sílvia Ferreira, o autor caracteriza o Estado português como um Quase-Estado-Providência (Santos & Ferreira, 2001).

própria inércia, a estrutura do Estado apresenta, em determinado momento, uma composição geológica com diversas camadas, diferentemente sedimentadas, umas antigas, outras recentes, cada qual com a sua lógica própria e respectiva orientação estratégica. É nisto que consiste o Estado heterogéneo (Santos, 1993, p. 41).

As deficiências que estes tipos de Estado manifestam ao nível da protecção social são, em grande parte, cobertas por uma sociedade civil forte, que o autor caracteriza como uma sociedade-providência (Santos, 1993). E que podem, de alguma forma, estar relacionadas com outras particularidades da sociedade portuguesa caracterizada, por Hofstede, como uma sociedade feminina e colectiva, expressão que significa que os indivíduos estão extremamente dependentes do grupo de pertença, que os valores dominantes se centram em torno da atenção e cuidado pelos outros e que as pessoas e as relações calorosas constituem dimensões importantes da vida social (Hofstede, 1997).

Perante este cenário surgem-nos diferentes questões. A primeira é a de sabermos se podemos falar de crise de um Estado Providência que nunca chegou a ser cabalmente edificado. Depois, é necessário, também, questionarmo-nos se os conceitos de NGP e *managerialismo*, frequentemente utilizados para descrever e caracterizar as medidas políticas de saúde desenvolvidas nos últimos anos nos países centrais, são adequados para caracterizar as iniciativas políticas desenvolvidas no âmbito do sistema de saúde português. É nesta perspectiva que nos propomos efectuar uma breve análise da evolução das políticas de saúde em Portugal.

Diversos autores têm procurado balizar e caracterizar os períodos de desenvolvimento das políticas de saúde pública a nível nacional. Destes destacamos os trabalhos mais recentes, nomeadamente o de Simões e Lourenço (1999 a,b), do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2003) e de Jorge Simões (2004). Estes diferentes períodos são, em grande medida, definidos tendo por referências os ciclos políticos (ou seja, correspondem a mudanças de governo e/ou de ministros) não existindo, no entanto, consenso entre os autores quanto à sua delimitação, como é possível constatar no quadro que se apresenta a seguir.

Quadro nº4:

Diferentes perspectivas sobre a evolução das políticas de saúde

Autores	Simões e Lourenço	OPSS	Jorge Simões
1º	1974-1979	1970-1985	1974-1979
2º	1980-1985	1985-1995	1980-1985
3º	1985-1995	1996-2002	1985-1995
4º	1995-?	2002-?	1995-2001

Pela análise do quadro é possível verificar que existe alguma divergência entre os autores na definição dos períodos. Assim, enquanto Simões e Lourenço (1999 a,b), tal como Jorge Simões

(2004), definem um primeiro período com início em 1974 e final em 1979, o OPSS demarca um período mais longo, com início em 1970 e terminando apenas em 1985. O segundo período estipulado pelo OPSS é, de igual forma, longo, definido num intervalo de dez anos entre 1985 e 1995, (embora especifiquem três sub-períodos distintos: 1985-1990; 1990-1993; 1993-1995) enquanto Jorge Simões (2004) e Simões e Lourenço (1999a,b) definem um período mais curto neste intervalo entre 1980 e 1985. Existe, no entanto, um consenso alargado entre os autores quanto à edificação do ano de 1995 como um marco de viragem nas políticas de saúde pública no nosso país.

Embora influenciados por estas propostas, definimos períodos distintos, não só porque, por vezes, a nossa interpretação não é coincidente com a destes autores, mas sobretudo porque procuramos não nos centrar à partida nos ciclos políticos, identificando antes as bases ideológicas das decisões políticas e procurando detectar, de forma mais específica, a presença da NGP nas políticas públicas no sector.

O propósito da reflexão incluída neste ponto do capítulo é, então, o de analisar, em traços gerais, o desenvolvimento do sistema de saúde em Portugal, tentando integrá-lo, sempre que possível, no contexto político mais vasto em que emerge, tanto em termos nacionais como internacionais. Antes de mais, procuramos identificar os principais marcos cronológicos coincidentes com iniciativas políticas, quer tenham ou não resultado em alterações estruturais.

Este nosso objectivo estende-se, no entanto, à caracterização do contexto político e social em que se desenrola a dinâmica de mudança, por forma a enquadrarmos melhor os contornos da problemática eleita para este estudo. Assim sendo, definimos quatro períodos na evolução do SNS, como pode ser facilmente observado no quadro que se segue.

Quadro nº5:

Períodos definidos na evolução das políticas de saúde em Portugal

PERÍODOS	CARACTERIZAÇÃO GERAL
1970-1980	Criação e Consolidação do serviço Nacional de Saúde
1980-1995	Recuo dos princípios do Serviço Nacional de Saúde
1995-2002	Aproximação à ideologia do mercado
2002-2005	Orientação empresarial e proximidade à liberalização

O primeiro período, que designámos por Criação e Consolidação do SNS, estrutura-se em torno da criação do SNS após a Revolução de Abril de 1974, mas tem a sua génese no início da década de 1970, ainda durante o período do Estado Novo. O segundo configura um recuo nos princípios do SNS e tem o seu início na década de 1980, estendendo-se até à primeira metade da década de 1990. Desde então, até 2002, definimos um terceiro período, caracterizado pela aproximação à ideologia do mercado, sobretudo no que concerne à gestão hospitalar. Finalmente, o

quarto e último período configura uma ruptura em relação às políticas definidas até ao momento actual, na medida em que expressa a implementação de políticas amplamente estruturadas pela ideologia do mercado.

Propomo-nos, em seguida, analisar cada um destes períodos de forma mais pormenorizada, para, num segundo momento, procedermos à análise das especificidades do processo de profissionalização do grupo de enfermagem no contexto nacional.

1. A Evolução do Sistema de Saúde Português

1.1 Criação e Consolidação do Serviço Nacional de Saúde (1970-1980)

Podemos caracterizar o Sistema de Saúde Português, a partir de meados do Séc. XX, com base nas características do modelo alemão de Bismark. O sistema dominante de segurança social baseava-se na quotização obrigatória de empregado e empregador e em fundos de doença para financiar o acesso aos cuidados, traduzindo a concepção de bem-estar social do regime ditatorial do Estado novo.

Segundo a análise do OPSS, as estruturas básicas do sistema de saúde eram, neste período, para além das Misericórdias, que existiam praticamente desde a formação da nacionalidade, e que tinham a seu cargo a gestão das instituições hospitalares, os Serviços Médico-Sociais (SMS), que prestavam cuidados de saúde aos beneficiários de Caixas de Previdência, os serviços de saúde pública, cujas actividades se restringiam, quase exclusivamente, à vacinação, os hospitais estatais, correspondentes aos hospitais gerais localizados nos grandes centros urbanos e os serviços privados, apenas acessíveis aos estratos socio-económicos mais elevados (OPSS, 2001).

É no início da década de 1970, ainda antes da revolução de Abril de 1974, que surge uma reforma da saúde, conhecida como a “reforma de Gonçalves Ferreira”, que reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e o papel do Estado como responsável pela política e execução da saúde. No entanto, a emergência das bases da constituição do SNS é mais profunda, radizando em medidas legislativas desenvolvidas na década de 1940. Segundo Graça Carapinheiro e Paula Page (2001), podemos mesmo afirmar que todas as bases do nosso actual sistema de saúde foram criadas nos anos 1940, assumindo particular destaque os Decretos-Lei 31:345 de 27 de Junho e 31:366 de 22 de Novembro de 1941, através dos quais se estipula a reforma da psiquiatria e a noção de cuidados primários, adoptando-se os princípios da assistência social. Esta legislação é profundamente influenciada pelo contexto das políticas de saúde a nível global, em particular, pelas organizações internacionais criadas no pós-Segunda Guerra Mundial

(de que a Organização Mundial de Saúde³¹ constitui exemplo), o que, aliás, se impõe como uma característica determinante no desenvolvimento de legislação nacional até à actualidade.

No início da década de 1970, os Decretos-lei 413/71 e 414/71 surgem como marcantes na definição da política nacional de saúde nesta época. Para além da tentativa de implementar o planeamento dos cuidados de saúde, procura-se, igualmente, a integração de todas as actividades de saúde e assistência existentes, tendo em vista não só o combate à doença, mas também a prevenção. Trata-se de um período particularmente importante para os cuidados primários, uma vez que é com base nesta legislação que são criados os centros de saúde em quase todos os concelhos do país. O Decreto-Lei 414/71 estabelece, ainda, pela primeira vez, as carreiras profissionais do pessoal de saúde. Com estas medidas procura-se estruturar um sistema de Serviço Nacional de Saúde que, contudo, não chega a ser implementado.

A estratégia de mudança do sistema, neste início da década de 1970, traduz, segundo Correia de Campos, mudanças políticas que procuravam substituir a centralidade do hospital pela filosofia do sanitarismo, filosofia essa que deveria promover a consagração de uma política de promoção e prevenção da saúde e o esforço de organização dos órgãos e dos serviços vocacionados para os cuidados primários. O objectivo último das reformas encetadas era o de eliminar as concepções médico-sanitárias, de índole predominantemente caritativa, dominantes desde o início do século (Campos, 1983). No entanto, começa a delinear-se, nesta altura, um dos paradoxos que define as atitudes do Estado português perante as políticas de saúde, e que assume a sua presença até muito tarde, exprimindo-se na definição de legislação centrada na saúde pública, enquanto, em contrapartida, a acção política traduz um investimento visível no hospital (Carapinheiro & Page, 2001). Provavelmente, como veremos mais adiante, este tipo de investimento decorre da existência de um sistema dominante de representações sociais da saúde que, ainda hoje, pesem embora as numerosas narrativas políticas e científicas produzidas sobre esta noção, constitui em Portugal uma forte matriz de referência na decisão política de sobrevalorização dos contextos hospitalares nas reformas.

Os efeitos práticos destas tentativas de reestruturação não chegaram, todavia, a ser visíveis. Na realidade, o sistema continuava a ser dominado por indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis, quando comparados com os existentes nos restantes países da Europa ocidental. Segundo o OPSS, observa-se a existência de um conjunto diversificado e desintegrado de serviços de saúde, de natureza muito variada, uma baixíssima capacidade do Estado em financiar os serviços de saúde e um conjunto de profissionais insatisfeitos, que recorriam à

³¹ A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) data de 1946 mas a sua génese é bem mais remota sendo identificada com o surgimento do Comité de Higiene da Sociedade das Nações em 1907.

acumulação de funções como forma de ultrapassar as limitações económicas do sector (OPSS, 2003).

Com a revolução democrática de Abril de 1974, as alterações que já vinham a ser delineadas ganham uma nova visibilidade, verificando-se uma continuidade ideológica e a ausência de rupturas com o período anterior (Simões, 2004; Carapinheiro & Page, 2001), o que justifica a nossa opção por definir o início deste período em 1970 e não em 1974 como o fazem Simões e Lourenço (1999 a,b) ou Jorge Simões (2004). Esta situação, aparentemente paradoxal, da ausência de rupturas de um regime político autoritário para outro de cariz democrático, justifica-se, por um lado, devido à influência das organizações internacionais na definição do quadro jurídico e, por outro, ao carácter mais intervencionista das políticas públicas que caracterizam a última fase do regime.

Em Maio de 1974, o Programa Provisório de Governo anunciava o lançamento das bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde ao qual deveriam ter acesso todos os cidadãos. A expressão destas alterações pode ser constatada, desde logo, na Constituição Portuguesa (1976) que, no seu Artigo 64º, preconiza a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito. Mas, é durante a vigência do segundo governo constitucional que o Ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut, e o Secretário de Estado da Saúde, Mário Luís Mendes, elaboram um projecto de Bases do Serviço Nacional de Saúde. A sua implementação surge com base na Lei 56/79, de 15 de Setembro, que promove a integração no Ministério da Saúde dos Serviços de Previdência, bem como a nacionalização dos hospitais das Misericórdias.

O processo de criação do SNS não foi, no entanto, um processo linear e claro, como aliás aconteceu em diversos outros sectores no pós-25 de Abril. A confusão própria dos períodos revolucionários explica que o Ministério da Saúde e Assistência, criado em 1958 e substituído em 1973 pelo Ministério da Saúde, tenha dado lugar, no ano seguinte, a uma Secretaria de Estado da Saúde integrada no Ministério dos Assuntos Sociais, por sua vez extinta em 1983. De alguma forma, estas mudanças não são apenas circunstanciais, mas também ideológicas, traduzidas na influência de mudanças nas concepções políticas de saúde a nível internacional (Carapinheiro & Page, 2001).

A criação do SNS representa a tentativa de edificar, em Portugal, o Estado de bem-estar social. Neste sentido, tal como se havia verificado no Reino Unido, passa a incumbir ao Estado a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica, assegurando-se uma cobertura do país em recursos humanos e unidades de saúde. Os dois elementos mais importantes desta reforma foram não só a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único, mas, sobretudo, a assunção do financiamento deste sistema pelo Orçamento Geral do Estado (OGE).

A constituição do SNS traduz, desta forma, a tentativa de passagem de um sistema baseado no modelo Bismarkiano para o modelo de Beveridge. As contribuições, que antes eram obrigatórias para a previdência, passam a sê-lo para a segurança social. Estas medidas foram acompanhadas de um impulso na formação dos médicos, que permitiu a efectivação do programa do “Serviço Médico à Periferia” e a emergência da carreira de clínica geral e medicina familiar, que contribuiu para desenvolver os cuidados primários em todo o país, em consonância com o que viria a ser estipulado na Declaração de Alma Ata em 1978.

Apesar destas medidas se enquadrarem num processo mais vasto de expansão do sistema de protecção social português, a sua implementação não encontra um terreno propício, uma vez que o país estava confrontado com problemas económicos graves, em parte devido à crise do petróleo e ao correspondente aumento súbito do preço da energia, que caracterizaram a década de 1970. Esta crise constitui parte da justificação argumentativa para a ausência de uma efectiva implementação de um Estado providência. Porém, outras limitações acompanharam a edificação do SNS: uma parte importante dos profissionais de medicina, em função dos baixos níveis de remuneração que auferiam, opôs-se ao sistema criado, propondo, em alternativa, um sistema baseado na ‘medicina convencionada’, que traduzia uma forma de financiamento público da medicina privada, mantendo-se, assim, alguns subsistemas de saúde fora do SNS, muitos dos quais ainda hoje persistem.

A oposição da Ordem dos Médicos a estas medidas, que considerava limitativas do princípio da livre escolha do médico pelo doente, e as acusava de transformar os médicos em funcionários públicos, é identificada como sendo a primeira vez em que esta organização profissional exerce direito de veto sobre políticas que não considera do seu interesse (Santos, 1993), sendo que, ainda hoje, a acção e os interesses particulares deste grupo profissional parecem constituir-se como um obstáculo à concretização de iniciativas legislativas e, em particular, ao afastamento, que as medidas políticas preconizam, da medicina curativa para uma aproximação à medicina preventiva (Carapinheiro & Page, 2001).

Contudo, são inegáveis os ganhos do SNS em termos de eficiência social. Na segunda metade da década de 1970 foi possível quase duplicar a cobertura da população, melhorar os principais indicadores de saúde e afectar à saúde recursos de que até então não dispunha (Simões & Lourenço, 1999b). Correia de Campos apresenta-nos vários indicadores que atestam esta melhoria. A percentagem de pacientes a utilizar os hospitais aumentou de 61% em 1970 para 78% em 1990. A percentagem de visitas domiciliárias, durante o mesmo período, traduziu-se num aumento de 31,4% em 1970 para 53,9% em 1990. A utilização dos serviços de emergência subiu de 10,7% para 52,4% e as consultas médicas de ambulatórios por clínicos gerais de 150 para 250 (Campos, 1996).

Mais do que realçar indicadores, é importante salientar que foi possível cumprir os grandes objectivos da criação do SNS. Em 1974, Portugal possuía um dos piores índices de cobertura da

Europa (58%), atingindo, em 1978, os 100%, granjeando o SNS, desta forma, a tão almejada universalidade (Simões & Lourenço, 1999 a,b). Apesar destes dados, há autores que defendem que o SNS nunca cumpriu este requisito em função da contínua persistência de subsistemas de saúde que têm permitido a dupla cobertura (Campos, 1996; Pereira et al., 1997).

Em termos de responsabilização financeira do Estado, o aumento dos gastos totais em saúde foi em 40% (de 1974 a 1980) superior ao verificado nos restantes países europeus. No entanto, verificou-se, igualmente, um acréscimo de cerca de 30% nos gastos privados com a saúde, enquanto que na UE este aumento foi apenas de 5% (Simões & Lourenço, 1999b).

Esta evolução na política nacional de saúde assemelha-se à verificada noutros países da Europa do sul. Praticamente, em simultâneo com Portugal, outros países mediterrâneos promovem a reestruturação dos seus sistemas nacionais de saúde. A Itália mais cedo, em 1978, a Grécia e a Espanha um pouco mais tarde, a primeira em 1983, e a segunda em 1986. Esta quase simultaneidade resulta do facto destes países possuírem características muito semelhantes no que concerne ao tipo de Estado providência que construíram (Ferrera, 1996; Katrougalos, 1996; Santos, 1993).

Em resumo, a criação do SNS fez parte da democratização social e política do país e permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando, também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde (OPSS, 2001)³².

As limitações associadas ao contexto económico, social e cultural em que o SNS foi criado e se desenvolveu marcaram mais a sua evolução do que as eventuais insuficiências daquilo que tem de essencial a ideia de um SNS. O SNS mudou radicalmente a cobertura do país em serviços de saúde, mas só parcialmente superou “as várias vias sobrepostas” que caracterizavam a saúde em Portugal antes de 1974.

A principal consequência deste conjunto de situações foi a permanência de uma grande debilidade estrutural na construção do SNS. Esta debilidade expressa-se, no início da expansão das infraestruturas do SNS, na frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na coexistência, assumida, entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, numa grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados, e na dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam (OPSS, 2003).

³² Importa realçar que neste período se verificaram importantes transformações na sociedade portuguesa que não se restringiram apenas à área da saúde. Destas, é importante destacar a crescente feminização da mão-de-obra. Em apenas uma década – de 1960 a 1970 – os homens deixaram de constituir 81% da força de trabalho para se restringirem apenas a 65%, tendo, neste mesmo período, a categoria de doméstica sofrido uma redução de 74,4% para 41,3% (Santos, 1993, p. 39).

Depois da revolução democrática de Abril, a sociedade portuguesa presenciou dois acontecimentos com fortes repercussões ao nível político, social e económico: a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) (1986) e a integração na União Monetária Europeia (2000). O desenvolvimento do país foi notório na área da saúde. De 1970 a 1997 a taxa de mortalidade infantil teve um decréscimo representativo de 58,6% para 5,8% (OPSS, 2001). De 1996 para 2000 passou-se de uma taxa de 8,4 para 6,1 óbitos por 1000 nados vivos, em comparação com a taxa europeia em 2000 de 6,3 (OPSS, 2002). É óbvio que estes ganhos de saúde não se devem apenas ao SNS mas, também, a outros factores externos ligados à melhoria das condições sócio-económicas do país e, por conseguinte, das condições de vida das populações.

A implementação do SNS, apesar da sua génese remota, pode ser então caracterizada por uma forte instabilidade e por uma discrepância entre o estipulado na letra da Lei e o que realmente se aplicava na prática. Estas características são determinantes no declínio do SNS e na cedência aos princípios do mercado que marcam o percurso de mudança do sistema de saúde em Portugal, o que procuramos analisar em seguida com base em três períodos distintos.

1.2 O Percurso de Mudança do Serviço Nacional de Saúde

1.2.1 O Recuo nos Princípios do SNS (1980-1995)

Como vimos atrás, apesar de alguns autores identificarem um sub-período de 1980 a 1985 na evolução verificada no SNS (Simões & Lourenço, 1999 a,b; Simões, 2004), ou estenderem a duração do primeiro período até 1985 (OPSS, 2003), consideramos possível delimitar o percurso de inflexão nas tendências de desenvolvimento do SNS a partir de 1980. De facto, quando a Aliança Democrática vence as eleições em 1979 são suspensos alguns dos diplomas anteriormente publicados que estruturavam o desenho organizativo do SNS (Simões, 2004).

Ainda que no início da década de 1980 a revisão constitucional de 1982 (VI Governo Constitucional) não se tenha traduzido em alterações profundas na estrutura do SNS, que surgem apenas após 1989, é nesta altura que se começa a desenhar a possibilidade de se desfazerem os consensos em torno do SNS. De facto, em 1981 e 1989 são aprovadas pequenas alterações aos princípios constitucionais na área da saúde, incidindo sobre a gestão e o acesso ao SNS. Assim, acrescenta-se ao artigo 64º da constituição a prerrogativa da gestão do SNS ser “descentralizada e participada” e, na Lei Constitucional 1/89, altera-se o princípio da gratuitidade, que nunca chegou a ser realmente alcançada, afirmando-se o SNS como “tendencialmente gratuito tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”. Para Boaventura Sousa Santos é esta segunda revisão constitucional que elimina os últimos vestígios do programa socialista herdado da revolução democrática de 1974 (Santos, 1993). As iniciativas políticas no início da década de 1980 promovem, segundo o autor, uma “desideologização” das políticas de saúde desenvolvidas até

então, promovendo a sua submissão a critérios de rentabilidade económico-financeira (Santos, 1993).

Ao longo desta década, os recursos financeiros investidos na saúde não se pautaram pela regularidade. “De 1981 a 1983, Portugal investiu cada vez menos em saúde. O aumento percentual global foi apenas de 11% (...)” (Simões & Lourenço, 1999b, p. 17). No entanto, não se assistiu a um comportamento semelhante do público e do privado relativamente aos gastos em saúde. Na primeira metade da década de 80, enquanto o governo diminui os gastos em saúde (decréscimo de 7,5%), os privados aumentaram-no (cerca de 45%), o que traduz um claro afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses (Simões & Lourenço, 1999b). Este decréscimo do investimento em saúde é, também, expresso na diminuição do peso do orçamento do SNS no OGE e no PIB.

Esta tendência agudizou-se na segunda metade da década, tendo os governos sociais-democratas, que conduziam o país na altura, sido influenciados pelas tendências reformistas e neoliberais que, como vimos, se tinham instalado em diversos países europeus. Embora não se possa afirmar que a política seguida neste período fosse estritamente liberal, pois não se verificou uma retracção pura e simples do Estado, as concepções que orientaram a actuação destes governos foram as de eficácia e competitividade. Esta actuação, seguindo a perspectiva de alguns autores (Viegas, 1998), pode ser enquadrada no surgimento de um novo quadro político e ideológico influenciado pelo modelo do individualismo liberal, já em pleno desenvolvimento nos países anglo-saxónicos (Gray, 2000). Ao nível da saúde, o debate público sobre as reformas era dominado por um discurso que expressava a necessidade de um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação mais empresarial para o SNS (Simões & Lourenço, 1999b; Simões, 2004).

É neste contexto que surge, a 21 de Janeiro de 1988, a Lei de Gestão Hospitalar (Lei 19/88), cuja grande alteração no modo de funcionamento dos hospitais foi a institucionalização dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI's). Estes centros são apresentados como uma nova estrutura organizacional e, simultaneamente, como um novo modelo de gestão intermédia, situado entre os Conselhos de Administração e os serviços, mas apenas foram objecto de escassos exemplos de implementação.

Ao terminar a década de 1980, é importante destacar medidas políticas desenvolvidas noutras áreas do sector público e que expressam a crescente ‘intromissão’ do sector privado em áreas tradicionalmente reservadas ao público. Assim, a título de exemplo, destacamos a iniciativa de Roberto Carneiro que, enquanto Ministro da Educação, altera o sistema de acesso ao ensino superior (eliminando a nota mínima), o que inflaciona a procura e permite o aparecimento de um grande número de instituições privadas (Amaral e tal., 2002).

Na década de 1990 começa a tomar corpo em Portugal a ideia da inevitabilidade de reestruturar profundamente o SNS e, simultaneamente, a desenhar-se uma certa consensualidade em redor das possíveis formas de implementar essa reestruturação. É neste contexto que surge a Lei de Bases da Saúde.

A Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, de 24 de Agosto, determina, explicitamente, aquelas que são as funções do Estado no sector da saúde, especificando, como atribuições do Ministério da Saúde, definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas e promover e avaliar a sua execução. Para a realização destes objectivos o Ministério dispõe de órgãos a nível nacional, regional, sub-regional (distrito) e local (concelho). A Lei de Bases da Saúde é, mais tarde, complementada pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, através do Decreto-Lei 10/93, de 15 de Janeiro.

Esta Lei confirma valores dominantes no sistema de SNS, como a universalidade e a equidade, mas 'abre a porta' à iniciativa privada. Assim, na Base I, confirma-se o princípio constitucional, à luz da revisão de 1989, que consagra a protecção à saúde como um direito de todos os cidadãos e da comunidade, de âmbito universal, global e tendencialmente gratuito, e que abrange não só a promoção da saúde e a prevenção da doença, como também a prestação de cuidados de saúde. A sua concretização é assegurada, simultaneamente, pela responsabilidade dos cidadãos, da sociedade e do Estado, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Realça-se, ainda, no ponto quatro, que os cuidados de saúde deverão ser prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou entidades privadas, com ou sem fins lucrativos.

Esta inflexão no SNS é confirmada no Cap. II, referente às entidades prestadoras de cuidados, e cuja Base XII determina que o SNS seja constituído por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

O carácter explícito de apoio ao sector privado está, no entanto, claramente expresso na Base XXXVII do Cap. IV, onde se determina que este apoio se traduza na facilitação da mobilidade do pessoal do SNS que deseje trabalhar no sector privado, na institucionalização de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Com esta Lei, promove-se uma alteração importante, mas de alguma forma já esperada, no papel do Estado na saúde, que deixa de ser o seu único financiador e prestador, passando a constituir-se, sobretudo, como regulador dos diversos intervenientes no sistema. Na realidade, não podemos afirmar que o SNS tenha sido alguma vez um sistema exclusivamente público (Campos,

1996; Pereira et al., 1997), porém, os prestadores do sector privado passam a ser não só reconhecidos como, inclusivamente, estimulada a sua presença no sistema.

Nesta fase, são de salientar, também, importantes contribuições para a consolidação do SNS ao nível local, com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as unidades integradas de cuidados de saúde, que, todavia, tiveram pouco impacto no funcionamento do sistema, sendo, por isso, mais tarde, modificada a sua forma de organização. A prosperidade económica, que então caracterizava o país, permitiu um aumento do investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais) e que decorre dos princípios que enformaram a actuação política destes governos na economia, pautados pela diminuição da intervenção directa do Estado e pela apologia do esforço de concentração financeira na criação de infra-estruturas capazes de estimular e enquadrar o investimento privado (Viegas, 1998).

Estes princípios, que estruturam a actuação económica, estendem-se também à área social, verificando-se o incentivo à entrada de capitais privados nos sectores da segurança social e da educação³³. Assim, foi possível assistir-se à criação dos PPR – Planos de Poupança Reforma (Decreto-Lei 205/89 e Decreto-Lei 145/90), ao incentivo aos estabelecimentos privados de ensino superior e ao aumento de propinas nos estabelecimentos públicos de ensino superior (Decreto-Lei 20/92, Lei 5/94 e Portaria 267/94).

Também na saúde, todas as medidas surgidas, desde o início da década até 1995, se enquadram na procura da redução do peso do Estado. O ponto mais alto desta retracção do Estado terá surgido em 1993 com a criação de um modelo de gestão privada num hospital público – o Hospital Fernando Fonseca (HFF) – assegurado por uma entidade contratada (um consórcio liderado por uma companhia de seguros).

Esta forma de descentralização da intervenção do Estado na saúde parece traduzir uma forma híbrida entre a privatização, uma vez que se transferem funções para uma instituição não governamental com fins lucrativos, e a desconcentração, tendo em atenção que esta transferência é acompanhada do controlo directo das autoridades locais (neste caso a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

Mas, uma medida crítica deste processo de constituição de um modelo híbrido de descentralização e de gestão foi, sem dúvida, a implementação em Portugal da ideia de contratualização. Procurou-se transferir o centro de decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central para a esfera (quase) contratual entre os agentes, transferência essa que configura a tentativa de criação de um quase-mercado (LeGrand & Bartlett, 1993), característico

³³ Importa, no entanto, realçar que foram tomadas também outras medidas que enquadram um aumento dos benefícios sociais, especialmente na área do emprego. Referimos a título de exemplo, o subsídio de inserção dos jovens na vida activa e os incentivos fiscais às empresas que criem postos de trabalho permanente. No entanto, estas medidas, a par com a importância conferida à concertação social, parecem inserir-se numa lógica de proporcionar condições de estabilidade para o funcionamento do tecido empresarial.

dos países com modelos de base de tipo Beveridge, uma vez que se mantiveram os prestadores dentro da esfera jurídica da administração pública. No fundo, trata-se de uma primeira tentativa para inverter os paradigmas tradicionais de gestão do sistema de saúde: a passagem de uma gestão através da hierarquia para uma gestão por contratos, esta assente na responsabilização das instituições de saúde pelo incumprimento dos resultados previstos por objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. O surgimento desta alteração no funcionamento dos hospitais, apresenta-se como um marco importante no distanciamento do Estado em relação aos pressupostos ideológicos que o Estatuto do SNS aglutinava.

A mudança nos princípios estruturantes do sistema materializa-se em vários domínios: a transferência da responsabilidade pela promoção e defesa da saúde para o cidadão, o reconhecimento da importância das entidades privadas e profissionais liberais como parte integrante do sistema de saúde, a consagração do princípio de gestão empresarial das unidades de saúde e o incentivo à concretização de experiências inovadoras de administração de serviços, com base nos contratos de gestão (Campos, 1996).

Com o Decreto-Lei 11/93 consagra-se a separação entre serviço e sistema. De acordo com o que estava estipulado na Lei de Bases, o SNS é reconhecido como uma peça fundamental no sistema de saúde, mas não como a peça exclusiva, já que se reconhece, igualmente, o papel das entidades privadas e dos profissionais a exercer em regime liberal. Na realidade, o sistema de saúde português, apesar de se basear no modelo de Beveridge, situa-se, nesta altura, ainda numa fase de transição, assumindo também características de outros sistemas. A presença de particularidades identificadas com o modelo de Bismark expressa-se, particularmente, na coexistência de diversos subsistemas e na ausência de clarificação das fronteiras entre o financiamento e a prestação de cuidados públicos e privados.

Não obstante, dos programas dos quatro maiores partidos, que concorreram às eleições legislativas de 1995, reafirmarem, como essenciais, os princípios do SNS (Simões & Lourenço, 1999b), em todas as doutrinas partidárias (com excepção do Partido Comunista Português) existia alguma consensualidade em redor da orientação para o mercado e da abertura ao privado do sistema de saúde como soluções viáveis para os problemas existentes (Campos, 1999). A sentença com a qual todos pareciam concordar é de que era necessário manter e reforçar o SNS, mas, para que tal se concretizasse, seriam imprescindíveis reformas profundas capazes de o tornar mais eficiente, equitativo e submetido a um controlo de gastos mais eficaz. A consensualidade das propostas de mudança concentrava-se, então, em redor de cinco vectores fundamentais, decorrentes da influência das reformas desenvolvidas na Europa no contexto da NGP: a separação entre financiamento e prestação, a criação de um mercado interno gerido pelo Estado, a dotação das entidades públicas prestadoras de maior autonomia e a sua responsabilização, a implementação de

mudanças nas formas de financiamento dos prestadores, hospitais e centros de saúde, e a afectação regional do financiamento de acordo com padrões de consumo efectivo de cuidados (Simões & Lourenço, 1999a).

Parece-nos assim claro que, quando este período termina, o Estado português estava claramente a afastar-se do modelo de controlo directo para se aproximar de um modelo de supervisão do Estado das instituições de saúde, modelo este que concedia mais espaço para a introdução no sistema de mecanismos de coordenação pelo mercado.

1.2.2 Aproximação à Ideologia do Mercado (1995-2002)

Em 1995 inicia-se, em Portugal, um novo ciclo político. Numa primeira fase, a prioridade política foi dada à educação e ao combate à pobreza. Assim sendo, no campo da saúde promoveram-se algumas medidas de melhoria progressiva, sem, no entanto, se realizarem reformas de carácter estrutural.

Verificou-se, contudo, uma importante abertura ao campo da investigação e da análise empírica através da criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), que apresenta os primeiros resultados do estudo sobre a saúde em 1998. É também neste ano que um relatório da OCDE toma nota de algumas medidas executadas e propõe recomendações que se estendem até ao ano de 2000 e que incitam à aplicação de medidas de NGP nas políticas de saúde pública nacional (OPSS, 2002).

Nesta altura, o modelo ideológico do governo centrava-se na defesa do SNS, o que se tornou visível no desacordo perante a proposta da oposição de alteração do artigo 64º da constituição, delineada no sentido de revogar o SNS tendencialmente gratuito (Simões & Lourenço, 1999a,b; Simões, 2004).

Na segunda legislatura (1999-2001), as políticas governamentais são alteradas e a área da saúde passa a constituir-se como ‘prioridade’ política e social. É desta forma que, em 1996, o Ministério da Saúde desenvolve um programa de melhoria de acesso à saúde, orientado para a recuperação das listas de espera e para a extensão dos períodos de atendimento nos centros de saúde e nos hospitais. É também a partir deste ano que se procura alterar as formas de gestão dos cuidados primários, na perspectiva de tornar os centros de saúde mais flexíveis e eficientes.

Em 1996/97 iniciam-se os projectos “Alfa” que permitiram criar novos modelos de trabalho em equipa. A avaliação destes projectos permitiu experimentar modalidades diferenciadas de remuneração dos profissionais que intervêm nos cuidados de saúde primários, das quais se destaca o Regime Remuneratório Experimental (RRE) em clínica geral. Esta modalidade de remuneração baseia-se numa capitação ajustada (doentes inscritos na lista, por sexo e por idade), ponderada por um número seleccionado de factores de desempenho.

Das várias experiências, avaliações e debates em torno dos cuidados de saúde primários emergiu a proposta de criação dos Centros de Saúde de 3ª Geração (Decreto-Lei 157/99). Porém, opções políticas determinaram uma paragem neste programa e as suas implicações práticas não chegaram a ser visíveis. De qualquer forma, vale a pena sublinhar que os pressupostos que sustentavam a organização destes centros se relacionavam com a autonomia administrativa e financeira e inovação dos modelos organizacionais, prevendo-se a sua tradução no terreno na constituição de equipas autónomas – unidades tecnicamente autónomas – mas interligadas, na implementação da RRE e no desenvolvimento do sistema de informação e informatização.

A melhoria dos sistemas de informação e avaliação era perspectivada, precisamente, como uma peça basilar na redução dos processos burocráticos. O cartão do utente do SNS representava, a este respeito, um factor fundamental. Sendo gerido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), através da RIS (Rede de Informação da Saúde), emergiu como a personificação do primeiro passo de um sistema automatizado para a gestão de utentes dos Centros de Saúde (SINUS) e dos hospitais (SONHOS).

Ainda no contexto da melhoria da informação no sistema, foi também aprovado um conjunto de medidas que se relacionam com áreas importantes no que respeita aos diferentes actores intervenientes no sistema de saúde. Assim, a perspectiva de centrar as reformas de saúde no cidadão levou à constituição de medidas de modernização administrativa, através do Decreto-Lei 135/99, de 22 de Abril, que, entre outras iniciativas, cria as chamadas “Linhas azuis”.

Este período é particularmente importante para o desenvolvimento da qualidade, através da criação, em 1999 (Portaria 288 de 27 de Abril), do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS) e da formulação de políticas de promoção de qualidade na saúde, consubstanciadas na Medida 2.3 – Melhoria e Certificação da Qualidade do IIIº Quadro Comunitário de Apoio (QCA) do Programa Operacional de Saúde (POS). Neste âmbito, foram elaborados, também, os Manuais de Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Utentes, por forma a permitir aos profissionais, em colaboração com as administrações, desenvolver o controlo e gestão do processo de admissão, atendimento e encaminhamento dos utentes.

As medidas então implementadas não se resumem a uma preocupação exclusiva com as instituições ou com os serviços, estendendo-se também à saúde pública. Assistiu-se, assim, à tomada de um conjunto de medidas que traduzem a existência de uma preocupação mais vasta nas políticas de saúde, que não se resume ao tratamento da doença, mas que se estende à sua prevenção.

Este período ficou marcado, contudo, pelas alterações introduzidas nas instituições hospitalares, com o intuito de ultrapassar as insuficiências dos modelos de organização burocrática. Surge então um novo modelo de gestão nos hospitais do Estado que mantém a gestão pública mas

que introduz regras privadas na gestão de recursos humanos e na aquisição de bens e serviços. Através do Decreto-Lei 151/98, de 5 de Junho inicia-se a implementação deste novo modelo de funcionamento no Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira.

No período de 1995 a 2001 são elaborados dois documentos do Ministério da Saúde que expressam bem as mudanças que se pretendem encetar: “O Hospital Português” e “Saúde. Um Compromisso”. Estes documentos desvendam a tentativa de superar os constrangimentos impostos pelo carácter burocrático das instituições hospitalares. No documento “Saúde. Um compromisso” (1999) estabelece-se, pela primeira vez, a necessidade de:

(...) ensaiar e consolidar novas formas de administração pública nos serviços de saúde [que permitam] ao hospital público mobilizar e gerir as competências de que necessita para fazer a sua renovação tecnológica oportuna, sem os constrangimentos burocráticos da actualidade (Ministério da Saúde, 1999, p.72).

As propostas apresentadas de alteração ao modo de funcionamento dos hospitais, dão a prioridade ao desenvolvimento de novas experiências de organização dos serviços. O objectivo principal presente nesta decisão política parece ser a tentativa de melhorar a eficiência ao nível organizacional, instalando, para tal, formas ‘inovadoras’ de gestão e administração. Tais formas consubstanciam-se na edificação de modelos de organização flexíveis e no controlo e avaliação dos hospitais pelas Administrações Regionais de Saúde e por entidades externas ao Ministério da Saúde.

As condições para a implementação destas novas modalidades de gestão passavam pela realização prévia de estudos económicos capazes de conferir sustentabilidade às iniciativas, e pelo empenhamento demonstrado pelos agentes políticos e organizacionais no processo de mudança. A estes factores acrescem, ainda, outros que tentavam promover uma maior participação da comunidade na vida do hospital, por via da constituição de conselhos consultivos.

Ao nível da relação com os profissionais são propostas, também, algumas alterações importantes, em particular a abertura a uma maior liberdade negocial entre as administrações e os profissionais, susceptível de permitir a criação de sistemas de incentivos que enfatizam o desempenho e a qualidade em detrimento da antiguidade.

Contudo, a incapacidade de criar um verdadeiro mercado na área da saúde conduziu, inicialmente, à emergência de mecanismos de quase-mercado, visíveis em dois domínios: na contratualização da produção – em quantidade, qualidade e tempo/oportunidade – e na aplicação de princípios da racionalidade ao processo de diagnóstico e terapêutica – protocolos clínicos e revisão da utilização. O objectivo destas iniciativas está claramente ligado a tentativas de estimulação da competição entre as instituições de saúde, o que é visível na instalação de processos de contratualização e de aquisição de serviços “(...) onde for globalmente mais vantajoso para o SNS,

considerando a qualidade, custo, acessibilidade e tempo/oportunidade dos cuidados” (Ministério da Saúde, 1998, p. 42).

Podemos identificar dois tipos distintos de contratualização. Um primeiro, desenvolvido a um nível que poderemos designar de macro (entre os hospitais e o financiador), implica uma alteração nas formas tradicionais de financiamento. Procura-se que a fórmula de financiamento dos hospitais deixe de se basear num modelo retrospectivo, caracterizado pela atribuição de subsídios com base nas despesas do ano anterior e os acréscimos das verbas do SNS, para se basear num modelo assente na definição dos produtos e na determinação dos seus custos/preços, baseado nos GDH (Grupos de Diagnóstico Homogêneos) e GDA (Grupos de Doentes de Ambulatório)³⁴. Por outro lado, apregoa-se a necessidade de definição de estratégias de médio prazo (3 anos), que se materializam no estabelecimento de um contrato entre a direcção do hospital e as unidades e actores organizacionais, e que pressupõe o estabelecimento de objectivos partilhados e mensuráveis, por forma a que se possa dar lugar à posterior avaliação e controlo.

A segunda desenvolve-se ao nível micro, entre a administração e os departamentos funcionais. Neste caso, a contratualização tem a sua maior expressão nos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI's) e na ligação da produtividade à remuneração, traduzida na penalização dos serviços e hospitais com listas de espera e na transferência de doentes e de incentivos financeiros para os serviços que demonstrarem melhores relações entre as listas de espera e a capacidade instalada. Sendo dotados de órgãos de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, os responsáveis por estes centros³⁵ são estimulados a aumentar a eficiência, através da distribuição de incentivos aos profissionais de acordo com o seu desempenho.

A este nível é ainda importante realçar o surgimento, através do Decreto-Lei 156/99, de 10 de Maio, dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que procuravam promover a integração dos cuidados através da ligação entre centros de saúde e hospitais, desenvolvendo-se apenas uma experiência piloto em Matosinhos que reúne o Hospital Pedro Hispano e os centros de saúde da região.

Este conjunto de iniciativas, contidas nos documentos oficiais do Ministério, parecem apenas apresentar-se como um registo de narrativas sobre as estratégias de mudança. Na prática, muitas delas não foram concretizadas. Por outro lado, é indubitável que as propostas que contém

³⁴ Trata-se de uma técnica de classificação de episódios hospitalares, ou de ambulatório, que permitem medir e comparar a produção de hospitais em função da intensidade de cuidados, como indicador mais próximo do custo de produção.

³⁵ Os responsáveis pelos centros devem ser médicos, com reconhecida competência técnica, nomeados pelo CA e, em situações consideradas adequadas a responsabilidade poderá ser atribuída a outro profissional de saúde, com competência técnica, ou a uma equipa multidisciplinar.

para alterar a forma de organização e gestão das instituições hospitalares determinam uma mudança no papel do Estado na saúde que denota influências claras da NGP.

Esta influência é notória não só ao nível dos modelos de gestão, mas, também, ao nível da própria linguagem. No primeiro nível, assiste-se à criação de formas de organização e gestão próximas das existentes na gestão privada e que passam pelo ‘achatamento’ das estruturas e pelo desenvolvimento de modelos mais flexíveis de gestão nos hospitais públicos. No segundo, é possível identificar, ao longo dos documentos, a profusão de muitas das *buzzwords* da gestão privada ligadas a modas de gestão típicas de algumas épocas bem datadas: “reengenharia hospitalar”, “reengenharia dos processos de cuidados”, “auditorias de qualidade e acreditação/certificação de serviços hospitalares”, “utilização de *benchmarking* entre hospitais e serviços semelhantes” e “avaliação da satisfação de trabalhadores e utentes” (Ministério da Saúde, 1998, p. 43).

No plano específico da gestão de recursos humanos, o que se propõe nos documentos é a manutenção das carreiras profissionais como “(...) garantia de qualificação dos profissionais e consequente nível de qualidade de cuidados (...) e com a necessária segurança e promoção que é devida aos profissionais” (Ministério da Saúde, 1998, p. 78). Altera-se, contudo, a avaliação de desempenho para uma fórmula que enfatiza o mérito, o que implica uma mudança sensível ao nível dos papéis desempenhados pelas chefias. Propõe-se, ainda, a definição de critérios capazes de aferir as capacidades de liderança para ascender a este tipo de cargos e o aumento da formação profissional, assumida como um instrumento de gestão e de mudança organizacional.

A posição híbrida do Estado é manifesta, no caso particular dos recursos humanos. Apesar de se advogar a manutenção das carreiras profissionais, propõem-se, também, alterações do quadro de pessoal, por forma a que este deixe de constituir um instrumento rígido, passando a associar-se a dotação de lugares (discutida ao nível dos CRI) ao plano de actividades do hospital. Há a assumpção do princípio de que os profissionais sem vínculo à função pública são mais produtivos e de que isso poderá compensar o reconhecido aumento da insegurança, da instabilidade e da rotatividade.

No plano da gestão hospitalar, o documento propõe a criação de uma cultura de “gestão participativa por objectivos”, tónica que, de forma clara, o aproxima da filosofia mais corrente da NGP: “É necessário mudar a cultura hospitalar dominante de ‘função pública’ e ausência de ‘prestação de contas’ para, em nome do interesse público e do serviço à população, se introduzir progressivamente uma cultura orientada para ‘objectivos’ e resultados” (Ministério da Saúde, 1998, p. 81).

Em jeito de conclusão, o conjunto de documentos que analisámos identificam os vectores em que se baseia a reforma hospitalar: modificação do enquadramento político na regulação dos hospitais e da lei de gestão; instituição, neste domínio, de experiências ‘inovadoras’ de gestão pública; experiências de inclusão da iniciativa privada; multiplicação nos hospitais de Centros de Responsabilidade Integrados; mudanças no financiamento através da utilização de instrumentos de contratualização; alterações na gestão dos recursos humanos, tornando os quadros mais flexíveis e aumentando o controlo sobre o trabalho através da avaliação de desempenho.

Esta breve e factual análise das iniciativas políticas desenvolvidas neste período realça o domínio de algumas das ideias que, como expusemos anteriormente, enquadram o movimento de reforma do Estado Providência sob a égide da NGP. Esta influência é particularmente visível nos princípios que presidem ao surgimento destas medidas, nomeadamente a eficiência, a qualidade e a descentralização. No entanto, não podemos deixar de referir que o Estado manteve uma forte preocupação com a prevenção e manutenção da saúde pública, e procurou, ainda, manter o controlo sobre a gestão hospitalar, ao contrário do que havia acontecido no período anterior. Apesar desta preocupação, a ênfase na micro-eficiência e na adopção de novos modelos de gestão parece configurar um certo afastamento do modelo de controlo e planeamento racional e uma certa aproximação ao modelo de auto-regulação, reservando o Estado, para si, as funções de regulador e financiador do sistema.

Neste sentido, e já no termino deste período, não podemos deixar de salientar, no contexto hospitalar, a entrada em funcionamento do Hospital do Barlavento Algarvio que, embora mantendo o estatuto e gestão pública, se baseia nas regras privadas ao nível da GRH e na contratação de bens e serviços. Finalmente, importa ainda destacar, o Decreto-Lei 39/2002 que substitui a eleição pela nomeação dos directores clínicos e dos enfermeiros directores, e que faz aplicar aos hospitais as normas de direito privado na contratação de bens e serviços, expressando a sedimentação de políticas e medidas enquadradas na NGP que se vinham já a desenvolver.

Contudo, esta hipótese interpretativa não encontra eco em Simões e Lourenço (1999a,b) para os quais, o período entre 1995-1999 é, antes, marcado, em termos ideológicos, por uma tentativa de travar o afastamento do Estado da área da saúde, surgindo, em oposição à tendência, que se verificava até então, de desinvestimento no potencial do SNS como prioritário. As políticas encetadas, traduzem, segundo estes autores, um modelo coincidente com o abandono doutrinal do princípio de “mais mercado” nos sistemas de saúde europeus. Julgamos que, no entanto, embora nesta primeira fase o enfoque seja maioritariamente colocado nos valores tradicionais da saúde para uma sociedade de bem-estar, introduzem-se, timidamente, valores que podemos identificar com a NGP, em particular com o que Ferlie et al. (1996) definem como constituindo o modelo 2 (*downsizing* e descentralização), articulado com alguns traços do modelo 4 (orientação para o

serviço público), apresentados no primeiro capítulo, e que se acentuam até ao início do novo ciclo político.

A clarificação desta aparente contradição é-nos facilitada pela análise de José Manuel Leite Viegas. Este autor, realça o facto de, em Portugal, ser possível identificar, na orientação político-ideológica nos sectores de esquerda socialista, continuidades e rupturas. As crenças mais radicais de carácter mais colectivista e estatal parecem ter vindo a ser progressivamente corroídas por princípios de racionalidade económica e pela revalorização da iniciativa privada. Neste sentido, emerge a tendência para a aceitação, parcial e controlada, da mercantilização dos processos económicos e sociais e para alterações na intervenção reguladora do Estado. Contudo, verifica-se, em simultâneo, a concretização de medidas que denunciam a presença de orientações político-ideológicas que privilegiam as questões sociais, os objectivos de igualdade e participação social dos cidadãos. Para ilustrar o seu argumento, o autor refere duas medidas em concreto: a paragem das obras na barragem de Foz Côa e a criação do Rendimento Mínimo (Viegas, 1998). Na nossa opinião, as preocupações com a saúde pública, num quadro de reestruturações na saúde definidas segundo princípios de diminuição da intervenção directa do Estado e do predomínio de critérios de racionalidade, inserem-se nesta lógica dual e ambígua que atravessa a actuação política no quadro da esquerda socialista.

1.2.3 Orientação Empresarial e Proximidade à Liberalização (2002-2005)

O período que se inicia em 2002 é marcado por algumas alterações na economia, com a inversão das tendências de crescimento económico na Europa. Esta situação traduziu-se, em Portugal, na estagnação do crescimento do PIB em 0,5% de média anual. Este contexto económico conferiu legitimidade à concretização de medidas que passaram pelo congelamento dos salários na função pública, a definição de orientações com vista à contenção da despesa pública na educação, na segurança social e na saúde e ao estabelecimento de limites para o crescimento dos gastos dos organismos autónomos e para os níveis de endividamento da Administração Regional e Local. Foi ainda suspensa a admissão de novos funcionários, para além de se verificar a extinção e fusão de alguns organismos públicos (OPSS, 2003).

No campo específico da saúde promove-se, na nossa perspectiva, uma ruptura com as políticas desenvolvidas até então. As ‘tímidas’ medidas encetadas no sentido da liberalização ganham uma nova expressão. Esta ruptura é particularmente expressa no abandono da dualidade paradoxal que acompanhava a evolução das políticas de saúde em Portugal, como referimos anteriormente, entre a definição de políticas orientadas para a saúde pública e a concretização de medidas predominantemente centradas nas instituições hospitalares. A eliminação do fosso entre a ‘concepção’ e a ‘concretização’ atenua-se porque se abandona o discurso e a produção legislativa

baseada na saúde pública, e enfatizam-se, em sintonia com a acção política, as propostas definidas para as instituições hospitalares. Tal não significa, porém, que não se tenham desenvolvido acções noutra âmbito, embora com menor visibilidade. A título de exemplo podemos referir algumas mais inovadoras como o lançamento do Plano Nacional de Saúde (PNS) e a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), mas reactivam-se outras que surgem numa certa continuidade em relação a medidas anteriores: a reorganização dos cuidados de saúde primários, a política do medicamento, a reestruturação da Comissão Nacional de Luta contra a Sida e a revisão das taxas moderadoras.

Na nossa perspectiva, vários factores poderão ser identificados como potenciadores da legitimidade alcançada no estabelecimento da ruptura com o percurso anteriormente delineado nas políticas públicas de saúde. Desde logo, o contexto internacional parece ter desempenhado um papel primordial. Não só o contexto económico era apresentado como transversal e comum a outros contextos, como era conhecida a aplicação noutros países de ‘terapêuticas’ semelhantes para este diagnóstico, particularmente ao nível das organizações hospitalares, o que permitiu o recurso ao argumento da inevitabilidade da convergência das medidas a implementar.

Por outro lado, é possível que o facto do Ministro ser um actor externo ao contexto da saúde, apresentando-se como um especialista da área da gestão, tenha desempenhado um papel igualmente importante no ponto de ruptura. Este requisito permitiu associar às medidas propostas o carácter ideológico da gestão, apresentando-as, assim, como mais eficientes e eficazes porque baseadas no conhecimento especializado e tecnicamente ‘neutros’ neste campo. A introdução de novos actores no sistema estende-se também ao nível das organizações hospitalares, o que conduz à existência de um “*managerialismo* centralista” alheio à cultura de saúde (OPSS, 2004).

Subsiste, no entanto, um outro factor que se destaca, não só por facilitar um suporte legitimador às narrativas políticas sobre a eficiência e eficácia mas, também, porque traduz uma ruptura em relação à postura tradicional dos políticos nesta área. São desenvolvidas estratégias de marketing político baseadas nas dificuldades de relacionamento das organizações de saúde com os utentes, em particular o atendimento e as listas de espera, para obter legitimidade e apoio por parte da população.

De facto, como referimos anteriormente para o contexto europeu, existe alguma relutância, por parte da população em aceitar mudanças na estruturação do SNS, na medida em que tal significaria a perda de alguns direitos adquiridos. No contexto nacional, alguns resultados de estudos realizados na altura revelavam que os portugueses se mostravam satisfeitos com a avaliação global do sistema de saúde – médico de família, centros de saúde, consultas externas nos hospitais, internamento hospitalar e serviço de urgência.

Convém realçar, no entanto, que não podemos deixar de colocar a hipótese de existir, em Portugal, algum descontentamento real com o atendimento nos serviços públicos, em geral, e na saúde, em particular. Na análise que efectua da evolução do Estado social no nosso país, Boaventura Sousa Santos conclui que a ideologia autoritária e assistencialista que caracterizava o Estado novo se infiltrou na estrutura do Estado democrático, conduzindo a que a relação entre as agências estatais e os cidadãos se pautasse por um comportamento discricionário e privatístico que, como afirma o autor, conduz a que as pessoas sejam atendidas diferentemente de acordo com as relações informais que conseguem mobilizar a seu favor (Santos, 1993).

A estratégia política desenvolvida neste período baseou-se, precisamente, na tentativa de legitimar as mudanças introduzidas, apoiando-se nos temas sobre o aumento da insatisfação dos utentes, a necessidade de reorientar os serviços de saúde do profissional para o paciente e a inevitabilidade de encontrar formas de gestão inovadoras e responsabilizantes. Este discurso traduzia uma estratégia de captação do apoio da opinião pública para as reformas, estruturando-se em torno de um eixo simbólico que nos permite identificá-lo, essencialmente, como uma narrativa sobre as estratégias de mudança. A linguagem utilizada fazia apelo ao ‘público’ ou ao utente, embora o seu significado não fosse claro e preciso. O objectivo desta estratégia foi, claramente, de levar a que o ‘público’ tomasse consciência da existência de um verdadeiro problema e da necessidade de mudança para que, desta forma, fossem politicamente viabilizadas soluções credíveis (Saltman & Figueras, 1997). Esta estratégia, aliás, é visível numa publicação do Ministro da Saúde da altura, que congrega ‘discursos’ utilizados nas intervenções públicas efectuadas ao longo do seu mandato (Pereira, 2005), e que constitui um exemplo da utilização frequente do marketing político durante este período, ao mesmo título da forma como se divulgaram os êxitos das medidas implementadas no curto prazo, muitas vezes com recurso a anúncios pagos publicitados nos meios de comunicação social (OPSS, 2005). A recorrente ênfase, então verificada, nas questões da qualidade, eficiência, eficácia, competição e satisfação dos utentes aproximam claramente o discurso político da retórica da NGP, tal como a definimos anteriormente.

A centralidade das problemáticas relacionadas com as instituições hospitalares é claramente expressa na legislação, o que, em nosso entender, constitui a expressão da verdadeira motivação das reformas desenvolvidas – a contenção de custos e a necessidade de equilibrar o orçamento de Estado, incitadas, sobretudo, pelo isomorfismo coercivo promovido pelas instituições supranacionais.

As grandes alterações são introduzidas com a Lei 27/2002, de 8 de Novembro, conhecida como a Lei da Gestão Hospitalar, que consagra, como princípios fundamentais, uma nova forma de financiamento dos hospitais, a avaliação de desempenho e do mérito, a promoção de um sistema de incentivos, a responsabilização dos directores de serviço e a cessação de mandatos no caso de

incumprimento de objectivos. Esta Lei consigna quatro formas jurídicas para o enquadramento dos hospitais em Portugal: a) hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, b) hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, c) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e, d) hospitais privados.

A diferença entre estas formas jurídicas situa-se, essencialmente: ao nível do regime jurídico, que deixa de ser de direito público e passa a ser de direito privado; ao nível da natureza da gestão, que deixa de ser administrativa e passa a ser empresarial; e ainda, ao nível do regime de pessoal, que passa a ser determinado pelas normas do direito laboral e não pelas normas da função pública.

A expressão maior da liberalização do sector materializa-se, provavelmente, na empresarialização de 31 hospitais, que foram transformados em sociedades anónimas (SA)³⁶ de capitais exclusivamente públicos. No entanto, constituem iniciativas, igualmente importantes, o estabelecimento de Parcerias Público/Privado (PPP) para a construção de dez hospitais e a alteração da gestão dos restantes hospitais do sector público (SPA).

O discurso político que subjaz a estas iniciativas, tenta, como vimos, legitimar-se na necessidade de introduzir maior eficácia, flexibilização e responsabilidades de gestão no funcionamento dos hospitais. A tradução destes termos em objectivos últimos das unidades de saúde espelha uma mudança identificada com a ideologia e as práticas da NGP. Para conduzir o processo global e a estratégia de ‘empresarialização’ dos Hospitais criou-se uma estrutura intermédia – Estrutura de Missão de Saúde – que exerce a função accionista dos Ministérios das Finanças e da Saúde nas sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos designadas por Hospitais SA.

Introduzem-se, assim, com esta Lei, mudanças na natureza dos hospitais públicos que adquirem o estatuto de hospitais empresariais. No que concerne às finalidades consignadas para este tipo de hospitais, acrescenta-se, à prestação de serviços de saúde, a possibilidade de

explorar os serviços e efectuar as operações civis e comerciais relacionadas, directa ou indirectamente, no todo ou em parte, com o seu objecto ou que sejam susceptíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em agrupamentos complementares de empresas e outras formas de associação (Decreto-Lei 294/2002).

³⁶ Estes hospitais foram recentemente transformados em Entidades Públicas Empresariais (EPE) através do Decreto-Lei 233/2005. Além destes 31 hospitais foram também transformados em EPE os hospitais de Santa Maria (Lisboa), S. João (Porto), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar de Setúbal e Centro Hospitalar Nordeste. Apesar desta alteração no estatuto jurídico, no essencial, não são alteradas as formas de gestão nem a relação com o Estado pelo que julgamos sustentável continuar a designá-los de empresarializados.

Esta possibilidade corresponde a um dos pressupostos da NGP – liberdade aos gestores para gerir – e permite aos hospitais lançarem-se na privatização de alguns dos seus serviços, tendo em vista a captação de recursos no exterior e a diminuição da dependência financeira do Estado.

O funcionamento dos hospitais empresarializados passa a pautar-se pela execução de contratos-programa plurianuais celebrados com o Ministério da Saúde, nos quais serão estabelecidos objectivos e metas quantitativas e qualitativas, a sua calendarização e os meios e instrumentos para prosseguir a sua consecução. O incumprimento dos contratos-programa poderá constituir motivo para a assembleia geral destituir os administradores hospitalares.

A área onde o impacto das reestruturações é mais notório diz respeito, no entanto, ao controlo de gestão e, em particular, ao controlo financeiro. Assim, estipula-se a obrigatoriedade dos hospitais em prestar informações mensais sobre a execução orçamental e de submeter aos Ministros das Finanças e da Saúde um relatório de gestão antes da realização da assembleia geral. O limite máximo do endividamento é fixado em 30% do capital social, sendo que todo o endividamento, acima dos 10%, obriga a uma autorização prévia da assembleia geral. Na definição dos estatutos está também consignada a figura do fiscal único que, em conjunto com o conselho de administração e um representante dos ministérios das finanças e da saúde, passa a integrar a assembleia geral.

No que concerne aos recursos humanos, estipula-se que os trabalhadores devem estar sujeitos às normas do regime jurídico do contrato individual de trabalho, embora não se elimine a possibilidade de celebrar convenções colectivas de trabalho e se assegure a manutenção do estatuto jurídico dos trabalhadores mediante opção individual. A este nível, não podemos deixar de salientar a ênfase de políticas salariais baseadas em incentivos (pecuniários ou de outra natureza) ligados à noção, imprecisa, de bom desempenho das funções aferido pela avaliação dos resultados a implementar de acordo com procedimentos predefinidos pelo conselho de administração.

Estas mudanças nas políticas de recursos humanos não se restringem à área da saúde mas antes ecoam alterações presentes em toda a administração pública. A este nível, a alteração do sistema de avaliação de desempenho (Lei 10/2004, de 22 de Março) e a permissão de contratos individuais de trabalho, constituem exemplos que podem representar uma mudança paradigmática no modelo de recursos humanos na administração pública (Farnham & Horton, 1996).

Apesar da reconfiguração do ‘modo’ de gestão hospitalar se ter começado a desenhar no início da década de 90, e ainda que exista algum consenso na comunidade académica e profissional relativamente à necessidade de encontrar formas alternativas de organização dos hospitais, as medidas contidas na nova política de saúde não foram aceites de forma pacífica e consensual pelos profissionais envolvidos.

A maior crítica formulada por parte dos académicos, prende-se com o facto deste processo não estar sustentado em estudos técnicos e científicos credíveis:

(...) as principais críticas ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso prendem-se com o elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, o que pode dificultar o adequado acompanhamento às mudanças, dada ainda a fragmentação da informação existente e a ausência duma adequada gestão do sistema de informação da saúde (OPSSS, 2003, p. 67).

Por outro lado, critica-se, também, o facto de se procurar promover uma mudança exógena ao sistema, que procura promover um “choque cultural” através da imposição hegemónica de uma cultura *managerialista* (OPSS, 2004). Tal imposição é igualmente expressa na ênfase concedida à gestão intermédia e, em particular, ao aumento de poder, conferido pela Lei 27/2002, aos directores de departamento e de serviço. Nesta mesma linha, verifica-se que os critérios para a nomeação dos conselhos de administração são igualmente alterados, com o recurso a actores sem *background* profissional na área da saúde³⁷ e com competências preferenciais na área da ‘gestão geral’.

Em resultado das alterações propostas passam, assim, a existir, em Portugal, dois tipos de hospitais: os do Sector Público Administrativo (SPA) e as Sociedades Anónimas (SA). A principal diferença entre os dois reside no estatuto legal que conduz a que os hospitais SA – enquanto empresas de capitais exclusivamente públicos – se constituam como entidades mais independentes, totalmente responsáveis pelo seu desempenho financeiro e logo sujeitas a uma maior pressão dos mercados. Tais características permitem-nos, segundo a tipologia de Harding e Perker (2003), classificar estas unidades como empresarializadas. Quanto aos SPA, embora o seu estatuto jurídico não tenha sido alterado, as mudanças verificadas na forma de financiamento, baseadas, agora, na contratualização, conduzem-nos, de acordo com a mesma tipologia, a designá-los como unidades autónomas.

Os resultados conhecidos sobre os efeitos das alterações nas políticas de saúde não são os mais animadores: o número de pacientes em lista de espera aumentou, assim como o custo de produção dos hospitais. Segundo os dados do OPSS, em Dezembro de 2001, existiam 86 500 doentes registados na lista de espera de cirurgia, acima do Tempo de Espera Clinicamente Aceitável (TECA), em Setembro de 2002 este quantitativo aumentou para 110 994 casos, dos quais 97 496 se situavam acima dos valores definidos pelo TECA. Apesar da produção ser inferior, o custo médio de cada cirurgia também aumentou 17% em relação a 2001 e 26% em relação a 2000 (OPSS, 2003). Por outro lado, no que respeita ao financiamento, o impacto das mudanças

³⁷ A inclusão destes actores não foi facilmente aceite no contexto organizacional, tendo dado origem a uma ‘onda’ de demissões e de exonerações amplamente noticiadas nos meios de comunicação social.

introduzidas não foi profundo, continuando o Estado a assegurar a quase totalidade do seu montante (OPSS, 2003).

Mais importante será, no entanto, o facto do Estado, através do SNS, não ter demonstrado capacidade para garantir o acesso equitativo de todos os cidadãos aos serviços de saúde, o que constitui terreno facilitador da implementação de políticas de abertura ao sector privado.

Subsistem, ainda, vários problemas relativos à capacidade de resposta do sistema de saúde português, quando confrontado com importantes desafios sociais, em particular: as assimetrias na distribuição dos recursos humanos, que criam obstáculos difíceis de ultrapassar para as zonas mais pobres e rurais; a persistência de barreiras da mais diversa ordem ao acesso à medicina familiar e aos cuidados de saúde básicos; a prestação insuficiente de cuidados continuados no domicílio, nomeadamente aos idosos, deficientes e doentes crónicos.

Estas dificuldades estão relacionadas com aquela que é a maior valia e, simultaneamente, debilidade das políticas públicas de saúde – os seus recursos humanos. Existe uma marcada carência de profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros, verificando-se, no primeiro caso, um forte desequilíbrio não só na sua distribuição regional, mas também entre o número de médicos de clínica geral e de especialistas hospitalares (Rodrigues et al., 2002).

A actuação recente sobre a formação foi, precisamente, uma das frentes através da qual se procurou induzir alguma mudança no funcionamento do SSP – aumento do número de vagas nos cursos de medicina e criação de novas faculdades. Simultaneamente, foram mesmo sugeridas alterações na estrutura curricular dos cursos de medicina, os quais indubitavelmente, contemplam a intromissão das ‘novas filosofias’ de gestão no campo da formação médica. Na realidade, para além da introdução de questões ligadas à ética e bioética, propõe-se a criação de condições para que seja dada formação, pré e pós graduada, em economia e gestão dos cuidados de saúde e avaliação da qualidade (OPSS, 2003).

Da análise que desenvolvemos ao longo desta secção do capítulo, podemos concluir que as reformas do SNS configuram um crescente afastamento de formas de organização e gestão tradicionais da administração pública e a aproximação a outras mais identificadas com a gestão privada, expressando, de igual forma, uma mudança dos papéis de intervenção do Estado nos sistemas de bem-estar social. Embora com pequenas diferenças em relação a outros sistemas, detectáveis, sobretudo, ao nível de uma maior ou menor preocupação com a saúde pública, com a prevenção em lugar da cura e com o grau de presença da gestão privada nos modelos alternativos de gestão hospitalar, a evolução das políticas de saúde em Portugal também tem sido, progressivamente, influenciada pela NGP, o que, apesar de tudo, se traduz, como afirmam Osborne e McLaughlin (2002) para outros casos, em mais continuidades do que rupturas na orientação

político-ideológica dos governos. Tal significa que apesar da sociedade portuguesa possuir características que a distinguem das restantes, como salientámos no início deste capítulo, a análise das reformas que têm vindo a ser implementadas na área da saúde, permite-nos concluir com Boaventura Sousa Santos (1993, 2002) que, apesar de nunca se ter consolidado um verdadeiro Estado providência no nosso país, as medidas adoptadas configuram um quadro semelhante ao verificado nos países centrais como resposta à proclamada crise desta configuração estatal.

Na realidade, desde a década de 1980, as reformas e medidas encetadas na reestruturação do SNS orientaram-se para a mudança das estruturas organizacionais (sobretudo nos hospitais), colocando-se no centro deste processo a atribuição de um papel mais importante ao sector privado, o aumento da responsabilidade individual e a gestão empreendedora (Pereira et al., 1997). Contudo, é na década de 1990 que julgamos que se encontra a génese da NGP. A Lei de Bases da Saúde deu um pequeno impulso à orientação do SNS para o sector privado, ao reconhecer a integração dos sistemas públicos e privados e ao apoiar explicitamente o seu desenvolvimento. A partir de 2002 as pequenas mudanças incrementais deram origem a processos de reestruturação no sistema alinhados com a NGP. A face mais visível destas mudanças emerge com a empresarialização, em simultâneo, de 31 hospitais públicos, que passam a deter o estatuto jurídico de Sociedades Anónimas. Cremos que é, precisamente, com as políticas de saúde que começam a ser desenvolvidas na legislatura que decorre até 2005, que se procura promover uma mudança mais profunda no sistema, a qual não se restringe às alterações de superfície nas estruturas organizacionais, mas que também se dirige ao nível mais profundo da cultura e da mudança dos valores tradicionais da saúde. As mudanças implementadas envolvem uma tentativa de substituir os ‘valores profissionais’ pelos ‘valores da gestão’. É introduzido um novo quadro de gestores, com atribuições claras ao nível das responsabilidades de gestão e estabelecem-se objectivos financeiros claros, supostamente capazes de serem imunes em relação à influência dos grupos de interesses.

Em suma, os principais factores que nos permitem identificar a presença da NGP nestes processos de reforma podem resumidamente ser enunciados como se segue:

- a crescente disseminação do discurso sobre a inevitabilidade da adopção de modelos de gestão privada como solução única para os problemas do SNS;
- o uso recorrente da linguagem da gestão privada nos documentos oficiais do ministério da saúde;
- a separação clara entre prestador e financiador dos serviços de saúde;
- a criação de formas distintas de gestão (sobretudo ao nível dos hospitais e centros de saúde), que traduzem a introdução de mecanismos de mercado e a aproximação a modelos de gestão privada;

- O desenvolvimento do ‘quase-mercado’, visível no tipo de incentivos concedidos à criação de centros de gestão autónoma;
- as alterações ao nível da GRH, que se traduzem na tentativa de ligar a remuneração ao desempenho e no crescente recurso aos contratos individuais de trabalho;
- as tentativas de alterar a cultura organizacional na direcção de uma ‘cultura *managerialista*’ através da introdução de novos actores no sistema.

Explicitada a forma como, em Portugal, a presença da NGP se traduz em mudanças organizacionais e de gestão no contexto das políticas de saúde e, em particular, na organização hospitalar, procuramos, agora, reflectir sobre a sua influência nos profissionais, centrando-nos, para tal, nos enfermeiros e na enfermagem como objectos da nossa análise.

2. Enfermagem em Portugal

Das mudanças sociais que ocorreram na sociedade portuguesa, desde a década de 1970, assumiu particular importância a emergência, crescimento e consolidação das profissões. Estes processos sociais têm a sua génese na valorização positiva predominantemente concedida às profissões no imaginário social (Carapinheiro & Rodrigues, 1998). Neste quadro, não é de estranhar que, também em Portugal, o grupo dos enfermeiros tenha, ao longo das últimas décadas, eleito a profissionalização como meio privilegiado para alcançar maior poder, prestígio e autonomia.

Após a nossa análise sobre as principais questões que em vários países desenvolvidos se têm colocado à enfermagem no contexto das reformas do sistema e das instituições de saúde, quer ao nível dos processos de profissionalização, quer no que se refere aos papéis e práticas profissionais, em particular no sector hospitalar, importa agora centrarmo-nos no caso português.

Em termos sumários, é possível detectar três áreas distintas de mudanças na enfermagem, identificadas com as alterações que aconteceram ao nível da produção de cuidados, do aumento da qualificação académica dos profissionais e das reestruturações organizacionais das instituições hospitalares.

Relativamente à primeira área, destaca-se a crescente incorporação de inovação tecnológica nos processos de trabalho, bem como a crescente especialização e formalização dos saberes profissionais e o aumento exponencial do número de novos membros que entram na profissão.

Na segunda, incluem-se as mudanças que ocorreram no plano da formação académica e profissional de enfermagem, consubstanciadas na recente integração desta formação na rede de ensino superior, daí resultando uma reestruturação dos planos curriculares visível nas seguintes dimensões: aumento e valorização da componente teórica da formação, introdução do campo das

ciências sociais nos currículos, numa primeira fase, a sociologia e a psicologia, e, posteriormente, a gestão e a economia da saúde, e a maior ênfase concedida à promoção e prevenção da saúde.

Finalmente, da terceira área fazem parte as mudanças nos contextos organizacionais. A este nível, destaca-se a crescente ênfase na dimensão da gestão e da economia da saúde, tendo em vista, por um lado, a racionalização dos recursos, a contenção de custos e a promoção da eficácia, eficiência e qualidade dos serviços de saúde e, por outro, a reformulação das carreiras no sistema hospitalar, que parece ser acompanhada de uma menor ênfase colocada nos cuidados primários.

O objectivo que definimos para este trabalho de investigação faz-nos eleger este último nível como o mais pertinente. Não podemos, no entanto, proceder à sua análise sem ter por referência o processo de desenvolvimento da profissão em Portugal, tendo por base o contexto geral que explicitámos anteriormente.

Tal como acontece noutros contextos, também em Portugal se assistiu à procura da profissionalização da enfermagem. Se nos basearmos nas três fases definidas por Carpenter (1993) para o caso inglês, é possível observar que muitos dos traços gerais que balizam esses momentos podem ser encontrados no percurso da profissionalização que foi sendo construído pelos enfermeiros portugueses, embora em períodos cronologicamente distintos.

Julgamos então ser possível definir quatro momentos distintos neste percurso. O primeiro, tem início no Séc. XIX e estende-se até à década de 1930. Este período, que pode ser caracterizado como a primeira tentativa de profissionalização da enfermagem, caracteriza-se pela ênfase colocada no modelo biomédico, na ideologia da vocação e, ainda, pela criação das primeiras escolas de formação em enfermagem. O segundo momento, inicia-se nos anos 1930 e estende-se até à década de 60. De alguma forma, é possível verificar, durante este período, um certo retrocesso nos esforços que até então vinham sendo encetados no caminho da profissionalização da enfermagem. Os traços que mais sobressaem na caracterização deste período, relacionam-se com o aumento da feminização da profissão e a criação de diferentes níveis de formação e, subsequentemente, de categorias profissionais. O terceiro período será, porventura, o mais marcante do processo de profissionalização da enfermagem portuguesa, podendo ser situado o seu início na segunda metade da década de 1960 e início da década de 1970, estendendo-se até aos anos de 1990. Trata-se de um período em que se concretizam importantes conquistas, tais como, a integração da formação em enfermagem no ensino superior, a constituição da Ordem e o reconhecimento da carreira hospitalar. A partir de então, e até à actualidade, julgamos possível identificar o quarto momento neste processo, que se caracteriza por uma consolidação das tendências verificadas no período anterior. Procuramos analisar, em seguida, cada um destes momentos de forma mais pormenorizada.

Importa realçar que nem todos os autores parecem concordar com a possibilidade de definir períodos de profissionalização na enfermagem anteriores à década de 1960. De facto, em termos da

tentativa de promover o reconhecimento da profissão por parte do Estado até esta altura, verificou-se apenas a criação de algumas associações sindicais que, segundo Carapinheiro e Rodrigues (1998, p. 153) não representam a mobilização dos membros da profissão numa estratégia de profissionalização, mas apenas a regulação directa do Estado. Não podemos deixar de concordar que a existência de um Estado corporativo-autoritário criou impedimentos fortes às profissões. Contudo, também não podemos deixar de reconhecer que o processo de profissionalização, que se inicia com o declínio da ditadura, é directamente influenciado pelos acontecimentos anteriores, sobretudo porque justificam, em grande parte, a forte relação de interdependência com a profissão dos médicos.

2.1 As Primeiras Tentativas de Profissionalização

Tal como se verificou noutros países, a enfermagem em Portugal foi sendo construída por referência à profissão dos médicos. O próprio processo de promoção e institucionalização da profissão surge da iniciativa de alguns médicos (sobretudo directores hospitalares), que demonstraram interesse na existência de um corpo de pessoal mais qualificado, o qual sob sua autoridade, se deveria mostrar capaz de desempenhar tarefas indispensáveis ao bom funcionamento do sistema e das instituições hospitalares. Com a ressalva das diferenças nos momentos históricos, tal está, aliás, em consonância com as conclusões de estudos mais recentes, que mostram que os médicos concordam com o aumento das qualificações dos enfermeiros, desde que este não coloque em causa a sua autoridade nos serviços (Walby et al., 1994).

A criação das primeiras escolas de enfermagem em Portugal surge nos últimos anos do Séc. XIX, por iniciativa das administrações dos hospitais centrais que possuíam ligações estreitas às instituições de ensino da medicina (Ferreira, 1990a). É neste âmbito que, em 1881, se assiste à primeira tentativa de criação do Curso para enfermeiros nos Hospitais da Universidade de Coimbra, instigada por Costa Simões; em 1886 o Curso para enfermeiros, no Hospital Real de S. José, da iniciativa de Tomás de Carvalho; em 1896 o Curso profissional e o curso administrativo de enfermeiros, criados no Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto; e, em 1901, por iniciativa de Curry Cabral, a criação oficial da primeira escola de enfermagem agregada ao Hospital Real de S. José (Corrêa, 2002; Gomes, 2003; Nunes, 2003; Ribeiro, 1995; Soares, 1997).

Nos hospitais que acolheram estas escolas os médicos assumem-se, então, como os principais responsáveis pelo ensino. Tal assunção permite-lhes acrescentar ao controlo que exerciam no local de trabalho a possibilidade de controlar a partilha do saber médico, por forma a não permitirem que se ultrapassassem os limites de uma prática auxiliar da sua actividade (Collière, 1999).

Este contexto inicial de emergência da formação determinou que as primeiras escolas de enfermagem fossem edificadas com base no modelo biomédico e alinhados com a representação social de que aos enfermeiros caberia apenas o papel de auxiliar do médico. Dos deveres dos enfermeiros constava não só a obediência ao médico, como, também, a indispensabilidade de detenção de qualidades morais, identificadas com as noções de honestidade, de bondade e de dedicação³⁸.

Como sublinha Noémia Lopes, ao promover-se a primazia das qualidades pessoais, em detrimento das qualidades profissionais, é a ideia de vocação que é posta em relevo e, simultaneamente, é legitimada a subordinação da enfermagem aos critérios técnico-científicos da medicina (Lopes, 2001). Em Portugal, a emergência da construção dos papéis de enfermagem faz-se, então, não só tendo por referência a profissão dominante dos médicos, como, inclusivamente, debaixo do seu controlo. A formação, ao contribuir para balizar os limites do campo de actuação dos enfermeiros em relação aos profissionais de medicina, surge como um factor fundamental na consolidação destes papéis.

Porém, reconhecendo a importância que a formação pode desempenhar no processo de profissionalização, as associações profissionais reivindicam, como no início do Séc. XX havia acontecido noutros países, a exclusividade do exercício da enfermagem pelos diplomados numa estratégia clara de fechamento social. Tal viria a ser concretizado, apenas, através Decreto 32612 de 31 de Dezembro de 1942, que produziu efeitos a partir de 1944.

A par com esta valorização da legitimidade profissional, baseada na formação e no conhecimento, a história da profissionalização da enfermagem em Portugal é igualmente marcada, a nosso ver, pela valorização da acção política através das associações sindicais. Assim, não podemos deixar de referir, neste período, a criação, em 1934, do Sindicato Nacional dos Enfermeiros. Apesar do carácter específico que possuía, de sindicato único de âmbito nacional, de filiação obrigatória e com corpos directivo eleitos mas sujeitos à aprovação do Estado (Carapinheiro & Rodrigues, 1998), a sua constituição surge como um marco importante na compreensão do desenvolvimento posterior do processo de profissionalização da enfermagem, incluso na compreensão da diversidade de associações nacionais existentes na actualidade com pretensões de representação deste grupo profissional, e que expressam a diversidade de interesses sociais, políticos e regionais na organização das suas actividades (Carapinheiro, 2004).

A ênfase na assunção da formação como um dispositivo importante do processo de profissionalização da enfermagem parece advir não só da relação de forças que se estabelecia com

³⁸ Estes requisitos são mais tarde, sobrevalorizados pelo Estado Novo, tornando-se de tal forma determinantes que: “O bom comportamento moral e civil devia ser comprovado pelo pároco, pelo regedor ou por entidade policial, com apresentação de registo criminal e até declaração de repúdio por ideias subversivas” (Soares, 1997, p. 89).

os interesses divergentes da profissão dos médicos, mas também da procura em conquistar algum reconhecimento social, afastando-se, desta forma, das acusações de charlatanismo e curandeirismo de que a profissão era alvo (Soares, 1997). Para Anne Witz (1992), o predomínio destes estigmas correspondeu a uma forma de desvalorizar os cuidados de saúde, tradicionalmente exercidos pelas mulheres na esfera doméstica, para sustentar a autoridade dos médicos, homens, na esfera pública. Este aspecto é particularmente relevante no contexto português, dada a existência de uma sociedade providência que permite que, ainda hoje, apesar do aumento da oferta de cuidados de saúde por parte do Estado, as formas tradicionais de prestação de cuidados, de carácter doméstico ou popular, não tenham perdido a sua importância (Hespanha, 1993). Esta característica particular da sociedade portuguesa poderá assim, do nosso ponto de vista, configurar-se como mais um aspecto que obstaculiza o reconhecimento social e público da enfermagem como profissão.

2.2 Retrocessos no Projecto Iniciado

O primeiro período de tentativa de profissionalização da enfermagem prolonga-se, como vimos, pelos anos 1930, altura em que dois factores fundamentais impedem a sua continuação e o seu sucesso: a feminização da profissão e as mudanças no regime político do país.

De facto, em Portugal, a enfermagem não era inicialmente uma profissão dominada pelas mulheres. Dados apresentados por Isabel Soares, obtidos com base numa pesquisa documental realizada nas escolas de enfermagem, revelam que durante as primeiras três décadas do Séc. XX, nos sujeitos matriculados e nos que concluíram o curso de enfermagem, o número de homens é largamente superior ao das mulheres (Soares, 1997, p.97). Embora não existam dados que nos permitam obter explicações científicas para este fenómeno, Isabel Soares avança como hipóteses³⁹ interpretativas o facto do trabalho físico da enfermagem ser, na época, bastante exigente, e das mulheres não possuírem as habilitações mínimas exigidas para o acesso aos cursos de formação, uma vez que constituíam a maioria da população analfabeta (Gomes, 2003). Podemos acrescentar a estas hipóteses eventualmente, uma outra relacionada com o facto de em Portugal ainda não ser socialmente aceite o trabalho feminino fora da esfera doméstica. Apesar das mulheres sempre terem trabalhado na agricultura, o que pode ser considerado como uma extensão da esfera doméstica, é sobretudo a partir da década de 60 que a sua participação no mercado de trabalho se torna mais regular e notória, em função de dois factores fundamentais: a guerra colonial e a emigração (Silva, 1999). Esta participação, na segunda metade da década de 1970 e em 1980, assume uma tal dimensão que as mulheres portuguesas tinham, em 1987, uma das mais altas taxas de actividade dos países europeus, cifrada em 46% (Ferreira, 1993, p. 235).

³⁹ Estas explicações não são referidas no seu livro, mas numa entrevista que tivemos oportunidade de realizar com a autora no âmbito das entrevistas exploratórias efectuadas a especialistas da área.

Um factor importante na inversão da constituição de género da profissão de enfermagem situa-se ao nível do ensino. Na década de 1930, a abertura de escolas privadas e a formação de enfermeiras nas congregações religiosas determinam o predomínio das mulheres na profissão. Porém, não deixa de ser curioso, dado o predomínio em toda a Europa das religiosas na profissão (Dent, 2002), que em Portugal, nos hospitais onde foram criadas, as primeiras escolas de enfermagem não fossem de origem confessional (Soares, 1997). Importa salientar, todavia, que a história da enfermagem masculina parece possuir uma génese semelhante à feminina, tendo as ordens religiosas nela desempenhado um papel importante, que se acentua após a Iª Guerra Mundial com o tratamento dos militares regressados depois do armistício (Nunes, 2003).

Por outro lado, tal como tem sido demonstrado por vários estudos desenvolvidos noutras áreas (Araújo, 1990, 1991), convém não ignorar o papel do Estado no aumento da feminização da profissão. Ditada pelas necessidades de mão-de-obra no sector dos serviços e, em particular, nas organizações de saúde, o Estado, através de diferentes medidas políticas que visavam favorecer a sua admissão nos cursos e a inserção no emprego, facilitou o acesso das mulheres à enfermagem. Esta intervenção do Estado traduz-se em duas medidas fundamentais: a garantia da exclusividade das mulheres na admissão às escolas de enfermagem e a total miscibilidade entre a esfera pública e a esfera privada. Em relação a esta última medida, a ausência de separação entre estas duas esferas na vida dos enfermeiros consubstancia-se, por exemplo, na segunda metade do Séc. XX, na instituição do regime de internato, que impõe as residências para as alunas, mesmo para aquelas que residiam na mesma área da escola, e a exigência do celibato para o exercício da profissão.

Assim, quando em 1940 Francisco Gentil, com a colaboração da Fundação Rockefeller, dá início ao processo de criação da Escola Técnica de Enfermeiras, na dependência do Ministério da Educação Nacional, em ligação com o Instituto Português de Oncologia, e que introduz conceitos inovadores e modernos no exercício a profissão (Corrêa, 2002), restringe-se a admissão para a enfermagem hospitalar apenas a candidatas do sexo feminino que se enquadravam na categoria de solteiras ou viúvas sem filhos. Tal traduzia-se, na prática, na proibição do casamento das enfermeiras, consignada no Decreto-Lei 31913, de 12 de Março de 1942. Esta situação permanece inalterada durante cerca de duas décadas até à publicação do Decreto-Lei 44923, de 18 de Março de 1963, o qual vem permitir o casamento das enfermeiras hospitalares, sendo provavelmente, também, nesta altura, que se volta a permitir o acesso dos homens aos cursos de enfermagem (Soares, 1997).

As duas medidas atrás mencionadas favoreceram a continuidade posterior do predomínio da presença feminina na enfermagem, uma vez que esta presença determinava a existência de níveis salariais mais baixos, que tornavam a profissão menos aliciante para os homens. Como afirma Isabel Soares:

O trabalho feminino que, assim, vai regularmente invadindo os serviços de saúde, permite que o nível de remuneração seja fixado por baixo e tão baixo que vai afastando os homens da sua profissão (Soares, 1997, p. 102).

O carácter fortemente interventor do Estado manifesta-se, também, no exercício de um controlo directo bastante apertado ao nível da organização curricular dos cursos de enfermagem. O Estado passa a concentrar em si a orientação do ensino, a aprovação de planos de estudo e programas e a autorização para a abertura e fiscalização do funcionamento das escolas (Soares, 1997). Os Decretos-Lei 32612, de 31 de Dezembro de 1942 e 36219, de 10 de Abril de 1947 expressam bem o papel activo que o Estado passou a desempenhar no ensino da enfermagem. O último decreto consagra a formação de enfermeiros auxiliares, por forma a colmatar a falta de profissionais nesta área. A urgência deste propósito determinou a permissão de acesso aos cursos de enfermagem de candidatos mais jovens (17 anos) e menos habilitados (apenas a instrução primária), em comparação com as situações anteriores.

Em 1933, foram também extintas as carreiras de enfermagem, substituídas pela contratação individual, e circularam ainda propostas de privatização das instituições de saúde. Só em 1949 é possível concretizar a primeira carreira de enfermagem da função pública. É, precisamente, nesta altura que os enfermeiros-chefe ou sub-chefe passam a superintender a enfermagem de um pavilhão ou enfermaria, funções que acumulavam com a de colaboradores nas escolas de enfermagem (Gomes, 2003).

2.3 Um Período de Conquistas Profissionais

Na década de 1960, em resultado de alterações nas concepções sociais dominantes sobre a saúde, emerge uma nova fase que corresponde à passagem do modelo curativo para o modelo de saúde. Nesta fase, a valorização dos atributos pessoais, como critério fundador de competência profissional, é deslocada para a valorização das competências adquiridas através da aprendizagem certificada pelo diploma (Lopes, 2001).

É neste âmbito que assistimos, em 1965, a alterações na estrutura curricular dos cursos de enfermagem. As mais importantes terão sido, muito provavelmente, o alargamento das exigências de habilitações para o ingresso nos cursos de enfermagem, que passam a situar-se ao nível do curso Geral dos Liceus, a introdução da obrigatoriedade de uma disciplina de saúde pública e a maior ênfase concedida pela estrutura curricular à integração de disciplinas da área das ciências sociais. Mas, não deixa de ser igualmente importante o facto da organização do curso de Enfermagem Geral passar a contemplar uma divisão em períodos escolares relativos às matérias básicas de enfermagem. Estes períodos comportavam uma componente teórica e outra prática, sendo que a componente prática é, pela primeira vez, definida, *a priori*, de acordo com os objectivos

curriculares de formação, e não com as necessidades de utilização de mão-de-obra sentidas pelos hospitais. Também, pela primeira vez, parece surgir a tentativa das escolas de enfermagem de se demarcarem das instituições hospitalares que lhe deram origem, e, neste quadro, a reformulação da estrutura curricular da formação parece traduzir uma tentativa de quebrar a hegemonia das instituições hospitalares na formação e nas práticas profissionais da enfermagem.

Muito provavelmente, é com esta reformulação curricular que as ciências sociais começam a ocupar algum espaço na formação em enfermagem, em particular os temas relacionados com a administração e gestão, uma vez que, no último período curricular, é introduzida a disciplina de “Organização Geral e Administração dos Serviços de Saúde e Assistência”, a qual incluía, também, um capítulo sobre financiamento da saúde (Frederico, 2003). Por outro lado, a crescente influência das ciências sociais no currículo e na enfermagem é também visível ao nível do ensino pós-graduado ou especialização, em particular com a criação da Escola de Enfermagem de Saúde Pública e a Escola de Ensino e de Administração em Enfermagem.

Neste período assume, ainda, uma importância fulcral a criação, em 1968, da Associação Portuguesa dos Enfermeiros que, segundo Carapinheiro e Rodrigues (1998), pode ser eleita como um marco importante no arranque de estratégias de profissionalização.

Chegados aos anos 1970, podemos verificar, com base no estipulado no Decreto-Lei 414, de 27 de Setembro (1971), a introdução de uma hierarquização acentuada na carreira de enfermagem hospitalar com a introdução de seis patamares: auxiliar de enfermagem de segunda classe, auxiliar de enfermagem de primeira classe, enfermeiro sub-chefe, enfermeiro-chefe, enfermeiro geral e enfermeiro superintendente. Esta hierarquização assume vários significados, entre os quais podemos distinguir a presença de uma visão hierárquico-burocrática na estruturação da profissão, mas ao mesmo tempo, emerge um esforço para imprimir um carácter mais profissional à enfermagem. Como vimos antes, para o caso inglês, Bolton (2001) considera que a hierarquização administrativa da profissão se constituiu como um dos projectos de profissionalismo mais bem sucedidos em enfermagem, que, aliás, tem sido posto em causa pelas sucessivas reformas de saúde sob a égide da NGP, com a hierarquia profissional a ser progressivamente substituída pela hierarquia de gestão.

As condições desiguais de acesso aos cursos de auxiliar de enfermagem e de enfermagem, bem como a diferente duração dos cursos, conduziram os candidatos a uma maior preferência pelos primeiros, preferência essa que deu origem a uma situação invulgar: nos hospitais portugueses existiam mais auxiliares de enfermagem do que enfermeiros. Esta situação provocou uma diferenciação no seio da profissão que só é ultrapassada com a revolução de 1974, após a emergência de conflitos internos na profissão relacionados com as dificuldades de coexistência destes dois grupos ao nível do trabalho hospitalar, em particular, no que respeita à fluidez das

jurisdições de cada um. Sindicatos, associações profissionais e hospitais estabeleceram acordos para resolver esses conflitos, propondo um programa de qualificação de auxiliares de enfermagem assente na avaliação curricular (experiência prática), conjugada com um curso de oito meses de duração, efectuado tanto nas escolas como nos hospitais, cuja conclusão permitia aos auxiliares obter a qualificação profissional de enfermeiros.

2.4 A Consolidação do Projecto Profissional

Durante a década de 1980, o processo de profissionalização da enfermagem em Portugal ganha outros contornos. É publicado, em 1981, um Decreto-Lei que redefine a carreira de enfermagem e, pela primeira vez, estabelece o conteúdo funcional das diferentes categorias. Por exemplo, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro-chefe remete para a figura de especialista (a transição para esta categoria implicava a obtenção de um grau de especialização) no âmbito da prestação de cuidados e da gestão do serviço pelo qual é responsável (Gomes, 2003).

Em 1986 a adesão de Portugal à CEE implica o cumprimento de directivas específicas relativamente à formação na área da enfermagem. Decorrente deste processo, em 1988, o ensino da enfermagem é integrado no sistema de ensino superior politécnico (Decreto-lei 480/88). O curso superior de enfermagem concede o grau académico de bacharel, com o título profissional de enfermeiro. O grau de licenciado é conferido pelos Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESE). A transferência da educação em enfermagem para o ensino superior é, precisamente, tida como uma estratégia fundamental para a profissionalização.

O ensino da gestão, que tinha sido retirado dos planos curriculares em 1976, volta, durante esta década, a fazer parte da formação em enfermagem, sobretudo ao nível da formação especializada. Assim, é criado, em 1983, através do Decreto-Lei 265, de 16 de Junho, o curso de Administração de Serviços de Enfermagem, mas os restantes cursos de especialização integravam nos seus currículos igualmente disciplinas nesta área, nomeadamente as disciplinas de Administração I e Administração II (Frederico, 2003).

No final desta década, é consagrada a autonomia das universidades (1988) e dos politécnicos (1990), embora com abrangências diferentes. Ao contrário das universidades, os politécnicos, tal como as universidades privadas, não possuem uma total autonomia pedagógica, tendo de submeter à aprovação ministerial a abertura de novos cursos (Amaral & Carvalho, 2004). O mesmo Decreto-Lei, que integra a enfermagem no ensino politécnico, concede às Escolas Superiores de Enfermagem uma autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica mitigada, o que lhes permite organizar e ministrar os cursos regulamentados com maior liberdade.

A integração da enfermagem no ensino superior politécnico veio contribuir para o aumento da formação (particularmente de docentes) e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da

investigação⁴⁰. Refira-se, no entanto, que grande parte desta investigação tem sido realizada em áreas paralelas à enfermagem, em particular nas ciências sociais (incluindo a psicologia, sociologia, ciências da educação, gestão e economia da saúde), atendendo à fraca oferta de programas de pós-graduação na área específica da enfermagem (Amaral, 2003).

A década de 1990 é particularmente importante na história do desenvolvimento da profissão. É nesta década que é aprovado o regime legal da carreira, mas o acontecimento mais relevante para a profissão terá sido, sem dúvida, a constituição da sua Ordem.

No que respeita ao regime de carreira, o Decreto-Lei 437/91, publicado em 8 de Novembro, estipula quatro níveis na carreira a que correspondem diferentes áreas de actuação. O primeiro nível, integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado. O segundo, as de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe, a que se seguem, no terceiro nível, as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico regional de enfermagem. Finalmente, o quarto e último nível, integra a categoria de assessor técnico de enfermagem. A prestação de cuidados fica reservada às categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista. Às categorias de enfermeiro-chefe, enfermeiro-supervisor e ao cargo de enfermeiro director, correspondem áreas de actuação no âmbito da gestão, e às restantes categorias as áreas de actuação da assessoria técnica. Este diploma não se limita a definir categorias, estipulando, também, o que são os conteúdos funcionais para cada uma delas. As competências definidas para o enfermeiro-chefe, situam-se ao nível das unidades de cuidados e estão estritamente ligadas às actividades de gestão. As suas funções são, de forma resumida, a definição de padrões, normas e critérios que respondam aos objectivos da instituição e da unidade que gere, a avaliação e o controlo da qualidade, a formação em serviço, a investigação, a implementação de sistemas de informação para a gestão, a gestão de cuidados de enfermagem, de recursos humanos, e ainda, a gestão de recursos materiais e equipamentos. Para o enfermeiro supervisor são definidas competências ao nível do conjunto de unidades prestadoras de cuidados, assim como actividades que se centram na interligação e articulação entre os enfermeiros-chefe e os enfermeiros-directores. A estes últimos, compete integrar os órgãos de gestão, desempenhando tarefas ao nível da elaboração do plano anual de enfermagem, em consonância com o plano global do estabelecimento de saúde em que se integram, definir os critérios de avaliação de desempenho, definir políticas de formação e de investigação, elaborar propostas relativas ao quadro de pessoal, em particular no âmbito do recrutamento de enfermeiros, participar na classificação dos utentes e coordenar o trabalho dos restantes enfermeiros com funções de gestão.

⁴⁰ Existe uma grande dificuldade em aceder a estes trabalhos de investigação, dado que a grande maioria foram realizados no âmbito dos mais diversos programas de mestrado sendo escassas as publicações existentes. No entanto, Wilson Abreu (2001) apresenta uma importante síntese dos trabalhos realizados nesta área.

Para aceder às categorias com funções de gestão são necessários pelo menos dois requisitos: experiência profissional de seis anos na categoria de enfermeiro-chefe e de três na categoria de enfermeiro supervisor, em conjugação com a obtenção de formação especializada nas áreas de enfermagem e de gestão. O enfermeiro director é nomeado em comissão de serviço de três anos, sob proposta do dirigente máximo do serviço.

Com base nesta estrutura de carreira, e nos princípios consignados na Lei de Bases da saúde de 1990, são especificados, através do Decreto-Lei 161/96, os princípios gerais que enformam o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), válido tanto para as instituições públicas como privadas. Neste regulamento, fica claramente expressa a centralidade do conceito de cuidar, enquanto matriz orientadora das práticas de enfermagem. Assim, no ponto 4 do artº. 4º é possível ler-se: “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”. A caracterização destes cuidados faz-se na base das suas dimensões interaccional e científica.

No que se refere, agora, à organização social e política da profissão, tal como os arquitectos, os biólogos, os economistas e os dentistas, os enfermeiros vêem a sua ordem ser aprovada em 1998⁴¹, não sem antes terem enfrentado fortes resistências dos poderes públicos (Carapinheiro & Rodrigues, 1998). O Estatuto da Ordem foi aprovado pelo Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril, atribuindo-se-lhe, como principal propósito, a promoção da defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo de exercício da profissão, assegurando a observância das regras de ética e de deontologia profissional (artº 3º, 2.-d e e).

A procura do apoio do Estado pelos diferentes grupos profissionais, com o objectivo de legitimar socialmente as suas profissões, é já um processo com tradições em Portugal (a ordem dos advogados foi criada em 1926 e a dos engenheiros uma década mais tarde). Porém, a constituição da ordem dos enfermeiros poderá, também, traduzir a tentativa de promover um processo institucional de assimilação de competências e saberes. Através desta iniciativa, os enfermeiros parecem ter procurado desenvolver um processo de profissionalização com contornos que reflectem o processo anteriormente desenvolvido pelos médicos (a constituição da Ordem dos Médicos data de 1938). Tal fenómeno é também detectado por Anne Witz para o caso inglês (Witz, 1992). No entanto, como sublinham Carapinheiro e Rodrigues (1998), o consentimento da Ordem por parte do Estado é profundamente contextual. De facto, as alterações no ambiente externo – a

⁴¹ Maria de Lurdes Rodrigues (2002) chama precisamente a atenção para o facto pouco comum dos diversos grupos profissionais procurarem, num país livre e democrático, a sua legitimação através da constituição de Ordens.

internacionalização dos mercados de trabalho e as tendências de privatização do sistema de saúde – obrigam o Estado a delegar em órgãos profissionais a regulação do exercício profissional.

Os caminhos deste processo de profissionalização parecem conter traços comuns aos observados noutros países, particularmente em Itália (Dent, 2002)⁴², o que, aliás, seria expectável, dadas as semelhanças existentes entre os sistemas da Europa do sul. Porém, parecem desenhar-se fortes diferenças no que concerne às práticas hospitalares quotidianas. Em Itália, os enfermeiros permanecem ajudantes dos médicos e as suas práticas de cuidados são essencialmente estruturadas em função da divisão em tarefas. A enfermagem portuguesa talvez se aproxime, assim, mais da experiência de países como a Alemanha, onde o trabalho das enfermeiros se tem vindo a desenvolver de uma forma muito mais auto-consciente, assente em expectativas sobre a profissão baseadas no conhecimento especializado, na ideia de autonomia profissional e na separação da medicina, por isso mesmo, gerando, por vezes, conflitos com a profissão dos médicos (Dent, 2002). No entanto, à semelhança de Itália, também em Portugal se insistiu na promoção da profissão com base na legitimação social e política proporcionada pelo reconhecimento e a institucionalização da Ordem pelo Estado, e não tanto, como se pode observar na Alemanha, com base na negociação e na conquista dos espaços profissionais de autonomia ao nível dos locais de trabalho. A integração da enfermagem no ensino superior, em simultâneo com a criação da Ordem, constitui uma estratégia bem sucedida de fechamento social da profissão.

Como vimos anteriormente, durante este período que estamos a analisar, fazia-se já sentir, no planos da retórica das políticas na saúde, os efeitos das propostas de mudança do sistema e das instituições delineadas no contexto da Nova Gestão Pública e da ideologia *managerialista*, tal como tinha vindo a acontecer na maioria, se não mesmo na totalidade, dos países desenvolvidos. Estas propostas acabam por ter algum reflexo no sistema de formação de enfermagem. Com efeito, já no final da década de 1990, o Conselho de Reflexão para a Saúde sugere que

as Escolas Superiores de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros e outras instituições deverão criar as condições específicas para que seja ampliada a informação e a formação, pré e pós-graduada, em economia e gestão dos cuidados de saúde (...) (Serrão et al., 1998, p. 184).

Dada a autonomia concedida às escolas de enfermagem (ver atrás), torna-se menos clara a percepção do impacto da NGP nos currículos dos cursos de enfermagem, do ponto de vista da introdução na sua estrutura de conteúdos de formação da área de economia e gestão da saúde. Num estudo realizado em 2001 (Frederico, 2003), com o objectivo de analisar a presença de conteúdos de economia da saúde nos programas de formação em enfermagem, conclui-se pela sua presença na

⁴² O processo neste país parece ser mais tardio (tal como já havia acontecido com a edificação do SNS). Em 1996 os cursos de enfermagem passam a ser ministrados nas universidades e o processo de transformação dos colégios em ordens teve início em 2002.

maioria das escolas, quer enquanto disciplina autónoma (7,41%), quer enquanto módulo de uma disciplina (37,04%), sendo que, em apenas cerca de 15% das escolas, não existe qualquer conteúdo de economia da saúde. Não deixa de ser curioso o facto de, na maioria destas escolas, a economia da saúde só surgir como um módulo de formação a partir do ano lectivo de 1999/2000 (Frederico, 2003).

Em suma, julgamos que a concretizar-se a influência da retórica e das práticas da NGP na enfermagem, tal poderá traduzir uma redefinição da concepção dominante do papel do enfermeiro, com a inclusão de competências na área da gestão e da economia. Esta inclusão poderá espelhar a emergência de uma nova estratégia de profissionalização, baseada, agora, em tentativas de revalorização profissional assentes na recomposição dos saberes à volta das noções de competência económico-racional e da sua eleição como uma referência importante do trabalho da enfermagem.

2.5 Profissão, Práticas e Contexto Hospitalar

Como sublinhámos antes, o novo milénio trouxe fortes alterações ao nível das tentativas de reconfiguração do sistema e da organização e funcionamento das instituições hospitalares em Portugal. Do conjunto de alterações referidas, cabe agora destacar e aprofundar as que se relacionam directamente com a profissão e as práticas de enfermagem nos contextos hospitalares.

A análise da linguagem contida no Decreto-Lei que institui os hospitais em Sociedades Anónimas (SA) (Decreto-Lei 188/2003) – a peça legislativa que deu corpo à reestruturação mais profunda operada no sistema de saúde e nas instituições hospitalares – permite isolar duas ideias-chave quanto ao seu impacto na enfermagem: o alinhamento das práticas hospitalares pelas concepções biomédicas do funcionamento da saúde e, talvez, numa posição de maior evidência, a valorização do poder e predomínio dos médicos sobre os enfermeiros.

É verdade que o regime jurídico de gestão hospitalar de 2002 (Anexo à Lei 27/2002) dos hospitais do sector público administrativo (SPA) havia já previsto a articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos em torno dos directores de departamento e de serviço, sendo-lhes reconhecido “(...) poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional”. Mas, o Decreto-Lei 188/2003 que, como vimos, instituiu os SA, parece levar mais longe o aprofundamento do poder dos médicos. Com efeito, não obstante as referências à “(...) salvaguarda das competências técnica e científica atribuídas por Lei a cada profissão” a atribuição exclusiva dos cargos de directores de departamento e de serviços aos profissionais de

medicina (artº 20 do Decreto-Lei 188/2003) poderá traduzir-se, na prática, numa clara submissão da enfermagem ao poder dos médicos no contexto hospitalar⁴³.

No que concerne à gestão de topo, o Decreto-Lei 188/2003 continua a configurar a existência da figura do enfermeiro-director que, em conjunto com o director clínico, constituem os membros não-executivos do conselho de administração, ao qual acedem por nomeação. Este Decreto estipula, ainda, que as competências do enfermeiro-director se centram na coordenação técnica da actividade de enfermagem. O enfermeiro director responde perante o conselho de administração pela qualidade da assistência prestada, dentro das regras da boa prática e da melhor gestão de recursos.

Ao nível da gestão intermédia, mantêm-se o cargo de enfermeiro-chefe, com as mesmas competências que lhe eram conferidas pelo artº. 8º do Decreto-lei 437/91. O novo decreto acrescenta, no entanto, outras competências que se relacionam mais estritamente com a gestão, em particular com o que podemos designar por gestão estratégica e por gestão de recursos humanos. No que concerne à primeira, estipula-se no ponto b) do artigo 23º do Decreto 188/2003 como suas funções: “colaborar na preparação de planos de acção e respectivos relatórios do serviço e promover a utilização optimizada dos recursos com especial relevo para o controlo dos consumos”. Ainda neste âmbito, cabe-lhe também: “elaborar, de forma articulada, o plano e os relatórios anuais, referentes às actividades de enfermagem”. No que concerne à segunda, as suas actividades estendem-se à programação das “actividades de enfermagem, definindo, nomeadamente, as obrigações específicas dos enfermeiros e do pessoal auxiliar que com ele colaboram, em especial os auxiliares de acção médica, propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, nomeadamente quando da elaboração de horários e planos de férias”; à definição de propostas referentes ao “nível e tipo de qualificação exigido ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar”, e ainda, neste âmbito, espera-se que o enfermeiro-chefe possa “incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados”.

Mais uma vez, este tipo de atribuições parece mais perspectivado de acordo com o que tradicionalmente se designa por administração de pessoal (particularmente a definição de funções e a organização dos horários e planos de férias), do que, propriamente, com o âmbito dos princípios e das práticas característicos da gestão de recursos humanos. De facto, apesar de surgirem referências à participação dos profissionais de enfermagem na elaboração de planos, esta restringe-se a

⁴³ Em Inglaterra a criação dos “*Clinical directorates*” baseou-se na procura da estruturação da organização em centros de custos e, embora legalmente fosse possível a qualquer profissional de saúde exercer o cargo de director clínico, foram sempre os médicos a exercer o cargo (Kitchener, 2000).

objectivos meramente operacionais, relacionados com o “controlo dos consumos”, e não comporta uma visão integrada da organização.

Esta breve análise do Decreto-Lei parece demonstrar a existência de uma clivagem entre as representações que veicula da enfermagem e as que são dominantes nos profissionais. De facto, esta clivagem reflecte duas posições socialmente dominantes sobre as competências e a identidade da enfermagem. A primeira é a de que a enfermagem traduz uma extensão dos papéis dos médicos, estando, desta forma, as suas competências estritamente ligadas ao saber médico. Perante este cenário, a enfermagem, na tentativa de alcançar mais poder, procurou aproximar-se da profissão dominante dos médicos, estabelecendo uma competição directa com esta. A segunda, parte do insucesso desta tentativa e dá origem ao surgimento de um novo movimento dentro da profissão, o qual, longe de procurar um desenvolvimento paralelo aos dos médicos, tenta erigir o quadro de uma profissão independente e autónoma, colocando, para tal, o conceito de cuidados no centro das competências e da especificidade do trabalho de enfermagem. Entre estas duas posições dominantes emerge uma terceira que procura transformar os enfermeiros em “líderes administrativos” (Blomgren, 2003). Ao contrário das ideias anteriores, que ganham corpo de forma oposta, a concepção dos enfermeiros enquanto “líderes administrativos” não colide com nenhuma das anteriores concepções dominantes de enfermagem, na medida em que não traduz uma identidade distinta para a profissão, mas antes uma forma complementar de actividade. Ou seja, não se reivindica que os enfermeiros passem a exercer actividades de gestão, como parte do seu papel profissional, mas antes que estas actividades se transformem num complemento e, sobretudo, numa oportunidade de escolha de carreira. A gestão ou administração não é, desta forma, interpretada como o elemento base em que se deve sustentar o trabalho da profissão.

Tal como acontece no contexto internacional, também em Portugal não é possível aferir, de forma clara, os resultados deste processo de profissionalização. No entanto, a ideia comum é a de que a evolução da profissão se traduziu no aumento da sua importância e visibilidade social:

Desde a Revolução dos cravos, a enfermagem conquistou, de forma ímpar, um lugar social compatível com as realidades internacionais, designadamente da União Europeia. Em duas dezenas de anos, a profissão conseguiu um estatuto de maioria no âmbito dos contextos de saúde (Abreu, 2001, p. 291).

Das ideias que temos vindo a explicar, podemos salientar que a estruturação da carreira de enfermagem e a definição e consolidação dos seus papéis profissionais radicam em dois factores centrais: a formação ministrada e o contexto de aprendizagem hospitalar.

Como argumenta Graça Carapinheiro, para o caso dos médicos, também para os enfermeiros os hospitais parecem desempenhar um papel fundamental na sua socialização profissional e, conseqüentemente, na definição dos papéis profissionais que lhe são atribuídos

(Carapinheiro, 1998). Esta assunção é, aliás, amplamente confirmada pelo estudo de Wilson Abreu que analisa a formação da identidade dos enfermeiros, no contexto escolar e no contexto laboral, salientando, para isso, a importância assumida pelas instituições de saúde na reelaboração da construção da identidade iniciada com a formação (Abreu, 2001). De facto, apesar das grandes dificuldades e deficiências que os hospitais portugueses sempre pareceram apresentar, estes surgiram sempre como locais de eleição para a aquisição de experiência médica e científica (Soares, 1997). A este propósito é possível ler-se num documento do Ministério da Saúde:

Quanto ao ensino da enfermagem, o hospital desempenha também um papel nuclear no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, num processo integrador entre os saberes e as práticas quotidianas (...) A produção do conhecimento em enfermagem é iniciada nos hospitais, único local de ensino durante mais de seis décadas, muito ligado ao tipo de intervenção dos enfermeiros, de natureza colaborativa, no âmbito dos cuidados de saúde, tendo por base práticas de cuidar (Ministério da Saúde, 1998, p. 92).

Todos estes dados nos conduzem à conclusão de que, claramente, não existe um grupo homogéneo de profissionais de enfermagem. A heterogeneidade é a regra, aliás confirmada por diversos estudos que se debruçaram especificamente sobre a análise da identidade profissional dos enfermeiros portugueses.

Numa perspectiva micro, assente num estudo de caso, Duarte Pimentel conjuntamente com Mariana Completo e Victor Coelho (1991) realçam bem esta heterogeneidade, que se traduz na cisão básica entre gerações e que se expressa em confrontos culturais. Estes confrontos resultariam, basicamente, da acção de três efeitos: a trajectória profissional, a contextualidade e o efeito institucional, este último ligado à reestruturação dos conteúdos e da carreira de enfermagem. Assim, os autores, com base em três variáveis específicas (grau de carreira, recursos organizacionais e recursos educacionais e técnicos) identificam a existência de três modelos culturais distintos que exprimem o carácter heterogéneo dos profissionais de enfermagem: *Integração*, *Individualismo Defensivo* e *Afinidades Estratégicas* (Pimentel, Completo & Coelho, 1991).

O modelo de *Integração* é característico dos *finalistas* e *carreiristas*, que desempenham funções de chefia e supervisão e que detêm recursos educativos e/ou técnicos significativos. O modelo do *individualismo defensivo*, é característico dos *estagnados*, isto é, dos enfermeiros que têm fracas ou nenhuma expectativas de mobilidade individual e estão na posse de poucos recursos educacionais e profissionais. O modelo de *afinidades estratégicas* é característico dos novos profissionais, detentores de um saber reportado a um conhecimento específico, com recursos educacionais significativos e fortes expectativas de mobilidade.

Num trabalho mais recente, Noémia Lopes (2001) identifica a existência de cinco *ideais tipo* de enfermeiros que se referem a diferentes identidades profissionais:

Managerialistas – Apresentam como operador identitário central a valorização do trabalho de coordenação e gestão das actividades e recursos no domínio da prestação de cuidados.

Profissionalistas ou Especialistas – Como factor principal apresentam a valorização da complexidade técnica e cognitiva do seu trabalho e a sua interdependência com o trabalho médico. As suas referências ideológicas de legitimação inscrevem-se na ideologia do profissionalismo.

Neo-profissionais – Apresentam como operador identitário central a valorização do seu trabalho autónomo com o doente, investindo particularmente nas capacidades relacionais sustentadas em saberes formais.

Generalistas – Apresentam como operador central a valorização do trabalho de assistência ao médico e da manutenção da ordem social dos serviços. As suas referências ideológicas dualizam-se entre a vocação e o profissionalismo.

Dedicadas ou vocacionistas – Apresentam como operador identitário central, a valorização do designado ‘trabalho de cabeceira’ e da dimensão moral e humanitária que lhe é atribuída. A sua legitimação ideológica inscreve-se directamente na ideologia da vocação.

Noémia Lopes, apoiada em resultados empíricos, conclui que os perfis identitários dos enfermeiros se congregam, fundamentalmente, em torno de três categorias que correspondem aos profissionalistas, aos neo-profissionalistas e aos generalistas. Os dedicados ou vocacionistas não foram encontrados. A categoria de *managerialistas* apresenta-se pouco significativa, mas em processo de crescimento.

A par destas análises, mais centradas na identidade profissional, é também importante realçar outras diferenças. Em Portugal, existe uma grave carência destes profissionais que, aliás, tem sido uma constante ao longo da sua história. No entanto, tem-se verificado uma evolução positiva do número de enfermeiros. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros em 1999 existiam 32.984 enfermeiros a exercer nas várias áreas do sistema de saúde, tendo-se verificado um acréscimo de 4.639 em relação ao ano de 2000, mantendo-se uma subida constante nos restantes anos na ordem dos 2000 enfermeiros por ano (mais especificamente 2029 para 2001; 2250 para 2002 e 2076 para 2003). A evolução em termos de género também se tem mantido mais ou menos constante desde o início do novo Século, observando-se sempre a presença de uma maioria de elementos femininos na profissão (de 2000 a 2003 a evolução foi de 82,2% ; 81,9; 81,6 e 81,4%). A distribuição destes enfermeiros não é, no entanto, uniforme no território nacional. Verifica-se uma concentração dos enfermeiros portugueses nos grandes centros urbanos e nos cuidados hospitalares (Amaral, 2003; Rodrigues et al., 2002). Em 2003, o distrito com menos enfermeiros

era Beja, logo seguido de Portalegre, enquanto os distritos com maior número de enfermeiros eram os de Lisboa, Porto e Coimbra. Nesse ano, a grande maioria destes enfermeiros prestava cuidados directos (67,5%), existindo apenas uma pequena percentagem a actuar na área da gestão (21%). Importa, no entanto, salientar que os dados que nos foram fornecidos pela Ordem não nos permitam especificar a natureza destas actividades de gestão.

CAPÍTULO 4

A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: OS CONTORNOS METODOLÓGICOS



A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: OS CONTORNOS METODOLÓGICOS

Com o propósito de especificar, clarificar e melhor enquadrar as nossas questões e objectivos de investigação, começamos, neste capítulo, por recordar os principais passos conceptuais que assumimos para explanar e discutir os diferentes problemas teóricos com os quais nos confrontámos na construção do objecto de estudo. Procuramos, ainda, apresentar e explicitar o processo metodológico que constitui a base da investigação empírica desenvolvida. Neste âmbito, num primeiro momento, definimos as diferentes questões que guiam a investigação e, num segundo momento, abordamos as opções metodológicas tomadas, dando conta, em primeiro, das estratégias de definição e acesso à amostra, para, em seguida, descrevermos as características sócio-demográficas da população que a integra e os instrumentos que seleccionamos para a recolha de informação. Finalmente, apresentaremos as estratégias utilizadas no tratamento dos dados obtidos.

O quadro conceptual que construímos para este estudo procurou articular dois tipos de contributos teóricos, que considerámos como os mais adequados para compreender e interpretar o impacto das reformas da saúde nas práticas e na profissão de enfermagem. O primeiro, e principal contributo, assumiu um conjunto de modelos, conceitos e noções críticas que integram o que alguns investigadores consideram como um novo paradigma da administração pública – a NGP (Hughes, 2003). O segundo, adveio de algumas teorias, as mais relevantes para os nossos propósitos, que podem ser genericamente situadas no quadro que configura os campos da sociologia das profissões e, em particular, das teorias e processos de profissionalização.

O apoio em numerosos estudos críticos sobre a NGP, como principal instrumento na elaboração do quadro conceptual que serve de referência a esta investigação, prendeu-se com a assunção de que são os seus desenvolvimentos e conclusões que nos permitem perceber melhor os factores que na actualidade promovem mudanças ao nível das profissões e das práticas de enfermagem, tal como estas são actualizadas em contexto hospitalar. As propostas da sociologia das profissões, e de outras teorias sobre o processo de profissionalização, contribuíram para complementar este quadro conceptual, no sentido de possibilitar uma apreensão mais profunda da direcção e do alcance da influência da NGP nessas mudanças. Embora, concerteza, não esgotem as interpretações possíveis sobre as experiências e as práticas dos enfermeiros nos hospitais, a forma como estas são vividas e assumidas passa, em grande medida, pela concepção que estes actores têm da sua profissão e das estratégias necessárias para a afirmar, desenvolver e delimitar as suas fronteiras jurisdicionais em confronto com outros grupos profissionais.

Para além da análise crítica da literatura, que nos permitiu circunscrever e clarificar os contornos do nosso quadro conceptual, foram também realizadas, no início do estudo, várias entrevistas exploratórias sobre o nosso tema com especialistas na área de enfermagem, de acordo

com o que é sugerido na literatura (Quivy & Campenhoudt, 1992). Os actores entrevistados foram seleccionados por um conjunto diverso de razões, entre as quais os papéis que desempenham:

- no desenvolvimento de trabalho científico na área da enfermagem (Isabel Soares e Maria Arminda Costa);
- na educação e formação nesta área (Manuela Martins, Aníbal Custódio, Pinto Morais e Paulo Parente);
- na intervenção política activa no âmbito das questões profissionais da enfermagem (José Azevedo e Margarida Filipe).
- na história recente da enfermagem em Portugal (actual e ex-bastonária da Ordem dos enfermeiros, respectivamente Maria Augusta Sousa e Mariana Dinis de Sousa).

Este conjunto de entrevistas exploratórias foi de uma importância crucial para circunscrever melhor o nosso estudo, formular as questões de investigação e delinear as estratégias de recolha de informação. Se mais não houvesse, conseguimos, com estas entrevistas, obter um conhecimento mais aprofundado da profissão, do seu percurso e das ambiguidades com que se tem confrontado, o que nunca teríamos alcançado baseando-nos apenas na literatura académica.

1. A Definição do Tema de Estudo

Em diversos países desenvolvidos, fruto de um conjunto de circunstâncias específicas, que analisámos no primeiro capítulo, tem surgido, ao nível do discurso e das intervenções políticas, uma crescente tendência para a quebra dos consensos sociais estabelecidos em redor do Estado Providência, cuja construção, recorde-se, se deveu, em grande parte, à associação entre a administração burocrática e o profissionalismo. É esta quebra de consensos, que se traduziu também em tentativas de fazer perder legitimidade social a algumas políticas redistributivas do Estado, que tem facilitado a introdução de reformas nos sistemas públicos, as quais, em graus diversos, partilham aspectos comuns do quadro geral conhecido na literatura como a NGP.

Não obstante a falta de acordo entre os académicos quanto às características específicas deste movimento, à sua universalidade ou, ainda, quanto aos efeitos que tem provocado na administração pública, particularmente na saúde e na educação, é possível dele extrair um conjunto de elementos que identificámos como estruturantes para essas mesmas reformas. O mais consensual será, porventura, a tentativa de romper com os regimes tradicionais de coordenação burocrática, baseados na hierarquia, por outros baseados nos mecanismos de coordenação ou de regulação pelo mercado ou quase-mercado (Bartlett & LeGrand, 1993; Common et al., 1993; Deakin & Walsh, 1996; Hood, 1991; LeGrand & Bartlett, 1993; Reed, 2002). Estes novos regimes procuram aumentar a competição segundo diferentes estratégias. Por exemplo, em termos macro, uma das estratégias de ruptura mais em evidência consiste na separação entre financiador e

prestador e a institucionalização da gestão por contratos. A implementação desta estratégia não deixa de produzir uma reconfiguração do poder político e institucional, baseada na alteração dos papéis do Estado, os quais, pelo menos em teoria, deixam de se apoiar num modelo de controlo e planeamento racional, e passam a ter como quadro de referência modelos de auto-regulação (Maassen 1996; van Vught, 1997) ou modelos híbridos que tentam articular os dois conceitos e modos de operar. Esta tentativa é também visível aos níveis institucional – descentralização através da ‘devolução’ da autonomia de gestão e financeira e reconfiguração de poderes da gestão de topo – e micro organizacional – descentralização interna nas unidades e reestruturação da gestão intermédia.

As mudanças promovidas ao nível organizacional resultam da tentativa de substituir o modelo dominante de organização burocrática por um modelo mais próximo da gestão privada. Esta tentativa é particularmente notória nas organizações de saúde (Ferlie et al., 1996; Harding & Preker, 2003; Hawkins, 1999; Saltman, 1997; Reed, 2002). Neste contexto, Harding e Perker (2003) identificam três tipos de iniciativas políticas. A autonomização, traduzida no aumento da autonomia da gestão organizacional; a empresarialização, expressa na tentativa de transformar as organizações burocráticas do Estado em empresas estatais expostas à pressão dos mercados; e a privatização, traduzida na delegação de algumas actividades para o sector privado da economia. Em Portugal, as medidas que têm vindo a ser tomadas podem ser identificadas com a criação de organizações de saúde autónomas e empresarializadas.

Estas medidas materializam-se não só em alterações ao nível das estruturas e processos organizacionais de tomada de decisão, mas, sobretudo, em alterações ao nível dos valores e da cultura dominante de serviço público, fenómeno que, aliás, constitui um dos ‘cavalos de Tróia’ da NGP: procurar substituir os valores democráticos da gestão pública por valores característicos da gestão privada, como a racionalidade funcional, a eficiência de custos, a competição e a produtividade.

Embora este constitua o sentido geral das mudanças inspiradas pela NGP, um dos principais objectivos das medidas que são tomadas sob a sua égide é conseguir conquistar os profissionais para a sua implementação. Os profissionais constituem, de facto, neste processo, um elo importante, porque representam um elemento e uma mediação indispensável para a concretização destas propostas ao nível organizacional, e, sobretudo, porque eles próprios constituem um alvo fundamental das mudanças (Hugman et al., 1997; Kirkpatrick et al., 2005).

É quase impossível mencionar o Estado providência sem fazer referência à sua associação com as profissões que o constituem, sendo que o oposto é igualmente verdadeiro. Estado e profissões estão de tal forma dialecticamente relacionados que é difícil isolá-los e ignorar a sua influência recíproca. Há mesmo autores que sugerem que o único e verdadeiro intuito das políticas

e medidas alinhadas pela NGP é o de eliminar a tradicional auto-regulação das profissões, sobre elas aumentando o controlo do Estado e da gestão (Kirkpatrick et al., 2005; Pollitt, 2003). A forma como este controlo é implementado no terreno não é, no entanto, baseada em processos de influência directa, mas antes indirecta, através da alteração das estruturas e formas tradicionais de organização burocrática, da promoção de ambientes de mudança nos valores dominantes nos profissionais do serviço público (Ferlie et al., 1996; Halford & Leonard, 1999; Hanlon, 1998; Reed, 2002) e da acção de outras mediações situadas nas próprias profissões enquanto instituições (Scott, 2001).

As diversas medidas surgidas no contexto da NGP, quer ao nível do sistema, quer institucional, podem ser perspectivadas de acordo com o seu efeito ao nível dos profissionais, tal como o fazem, por exemplo, no âmbito das reformas no ensino superior, Henkel (2000), Fulton, (2003), Kogan et al. (2000), Maassen (2003) e Reed (2002). O campo das profissões e das práticas profissionais é estruturado por diversas forças de ordem política, social e organizacional e as alterações que ocorrem, nestes níveis, inevitavelmente, afectam-no. Neste sentido, em termos de flexibilidade, a análise da forma como os profissionais respondem a essas alterações permite apreender melhor a natureza e as características das políticas e dos papéis do Estado nas reformas da saúde e, sobretudo, perceber o seu grau de implementação e o impacto real que provocam nas instituições e nos profissionais.

Uma das principais medidas da NGP é a orientação para o mercado, efectuada através da contratualização e da descentralização. Estas medidas, que justificam alterações mais concretas, como a separação entre financiador e prestador, o *outsourcing* ou o desenvolvimento de sistemas de informação ligados aos aspectos financeiros e contabilísticos, entre outros, têm potenciais efeitos sobre os profissionais que, para vários autores, podem ser considerados efeitos negativos (Dunleavy & Hood, 1994; Exworthy & Halford, 1999; Ferlie et al., 1996; Hood, 1991, 1995; Kirkpatrick et al., 2005; Tonge & Horton, 1996). Entre estes, os que nos parecem mais relevantes são os seguintes:

- promovem um aumento do controlo financeiro, interferindo com a tradicional autonomia dos profissionais, que, eventualmente, passam a conceder um maior peso às questões da eficiência e do controlo de custos, o que os impede de tomar decisões tendo por referência apenas critérios ‘profissionais’;
- estas alterações podem traduzir-se em mutações mais profundas nos valores de referência de actuação dos profissionais, susceptíveis de se distanciarem do *ethos* profissional para se aproximarem do *ethos* de negócio.

A introdução da lógica da contratualização no contexto das instituições públicas é, possivelmente, um dos factores que mais contribui para abalar as suas estruturas tradicionais. Ao

estabelecerem o seu *modus operandi* de acordo com esta lógica, as instituições definem um conjunto de objectivos com o Estado que deve ser implementado, em cascata, ao longo de toda a organização. Tal significa que os profissionais deixam de ter a exclusividade sobre a regulação e o controlo do seu trabalho, uma vez que este passa a estar integrado num sistema mais vasto de gestão (Hood, 1991, 1995; Waine, 2000). As instituições públicas são, assim, estruturadas e geridas de acordo com os objectivos e as estratégias definidas pela gestão e não pelos profissionais e, nesta lógica, a avaliação do seu desempenho torna-se parte integrante deste sistema de gestão, processando-se em função da capacidade que instituições e actores demonstram em atingir os objectivos previamente definidos. Neste contexto, é possível que as estruturas colegiais sejam abaladas e que a avaliação pelos pares seja substituída por uma relação contratual entre os profissionais e a organização que coloca em causa a tradicional confiança existente entre as duas partes no regime burocrático (du Gay & Salaman, 1996).

Embora também não exista consenso entre os autores sobre os efeitos da NGP ao nível do controlo e da autonomia dos profissionais, parece desenhar-se alguma unanimidade sobre o tipo de alterações que os novos sistemas de gestão provocam na estruturação interna dos mecanismos de poder nas profissões: aumento da estratificação interna e criação de elites de gestão (Freidson, 1986), o declínio da colegialidade (Brint, 1993) e a quebra da solidariedade horizontal entre profissionais (Exworthy & Halford, 1999).

Outra das formas através da qual a NGP procura dismantelar as estruturas burocrático-profissionais tradicionais, refere-se às tentativas de transformar os sistemas de valores dominantes nos profissionais e nas próprias instituições. A difusão da retórica *managerialista* constitui um dos instrumentos mais importantes dessas tentativas, em que a ênfase, colocada na orientação para o consumidor (Clarke e Newman, 1997), tem como propósito criar um sistema difuso de identidade profissional (du Gay, 1996), o qual, no fundo, tomando a terminologia de Reed (2002), expressa a introdução de tecnologias de auto-controlo na regulação do trabalho profissional.

Deste processo de imposição da retórica *managerialista* na gestão tem resultado uma mudança nos papéis desenvolvidos pelos profissionais, que se materializa no aumento do tempo despendido em actividades de gestão (Causer & Exworthy, 1999; Flynn, 1999) e no surgimento de uma maior preocupação em adquirir competências neste campo através da formação (Exworthy & Halford, 1999; Hanlon, 1998). Vistas do lado da análise dos processos de profissionalização, tais tendências não passam, contudo, para alguns autores, de uma tentativa dos grupos profissionais em salvaguardar a autonomia técnica, evitando o aumento do controlo da gestão (Ferlie et al., 1996; Kurunmäki, 1999; Pollitt 1993).

De facto, apesar dos efeitos observados nos profissionais parecerem configurar processos de desprofissionalização e de proletarização (Haug, 1973; Oppenheimer, 1973), diversos estudos

concluem que o novo ambiente de regulação é confrontado com a capacidade das profissões em desenvolver estratégias que lhes permitem manter o seu poder (Bolton, 2005a; Ferlie et al., 1996; Kurunmäki, 1999; MacDonald, 1995).

Em termos internacionais, os estudos realizados sobre a influência da NGP nos sistemas, nas instituições e nos profissionais de serviço público, centram-se, maioritariamente, nos sectores da educação (Barry et al., 2002a; Deem, 1998, Deem & Johnson, 2001; Ferlie et al., 1996; Fulton, 2003; Meek, 2003; Neave & van Vught, 1994; Thomas & Davies, 2002; Massen, 2003) e da saúde (Ferlie et al., 1996; Maddock & Morgan, 1998; Nichol, 1998; Warwicker, 1998). Em Portugal, os estudos conhecidos e divulgados têm-se circunscrito à análise da potencial introdução da ideologia e das práticas da NGP, vinculadas pelo *managerialismo*, no campo do ensino superior (Amaral et al., 2003; Lima & Afonso, 2003; Santiago et al., 2003; Santiago et al., 2005; Santiago et al., 2004; Santiago et al., 2006). No entanto, é no sector da saúde que as políticas governamentais se identificam de forma mais directa com a NGP, aproximando o sistema português das características das reformas implementadas nos restantes países da União Europeia nas últimas décadas.

Tendo esta problemática como pano de fundo, o objectivo geral deste estudo é o de procurar contribuir para a discussão teórica sobre a forma como os movimentos de mudança associados à NGP produzem implicações ao nível das profissões de bem-estar social no contexto da saúde. No entanto, tal definição surge como demasiado ambiciosa, em razão da grande complexidade investigativa que representa, colocando em jogo numerosas variáveis de análise que, em termos empíricos, seria difícil, ou mesmo impossível, de controlar, de acordo com os recursos e o tempo disponíveis para desenvolver este trabalho de investigação. Deste modo, temos de proceder, inevitavelmente, a uma restrição do seu âmbito.

Os estudos existentes sobre o impacto da NGP e do *managerialismo* ao nível dos profissionais de saúde têm-se centrado, maioritariamente, na profissão dominante dos médicos. Mas, uma vez que a enfermagem constitui a profissão maioritária no sistema de saúde português e, por outro lado, atendendo a que os seus contornos profissionais não estão ainda claramente definidos e consolidados, consideramos importante eleger este grupo profissional como o nosso objecto de análise.

Limitamos, no entanto, o nosso campo de estudo sobre estes profissionais ao contexto das instituições hospitalares. As razões que ditaram esta opção, prendem-se, principalmente, com o facto destas instituições ocuparem um lugar central nos sistemas de saúde e nas instâncias de socialização profissional dos enfermeiros (e, obviamente, dos médicos) e, simultaneamente, surgirem como o alvo principal das reformas e/ou reestruturações na saúde. Deste modo, é neste tipo de contexto organizacional que o impacto da NGP na profissão e nas práticas de enfermagem é mais evidente e estruturante. Dada a dimensão deste grupo profissional, e o lugar preponderante

que os seus actores ocupam no funcionamento quotidiano dos hospitais, a análise das suas posições face aos conteúdos das políticas de saúde e à sua implementação organizacional constitui, também, um elemento determinante na aferição das mudanças que ocorrem no sistema e nas instituições de saúde.

De acordo com Graça Carapinheiro, o hospital pode ser definido com base em três componentes distintas, que correspondem, igualmente, a três níveis distintos de análise. Na “perspectiva da organização”, o hospital é considerado em função das relações que se estabelecem no seu interior e ao nível do seu funcionamento. Na “perspectiva económica”, a ênfase é colocada na maximização da eficiência das suas actividades produtivas. Finalmente, na “perspectiva da instituição”, o hospital é considerado enquanto nível intermédio da organização e do sistema económico. Como afirma a autora, neste caso:

(...) o hospital repercute e traduz nas suas escolhas políticas, as orientações políticas gerais, e reflecte, de acordo com a configuração própria da sua estrutura de poder, as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social, constituindo, assim um espaço de acção de grupos, cujos fins, legitimidade e quadros de referência não se localizam apenas no hospital. Por fim acaba por ser um lugar de mediação entre as opções económicas de base e as condições e exigências do seu próprio sistema de produção (Carapinheiro, 1998, p. 23).

É, precisamente, nesta perspectiva que a nossa análise se inspira. O hospital é apenas assumido como objecto de análise enquanto lugar de mediação das escolhas políticas, em resultado das interacções e do confronto entre diferentes grupos profissionais pela demarcação e definição das suas fronteiras ocupacionais e jurisdicionais.

No que concerne à selecção do universo do nosso estudo, as próprias características da NGP, a par do carácter relativamente recente da sua disseminação na administração pública portuguesa, conduziram-nos a circunscrever este grupo aos enfermeiros que desempenham funções de gestão. Esta opção fica a dever-se, também, a outros factores. Antes de mais, ao facto das intervenções políticas, no âmbito da NGP, visarem, primordialmente, como temos vindo a realçar, as áreas de gestão e de chefia, promovendo-as, desta forma, a objectos privilegiados de análise. Por outro lado, os cargos de chefia constituem-se como aqueles sobre os quais as pressões para a mudança se exercem com mais peso, surgindo, desta forma, também como as instâncias em que os conflitos e ambiguidades entre duas culturas distintas – profissionais e de gestão – se fazem sentir com maior acuidade (Halford et al., 1997).

Não podemos deixar de sublinhar, igualmente, como razão que presidiu a esta escolha, o facto dos enfermeiros com funções de gestão exercerem uma forte influência sobre o clima e a cultura dominante nas enfermarias, surgindo, por isso, como veículos importantes de recepção e de

resposta às políticas da saúde e às mediações da organização hospitalar para as implementar. Carlos Silva (2004) salienta, num estudo realizado no contexto nacional, que estes enfermeiros constituem precisamente os elementos que são habitualmente consultados pelas hierarquias administrativas e pela direcção e, simultaneamente, detêm o controlo informacional sobre os restantes enfermeiros. Assim sendo, os enfermeiros com funções de gestão são, simultaneamente, objectos das mudanças estratégicas e actores chave através dos quais a mudança é efectivada (Clarke & Newman, 1997).

Finalmente, consideramos que, ao centrarmo-nos apenas num determinado nível da hierarquia profissional, torna-se mais viável controlar a complexidade e diversidade existente no interior da profissão e as contradições internas resultantes da luta pela imposição de paradigmas (Blomgren, 2003; Carpenter, 1993; Lopes, 2001; Pimentel, Completo & Coelho, 1991).

Em suma, o nosso objecto de análise encontra-se, assim, circunscrito aos enfermeiros que desempenham funções de gestão nos hospitais ou, utilizando a terminologia de Causer e Exworthy (1999), aos gestores profissionais práticos⁴⁴ e aos gestores gerais com base profissional⁴⁵. Desta forma, este estudo apresenta-se, essencialmente, como um estudo exaustivo e aprofundado de um grupo restrito, em detrimento da opção por uma visão global de um grupo profissional heterogéneo.

Tendo por base esta delimitação do objecto de estudo, o nosso objectivo geral pode ser redefinido de forma mais específica. O que se pretende com este trabalho é, então, analisar os potenciais efeitos das intervenções governamentais no sector da saúde, sob a égide da NGP, ao nível dos profissionais de enfermagem com funções de gestão e no contexto organizacional dos hospitais em que desenvolvem as suas práticas.

2. Explicitação e Justificação do Processo Metodológico

Neste ponto do capítulo, procuramos explicitar e justificar os procedimentos metodológicos adoptados na pesquisa. Tendo por base o objectivo e o objecto de análise que construímos para este estudo, definimos, em seguida, no quadro por estes balizado, as questões e hipóteses de investigação, o carácter da análise a empreender, o instrumento de recolha de dados e as estratégias adoptadas no seu tratamento.

Recorde-se que, como temos vindo a sublinhar, e como é amplamente sustentado por diversos autores, um dos principais objectivos da NGP é o de incentivar e promover alterações ao nível dos profissionais nas referências que partilham e nas práticas que desenvolvem, com particular incidência nos mecanismos tradicionais de regulação e nos valores dominantes que

⁴⁴ Recorde-se que esta categoria se refere aos gestores cuja principal responsabilidade é a gestão do trabalho e dos recursos utilizados pelos outros profissionais e que mantém activa a sua participação nas actividades diárias.

⁴⁵ Esta designação corresponde a gestores com um *background* profissional e que detêm responsabilidades pela gestão das actividades dos profissionais.

enquadram o seu envolvimento na profissão (Ferlie et al., 1996; Halford & Leonard, 1999; Hanlon, 1998; Kirkpatrick et al., 2005; Pollitt, 2003; Reed, 2002). A influência exercida não é, como se viu, directa mas mediada pelas instituições. Melhor dizendo, é através da reestruturação das formas de organização e gestão, típicas das instituições do Estado providência, que se procura efectivar estas mudanças nos profissionais (Kirkpatrick et al., 2005). Todavia, a literatura mostra-nos, também, que as organizações não são meras receptoras das mudanças impostas do exterior, desempenhando um papel activo na sua apropriação (Maassen, 2003). Tendo por base este pressuposto a primeira questão de investigação que se coloca é a seguinte:

- De que forma estão as instituições hospitalares a adoptar as medidas de NGP veiculadas pelos discursos e pelas políticas governamentais em Portugal?

Como sublinhámos antes, as reestruturações promovidas ao nível da organização e gestão das instituições públicas têm por objectivo, em última instância, suscitar mudanças nos profissionais e no seu profissionalismo. Pelas razões que enunciámos, elegemos como objecto de estudo o grupo dos profissionais de enfermagem e, no interior deste, o sub-grupo dos enfermeiros com funções de gestão. Assim sendo, a segunda questão de investigação, que serve de guia à exploração e aprofundamento da nossa problemática, pode ser enunciada nos seguintes termos:

- Quais os potenciais efeitos das mudanças promovidas no âmbito da NGP no grupo dos enfermeiros com funções de gestão?

O quadro conceptual que sustenta a investigação sugere-nos que a forma como se procura induzir mudanças nos profissionais baseia-se não só na alteração dos mecanismos de auto-regulação das profissões, mas, também, das práticas dos profissionais, buscando-se, através da atribuição de um maior peso às actividades ligadas à gestão, desenvolver mecanismos de auto-controlo individual (Bolton, 2004b; du Gay & Salaman, 1996; Reed, 2002). Esta possibilidade pode expressar-se, de forma particular, nas alterações dos papéis profissionais dos enfermeiros com funções de gestão. Neste registo, podem ser definidas duas sub-questões susceptíveis de nos ajudar a especificar melhor os elementos pertinentes de resposta para a questão anterior:

- Existe algum tipo de alteração ao nível dos papéis desempenhados pelos profissionais de enfermagem com funções de gestão?
- É possível verificar algum tipo de alteração nos valores e ideologias profissionais dominantes nos enfermeiros com funções de gestão?

Tendo em consideração o papel preponderante que os enfermeiros com funções de gestão podem desempenhar na estruturação da cultura profissional no contexto hospitalar, assim como a possibilidade de poderem emergir como líderes profissionais, exercendo uma forte influência na definição das fronteiras jurisdicionais, que permitem consolidar o projecto de profissionalização da enfermagem, definimos o que constitui a nossa terceira questão de investigação:

- De que forma as mudanças implementadas ao nível organizacional produzem efeitos no projecto de profissionalização do grupo dos enfermeiros?

São estas questões, suscitadas pela articulação entre a literatura científica e a informação obtida nas entrevistas exploratórias referidas na introdução deste capítulo, que dão corpo ao presente estudo e, mais especificamente, enquadram a sua componente empírica. No seguimento destas questões, procurámos delinear objectivos mais específicos para a nossa pesquisa.

Verificámos, anteriormente, que os estudos que tentam identificar o modo como as organizações e os actores respondem às medidas políticas de reestruturação, sob a égide da NGP, concluem, de forma sistemática, pela existência de modelos híbridos, que congregam, em simultâneo, características dos modelos tradicionais (burocrático-profissionais) e dos novos modelos emergentes (Amaral et al., 2003; Dent et al., 2004; Ferlie et al., 1996; Hunter, 1997; Kogan et al., 2000; Reed, 2002). Assim sendo, o nosso primeiro objectivo é, decorrendo da questão inicialmente formulada, perceber se, também em Portugal, da adopção de medidas de NGP pelas instituições hospitalares, veiculadas através dos discursos e das políticas governamentais, surgem modelos híbridos de organização e gestão. Com base nos resultados empíricos obtidos em estudos efectuados noutros contextos, podemos esperar que, a verificar-se a sua existência, estes modelos possam ser classificados num contínuo que se estende desde a manutenção de formas de organização e gestão tradicionais, próximas das que caracterizam a burocracia tradicional do Estado, até novas formas que enquadram um tipo de organização e gestão das instituições hospitalares mais próxima da gestão privada e do mercado.

Vários autores têm constatado, em contextos distintos, que a adopção de medidas de NGP nos sistemas de saúde e, de forma particular, nos hospitais, produzem efeitos diversos nos profissionais de enfermagem. Como tivemos oportunidade de salientar, na revisão da literatura, nem sempre os seus argumentos convergem quanto às características destes efeitos. É certo que as alterações no contexto parecem expressar a imposição de uma nova cultura em termos das organizações hospitalares, mas alguns autores insistem em salientar que, apesar da enfermagem estar a ser colonizada pela linguagem da gestão (Traynor, 1996, 1999; Wong, 2004), os profissionais conseguem manter um conjunto de valores tradicionais de referência na profissão. Estes valores estruturam-se, fundamentalmente, em torno de uma dimensão moral e altruísta do cuidar e situam este acto num contexto de ‘cuidados sociais’, referências que induzem nos profissionais uma visão dicotómica e antagónica dos gestores e da sua cultura (Bolton, 2004a; Halford et al., 1997; Traynor, 1994; Walby et al., 1994). Todavia, como afirma Maria Blomgren (2003), podem existir outras diferenças baseadas nas ideologias profissionais dominantes.

Alguns dos estudos atrás referenciados sustentam a inexistência de alterações nos valores e ideologias dominantes, mas outros têm salientado a forma como o trabalho de enfermagem tem

vindo a ser reestruturado com a abertura de um maior espaço para a intromissão dos papéis de gestão (Bolton, 2004a; 2005b). Da mesma forma, procuramos perceber se em Portugal os papéis desempenhados pelos enfermeiros com funções de gestão passaram a incluir um maior peso desta componente na sua configuração e se existiram alterações marcantes nos seus valores e ideologias profissionais dominantes.

No que concerne ao processo de profissionalização, se é verdade que alguns autores situam os movimentos da nova enfermagem e da NGP numa grande proximidade, com retóricas semelhantes no que concerne à orientação e centralidade do paciente (Hewison, 1999; Latimer, 1995; Salvage, 1992), o que se poderia traduzir num aumento do estatuto e do poder dos enfermeiros, a maioria dos autores sublinha a existência de uma perda de poder e de estatuto destes actores no novo contexto de funcionamento dos hospitais. Esta perda parece ser efectiva perante a imposição de uma cultura mais próxima do *ethos* empresarial (Halford et al., 1997; Walby et al., 1994; Wiggins, 1997); mas também é visível nas condições de trabalho (Halford et al., 1997) e na relação com os médicos (Walby et al., 1994), com os auxiliares (Davies, 1995a) e com os gestores (Bolton, 2005b; Keen & Malby, 1992). Tendo por base estas conclusões, procurámos perceber se a introdução de novas medidas de governo e gestão nos hospitais portugueses, no âmbito da NGP, resulta na diminuição do poder e na desvalorização do estatuto dos profissionais de enfermagem, em particular nos domínios: do ambiente de trabalho, da estrutura e hierarquia interna da profissão e da relação com os outros grupos profissionais (médicos, auxiliares e gestores).

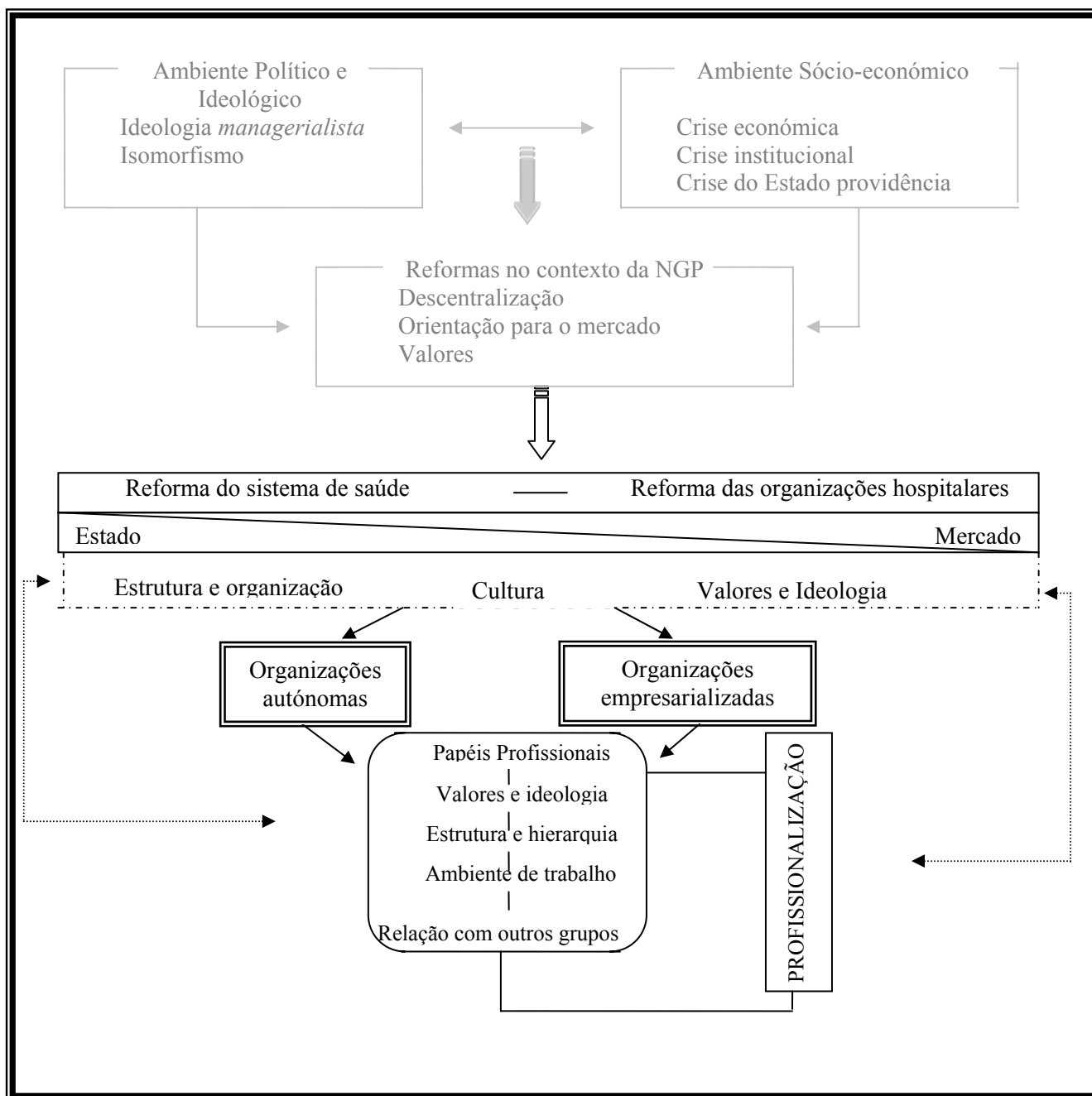
Com base no conjunto de questões e objectivos específicos que construímos para este estudo, o modelo teórico que desenvolvemos para a sua sustentação pode ser esquematicamente representado como se apresenta na figura da página seguinte (Figura nº 3).

2.1 *As Orientações Metodológicas da Investigação*

Após a definição das questões que balizam a investigação e a construção dos seus objectivos gerais e específicos, o processo investigativo exige que se proceda à eleição do método para a recolha dos dados. Vários factores determinaram a eleição da análise qualitativa como o método mais adequado para desenvolver esta investigação, que se assume como um estudo em profundidade e não em extensão. O que significa que o propósito principal é procurar investigar um fenómeno com contornos ainda pouco compreendidos, identificar variáveis importantes, propor hipóteses para estudos posteriores (Marshall & Rossman, 1989) e proceder a conceptualizações por vezes inspiradas nos processos da teoria fundamentada (*Grounded theory*) (Strauss, 1993).

Figura nº 2

Modelo teórico – Relação entre as mudanças nas organizações e instituições hospitalares, no contexto das reformas do sector público, e a profissionalização dos profissionais de enfermagem



De facto, esta opção, prende-se, antes de mais, com o próprio objectivo do estudo. Como salientamos na revisão da literatura, a NGP corresponde a um fenómeno social cujos contornos conceptuais ainda não estão bem definidos, sendo por isso fundamental o recurso a métodos que nos permitam aprofundar e clarificar o seu âmbito. De facto, as análises qualitativas têm demonstrado ser mais profundas e ricas, quando o campo de estudo está cientificamente pouco estruturado, do ponto de vista da produção teórica e do conhecimento empírico acumulado (Gummesson, 1991; Marshall & Rossman, 1989), tornando-se, assim, importante identificar as áreas que são susceptíveis de o estruturar (por vezes ausentes em estudos anteriores).

É, aliás, esta mesma razão que tem conduzido a que a maioria dos estudos empíricos realizados na área da NGP sejam de natureza qualitativa. Ferlie e Mark (2002) defendem precisamente, as vantagens da utilização dos métodos qualitativos na análise da NGP, invocando que estes são os que mais potenciam a criatividade e distância crítica imprescindíveis para a compreensão deste fenómeno. Como vimos antes, este caracteriza-se por ser extremamente dinâmico, uma vez que evolui ao longo do tempo e pode apresentar um carácter distinto em função dos contextos nacionais e institucionais.

Por outro lado, a utilização de métodos qualitativos possui uma forte tradição nas ciências sociais e, em particular, na sociologia, tradição que se inicia na sociologia urbana da Escola de Chicago e que se prolongou em desenvolvimentos posteriores, sob o impulso do interaccionismo, sobressaindo, de forma particular, no contexto da sociologia das profissões. Desta forma, a escolha dos métodos qualitativos parece-nos legitimada pelas características das próprias questões que definimos para este trabalho de investigação. No entanto, a assunção desta metodologia decorre também de um conjunto de opções epistemológicas e das estratégias investigativas delineadas em função dos diversos métodos disponíveis.

Apesar dos estudos qualitativos herdarem uma forte tradição nas ciências sociais, os métodos quantitativos são apresentados, frequentemente, como mais racionais, objectivos e neutros. Parte desta associação decorre de imagens sociais mais gerais que associam os estilos quantitativos com uma visão *hard* do mundo e as abordagens qualitativas com uma visão *soft* (Gherardie & Turner, 1999). Como temos vindo a salientar, esta dualidade, porque implicitamente associada às imagens da feminilidade e da masculinidade, implica, em todos os domínios, uma sobrevalorização da primeira em relação à segunda. Mas, esta divisão dual decorre, igualmente, da própria evolução da ciência e do afastamento que historicamente esta foi tentando estabelecer e solidificar em relação aos outros tipos de saberes.

Sem que a nossa intenção seja lançar mais argumentos para um debate epistemológico de ortodoxias, devemos sublinhar que as representações respeitantes aos diferentes métodos decorrem, em grande medida, do processo histórico que envolveu a sua emergência. Quando as ciências

sociais surgem no Séc. XIX as ciências naturais haviam já realizado um percurso de afirmação e validação, sustentado em métodos objectivos e matemáticos que, supostamente, lhes permitiam obter uma verdadeira noção do real. Neste contexto, era expectável que as ciências sociais, ao procurarem afirmar a sua cientificidade e afastar-se de outras formas de conhecimento, tenham eleito os métodos quantitativos como fonte da validade empírica dominante nos seus modos de produção de conhecimento. Assim, os métodos qualitativos surgem associados em segundo plano, à função de permitir uma maior objectividade e, portanto, uma maior aproximação ao real (Pires, 1997a). Grande parte do debate entre os métodos quantitativos e qualitativos centra-se, precisamente, nesta evolução. Contudo esta oposição é como afirma Álvaro Pires:

mais ideológica e política (quer dizer ligada às lutas institucionais pelos recursos e pelo prestígio) do que metodológica; já que não existe uma verdadeira oposição entre a natureza dos dados e a ambição de trazer à luz do dia a verdade e de adquirir um conhecimento sistemático do real através da investigação empírica (Pires, 1997a, p. 9).

Diversas reflexões a respeito do processo de produção do conhecimento científico têm salientado o seu carácter humano, sustentando aspectos comuns a qualquer outra produção humana relacionados com dificuldades pessoais, emocionais e políticas (Gherardi & Turner, 1999; Santos, 2003). Estas dificuldades, presentes nas ciências sociais e naturais, permitem um afastamento das concepções tradicionais de ciência e, simultaneamente, uma maior legitimidade na utilização de métodos qualitativos. Por outro lado, as análises desenvolvidas acerca da ciência têm vindo a salientar o facto das ciências naturais também recorrerem frequentemente a análises qualitativas (existem vários estudos em áreas como a geologia, a biologia e a zoologia baseados em descrições e interpretações qualitativas) e, mais importante ainda, questiona-se cada vez mais a objectividade dos resultados obtidos com as análises quantitativas nestas ciências (Santos, 2003).

Em função desta evolução tem-se vindo a verificar, nas últimas décadas, um aumento das pesquisas de orientação qualitativa (Miles & Huberman, 1994). Tendo por referência os estudos organizacionais, Clegg e Palmer (1996) consideram mesmo que existe uma substituição do paradigma funcionalista, baseado em pressupostos da “ciência normal”, por um paradigma interpretativo, que confere maior importância ao significado e ao discurso.

Utilizar métodos qualitativos não significa, no entanto, que se trata de um processo livre de regras, mas tão só que as regras se relacionam com a combinação particular do objectivo e do contexto da investigação (Gherardi & Turner, 1999). Nesta óptica, tem-se procurado que os resultados emergentes da análise da informação não traduzam artefactos construídos no processo de investigação, mas antes indicadores válidos dos processos sociais que ocorrem nas áreas investigadas (Halford et al., 1997).

Este princípio de objectividade não implica, contudo, que não se reconheça que o objecto científico é construído e que os resultados da investigação traduzem apenas uma aproximação ao real. O que este tipo de abordagem significa é a existência de uma concepção distinta de ciência, mais modesta, que, sem negar a possibilidade de aceder ao real, encara esta possibilidade apenas como uma aproximação subjectiva. Tal como afirma Boaventura Sousa Santos, a construção científica da realidade supõe, necessariamente, uma deformação da realidade, que não significa, no entanto, uma deformação da verdade (Santos, 2003).

A ligação entre ciência e métodos quantitativos decorre, muitas vezes, de uma concepção da ciência que se aproxima de noções mais tradicionais e positivistas. A nossa perspectiva perante os métodos não é, no entanto, do tipo positivista. Isto é, não existem, na nossa opinião, formas objectivas e neutras de olhar o real. Embora a procura de relações de causa-efeito entre variáveis identificadas constitua um exercício profícuo, julgamos que o facto deste trabalho de investigação se procurar centrar mais nos processos do que nos resultados exige uma abordagem distinta. O que procuramos é, antes, perceber a forma como as experiências sociais são construídas e adquirem um significado em contextos sociais particulares.

Na abordagem qualitativa, a entrevista é, por excelência, o instrumento de recolha de informação mais difundido e utilizado pelos investigadores, na medida em que permite uma interlocução directa entre os actores sociais envolvidos nesta acção. A entrevista, tal como todas as outras técnicas, apresenta, simultaneamente, vantagens e desvantagens para a investigação.

Do lado das vantagens, tem sido amplamente sublinhado por diversos autores (Kvale, 1996; Legard, Keegan & Ward, 2003) que as entrevistas demonstram ser mais ricas do ponto de vista da amplitude e da profundidade da informação recolhida, permitem uma maior interacção entre investigador e o inquirido e fornecem mais detalhes, tanto acerca do processo como acerca do contexto em que as experiências dos sujeitos ocorrem. É inegável que suscitam, também, um discurso mais livre e possibilitam uma recolha de informação que não é deformada pela imposição de uma estrutura rígida, tal como acontece, por exemplo, com o questionário fechado. Evitam-se, assim, os níveis mais formais e racionais do discurso do sujeito (Blanchet, 1982), que se manifestam com maior evidência quando existe estruturação total ou quase total do campo pelo investigador. Por outro lado, do lado das desvantagens, é importante referir que ao colocarmos frente a frente dois sujeitos com a sua subjectividade (entrevistador e entrevistado), não podemos garantir que as informações obtidas sejam idênticas noutra situação de interacção (Ruquoy, 1997).

Nesta relação de interacção existem diferenças entre os actores que se consubstanciam em relações de poder distintas. Dado que as formas modernas de poder nos impelem constantemente a confessar os nossos sentimentos, pensamentos ou crenças aos que estão em posições de autoridade, as entrevistas não permitem qualquer privilégio ou acesso imediato aos pensamentos e sentimentos

dos indivíduos, mas antes produzem contextos específicos para irem de encontro a situações particulares.

Com efeito, a realidade social não nos é apresentada de forma directa nas entrevistas, sendo-nos, antes, transmitida através da interpretação e dos jogos de interacção social que estão inevitavelmente presentes. Por outro lado, a entrevista é, obviamente, baseada no discurso e este pode estar sujeito a interpretações múltiplas. O facto da informação recolhida assumir a forma de narrativa significa, no fundo, que ao questionarmos os nossos entrevistados acerca das suas rotinas e tarefas quotidianas, estamos a permitir que construam ‘narrativas profissionais’ não ‘ingénuas’ e que integram não só um tipo de reflexão profissionalmente determinada, mas também possibilitam construir um discurso social e politicamente racionalizado, e eventualmente desejável, acerca da natureza da sua profissão e história ocupacional.

Assim sendo, se bem que as entrevistas sejam apresentadas como uma forma de ter em conta a perspectiva dos actores sociais para, a partir dela, compreender e interpretar a sua realidade, o investigador encontra-se confrontado com diversas posições subjectivas. Para além da sua própria interpretação, existem várias outras referentes à mesma realidade, que resultam da interpretação de cada um dos actores (Poupart, 1997). Esta questão, intrinsecamente associada à situação da entrevista, resulta na problemática do estatuto a conceder ao entrevistado e à informação por ele veiculada, fenómeno sobre o qual não existe consenso epistemológico entre os investigadores.

Para os pós-positivistas, a ‘realidade em si’ não pode ser confundida com a interpretação que dela nos dão os actores sociais. O simples facto de estarem envolvidos nessa realidade não constitui, à partida, garante da justeza das suas interpretações. Assim, esta primeira abordagem é, em si mesma, uma primeira construção da realidade, a que depois se acrescenta, a interpretação dos cientistas sociais, a qual, para os pós-positivistas, pode ser considerada superior à dos entrevistados. Para os pós-estruturalistas, não existe diferença entre a interpretação que é feita da realidade pelos cientistas sociais e pelos actores. Ambas constituem narrativas ou histórias que podem ser definidas como ‘descrições realistas’, mas que não são, de facto, mais do que projecções dessa realidade sem verdadeira relação com ela. A única diferença entre as duas interpretações decorre da vantagem da posição privilegiada dos cientistas sociais que faz com que a sua interpretação granjeie de uma maior autoridade. Finalmente, para os pós-modernistas, os cientistas deveriam tratar os actores como capazes de produzir as suas próprias análises. A investigação científica deveria ser interpretada como uma ‘voz múltipla’, ou seja, como o resultado de uma construção mútua, do produto do diálogo entre o actor social e o próprio investigador (Poupart, 1997).

A perspectiva dominante nesta investigação afasta-se dos pressupostos metodológicos positivistas, aproximando-se, simultaneamente, de concepções mais construtivistas. Neste sentido,

as entrevistas são por nós interpretadas como uma possibilidade de aceder à realidade, tal como ela é perspectivada pelos actores. À informação que nos é veiculada pelos entrevistados conferimos o estatuto epistemológico de ‘reconstrução parcial da realidade’, tal como à reinterpretação que é por nós efectuada dessa mesma informação.

Foi tendo por base este conjunto de noções, e atendendo à especificidade do nosso objecto de estudo, ainda pouco analisado e conceptualizado, mormente no contexto português, que optámos por assumir a entrevista semi-estruturada como a técnica de recolha de informação mais adequada às características específicas da nossa pesquisa. Esta técnica permitiu-nos orientar o discurso dos entrevistados no sentido das temáticas que procuramos analisar no trabalho e, simultaneamente, conceder aos entrevistados a oportunidade de desenvolver as suas respostas fora do formato estruturado (Burgess, 1997). No contexto desta opção, elaborámos um guião de entrevista, baseado num conjunto de questões abertas, que não pretendia erigir-se como uma grelha rígida, mas apenas como um ponto de referência para despoletar o discurso dos sujeitos sobre a influência da NGP no funcionamento dos hospitais e na sua profissão e práticas profissionais.

Apesar de não assumirmos uma perspectiva positivista, tal não significa, no entanto, como referimos atrás, que a investigação empírica esteja isenta da introdução de critérios objectivos de recolha e tratamento da informação. Neste sentido, procurámos estar atentos aos potenciais enviesamentos das entrevistas, quer na construção do guião, quer ao longo de todo o seu processo de realização.

Partindo da perspectiva defendida por Poupart (1997), segundo a qual as entrevistas não-directivas ou não-estruturadas não constituem mais do que um mito (na realidade o investigador tem sempre um conjunto de questões prévias relacionadas com o tema de investigação), e do facto da investigação se basear num enquadramento teórico específico, procurámos construir um guião de entrevista obedecendo a algumas regras específicas. Este guião foi delineado, fundamentalmente, com base na revisão da literatura e nos resultados das entrevistas exploratórias realizadas a actores-chave da enfermagem portuguesa, tal como sublinhamos anteriormente. A sua estrutura integra sete grupos temáticos distintos, conforme pode ser analisado no Anexo I.

O primeiro grupo temático refere-se a um conjunto de questões gerais respeitantes à profissão e surgem como forma de descontrair o entrevistado e de o colocar mais à vontade perante a situação de entrevista. O segundo grupo integra questões relativas ao tipo de cargo que o enfermeiro ocupa e que tem inerente a realização de funções de gestão específicas. Com o terceiro grupo de questões, enquadrado, ainda, numa lógica de partir do geral para o particular, procurámos obter as percepções dos entrevistados sobre o potencial impacto das reformas no contexto hospitalar e profissional. O quarto grupo temático tem por objectivo estimular o entrevistado a verbalizar as suas experiências relativas às funções de gestão que exerce. No quinto grupo,

incluímos um conjunto de questões gerais relativas aos cuidados. Finalmente, o sexto grupo de questões procura cobrir o campo de posições que os actores podem manifestar face às experiências vividas no local de trabalho. No final da entrevista, quando se espera ter sido criado um clima de empatia e confiança, são colocadas algumas questões fechadas relativas às características sócio-demográficas dos entrevistados. A inclusão destas questões no final das entrevistas justifica-se pela tentativa de evitar constrangimentos que, eventualmente, podem surgir nos entrevistados quando estas mesmas questões são colocadas no início.

A partir deste guião desenvolvemos um outro, dirigido aos enfermeiros com posições na gestão de topo, no qual foram introduzidas ligeiras alterações. O carácter distinto das funções destes actores exigiu estas mudanças, que se restringem, no entanto, ao grupo de questões relativas às funções de gestão, como é, aliás, facilmente constatável no anexo I.

O facto dos vários blocos temáticos se apresentarem formalmente estruturados da forma que enunciámos atrás, não significa que as diversas questões tenham sido cronologicamente colocadas nesta ordem, nem sequer que tenham sido todas incluídas na totalidade das entrevistas realizadas. A opção sobre as questões a colocar, e a sua ordem, foi sendo tomada em função da própria interacção estabelecida com o entrevistado no contexto local. Queremos, mais uma vez, significar com esta ressalva que, em termos epistemológicos, assumimos a posição de que o conhecimento não é um dado em si, mas antes uma construção que se processa através da interacção entre o investigador e o entrevistado (Gubrian & Holstein, 1997; Kvale, 1996; Legard, Keegan & Ward, 2003), o que não impede, como referem Miller e Glassner (1997), que o conhecimento do mundo social, que existe para além do contexto de interacção, não possa ser igualmente obtido.

Torna-se importante sublinhar, ainda, que todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos actores, não só por conveniência de espaço e de tempo, mas também porque isso conferia a possibilidade de analisar e pressentir no terreno algum do ambiente geral vivido nos hospitais. Esta situação permitiu que não nos restringíssemos apenas a interrogar os actores sobre a vivência das suas experiências, mas que também observássemos directamente a sua conduta. Ou seja, foi não só possível apreender o ponto de vista dos actores e as estratégias por estes delineadas para responder às mudanças introduzidas nos hospitais, mas, simultaneamente, aceder à complexidade das situações geradas e às suas contradições e dinâmicas próprias.

A opção que tomámos acarretou, no entanto, outras desvantagens. Para além da existência de uma maior probabilidade de interrupção das entrevistas num contexto de trabalho particularmente dinâmico, esta opção poderia originar no entrevistado uma maior propensão para produzir um discurso organizacional e socialmente desejável.

A absoluta garantia da confidencialidade das entrevistas pareceu-nos ter diminuído o receio nos actores de ver a informação obtida sobre as suas experiências subjectivas transparecer para a organização, o que, de alguma forma, pode ter substancialmente atenuado a construção de um discurso de acordo com a desejabilidade social. Ao invés, as situações que foram sendo experienciadas nas entrevistas, estimuladas pela garantia de anonimato, parecem ter permitido aos entrevistados libertarem o seu discurso e os seus sentimentos, ou seja, no fundo, apresentaram-se-lhes como uma oportunidade para reflectir as suas rotinas e acções quotidianas e, ao mesmo tempo, para racionalizar, e colocar em questão, as situações políticas e institucionais com que se confrontavam nas práticas hospitalares.

Como forma de minimizar a pré-estruturação do discurso evitou-se, sempre que possível, disponibilizar previamente as questões aos entrevistados. Existiram apenas dois casos em que foram facultadas algumas questões (uma de cada grupo) aos enfermeiros directores.

Tendo plena consciência da sua posição relativamente ao tema em análise, a entrevistadora procurou não influenciar o discurso dos entrevistados, quer tentando evitar o diálogo, quer mesmo controlando a sua postura corporal e gestual.

A todos os entrevistados foi solicitada a autorização para se proceder à gravação das entrevistas. Surgiram apenas dois casos em que estas autorizações não nos foram concedidas, pelo que estas entrevistas não se realizaram.

Procurámos complementar as entrevistas com outros métodos de recolha e análise de dados, particularmente, a análise documental e a observação directa. No entanto, não nos foi possível utilizar nenhum destes métodos na prática, devido à forte pressão política a que estas instituições estavam a ser sujeitas na altura em que desenvolvemos o processo de recolha de informação. No anexo II apresenta-se um dos requerimentos tipo enviados a todos os hospitais. Em alguns casos não existiam dados disponíveis, enquanto noutros as administrações hospitalares não se mostraram disponíveis para nos fornecer os elementos solicitados. A par destes impedimentos, de carácter político-burocrático, acrescentámos, ainda as limitações induzidas pelo tempo institucional de que dispúnhamos para realizar este trabalho de investigação, tempo esse que nos impediu de colocar no terreno outras estratégias de recolha de informação ligadas à observação directa de um certo número de situações das práticas profissionais dos enfermeiros no meio hospitalar. A triangulação dos dados ficou, assim, comprometida. Contudo, pensamos que a quantidade, a riqueza e a pertinência da informação recolhida na indagação através da entrevista colmatou a ausência deste dispositivo metodológico. O acesso às experiências e aos testemunhos dos actores, através do discurso directo, permitiu, de facto, uma cobertura completa do seu campo representacional e do campo das informações mais relevantes para a concretização dos nossos objectivos de investigação. Ouvir o que os enfermeiros têm para nos dizer, permitiu-nos perceber

muito mais do que o que fazem e sentem e, deste modo, captar os processos complexos de mudança e de resistência à mudança que se desenvolvem actualmente no SNS.

O distanciamento cultural e social da investigadora em relação à área de saúde e à enfermagem pode, eventualmente, ser considerado como um obstáculo epistemológico relevante no acesso ao objecto de estudo. Mas, este distanciamento acabou por se revelar como um factor favorável e facilitador do discurso dos actores, suscitando menos constrangimentos nas suas tomadas de posição. A entrevistadora funcionou como alguém descomprometido com as situações quotidianas dos hospitais, o que facilitou o seu papel de ‘espelho’ em relação aos testemunhos e experiências subjectivas dos actores. Por outro lado, este estatuto surge como uma vantagem para o processo de análise e tratamento dos dados. Alguns autores salientam que o distanciamento dos investigadores pode constituir uma vantagem, na medida em que, por um lado, permite uma certa distância necessária à análise e, por outro, possibilita, igualmente, colocar em questão as evidências ou as racionalizações próprias do grupo (Poupart, 1997).

2.1.1 A Construção da Amostra

A definição da nossa amostra foi ditada pelas questões a investigar e pelas restrições de ordem prática e deontológica. Considerámos aqui o conceito de amostra no seu sentido mais amplo, enquanto um resultado, não importa de que operação, que visa constituir o corpo empírico de uma investigação (Pires, 1997b).

Com base no objectivo geral e nas questões que elaborámos para servir de orientação a esta pesquisa, procurámos seleccionar a nossa amostra de enfermeiros em dez hospitais, com características similares, divididos em torno dois grupos: um de cinco hospitais públicos tradicionais, e outro, com o mesmo número, de hospitais empresarializados (correspondendo, na altura, a hospitais SA⁴⁶). O que determinou, à partida, esta escolha, foi a necessidade de constituir uma amostra de investigação com determinadas características de homogeneidade, quanto ao lugar de proveniência dos actores, mas que, simultaneamente, proporcionasse alguma heterogeneidade dos casos individuais, em função das experiências organizacionais de cada actor, permitindo conferir mais consistência às regularidades do discurso sobre o impacto percebido das reformas nas profissões e nas práticas profissionais de enfermagem. Buscámos, com esta forma de escolha, assegurar o princípio da diversificação, por forma a garantir um panorama o mais completo possível dos problemas e das situações que ocorrem no interior deste grupo restrito de profissionais. Esta amostra caracteriza-se, assim, como uma amostra de casos múltiplos de micro-

⁴⁶ O imperativo de cumprir a garantia de anonimato conduziu-nos à omissão de características particulares destas unidades hospitalares que são, por isso referenciadas neste trabalho por letras do alfabeto. As primeiras cinco (A a E) correspondem a hospitais empresarializados e as restantes (F a J) a hospitais autónomos.

unidades sociais (Pires, 1997b), opção que nos permite, simultaneamente, apreender o sistema de valores e de práticas dos actores e obter informações sobre os processos e as práticas institucionais.

Estes actores provêm, assim, de dez hospitais centrais, oito gerais e dois universitários, situados na zona centro e norte do país, de grande dimensão, maioritariamente concentrados no litoral, com excepção de um situado no interior, mas todos localizados em meios urbanos de média e grande dimensão. Nos distritos em que estes hospitais se situam, a distribuição do número de enfermeiros por habitante é bastante diferente. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros de 2003, em Portugal existe uma *ratio* nacional de 4,2 enfermeiros por 1000 habitantes, sendo a disparidade regional bastante forte com o distrito que apresenta a *ratio* mais baixa situada nos 2,5, e o que apresenta a *ratio* mais elevada nos 8,5. Os hospitais empresarializados situam-se em distritos com *ratio* de 2,5; 3,3 e 4,5, enquanto os hospitais públicos se situam em distritos em que as *ratios* diferem entre 2,8; 4,5 e 8,5 enfermeiros por 1000 habitantes.

O grupo dos hospitais que mantiveram inalterado o seu estatuto jurídico inclui três hospitais da zona centro e dois da zona norte. No grupo dos hospitais sujeitos a alterações no seu estatuto jurídico⁴⁷ incluem-se três na zona norte e dois na zona centro. Neste último grupo é possível, ainda, detectar um sub-grupo específico, uma vez que incluímos dois hospitais que tinham sido anteriormente sujeitos a alterações jurídico-legais no sentido da promoção da sua autonomização.

A selecção de hospitais sujeitos a reformas profundas, em simultâneo com outros em que as reformas foram mais parciais, é uma forma de procurar controlar as influências externas (Over & Watanabe, 2003). A selecção de dois grupos de hospitais com estatutos jurídicos diferentes evita que, eventualmente, as idiossincrasias de cada hospital individual dominem os resultados e que o verdadeiro impacto das reformas surja por inferência. No entanto, temos consciência de que algumas das diferenças encontradas poderiam existir antes das reformas terem sido implementadas, ou ser atribuídas a outros factores contextuais, que não as mudanças implementadas, pelo que procurámos estar o mais atentos possível a esta situação, tanto na recolha como na análise dos dados.

Como alguns estudos têm vindo a salientar, o acesso às organizações e às entrevistas a profissionais nem sempre é facilmente conseguido (Buchanan, Body & McCalman, 1988; Kvale, 1996; Puwar, 1997). Aos factores que tradicionalmente concorrem para esta dificuldade, acrescem, neste caso particular, o carácter recente das reformas e a forte discussão pública relativa à sua implementação, originando posições extremadas entre os que as apoiam e os que as repudiam.

⁴⁷ Relembramos que estes foram inicialmente transformados em Sociedades Anónimas e, mais tarde, em Empresas Públicas.

Conscientes deste facto, procurámos definir estratégias específicas de acesso às organizações escolhidas, que consistiram no estabelecimento de contactos directos com as direcções hospitalares e, de forma particular, com os enfermeiros directores, a quem delegámos a responsabilidade de eger, dentro do seu hospital, os enfermeiros que, correspondendo às características pretendidas, se mostrassem disponíveis para participar no estudo. Com esta estratégia corremos o risco, assumido, de poder obter uma amostra constituída apenas por enfermeiros que veiculassem as posições da administração, e cujo discurso se estruturasse primordialmente em torno de ideias e valores semelhantes às expressas pelo director de enfermagem. Na prática tal não se veio a verificar, e mesmo nos casos em que os enfermeiros desempenhavam funções em regime de nomeação, frequentemente, as posições manifestadas eram divergentes em relação aos seus superiores hierárquicos.

Com efeito, a definição desta estratégia demonstrou ser bastante positiva. A cada um dos enfermeiros directores contactados foram solicitadas, para além da sua própria entrevista, contactos com nove outros enfermeiros na sua instituição. A determinação deste elevado número de entrevistas deveu-se à eventualidade de surgirem outros obstáculos imprevistos na sua realização, tornando-se assim possível assegurar um número pertinente de casos.

Regra geral, os enfermeiros mostraram-se bastante receptivos e solícitos em relação à participação no nosso estudo. Julgamos que existem vários factores que justificam este empenho. Antes de mais, cabe referir as próprias características da profissão. Os enfermeiros, enquanto grupo profissional, possuem uma imagem social bem definida, baseada numa matriz de valores humanos e morais de ajuda ao outro, a que os enfermeiros contactados fizeram jus. Por outro lado, o facto do pedido de participação se ter iniciado a partir do superior hierárquico poderá também ter influenciado este empenhamento. No entanto, este facto não nos permite justificar todo o envolvimento verificado nestas entrevistas, até porque foi possível observar situações inversas. Na verdade, num dos hospitais do sector público tradicional, constatámos existir uma grande resistência por parte dos enfermeiros em participar nas entrevistas, o que, mais tarde, de forma informal, compreendemos que se ficou a dever ao facto da enfermeira directora, de nomeação recente, não exercer anteriormente a sua actividade naquela instituição hospitalar e, por isso, não ter ainda sido legitimada a sua autoridade perante os colegas. Por outro lado, é importante referir que, na fase em que estas entrevistas foram realizadas, surgiram, na comunicação social, algumas listas com a classificação do desempenho dos hospitais portugueses, nas quais este hospital surgia nos últimos lugares.

No entanto, julgamos que a adesão dos enfermeiros ao nosso estudo pode ser interpretada, sobretudo, pelas ansiedades e pressões inerentes ao processo de mudança. Este fenómeno talvez justifique que apesar de existir um empenhamento evidente dos actores entrevistados no

desenvolvimento da entrevista, ele tenha sido mais forte no caso dos hospitais empresarializados. Nestes, não só o acesso à instituição foi mais facilitado, como os próprios entrevistados colaboraram de forma mais espontânea na realização das entrevistas, o que, aliás, justifica as diferenças de efectivos nas amostras entre os dois grupos.

Ao longo das entrevistas pressentimos uma necessidade muito grande dos enfermeiros em verbalizarem alguns dos problemas que estavam a viver, particularmente nos profissionais vinculados a hospitais que estavam a iniciar um processo de empresarialização. Em alguns destes hospitais as situações vivenciadas pelos enfermeiros potenciavam quadros não só de ansiedade, mas, também, de stress e *burnout*, que se traduziram, por vezes, no descontrolo dos sentimentos, que levaram alguns dos enfermeiros a chorar na situação de entrevista. Neste contexto, o ambiente de algumas entrevistas tornou-se mesmo muito próximo de sessões de ‘confessionário’ ou de ‘catarse’. De alguma forma, este facto poderá indiciar algum enviesamento da informação recolhida, uma vez que levanta a possibilidade de serem os enfermeiros a experimentarem maiores dificuldades de adaptação aqueles que mais facilmente aderiram ao estudo. No entanto, há dois factos que contrariam esta hipótese. O primeiro, é que esta parece ser uma situação comum a outros estudos empíricos, no mesmo âmbito, embora em contextos distintos (Pollitt, Harrison, Hunter & Marnoch, 1991). O segundo decorre de se ter também pressentido este ambiente de descontentamento no contexto informal da organização, fora do ambiente da entrevista e com outros actores que não os entrevistados.

As situações que envolveram respostas com um carácter mais emocional colocaram-nos questões éticas e deontológicas importantes, para as quais procurámos respostas de acordo com o que é sugerido pela literatura. Nos momentos em que os entrevistados mostraram sintomas de descontrolo emocional foram questionados acerca da sua vontade em continuar a entrevista e convidados a proceder a uma pausa (Legard, Keegan & Ward, 2003). Em nenhum dos casos os entrevistados consideraram a hipótese de suspender a entrevista, mas, em alguns, foi expressa a vontade de desligar, momentaneamente, o gravador, pelo que estas informações não foram recolhidas e, de igual forma, também não foram incluídos na análise estes incidentes críticos.

Apesar do sucesso da estratégia assumida na recolha da informação, a sua escolha traduziu-se também em algumas desvantagens. Talvez a mais evidente seja o facto da participação no estudo ter sido obtida com base no voluntariado dos sujeitos, o que impediu uma planificação prévia em relação à segmentação da população que integra a amostra. Procuramos, então, apresentar, em seguida, as características da amostra que foi possível obter com base nesta estratégia.

2.1.2 As Características da Amostra

No período situado entre Agosto de 2004 e Janeiro de 2005⁴⁸ foram realizadas 83 entrevistas. Destas, 51 foram efectuadas em hospitais empresarializados e 32 em hospitais do sector público tradicional.

As características demográficas dos entrevistados não diferem muito nos dois tipos de hospitais. A média de idades dos entrevistados é, respectivamente, de 47 anos nos empresarializados e 46 anos nos públicos. Apesar do entrevistado mais jovem pertencer a um hospital empresarializado e o mais velho a um hospital público, o desvio padrão é semelhante nas duas amostras, com um valor relativamente elevado de 6, o que indica a existência de uma razoável variabilidade de idades em relação à média.

Tabela nº1
Distribuição dos entrevistados por idade segundo o tipo de hospital

<i>Idade</i>	<i>Nº</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Emp.	51	33	61	47	6
Pub.	32	36	67	46	6

Também se verificou uma distribuição semelhante nos dois segmentos da amostra em relação ao sexo, com a presença de uma maioria de mulheres nos dois casos (cerca de 79% nos empresarializados e 78% nos públicos). Embora a nossa pretensão não fosse constituir uma amostra estatisticamente representativa, mas, antes, adequá-la aos objectivos da investigação, estas características demográficas correspondem às que caracterizam a população em geral. Dos 43978 enfermeiros que, segundo a Ordem, existiam em Portugal no ano de 2003, 81% eram mulheres e apenas 19% homens.

Como sublinhámos anteriormente, as opções metodológicas efectuadas ao longo da pesquisa determinaram a restrição da amostra a enfermeiros com funções de gestão, opção que significa que nesta amostra se incluem enfermeiros cuja categoria na carreira, do ponto de vista dos seus conteúdos funcionais, pode não conter estes papéis como característicos do cargo. De acordo com a literatura (Exworthy & Halford, 1999), designamos os entrevistados que assumem funções enquadradas ao nível da carreira de enfermeiro-chefe como Gestores Profissionais Práticos (GPP), os que as assumem ao nível da supervisão, como Gestores Gerais com base Profissional (GGP) e, finalmente, os que exercem funções ao nível da direcção de enfermagem como Líderes

⁴⁸ Estas entrevistas realizaram-se numa fase em que havia muitos conflitos ao nível dos recursos humanos com várias situações de demissões e substituições nas administrações e notícias de favorecimento pessoal nas nomeações. De igual forma verificaram-se: a divulgação nos meios de comunicação social dos casos de sucesso dos hospitais SA, a discussão pública respeitante à veracidade dos dados apresentados e acusações da oposição de falta de honestidade do governo na sua divulgação.

Profissionais (LP). Nesta perspectiva, em relação ao tipo de funções que exercem, os entrevistados distribuem-se da seguinte forma:

Tabela n°2
Distribuição dos entrevistados por funções que exercem segundo o tipo de hospital

<i>Hospitais</i> <i>Funções</i>	<i>Nº</i>		<i>%</i>	
	Emp.	Púb.	Emp.	Púb.
LP	5	4	9,8	12,5
GGP	10	2	19,6	6,2
GPP	36	26	70,6	81,3
TOTAL	51	32	100	100

No que respeita às funções desempenhadas surge uma pequena diferença entre os dois sub-grupos da amostra. Nos dois a maior percentagem de entrevistadas são os Gestores Profissionais Práticos (GPP), o que corresponde, igualmente, a um maior peso desta categoria em relação às outras duas nas unidades hospitalares em análise. Existe, contudo, nos dois sub-grupos, uma diferença, relativamente às funções de Líder Profissional (LP) e Gestores Gerais com base Profissional (GGP). No caso dos hospitais empresarializados a percentagem de Gestores Gerais com base Profissional (GGP) entrevistados é claramente inferior, em comparação com a percentagem de Líderes Profissionais (LP), e com o total de entrevistados dos hospitais com estatuto público. A elevada percentagem de GGP nos hospitais empresarializados fica a dever-se ao facto destes terem sido nomeados temporariamente para esta posição, apesar de permanecerem na categoria inferior em termos dos patamares actualmente previstos na carreira de enfermagem.

Outra variável utilizada para caracterizar a amostra foi a senioridade de cada entrevistado em funções de gestão. A maior percentagem dos entrevistados, nos dois tipos de hospitais, tem permanecido em funções de gestão há pelo menos 10 anos (53% nos empresarializados e 63% nos públicos).

Também as qualificações constituem um dado importante na caracterização da amostra. Neste caso, foi possível encontrar uma grande diversidade de situações. Considerámos, para a nossa análise, a licenciatura, a especialidade, o curso de estudos superiores em enfermagem, a pós-graduação e o mestrado, sendo que, neste último, distinguimos a componente curricular da dissertação final, uma vez que alguns dos entrevistados nos referiram que, após finalizarem a componente curricular, não era sua intenção realizar ou terminar a dissertação. No caso dos dois grupos da amostra – hospitais empresarializados e hospitais autónomos – a maioria dos enfermeiros entrevistados obteve uma especialização para além da licenciatura, o que era expectável, uma vez que a legislação exige a obtenção da especialidade para ascender à categoria de enfermeiro-chefe (os casos que existem de entrevistados sem especialidade correspondem a casos de nomeação).

Observa-se ainda, uma percentagem considerável de profissionais com mestrado, aproximadamente 10% nos dois casos. Estes dados são melhor visualizados na tabela que se apresenta a seguir.

Tabela nº3
Distribuição dos entrevistados segundo as qualificações e por tipo de hospital

<i>Qualificações</i>	<i>Hospitais</i>		<i>%</i>	
	<i>Emp.</i>	<i>Pub.</i>	<i>Emp.</i>	<i>Pub.</i>
1. Lic.	3	1	5,9	3,1
2. Lic+ Espe.	29	15	56,8	46,9
3. Lic+Espe.+CESE	10	8	19,6	25
4. Lic+Espe.+ Curr. Mestrado	3	0	5,9	0
5. Lic+Espe.+Pós-graduação	1	5	2	15,6
6. Lic+Espe.+Mestrado	3	3	5,9	9,4
7. Lic+Espe.+CESE+Mestrado	2	0	3,9	0
TOTAL	51	32	100	100

Os dados demonstram que os entrevistados dos hospitais públicos possuem qualificações superiores aos dos hospitais empresarializados. Embora a literatura saliente que as medidas tomadas sob a égide da NGP têm resultado no incentivo aos profissionais para aumentar as suas qualificações, em particular na área da gestão, tal parece estar a verificar-se mais nos primeiros hospitais do que nos segundos. Julgamos que uma potencial explicação para este facto pode estar relacionada com a tentativa dos enfermeiros dos hospitais públicos em se envolverem em mais formação académica certificada necessária para a sua progressão na carreira de acordo com os critérios vigentes, enquanto os enfermeiros dos hospitais empresarializados, sendo nomeados, não concedem a mesma importância às credenciais académicas para a sua ascensão.

A grande diversidade de situações ao nível da formação, que o quadro anterior mostra, tal como a inclusão de conteúdos de gestão nos vários programas de formação, impediu uma análise dos resultados em função da formação académica e/ou profissional dos entrevistados, em particular no que se refere à formação na área da gestão.

Embora os nossos dados não nos permitam concluir sobre a projecção da nossa amostra para a população em geral, detectamos, neste caso, indícios de alguma segregação das mulheres na profissão. Este fenómeno é também identificado noutros estudos empíricos, quer no contexto nacional (Simões & Amâncio, 2004), quer internacional (Evans, 1997), e confirma uma tendência comum a outras ocupações maioritariamente femininas, como é o caso da GRH (Carvalho, 2001).

Da análise do quadro apresentado a seguir, é possível constatar que apesar das mulheres serem maioritárias em todas as categorias, essa diferença é menor à medida que vamos subindo na hierarquia, o que significa que, a comprovarem-se estes resultados na população em geral, os homens, apesar de minoritários na profissão, estão sobrerrepresentados em cargos de gestão.

Tabela nº4
Distribuição dos entrevistados segundo o sexo e funções e por tipo de hospital

<i>Funções</i>	<i>Sexo</i>	Tipo de Hospital							
		Emp.				Pub.			
		N.º		%		N.º		%	
		M	F	M	F	M	F	M	F
LP		2	3	3,9	5,8	2	2	6,3	6,3
GGP		1	9	2	17,7	0	2	0	6,3
GPP		8	28	15,7	54,9	5	21	15,6	65,5
TOTAL		11	40	21,6	78,4	7	21,9	21,9	78,1

Estas constituem, então, as principais características sócio-demográficas da nossa amostra, a qual resultou, recorde-se, da participação voluntária dos enfermeiros contactados nos hospitais na realização das entrevistas cuja análise constitui a componente empírica deste estudo.

As entrevistas realizadas com estes 83 profissionais (as características individuais de cada entrevistado podem ser consultadas no anexo III) foram todas gravadas e depois transcritas para se proceder à posterior codificação e interpretação da informação obtida. Porém, esta interpretação tem presente o momento em que as entrevistas foram realizadas, uma vez que os dados foram obtidos na altura em que se implementaram as reformas nas instituições hospitalares.

As entrevistas duraram, em média, uma hora (no anexo IV encontram-se exemplos de algumas destas entrevistas), tendo-se procedido à sua transcrição completa, o que envolveu um trabalho de cerca de oito horas⁴⁹ para cada entrevista e deu origem a 413 764 unidades de texto transcritas, das quais 5030 foram codificadas.

Apesar de ser possível apresentar generalizações com base na análise deste conjunto de informações, estas representam quase a impressão numa película fotográfica de um dado momento na experiência organizacional dos actores. É como se congelássemos um momento organizacional e procurássemos dissecá-lo, tendo por referência um tempo e um espaço bem circunscritos. Mas, se voltarmos a olhar para a realidade organizacional, observamos que os actores continuam envolvidos em diversas dinâmicas, estimuladas por novas situações, quer originadas externamente (as alterações ao nível político são disso exemplo) quer internamente, que podem ter alterado os tons e as dimensões da nossa fotografia. É possível, desta forma, que alguns dos efeitos identificados tenham sido potenciados, tal como é possível que outros tenham deixado de se fazer sentir. No entanto, o objectivo que nos propomos não é apenas o de descrever o momento presente, mas, tendo por referência a instabilidade e fluidez do microcosmos organizacional, contribuir, através desta análise, para a compreensão de fenómenos mais vastos relacionados com o papel do Estado e das micro-políticas organizacionais na dinâmica dos processos de profissionalização e das práticas profissionais de grupos ocupacionais em processo de afirmação.

⁴⁹ As entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas sempre pela mesma investigadora.

2.2 *As Categorias de Análise de Conteúdo*

Após a recolha dos dados, procurámos, então, proceder ao seu tratamento, tendo sido eleita a análise de conteúdo como técnica de análise da informação obtida. Utilizámos, como suporte deste processo, o programa informático NUD.Ist que permitiu um manuseamento mais fácil do conjunto do material discursivo contido nas entrevistas.

Em termos de reflexão metodológica, assumimos uma interpretação da análise de conteúdo assente nas concepções apresentadas nas obras de Bardin (1995), Giglione e Matalon (1992), Vala (1986) e Miles e Huberman (1994). Estas concepções possibilitaram, por um lado, afirmar um campo de validação das ciências sociais como hermenêuticas e, por outro, sustentar o recurso a um conjunto de técnicas que permitiram inferir as condições de produção da mensagem, relacionando estruturas semânticas com estruturas sociológicas ou psicossociológicas.

O conceito de análise de conteúdo não é fácil de definir. A sua evolução no contexto das ciências sociais transformou-o numa ferramenta flexível e suficientemente fluida para permitir aos investigadores encontrar as componentes que melhor servem a sua análise (Marshall & Rossman, 1989). A análise de conteúdo pode, contudo, ser definida como uma “técnica que nos permite fazer inferências através da identificação sistemática e objectiva de características específicas na mensagem” (Marshall & Rossman, 1989, p. 98).

A intenção que subjaz ao tipo de análise de conteúdo que utilizamos é, precisamente, a de atingir uma interpretação cuja fiabilidade e acuidade permitam o seu enquadramento nos desenvolvimentos teóricos e no objecto e objectivos assumidos neste estudo.

Desta forma, procuramos edificar uma análise de conteúdo de tipo temático/categorial (Bardin, 1995), baseada na organização de uma grelha de análise estruturada com temas, reunidos depois em categorias mais abrangentes que se integram em diferentes dimensões de análise. Nesta perspectiva, as categorias foram construídas por forma a assumirem um determinado ‘campo’ conceptual susceptível de conter e interpretar os diferentes temas que nelas pudessem ser classificados. O processo de construção da grelha temática/categorial socorreu-se de um método misto – fechado e aberto – de tipo dialéctico, a partir de um constante vaivém entre o quadro conceptual do estudo e o material empírico constituído pelo discurso dos actores obtido através das entrevistas.

Uma das tarefas mais difíceis nas ciências sociais é, precisamente, decidir qual o tipo e o nível de tipificação mais útil para permitir ao material revelar a sua mensagem sociológica (Gherardi & Turner, 1999). Esta lógica indutiva, ligada a uma exploração mais aberta dos dados, surgiu-nos, também, como pertinente (conjugada com a lógica dedutiva, mais ligada à exploração fechada dos dados) na medida em que se apresenta como um meio de descoberta e de construção

de um esquema teórico de inteligibilidade, e não agora tanto enquanto forma de obter a constatação ou verificação de testes ou teorias previamente estruturadas e definidas (Maroy, 1997).

O parágrafo foi eleito como o segmento de discurso mais pequeno a ser codificado, constituindo-se como a nossa unidade de sentido. Procurou-se, então, extrair das entrevistas as unidades de sentido com maior significado para o nosso estudo, tendo em atenção as questões e os objectivos de investigação que formulámos.

As unidades de sentido são o resultado do fraccionamento do discurso, correspondendo a um tema particular que, por sua vez, pode ser objecto de uma classificação em categorias com um valor conceptual mais elevado. Traduzem as posições assumidas pelos actores sobre uma acção, um estado e uma relação conectadas com o objecto de estudo, dando, assim, origem a um tema que é o resumo dessa mesma acção, estado ou relação. As unidades de sentido seleccionadas durante o processo de análise de conteúdo das entrevistas contém elementos do discurso que veiculam significados ligados à valorização e/ou desvalorização da situação, acontecimentos, personagens ou acções, quando os actores descrevem uma determinada realidade ou eventualidade.

No processo de codificação das unidades de sentido (segmentos de discurso) que desenvolvemos no nosso estudo foram constantemente necessárias leituras verticais – de cada entrevista – e leituras horizontais – de várias entrevistas – de modo a estabelecer uma relação entre todas as entrevistas à medida que iam sendo analisadas. Elaboraram-se, assim, várias grelhas provisórias, que pouco a pouco, se iam transformando, adquirindo um determinado significado e clarificando através da resolução das incoerências e dúvidas suscitadas pela mistura de vários níveis de análise.

A classificação destas unidades de sentido nas diversas categorias resultou da identificação de um conjunto de elementos comuns entre elas. Tal como sugere Laurence Bardin (1995) procedemos a uma categorização de tipo estruturalista, que é o mesmo que dizer que procurámos obter uma simplificação dos dados brutos através de dois momentos distintos: o inventário, que nos permitiu isolar as unidades a classificar, decorrente das leituras verticais e horizontais efectuadas, e a classificação propriamente dita, traduzida na tentativa de conferir uma certa organização às mensagens seleccionadas e que culminou na atribuição de um título conceptual a cada categoria (alguns destes títulos são definidos por referência ao enquadramento teórico, outros foram estipulados ‘livremente’ pela investigadora em função do conteúdo das unidades de sentido reunidas na categoria).

Nesta fase da nossa exposição, importa clarificar, em termos mais específicos, o que entendemos por categoria. Definimos, então, uma categoria como um conceito que nos permite nomear a realidade presente no material recolhido (Maroy, 1997, p. 131) ou, de forma mais específica, como:

(...) rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 1995, p. 117).

Ainda de acordo com as sugestões de Bardin (1995) procurámos que as categorias construídas respeitassem um conjunto de características particulares, nomeadamente obedecendo aos seguintes princípios:

- Exclusão mútua – cada unidade de sentido foi apenas classificada numa única categoria.
- Homogeneidade – para cumprir o requisito anterior estabelecemos um único princípio de classificação.
- Pertinência – preocupámo-nos em adaptar o material de análise aos objectivos da investigação e às questões de partida previamente definidas.
- Objectividade e fidelidade – procedemos à repetição de algumas classificações, por forma a garantir que o material era classificado da mesma forma.

Em suma, durante o processo de análise de conteúdo, classificámos o material das entrevistas em temas e categorias estruturando-as, em seguida, em redor de três dimensões de análise. Cada nível codificado – unidades de sentido – recebe uma significação suplementar do nível que lhe é superior. Importa, ainda realçar que o carácter específico do tratamento dos dados que procurámos empreender resultou, apenas, numa análise qualitativa, não se tendo, por isso, submetido a análise de conteúdo a processos quantitativos, como, por exemplo, a enumeração ou a contagem da frequência das palavras dos temas ou das categorias. Mais uma vez esta opção decorre do facto desta investigação procurar, mais do que regularidades numéricas, captar o significado que os actores atribuem às suas acções no contexto organizacional.

De acordo com este processo, a análise empírica empreendida assume-se como uma ‘descrição analítica’, uma vez que não se partiu de uma grelha preexistente, mas de uma grelha construída, edificada e derivada a partir do material obtido, tendo as categorias, tal como as suas relações, surgido a partir dos segmentos de texto (unidades de sentido) codificadas. Neste sentido, buscámos “reconstruir, pela interpretação, o significado visado pelos actores em situação, (procurando-se) (...) desvendar os sentidos de uma situação ou de uma acção, a fim de explicar posteriormente as suas causas ou efeitos” (Maroy, 1997, p. 121).

Especificamos o conteúdo de cada uma das categorias e de cada um dos temas nela classificados, apresentando uma definição conceptual que procura cobrir o seu significado (Ver quadro nº6).

Quadro nº6

Definição do significado atribuído às dimensões, categorias e temas

PRIMEIRA DIMENSÃO: REFORMAS ORGANIZACIONAIS	
Mudanças profundas no sistema organizacional impulsionadas por medidas legislativas impostas no âmbito da NGP.	
CATEGORIA: Estruturas e Processos	
Alterações nos níveis, disposições, formas, relações e nos procedimentos, normas e métodos organizacionais.	
TEMAS	
Gestão de topo e participação dos profissionais	Alterações no carácter das actividades desenvolvidas no nível superior da organização e nos papéis dos profissionais que aí desempenham a sua actividade.
Descentralização e autonomia das unidades	Ênfase dos discursos nas mudanças das organizações burocráticas no sentido de uma maior liberdade de actuação.
Procedimentos burocráticos e funcionais	Agilização dos processos organizacionais e das formas de funcionamento das unidades.
Departmentalização dos serviços	Alterações nas configurações estruturais das unidades intermédias da organização.
CATEGORIA: Retórica	
Linguagem através da qual se legitimam as mudanças propostas no âmbito da NGP.	
TEMAS	
<i>Ethos</i> empresarial	Ênfase dos discursos nos valores e comportamentos característicos da gestão privada.
Paciente legitimador de mudanças	Argumentação que sustenta o princípio de ‘melhor servir o utente’ como o objectivo final das reformas.
Prestação de contas	Ênfase na necessidade de melhorar os mecanismos de responsabilização dos profissionais.
Necessidade de mudança	Discursos argumentativos que sustentam a inevitabilidade das mudanças.
Eficiência e Qualidade	Valorização da relação entre meios e resultados e utilização da metáfora da qualidade.
CATEGORIA: Organização do trabalho	
Coordenação das estruturas e processos relacionados com a prestação de cuidados.	
TEMAS	
Flexibilidade funcional	Valorização da possibilidade de realizar qualquer tipo de tarefa no âmbito das qualificações possuídas.
Sobrecarga de trabalho	Traduz o número e diversidade elevadas de tarefas a executar para o tempo determinado.
Padronização de processos e práticas	Mudanças no sentido de uma maior standardização dos métodos de trabalho.
Métodos de prestação de cuidados	Formas de estruturar a relação profissional com o paciente.
CATEGORIA: Políticas de Recursos Humanos	
Definição estratégica da relação entre os profissionais e as instituições hospitalares.	
TEMAS	
Políticas salariais	Alterações nas regras que definem os critérios e as condições de remuneração.
Vínculo contratual	Tipo de relação estabelecida entre os profissionais e a instituição hospitalar.
Racionalização de efectivos	Redução e/ou manutenção dos efectivos associado ao volume de trabalho.

SEGUNDA DIMENSÃO: VALORES E IDEOLOGIAS PROFISSIONAIS

Procuram traduzir um conjunto de ideias e crenças, histórica e socialmente situadas, relativas à profissão, e que sendo partilhadas pelos profissionais conferem um sentido comum às suas práticas.

CATEGORIA: Ideologia da vocação

Conjunto de ideias e valores acerca da profissão que a identificam com o domínio tradicional e com a primeira fase da profissionalização.

TEMAS

Ênfase nos traços pessoais	Valorização das características da personalidade e do carácter no desempenho da função.
Estereótipos de género	Associação directa ou indirecta entre o desempenho da profissão e as características socialmente associadas à feminilidade.
Construção da vocação	Carácter predeterminado da escolha da profissão como factor de motivação para o desempenho.

CATEGORIA: Ideologia profissional

Conjunto de ideias e valores que legitimam a profissão com base no conhecimento e que valorizam a componente técnica e cognitiva das práticas.

TEMAS

Competências sócio-relacionais	Capacidades de relacionamento interpessoal como centrais no exercício da profissão.
Conhecimento científico	Estabelecimento de uma relação directa entre o exercício da profissão e a formação académica.
Códigos comuns na profissão	Identificação de um conjunto de disposições, normas e preceitos, partilhados por todos, que regulam a profissão.
Reflexão sobre a prática	Sustentação do desenvolvimento da profissão com base nos conhecimentos adquiridos a partir do seu exercício prático.

CATEGORIA: Ideologia *managerialista* ou de gestão

Conjunto de ideias e valores acerca da profissão que incorporam uma forte componente de actividades, papéis e funções relacionadas com a gestão.

TEMAS

Legitimidade científica das funções de gestão	Justificação da orientação das actividades e comportamentos dos profissionais para actividades ligadas à organização da instituição.
Eficiência nas práticas profissionais	Sustenta-se a preocupação com a relação entre meios e fins em todos os níveis da estrutura profissional.
Gestão e estereótipos de género	Implicações das características associadas à feminilidade e masculinidade com o exercício de actividades relacionadas com a administração.

CATEGORIA: Redefinição do campo profissional

Estratégias e movimentos, implícitos ou explícitos, no sentido de atribuir um novo significado ao domínio da profissão no contexto organizacional.

TEMAS

Hierarquia profissional e gestão	Associação da distribuição e classificação dos profissionais na carreira de acordo com competências distintas.
Relações com os directores de serviço	Refere-se à possibilidade das interações com o grupo dos directores de serviço contribuírem para uma redefinição das fronteiras jurisdicionais da profissão.
Relações com os gestores	Refere-se à possibilidade das interações com o grupo dos gestores contribuírem para uma redefinição das fronteiras jurisdicionais da profissão.
Relações com os auxiliares	Refere-se à possibilidade das interações com o grupo dos auxiliares contribuírem para uma redefinição das fronteiras jurisdicionais da profissão.

CATEGORIA: Legitimação externa (social) da profissão	
Possibilidade dos factores externos contribuírem para o reconhecimento do grupo enquanto profissão.	
TEMAS	
Autonomia	Capacidade dos profissionais estabelecerem as suas próprias normas e regras de actuação no interior da organização.
Reconhecimento social	Identificação do grupo ocupacional como profissão por parte da sociedade.
Legitimação pela Ordem	Importância da constituição da associação profissional como meio de potenciar o reconhecimento do grupo profissional.

TERCEIRA DIMENSÃO: PAPEIS PROFISSIONAIS E DE GESTÃO

Significado que os enfermeiros conferem à divisão do trabalho do ponto de vista do seu discurso sobre os diferentes tipos de papéis que assumem e da sua relação.

CATEGORIA: Papéis de organização dos serviços	
Asseguram a mediação entre as várias componentes que mantêm o sistema, garantindo a ligação entre as exigências da produção e as necessidades humanas, por forma a garantir, também, a sua estabilidade organizacional.	
TEMAS	
Organizador de rotinas administrativas	Asseguram a manutenção de um conjunto de práticas constantes relativas ao funcionamento quotidiano da organização.
Organizador de projectos	Coordenador e impulsor de planos definidos tendo por base o desenvolvimento organizacional.
Manutenção das infra-estruturas	Actos desenvolvidos no sentido de manter e conservar as instalações e equipamentos necessários às actividades profissionais.

CATEGORIA: Papéis de organização e coordenação do trabalho profissional	
Conjunto de actividades desenvolvidas com vista à definição das normas, valores e regras que estipulam a manutenção e desenvolvimento do campo profissional.	

TEMAS	
Formação	Determinação e selecção da aquisição de conhecimentos relativos à área científica da profissão.
Avaliação de desempenho	Processo de determinação da adequabilidade do comportamento na execução das tarefas profissionais.
Socialização profissional	Impulsor de actos de aprendizagem e de transmissão de regras profissionais.
Gestão e mediação de conflitos	Avaliador e catalisador de questões e momentos críticos nas relações profissionais.
Líder Profissional	Representante do grupo e das suas opiniões num contexto que lhe é interno ou externo.
Trabalho em equipa	Coordenação das actividades e funções de um conjunto de pessoas que trabalham em conjunto.
Supervisão de cuidados	Orientar e dirigir o grupo de trabalho na execução de tarefas relacionadas com actividades específicas da profissão.

CATEGORIA: Papéis de coordenação e mediação	
Conjunto de actividades desenvolvidas no sentido de estabelecer ligações entre os diferentes elementos com intervenção directa ou indirecta no contexto organizacional.	

TEMAS	
Interacção com as famílias	Relacionamento, baseado num processo de comunicação, que estabelece a ligação entre a organização e o núcleo de pertença familiar do paciente.

Interacção com outros profissionais	Desenvolvimento de relações com elementos de outros grupos profissionais como condição necessária para o funcionamento da organização.
CATEGORIA: Relação entre papéis de gestão e de enfermagem	
Forma como os profissionais coordenam e assumem, em termos pessoais, a relação entre as diferentes funções que são chamados a desempenhar em simultâneo.	
TEMAS	
Integração de papéis	Empenho na reconciliação e convergência entre as diferentes actividades que desenvolvem.
Domínio dos papéis de gestão	Valorização das actividades e responsabilidades ligadas ao domínio da organização.
Domínio dos papéis profissionais	Valorização das actividades e responsabilidades ligadas ao domínio da profissão.
Conflito de papéis	Choque, oposição e contradição entre o desempenho das diferentes actividades.

A grelha temática/categorial que apresentámos no quadro anterior, resulta, então, do esforço analítico da investigadora e da sua avaliação por um investigador externo,⁵⁰ que representou o papel de júri na apreciação da relação entre as categorias e os temas que as integram. No anexo V podem ser analisados exemplos da codificação aplicada a duas das entrevistas realizadas.

Da interacção entre o quadro teórico-conceptual do estudo, a discussão teórica deste quadro e os dados obtidos no terreno, resultou, então, a construção da nossa grelha de análise que estruturámos em torno de três grandes dimensões: reformas organizacionais, valores e ideologia profissional e papéis profissionais e de gestão. Cada uma destas dimensões pretende abarcar um conjunto de categorias. A primeira dimensão é constituída por quatro categorias: estruturas e processos, retórica, organização do trabalho e políticas de recursos humanos. Da segunda dimensão fazem parte as categorias: ideologia da vocação, ideologia profissional, ideologia *managerialista* ou de gestão, redefinição do campo profissional e legitimação externa da profissão. Finalmente, a última dimensão integra também quatro categorias: papéis de organização dos serviços, papéis de organização e regulação do trabalho profissional, papéis de coordenação e mediação e, finalmente, a relação entre papéis de gestão e de enfermagem. A designação concedida a estas categorias tem, então, o claro propósito de ir de encontro a um significado comum aos temas que as integram.

⁵⁰ Este papel foi desempenhado pelo orientador principal da tese, dado tratar-se do investigador que estava mais familiarizado com o seu conteúdo.

SEGUNDA PARTE

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:
AMBIGUIDADES E INCERTEZAS NO
DISCURSO DOS ACTORES SOBRE AS
REFORMAS



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: AMBIGUIDADES E INCERTEZAS NO DISCURSO DOS ACTORES SOBRE AS REFORMAS

Na primeira parte deste estudo, as nossas preocupações centraram-se, fundamentalmente, na problematização teórica do tema e na definição das estratégias, dos processos e dos meios a que recorreremos para construir as respostas aos problemas enunciados na nossa investigação. No que respeita a este último passo do nosso percurso, delimitámos, ainda, o objecto e o objectivo de estudo e explicitámos as opções metodológicas tomadas na recolha e tratamento da informação, com base, respectivamente, na entrevista e nos procedimentos de análise de conteúdo. Propomo-nos, agora, nesta segunda parte, proceder à análise e discussão da informação recolhida, com o objectivo de encontrar elementos de resposta para as questões de investigação anteriormente formuladas.

Importa recordar que assumimos a NGP como principal ponto de partida para analisar as mudanças nos sistemas e instituições de saúde em Portugal e, em particular, o seu impacto nos profissionais de enfermagem com funções de gestão. Nesta perspectiva, situámos a reforma da saúde, iniciada em 2003, como um importante marco no processo de intromissão da NGP no sector da saúde, fenómeno que já tinha vindo a tomar corpo desde o final do século passado. A cruzada *managerialista*, como lhe chamariam Pollitt et al. (1991), teve o seu ponto alto com a empresarialização de 31 hospitais públicos, que representa, pelo menos em teoria, a tentativa mais radical para reestruturar a gestão hospitalar.

Retomando as questões que formulámos para orientar o percurso da investigação pretendemos, inicialmente, procurar compreender de que forma estão as instituições hospitalares a adoptar e a internalizar as medidas de NGP veiculadas pelos discursos e pelas políticas governamentais para, então, nos debruçarmos sobre os potenciais efeitos das mudanças promovidas neste âmbito no grupo dos enfermeiros com funções de gestão.

A análise e a discussão dos dados que recolhemos através das entrevistas são aqui apresentadas como um processo de mapeamento que nos fornece pontos essenciais de orientação na busca de respostas para as questões atrás enunciadas. Esta busca estrutura-se em torno do que podemos considerar como as três grandes dimensões de ancoragem deste processo: as reformas organizacionais, os valores e ideologias e as práticas profissionais.

Procuramos nos três capítulos que apresentamos em seguida analisar e discutir os dados incluídos nestas dimensões, inserindo, em cada uma, de forma mais específica, as análises particulares ao nível das categorias e dos temas que estruturam a nossa grelha de análise de conteúdo.

CAPÍTULO 5

REFORMAS ORGANIZACIONAIS



REFORMAS ORGANIZACIONAIS

A dimensão das reformas organizacionais surge na congregação de um conjunto de categorias e temas, originado a partir da articulação entre a informação captada nas entrevistas e o quadro teórico-conceitual do estudo, e procura dar conta das mudanças profundas ocorridas no contexto organizacional dos hospitais impulsionadas a partir do exterior pelas iniciativas políticas e legislativas do Estado.

Contudo, como temos vindo a sustentar, e como é amplamente salientado na literatura, a simples alteração da legislação não traduz necessariamente mudança, nem garante que esta, a concretizar-se, se oriente no sentido desejado. A forma como as imposições legais são apropriadas pelos actores difere em função da diversidade dos contextos organizacionais. Ou seja, apesar das propostas de reforma partirem de um conjunto de iniciativas políticas definidas centralmente pelo Estado, estas são depois singularmente apropriadas e redefinidas ao nível local e institucional.

O nosso propósito, com a inclusão desta dimensão no dispositivo de análise de dados, é, precisamente, apreender, através do discurso dos actores, a forma como as organizações reinterpretam e readaptam estas medidas em função dos seus contextos específicos. Assim, procuramos identificar padrões de recepção e de resposta das instituições às reformas propostas, elegendo alguns indicadores específicos que resultam da proximidade destes padrões em relação à ideologia *managerialista*. Nesta perspectiva, assumimos que se torna possível, de acordo com o quadro teórico-conceitual definido, identificar um conjunto de campos ou áreas específicas com base nos quais tentamos aferir a maior ou menor presença desta ideologia nas instituições e nos próprios actores.

Apesar de conscientes da dificuldade em captar empiricamente a possibilidade efectiva de mudança, dado o carácter recente da sua implementação, almejamos, no essencial, perceber as tendências que se apresentam no desenvolvimento das dinâmicas organizacionais com base em quatro categorias de análise interligadas – estruturas e processos, retórica, organização do trabalho e políticas de recursos humanos – que, em seguida, passamos a descrever com maior pormenor.

1. Estruturas e Processos

As reformas iniciadas no âmbito da NGP, tanto ao nível da administração pública em geral, como no contexto particular da saúde, assumiram como um dos seus principais objectivos promover a descentralização. No contexto organizacional, este objectivo consubstancia-se nas tentativas de reconfiguração das estruturas organizacionais e das relações de poder, em particular através das propostas de aumentar o peso e a importância dos sistemas de gestão e dos profissionais gestores no processo de tomada de decisão. Estas tentativas estão claramente enunciadas nas

alterações legislativas propostas para o caso concreto dos hospitais portugueses, nas quais é enfatizada, de uma forma bastante explícita, a necessidade de:

introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional e uma maior capacidade directiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar, nomeadamente dos conselhos de administração e dos directores de departamento ou de serviço, bem como uma identificação clara das suas responsabilidades na cadeia hierárquica (Decreto Lei 188/2003).

Com vista a captar a forma como estas propostas legislativas estão a ser aplicadas no contexto das organizações que seleccionámos para o nosso estudo, definimos, com base na articulação entre a revisão da literatura e as unidades de sentido extraídas das entrevistas, quatro temas interligados que parecem cobrir as principais questões colocadas pelas tentativas de implementação dessas propostas nos hospitais: gestão de topo e participação dos profissionais, descentralização e autonomia das unidades, procedimentos burocráticos e funcionais e, por fim, departamentalização dos serviços.

1.1 Gestão de Topo e Participação dos Profissionais

Tendo em atenção a centralidade que a acção da gestão de topo assume para a NGP e, particularmente, para as reformas levadas a cabo no campo hospitalar em Portugal, visamos analisar, com este tema, as alterações que, na perspectiva dos actores entrevistados, é possível detectar nas funções/actividades nesse nível de gestão e nas posições dos profissionais de enfermagem que nela estão representados.

Embora as alterações propostas na legislação não corporizem, em nosso entender, uma verdadeira ‘revolução de gestão’, na realidade parecem ter produzido alguns efeitos relevantes no que respeita à participação dos profissionais⁵¹ nos processos em torno da tomada de decisão estratégica e política no topo.

Desenvolvemos a discussão dos dados interpretados por este tema em torno de dois factores que consideramos essenciais:

1. A forma de funcionamento dos órgãos de gestão no topo das organizações hospitalares;
2. O papel dos profissionais de enfermagem que neles desempenham funções de gestão.

À partida, emerge da análise do discurso dos actores sobre o funcionamento dos órgãos de gestão de topo um aspecto surpreendente. Ao longo das entrevistas realizadas, diversos actores, em distintos contextos hospitalares, expressam um forte sentimento sobre a ausência notória de comunicação relevante entre os Conselhos de Administração (CA) e os restantes níveis da

⁵¹ Embora aqui nos concentremos apenas nos enfermeiros com funções de gestão, existem algumas referências aos médicos que parecem indiciar a possibilidade de existir um processo de alguma forma semelhante neste grupo profissional.

organização, em particular no que respeita aos objectivos da gestão. Esta ausência é posta em evidência nas percepções que os entrevistados manifestam sobre a incapacidade dos CA em objectivar os seus propósitos:

“Eles já tomaram posse no início do ano e até agora, há algum descontentamento porque a gente não consegue concretizar o que é que se espera, o que é que se pretende, estamos um bocadinho nesse sentido”. (Ent. 58G)

“Eu não posso dizer que este conselho de administração não tem objectivos, agora é assim que às vezes sentimos que a comunicação não é tão efectiva, se calhar sentimos. Agora o conhecimento, a clarificação, a comunicação, os objectivos da instituição, o que é que se quer, o que é que se pretende, até porque as folhas serem soltas, sem saber a fonte trás instabilidade, e às vezes o conhecimento dos objectivos institucionais não é claro e se calhar isso tem explicações”. (Ent. 80J)

A falta, ou falha, na comunicação dos objectivos de gestão é detectada pelos entrevistados, não só ao nível da divulgação dos objectivos dos CA (o que pode aliás constituir uma estratégia consciente por parte dos CA para não terem de se expor face ao receio das reacções dos profissionais a propósito das medidas de racionalização financeira), mas, também, ao nível da interligação entre os profissionais de enfermagem e o seu representante no CA:

“(...) devia haver uma reunião mensal de enfermagem, para nós podermos comunicar (...), faz falta, porque nessa reunião estas coisas novas que iam saindo eram-nos divulgadas e depois também devíamos falar das dificuldades que estamos a sentir para o director saber e nos ajudar”. (Ent. 10A)

“(...) eu quero pôr um problema e despacham-me, (...) eu não gosto. Sinto-me melindrada quando me fazem isso ou então quando eu vou para pôr um problema de serviço, pessoal, sei lá, eu precisar de uma hora, qualquer problema e gosto que me oiçam, “agora não há possibilidade” mas ouviram-me”. (Ent. 20 B)

Este conjunto de percepções é relativamente inesperado. E isso, tanto mais, porque, por um lado, se alguns cânones tradicionais da gestão da mudança, abundantemente descritos na literatura científica e de divulgação, defendem a imprescindibilidade da melhoria das formas de comunicação como um factor importante dos processos de mudança (Harvey & Brown, 1992; Kanter, Stein & Jick, 1992; Lawler, 1986), por outro, a própria versão *hard* da gestão que se quer implementar, tal como é descrita, por exemplo, no modelo 3 de Ferlie et al. (1996) (ver capítulo I) – a versão *top-down* da mudança – desvaloriza-se ela própria pela aplicação ‘cega’ dos princípios de racionalidade económica e da eficiência. De alguma forma, este fenómeno é corroborado pelo testemunho de outros entrevistados que se referem a experiências anteriores positivas em relação à circulação da informação e ao esbatimento das barreiras entre os diferentes níveis organizacionais, contrapondo-as às experiências actuais. Eis um exemplo desses testemunhos:

“Foi uma coisa muito boa que tivemos que talvez se esteja a perder um bocadinho mas que realmente fez deste hospital um hospital diferente”. (Ent.34D)

Estes resultados parecem indiciar uma grande ausência de participação dos enfermeiros no processo de mudança, ausência a qual poderá significar, ao contrário do que defendem as abordagens que centram a mudança na teoria do arquétipo, que esta nem sempre emerge a partir dos profissionais (Greenwood & Hinings, 1993). Antes, os profissionais seriam afastados das decisões estratégicas sobre a implementação de processos de gestão, que surgiriam, desta forma, mais como uma imposição do topo, como aliás defendem os estudos desenvolvidos por Kirkpatrick & Ackroyd (2003), do que como uma dinâmica *bottom-up*. Este afastamento poderá traduzir-se em uma diminuição dos índices de satisfação e motivação destes profissionais, uma vez que estudos anteriores têm demonstrado alguma relação entre as duas variáveis. A este propósito, Carlos Silva afirma:

“(…) a participação directa nas decisões sobre as grandes questões da mudança na organização do trabalho e na melhoria da qualidade na produção de cuidados, permite aos profissionais não só assumir maiores responsabilidades sobre o seu próprio trabalho, mas também lhes oferecem oportunidades para incrementar a motivação e a satisfação profissional” (Silva, 2004, p. 158).

A análise de conteúdo das entrevistas permite-nos posicionar os hospitais numa matriz que resulta da intersecção entre o tipo de hospital e a percepção dominante dos actores entrevistados relativamente à identificação dos objectivos dos CA com critérios económicos, como pode ser observado no quadro seguinte⁵².

Quadro nº 7

Grau de identificação dos objectivos dos CA com critérios económicos

Identificação dos objectivos dos CA com critérios económicos	HOSPITAIS			
	Empresarializados		Autónomos	
Elevada	A C	D		
Moderada	B	E	I	J
Reduzida			F	G

⁵² O hospital H não foi incluído, dado que nesta organização foi apenas realizada uma entrevista.

Apesar de, como sublinhámos anteriormente, a maioria dos actores referir desconhecer os objectivos definidos pelo CA, esta questão não é silenciada por parte de outros actores que tentam “descodificar” o que consideram ser os princípios orientadores da gestão de topo dos hospitais onde exercem a sua actividade, sem que, no entanto, a chave dessa descodificação lhes tenha sido formal e explicitamente comunicada.

A partir do discurso dos actores, em torno do que supostamente seriam, na sua perspectiva, os novos objectivos de gestão dos CA, é possível identificar a existência de três posições que cobrem as suas percepções quanto à maior ou menor identificação destes objectivos com critérios económicos. A posição mais extremada refere-se ao discurso de uma grande parte, ou mesmo da maioria (no caso do hospital A), dos actores entrevistados nos hospitais A, D e C que percebem os objectivos dos respectivos CA como restringindo-se, quase exclusivamente, às questões ligadas à racionalização de custos, à eficiência e à imagem externa dos hospitais.

Todos estes hospitais a que se referem os actores são empresarializados, surgindo o discurso mais extremado no contexto de um hospital que estava, precisamente, a iniciar o processo de empresariação (hospital A). Apresentam-se, a seguir, alguns exemplos ilustrativos desta identificação pelos actores dos objectivos de gestão dos CA com critérios meramente económicos:

“É que nas circulares que têm saído o que o CA quer é essencialmente apresentar resultados. Embora não seja só esse. Um dos objectivos é melhorar a imagem do hospital perante as populações, mas aquilo que os profissionais de saúde internamente percebem é que aquilo que se está a trabalhar é para apresentar melhores resultados, mais números, mais números e mais números”. (Ent. 7A).

“A mim dá-me a ideia de que esta administração quer ter louros, quer mostrar resultados e o mais brevemente possível e quer mostrar resultados ao menor custo e isso nem sempre é possível. Eu disse ao CA com os enfermeiros que saíram e com os que tivemos de integrar nós gastamos cerca de 100 mil euros, porque isto é a única linguagem que eles entendem. (...) mas aqui estão demasiado direccionados para o imediato, para o virtual, para o público, para mostrar que..., estão a trabalhar para a imagem e acho que há alguma falta de transparência para as pessoas que estão nos departamentos”. (Ent. 11 A)

Estes discursos apresentam uma tonalidade bastante crítica que parece mostrar algum distanciamento dos profissionais em relação aos valores ‘hard’ que identificam como característicos da gestão assumida pelos CA dos seus hospitais.

No entanto, existem outras tonalidades no discurso dos profissionais de enfermagem entrevistados. É possível detectar um tom do discurso mais moderado que, é certo, continua a expressar a percepção de que existe uma forte preocupação por parte dos CA com aspectos ligados aos resultados financeiros e à imagem do hospital no exterior, mas também assinala a valorização de aspectos ligados à qualidade dos serviços prestados:

“Eu penso que eles pretendem sobretudo manter senão melhorar a qualidade dos cuidados, isso é uma aposta que eles têm um bocado aliada à questão da rentabilização dos recursos do hospital” (Ent. 42E).

Neste último grupo de actores, de onde emergem posições mais matizadas, integram-se profissionais que exercem a sua actividade tanto em hospitais empresarializados (B e E) como em hospitais autónomos (I e J). Neste nível, que designámos por moderado, foram igualmente classificados hospitais em que não foi possível detectar unanimidade no discurso dos actores.

Finalmente, no último nível – reduzida identificação – classificamos o discurso dos actores (vinculados apenas a hospitais autónomos – F e G) que não percebem qualquer tipo de mudança na orientação da gestão de topo, ou que percebem uma preocupação de gestão predominantemente centrada na qualidade dos cuidados prestados (esta posição é particularmente notória no hospital G, já que, neste caso, o hospital estava a terminar um processo de certificação):

“Eu penso que este CA quer melhorar este hospital em termos de organização, em termos de qualidade. De uma maneira geral, eu penso que os cuidados ao doente são o centro, tudo gira à volta disto. A melhoria dos cuidados penso que está implícita em todas as medidas que são implementadas” (Ent. 62 G).

Da análise do discurso dos actores sobre esta problemática, é possível inferir que a ênfase colocada pelos CA nos objectivos económicos dos hospitais (que, como vimos, é particularmente notória nos hospitais empresarializados) poderá, eventualmente, indiciar o seu afastamento da concepção tradicional das finalidades e valores dominantes de serviço público de saúde, o que, na perspectiva de Hunter (1996), traduz a introdução de conceitos de gestão inapropriados para o contexto dos serviços de saúde. A mudança destas concepções constitui um dos pressupostos básicos da NGP, que, todavia, no caso português, ao invés do sector da saúde, parece estar mais longe de se impor noutros sectores da administração pública, como, aliás, mostram as conclusões do estudo de Santiago e Carvalho (2004) desenvolvido no âmbito do ensino superior. Com efeito, só muito parcialmente os actores académicos e sociais chave, com responsabilidades directas ou indirectas no ensino superior, parecem ter aderido às propostas *managerialistas* de redefinição das finalidades e valores do ensino superior.

A pressão para inverter os valores dominantes na definição das finalidades das instituições hospitalares, e os seus supostos efeitos nefastos, surge evidenciada no próprio discurso dos actores. Na realidade, foi possível extrair das entrevistas um conjunto de informações que indiciam a presença nas políticas de gestão de alguns CA do fenómeno que os economistas designam por desnatação. Por exemplo, do ponto de vista dos actores vinculados aos hospitais autónomos, é sustentado que a extrema ênfase colocada na orientação para a eficiência pelas administrações dos hospitais empresarializados faz com que sejam os primeiros hospitais – sector público tradicional – aqueles que passaram a receber os casos de doentes mais complicados e, conseqüentemente, mais onerosos:

“Eu tenho aqui doentes, que vêm em situação clínicas terminais e outras, digamos, que são de melhoria aparente, simplesmente esses hospitais dizem: “para a próxima não volta cá

...” (tenho) pelo menos 4 casos ... As pessoas que têm cargos de gestão, seja a, b ou c, pensam: “eu estou aqui para gerir de uma forma eficiente” ... e não é por aí”. (Ent. 74 I)

“Eu não entendo. Isto tem de ser avaliado e, se calhar está a ser mal avaliado. Há doentes que deviam estar nos SA e que não estão porque dão prejuízo e vêm para aqui. Estes casos deviam ser todos reportados para os SA porque não se compreende. Só assim é que se justifica que nalgumas avaliações apareçam alguns que quase que já estão a dar lucro. Claro se mandam para cá os doentes mais complicados! Isso não está bem analisado. Se viessem aqui à urgência e fizessem uma triagem dos doentes e dos hospitais de onde vêm...” (Ent. 71 F)

Estas alterações nos princípios que regem as orientações da gestão de topo de alguns hospitais constituem, em certa medida, o resultado da influência das políticas definidas para o sector a um nível mais geral. A este respeito, observa-se em alguns actores a manifestação de posições de acordo com as quais este funcionamento é extremamente condicionado pela dependência política dos membros do CA, nomeados pelo governo:

“Isso aí já são questões políticas. A administração anterior (...) estava ligada ao governo anterior. Quando mudou o Governo mudou também a administração, a aposta foi má e depois corrigiram. De resto foram essas três, na prática foram duas porque foi a mudança do Governo. O grande problema é que nós cada vez que estamos nestas posições estamos dependentes da política” (Ent. 42E)

“Também não se verificaram as questões economicistas mas as questões da politização cada vez maior da gestão dos hospitais. Quando todos pensavam que o facto de ser um hospital SA ia conseguir despolitizar um bocadinho a gestão mas foi precisamente ao contrário”. (Ent. 43E)

Talvez seja esta uma das razões que, segundo a perspectiva de muitos actores, explica a existência de alguns conflitos entre profissionais e gestores, em particular com os gestores cujas práticas se aproximam de uma gestão mais *‘hard’*. Os enfermeiros com funções de gestão continuam a preferir a presença de profissionais nos CA, em detrimento de gestores oriundos do exterior, como é possível observar em alguns exemplos de tomada de posição extraídos das entrevistas:

“A seguir tentaram pôr cá uma pessoa de fora e que não resultou porque vinha com essas ideias da produtividade, mais economicista e não soube geri-las, mesmo a nível da comunicação social e nós sabemos como é...” (Ent. 43E)

“O hospital, nós todos andamos em alvoroço, a directora era uma pessoa que não era da área da saúde, era uma gestora, não conhecia os problemas do hospital, entrou para cá com o espírito do “quero, posso e mando”. As pessoas não viam resposta e o poder era todo centrado na administração, e as pessoas não eram ouvidas, e tudo lhes era imposto”. (Ent. 48E)

Estas tomadas de posição parecem demonstrar, mais uma vez, o afastamento dos profissionais de valores próximos do *ethos* empresarial e as reticências colocadas às formas de gestão assentes exclusivamente em critérios de eficiência e eficácia. Não podemos ignorar, todavia,

que este fenómeno pode advir, em grande parte, também de um certo sentido de protecção do campo jurisdicional e do poder das profissões de saúde em relação aos profissionais de gestão.

Este fenómeno pode ser ilustrado com a afirmação de um dos entrevistados quando se refere à margem de poder do grupo profissional dos médicos em relação aos gestores externos nomeados para o CA de um dos hospitais.

“Quando começou a dizer que ia pôr os médicos na ordem, os médicos, como é evidente é que a puseram na ordem e foi aí que se gerou o problema em relação à administração (...)” (Ent. 43 E)

Ainda no contexto desta temática – a participação dos profissionais (enfermeiros directores) na gestão de topo – emerge um conjunto de representações contraditórias que estes actores formulam a propósito do papel social que desempenham no exercício das suas funções nos CA. Foi possível, de facto, detectar dois tipos de posições contrastadas no que concerne à assunção que fazem deste papel. Uma das posições centra-se, essencialmente, na defesa dos interesses profissionais, como se pode ilustrar com os exemplos a seguir do discurso na primeira pessoa:

“(...) a nossa preocupação não são só os enfermeiros mas também os outros funcionários, naturalmente, embora aqui eu não consiga desligar que sou enfermeira”. (Ent. 55I)

e na terceira pessoa (percepções do papel desempenhado no CA pelos outros profissionais, neste caso o enfermeiro director):

“Portanto ele fazia questão de falar ao Conselho tudo aquilo. No grupo, quando havia reuniões de enfermeiros chefe nós colocávamos-lhe os problemas e ele era no fundo a nossa voz. (...) transmitia ao Conselho as nossas angústias, as nossas preocupações (...)” (Ent. 69 F).

A outra posição refere-se à sobreposição dos interesses da organização aos interesses do grupo profissional da enfermagem em termos das decisões no âmbito da gestão (no exemplo que se fornece há, na realidade, uma tentativa de separar os papéis):

“Acho que é excelente, sabe que desde muito cedo nos outros Conselhos, já tenho uns cinco ou seis Conselhos de Administração assumi que no dia a seguir quando eu era eleito deixava de ser o representante dos enfermeiros e passava a ser um membro do Conselho de administração. Hoje mesmo não sendo eleito tenho essa cultura embora tenha a responsabilidade, de ser o responsável pela direcção técnica do serviço de enfermagem, e aí eu tenho que responder pela assistência dos cuidados de enfermagem”. (Ent. 54H)

Esta citação parece revelar, tal como Sharon Bolton (2004a; 2005a,b) constatou para o caso inglês, a existência de profissionais que colocam uma maior ênfase no papel de gestor do que no papel de enfermeiro gestor. O afastamento destes profissionais da prática dos cuidados pode constituir um factor explicativo para esta maior identificação com os papéis de gestão, susceptível, no entanto, de não se verificar noutros níveis de gestão, como teremos oportunidade de analisar mais à frente. Dada a posição que ocupam na estrutura organizacional, esta ênfase colocada no

papel de gestor poderá traduzir, igualmente, uma estratégia desenvolvida por parte destes profissionais para continuarem a exercer alguma influência sobre a política e a gestão dos hospitais.

A forma como os actores significam as funções e papéis da gestão de topo hospitalar, está, em última análise, relacionada com a atribuição de significados distintos à legitimidade que é conferida ao exercício deste tipo de cargos. Para os que assumem, como sua função principal, a defesa dos interesses dos profissionais de enfermagem, perpassa, implicitamente, uma vontade de legitimar a sua acção com base na percepção do que representam para o campo profissional da enfermagem. Para os que se situam no pólo oposto, assumindo como sua função essencial a defesa dos interesses organizacionais, o seu discurso indicia a adesão a uma noção de legitimidade baseada nas competências individuais de gestão. Estes últimos, parecem aproximar-se mais da ideologia e dos pressupostos da NGP, em particular da retórica sobre a liderança forte e a noção de competência, afastando-se, simultaneamente, das referências a regras e procedimentos típicos da burocracia profissional (du Gay, 1996; Exworthy & Halford, 1999).

É talvez a percepção de que a presença de enfermeiros nos CA deve estar ligada aos interesses, ou ao contexto profissional da enfermagem, que faz com que surjam algumas críticas à mudança da modalidade de eleição entre pares, para a de nomeação, como forma de legitimação da ocupação dos cargos nos CA:

“Mas neste momento podíamos enveredar por um processo desses e libertar os hospitais dessa tutela política desde que as pessoas se candidatassem à direcção assumissem as suas responsabilidades. A responsabilidade estava definida, portanto, porque é que há-de ser pessoas de confiança política e não há-de ser da confiança do pessoal? Nomeadamente em relação à eleição dos enfermeiros directores e dos directores clínicos eu penso que o processo mais adequado é o processo da eleição”. (Ent.42E)

Estas críticas são também sintomáticas de que estes profissionais sentem que estão a perder o poder de influenciar a gestão de topo dos hospitais. Este sentimento é igualmente visível em dois outros domínios. O primeiro, relaciona-se com o predomínio nas organizações, ao nível da gestão de topo, de valores ligados à economia e parcimónia, que promovem o aumento do controlo organizacional sobre as decisões dos profissionais como forma de garantir a moderação nos gastos:

“Como já referi esta minha experiência, portanto neste tempo todo muito, muito do meu tempo tem sido a encontrar a forma de justificar as necessidades, mas de algum modo tenho conseguido ao nível do Conselho de Administração (...)” (Ent. 55I).

O segundo, decorre da imposição legal sobre a mudança do estatuto dos enfermeiros quanto à sua participação nos órgãos de administração dos hospitais; de gestores executivos no anterior regime de gestão, os enfermeiros passaram a membros não executivos nos novos regimes.

Esta mudança traduz-se, de facto, numa perda de poder, visível no:

- a) esvaziamento das funções inerentes ao cargo:

“Se calhar com as alterações recentes e como enfermeiro sinto que estou em menos áreas de responsabilidade global do hospital, sinto que estou mais remetido à minha área de enfermagem”. (Ent. 54H);

b) afastamento dos profissionais dos processos de tomada de decisão no topo:

“Isto foi notório a nível do Conselho de Administração onde, como sabe, há um presidente e dois vogais executivos, (...) que sendo membros do CA, que sou eu e o director clínico, não somos executivos e tentou marcar-se um fosso muito grande entre uns e outros. Entre quem decide e quem manda e os órgãos técnicos, no fundo da área de enfermagem e da área médica. E foi preciso, realmente, haver situações bastante graves, em termos de organização, e uma postura muito forte, tanto de mim como do director de serviço, para conseguirmos contornar esta situação e conseguirmos dizer: “Não nós temos de ser ouvidos e o nosso *feedback* é indispensável aos órgãos executivos para as deliberações subsequentes”. (Ent. 3C)

Estas conclusões são, aliás, corroboradas pela análise das funções que estes profissionais desempenham na prática. A descrição que os enfermeiros fazem das actividades que desenvolvem nos CA permite observar que estas se centram, de forma maioritária, precisamente nas questões relacionadas com a ‘representatividade profissional’. É aos enfermeiros directores que cabe não só a avaliação das necessidades de profissionais de enfermagem, como, também, a negociação referente à aceitação de novas contratações e o desenvolvimento da globalidade do processo de recrutamento e selecção (e avaliação de desempenho, como se verá mais à frente):

“Faço a contratação de pessoal após a avaliação das necessidades, tendo em conta as fórmulas emitidas pelo departamento de recursos humanos da saúde que ainda não há outra, ou pelo menos eu não conheço, para a contratação” (Ent. 2B).

A manutenção destas funções reveste-se de uma importância fulcral para o controlo sobre a autonomia da profissão, que se constitui como um factor importante para a profissionalização. Porém, esta manutenção não deixa de ser indirectamente ‘mitigada’ pelo aumento do controlo de gestão. De facto, de acordo com os entrevistados, parece verificar-se, neste domínio, uma perda de poder organizacional por parte dos enfermeiros, em função do aumento do controlo organizacional da gestão (a definição de necessidades pelos enfermeiros não corresponde automaticamente à decisão de contratação) e do esvaziamento de funções (a legislação propõe que a definição dos objectivos de todos os profissionais seja feita pelo director clínico quebrando a hierarquia profissional e retirando ao enfermeiro director uma parte importante da sua fonte de legitimidade – a avaliação dos pares). As posições assumidas por dois entrevistados ilustram bem esta problemática:

“A lógica da avaliação de desempenho é uma lógica em cascata, é o director de serviço que define os critérios de avaliação para todos os elementos do serviço. E, quando me põem aqui todos... é que definir os critérios para o serviço é lógico, agora para todos faz-me colocar uma questão, que foi a que eu pus, que é: “O que é que eu ando cá a fazer?” que significado tem o meu cargo? O que o modelo está a pressupor é que a definição dos

objectivos para os enfermeiros é feita pelo director de serviço, então eu ponho o lugar à disposição”. (Ent.4D)

“Pronto, isso quem faz, quem toma a decisão de recrutar, ou não, mediante as carências que os serviços lhe apresentam é a nossa directora. Ela conhece as dificuldades dos serviços, é-lhe enviado todos os meses um horário que tem horas positivas e horas negativas e são expressas as necessidades. Os responsáveis expressam-lhe as necessidades desses serviços e mediante isso ela decide, mas tudo o que...vai a Conselho. Ainda hoje estivemos a discutir isso porque tudo o que implica custos tem de ir, dinheiro, tem de ir a Conselho e pronto, mas essa decisão cabe sempre aos superiores”. (Ent. 16B)

O que esta nova situação organizacional parece pressupor é uma clara subordinação dos profissionais à gestão, já que se enquadra o julgamento do exercício profissional na exigência de que se tenha em consideração as realidades e responsabilidades da gestão orçamental (Clarke & Newman, 1997). A participação dos profissionais na organização distancia-se, assim, dos processos de concepção das estratégias e restringe-se ao nível da execução. Ferlie et al. (1996) realçaram, precisamente, para o caso inglês, o facto da perda de controlo dos profissionais poder decorrer da perda do controlo estratégico numa organização crescentemente fragmentada. Faugier (2004) sustenta, por sua vez, no mesmo contexto nacional, que com a NGP todas as responsabilidades pela gestão dos trabalhadores de enfermagem foram efectivamente retiradas do controlo dos enfermeiros directores, cujo papel consubstancia uma mudança de profissional para gestor e não para líder de enfermagem.

A este nível, podemos afirmar, com base nos nossos dados, que o papel do enfermeiro director se afasta do papel de gestor e se configura mais em torno da figura do administrador, isto é, como executor de decisões tomadas por outrem:

“Eu costumo dizer que o conselho de administração define as estratégias: vamos implementar um novo serviço, uma nova terapia e para implementar isto eu preciso disto, isto e isto. Eu como enfermeiro director sei e vou organizar os enfermeiros para (...), eu como enfermeiro director vou encontrar os elementos de que necessito e vou manter aquilo a funcionar o tempo que decidimos funcionar (...) (Ent.1A).

“Portanto, eu depois de saber qual a estratégia do CA para 2005 em termos de investimentos, estrutura, formação e recursos humanos. Em termos de necessidades, é necessário programar toda uma estratégia em termos de serviços, em termos de acessibilidades ao hospital, em termos de consultas externas, em termos de demoras médias, em termos de custos” (Ent.53G).

É ainda possível detectar nas entrevistas outras tomadas de posição inseridas nesta questão que temos vindo a analisar, e que, na nossa perspectiva, configuram um papel do enfermeiro director como garante de todo o funcionamento da estrutura hospitalar, embora sempre constringido por um controlo organizacional que restringe fortemente a autonomia das suas decisões:

“É mais com a financeira, a aquisição de determinados materiais, mas devidamente justificados poderão ser aceites ou não, depois também há uma das partes a tentar convencer o outro, mas não tem havido problemas”. (Ent.5E)

Quando se referem à contratualização com os serviços, alguns entrevistados sublinham essencialmente o papel que o CA desempenha neste processo, o que parece indicar que estes profissionais detêm nele um papel marginal, mas que, paradoxalmente, se apresenta como primordial para melhorar o funcionamento das diferentes unidades hospitalares:

“Mas depois cada serviço vai negociar com o CA os seus objectivos. Cada serviço é que vai dizer: “eu proponho fazer isto, isto e isto” e o CA negocia.” (Ent. 2B)

Neste caso, os enfermeiros directores tentam assumir um papel de ‘contra-peso’ na mediação do conflito e das negociações de poder, ao nível da gestão intermédia, entre enfermeiros chefes e directores clínicos.

“Quando esse poder é disputado de forma fundamentalista há problemas, no entanto, e aí é o papel importantíssimo que eu tenho e o CA, é sensibilizar para o trabalho de equipa, de uma direcção e não de um director” (Ent. 2B).

A análise deste primeiro tema permite-nos retirar algumas conclusões importantes relativamente às alterações verificadas na natureza e no tipo de actividades desenvolvidas no patamar superior da organização e nos papéis dos profissionais de enfermagem que aí desenvolvem a sua actividade.

É possível verificar, antes de mais, a existência de diferentes níveis ou modalidades de aproximação à identificação dos objectivos dos CA com critérios económicos. Nas situações mais extremadas, estes valores aproximam-se de concepções de gestão mais tecnicistas, centradas essencialmente na eficiência e na eficácia, e mais características da fase de industrialização, que se apresentam como inadequadas para a gestão dos serviços públicos, em particular os serviços de saúde (Hunter, 1996). Nesta perspectiva, verifica-se um claro afastamento dos profissionais de enfermagem destas concepções mais próximas de um controlo de gestão de tipo tradicional.

Por outro lado, parece verificar-se, no caso dos nossos entrevistados, tal como no contexto inglês (Bolton, 2004a, 2005a,b; Hewison, 1999), que os enfermeiros directores perdem poder com a implementação das reformas de saúde, particularmente ao nível do reconhecimento formal dos seus papéis de gestão (Bolton, 2004a; 2005a,b). Esta perda de poder consubstancia-se, a este nível, na exclusão dos enfermeiros dos processos de tomada de decisão estratégica e ao seu confinamento a decisões estritamente ligadas ao campo profissional, sendo estas últimas ainda posteriormente enformadas por critérios de gestão influenciados por princípios de racionalidade económica. Tal situação poderá, de alguma forma, traduzir uma certa perda de autonomia profissional, na medida em que o controlo dos profissionais é, em grande parte, sujeito ao controlo de gestão.

A conjugação destes dois factores – aproximação a objectivos com carácter mais económicos e perda de poder dos profissionais de enfermagem na gestão de topo – pode constituir uma justificação para a percepção (ou sentimento) de exclusão dos enfermeiros entrevistados dos canais formais de informação e comunicação nas organizações hospitalares.

1.2 Descentralização e Autonomia das Unidades

Os diversos autores que têm vindo a reflectir sobre a NGP parecem concordar que um dos seus elementos mais característicos é a tentativa de promover a descentralização (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1995; Ferlie et al., 1996; Pollitt et al., 1998). Esta descentralização procura ser efectiva tanto ao nível do sistema como ao nível institucional.

Ao nível do sistema, emergem tentativas para instituir novas formas de prestação dos serviços públicos, caracterizadas por serviços mais variados, orientados para mercados mais específicos e residuais e distribuídos através de uma variedade crescente de organizações, que consubstanciam uma recomposição e redefinição do sector público (Flynn, 1999). Ao nível institucional, a descentralização procura efectivar a substituição de formas de organização ‘fordistas’ por formas ‘pós-fordistas’, baseada no pressuposto de que as grandes organizações burocráticas são inoperacionais e apresentando traços que correspondem ao que Ferlie et al. (1996) caracterizam como elementos do modelo 2 da NGP, entre outros: o ‘*downsizing*’ organizacional, o aumento da flexibilidade, a estandardização, a responsabilização do topo pelos orçamentos e a introdução de rupturas entre o centro estratégico e a periferia operacional. Dito de outra forma, a descentralização sustenta uma maior autonomia de gestão e financeira das instituições públicas. Também em Portugal, as iniciativas políticas e legais desenvolvidas sob influência da NGP na área da saúde, assumem querer implementar diferentes formas de descentralização.

O que procuramos com este tema é precisamente detectar, através do discurso dos actores, a presença de mecanismos de descentralização, quer ao nível do sistema de saúde, quer dos mecanismos internos de organização e de regulação das instituições hospitalares.

A análise deste tema nas entrevistas indicia que a retórica *managerialista* sobre a plena autonomia das unidades, baseada numa gestão pró-activa que define objectivos racionais, os implementa no terreno, também racionalmente, e monitoriza o progresso da sua realização, é mais uma idealização do que uma realidade. De facto, a maioria dos entrevistados sublinha mesmo a existência de uma ‘perda de autonomia’ que é particularmente notória nos hospitais que já possuíam anteriormente um modelo de gestão empresarial. Os novos constrangimentos impostos aos hospitais empresarializados resultam, fundamentalmente, da criação de uma estrutura intermédia de regulação – Unidade de Missão – situada entre o Estado e as instituições de saúde:

“(…), vemos que esta pseudo independência é mesmo pseudo porque há uma unidade de missão que pede contas, há um IGIF que pede contas, há uma secretaria de estado que pede

contas, e há uma ARS que pede contas. Pede contas e eu quando estou a falar de contas não é económicas, não é? Pede contas, pede responsabilidades. Pede as mesmas coisas, pede os mesmos mapas. Neste momento, há quatro organizações para que continuamente temos de nos reportar, portanto é uma independência muito teórica” (Ent. 3 C).

“Sinceramente tenho dúvidas, a partir do momento em que os SA proliferaram, que foi criada uma Unidade que coordena isto tudo, um patriarcado, eu começo a ver isto com algumas reticências porque acho que é uma ilusão. Pretendeu-se responsabilizar as instituições pela gestão e isso está no decreto que cria as SA, dá autonomia e etc., não existe, é uma ilusão. Para qualquer coisa, a unidade de missão dá orientações. (...) Mas, de facto, ou bem que isto é uma Sociedade Anónima ou bem que não é. Continuamos a estar dependentes de um certo e determinado número de coisas que acabamos por ter os mesmos problemas que tínhamos e alguns deles ainda mais porque passámos a ter problemas de outra ordem que não tínhamos. (...) Temos que nos sujeitar à decisão de alguém externo e essa falta de autonomia que foi falsamente apregoada às entidades SA, porque nós enquanto estávamos com uma gestão empresarial também estávamos exactamente na mesma e, nessa altura, quem nos tutelava era a ARS e não a Unidade de Missão, a autonomia também não era tanto assim.” (Ent. 26 C)

Mas, esta perda de autonomia não deixa de ser igualmente visível nos hospitais que viram o seu estatuto jurídico alterado pela primeira vez, com a passagem directa do estatuto público para SA, sem a existência de uma qualquer experiência anterior de gestão pública de tipo empresarial:

“Até aí era de autorização governamental, o Ministério, tínhamos que fazer concursos e isso tudo, até finais de Setembro nós tínhamos essa liberdade, tínhamos o nosso orçamento, nós precisamos e fazem-se contratos, agora estamos novamente um bocadinho limitados, portanto só com autorização da Unidade de Missão.” (Ent. 5E)

Este conjunto de aspectos mencionados pelos entrevistados constitui um elemento que corrobora a hipótese de que o papel do Estado não parece ter sido alterado, de forma radical, no peso da regulação das instituições, mas apenas nas suas modalidades. Como vários autores salientaram em contextos diversos, também em Portugal se parecem ter desenvolvido estratégias e estruturas de ‘centralização da descentralização’ e de ‘regulação da autonomia’ (Hoggett, 1996; Reed, 2002). Clarke e Newman (1997) haviam já chamado a atenção para o que, à partida, poderia ser considerado como uma diminuição do papel do Estado constituir, na realidade, uma extensão do seu poder através de formas novas e pouco familiares de regulação e controlo. De igual modo, Dopson e Waddington (1996), num estudo inicial sobre o impacto do relatório Griffiths no SNS do Reino Unido, constataram que, em contraste com a anunciada devolução de poder às organizações do SNS, o que aconteceu, na realidade, foi uma centralização do poder de decisão.

As nossas entrevistas mostram que é a partir das estruturas centrais e intermédias de planeamento e controlo (Unidade de Missão e IGIF) que se definem os objectivos organizacionais e o contexto restritivo da utilização dos recursos nos quais os prestadores de serviços devem operar:

“Ele [projecto de contratualização] já foi apresentado, tarde e a más horas, foi em Julho, eu acho que é tarde, tardíssimo, já devíamos estar quase a pensar no de 2005 quando foi apresentado pelo IGIF e pela Unidade de Missão, foi contestado nalguns pontos” (Ent. 3C).

“Há mais uma estrutura vinda da unidade de missão com determinados objectivos face ao Conselho de Administração e nós estamos a passá-la através dos departamentos precisamente para os serviços” (Ent. 1A).

Tendo por referência as distinções conceptuais de descentralização adoptadas por Norman Flynn (1997), apresentadas no primeiro capítulo, o que esta análise nos parece indiciar é a existência de uma abordagem mínima de descentralização, que se centra apenas ao nível da responsabilização pelos gastos e exclui o envolvimento dos próprios gestores hospitalares na definição dos orçamentos. Ou seja, também em Portugal, como noutros países, se observa uma descentralização (mínima) acompanhada por um aumento do controlo central (Common et al., 1993; Hood et al., 2000) directo e do controlo indirecto mediante estruturas intermédias de regulação e supervisão.

Mas esta imposição, vinda das estruturas centrais e intermédias do Estado, constitui também, para alguns entrevistados, um dos factores que legitima as mudanças dos processos e dos objectivos de gestão nos hospitais:

“Tínhamos imensa dificuldade em contratualizar com os serviços em termos de objectivos, de programas, nós tínhamos de trabalhar com 36 serviços e isso era incomportável para o Conselho de Administração. Então agora os serviços contratualizam com os conselhos de gestão e os conselhos de gestão contratualizam com a administração. Independentemente disso, temos serviços que funcionam de uma forma transversal a isto”. (Ent. 1A)

“O Hospital agora é financiado em função da produção e não em função dos tópicos, em função da produção, daquilo que regista, aquilo que faz, registamos aquilo que faz, vai-se pedir dinheiro em função disso, isso falamos nestes termos” (Ent. 42E).

Trata-se, no fundo, de admitir uma forma de financiamento das organizações hospitalares que facilita a introdução de mais gestão no modo de organização burocrática tradicional, processo que, de certa forma, pode ser interpretado como um fenómeno de isomorfismo coercivo (DiMaggio & Powell, 1991). Ou seja, nesta perspectiva, mais gestão imposta nos hospitais a partir de cima pode corresponder a uma estratégia desenvolvida para regular melhor as instituições e ultrapassar as incoerências do sistema provocado pelo deslocamento da organização do Estado para formas institucionais e organizacionais crescentemente mais dispersas (Clarke & Newman, 1997).

Em certa medida, estes dados traduzem o paradoxo, enunciado por Ferlie et al. (1996) sobre a simultaneidade da presença de elementos flexíveis e coercivos na NGP, sendo que a coercividade decorre, precisamente, do aumento do poder político e do controlo estratégico no topo.

A par com a descentralização, outra das principais características da NGP (ver capítulo um) é o seu alinhamento com os pressupostos de mercado, visível, por exemplo, na introdução de mecanismos de contratualização, os quais, no caso particular da saúde, decorrem da separação entre prestadores e financiadores (Ferlie et al., 1996; Le Grand & Bartlett, 1993). Esta aproximação ao

mercado não significa, porém, um completo afastamento do Estado do controlo e da regulação do sistema e das instituições de saúde.

Apesar do crescente recurso à contratualização, quer entre o Estado e as instituições, quer entre estas e as unidades que as constituem, emergir como um instrumento fundamental da reforma da saúde, no momento das entrevistas a sua aplicação no terreno é ainda bastante incipiente. Parece ter-se instalado um ambiente facilitador para a sua introdução, que podemos classificar de prelúdio ao desenvolvimento da ‘gestão por contratos’, mas, na prática concreta das organizações, o seu funcionamento não é efectivo. Esta realidade parece comum aos hospitais autónomos e empresarializados:

“Nós já explicamos a todos os serviços o que é que era o processo de contractualização, o que é que nós pretendíamos e agora já estamos novamente a fazer a negociação”. (Ent. 5E)

“Neste momento já temos objectivos que temos de atingir mas ainda ronda o histórico”. (Ent. 53G)

“De resto está-se a começar a fase da chamada contratualização interna em que cada serviço vai estabelecer os seus objectivos e vai ter que os cumprir”. (Ent. 42E)

“Ainda estamos no processo de contratualização, tivemos entrevistas de contratualização mas fictícias, agora é que vamos começar com as entrevistas de orientação de contratualização”. (Ent. 48E)

É possível, no entanto, de acordo com o discurso dos entrevistados, identificar objectivos que começam a ser definidos pelos diferentes serviços para implementar, num futuro mais ou menos próximo, processos de contratualização interna:

“Isto traduz-se em termos de (nós temos a consulta, também e exames auxiliares) em termos de mantermos o numero de exames, aumentar, portanto há um número que pretendemos atingir ao fim do ano, portanto o objectivo é atingi-lo, em termos demora-média do doente, também diminuir a média de internamento do doente” (Ent. 56 G).

“(...) embora seja a produção de cuidados de enfermagem, mas é preciso termos números, é preciso termos números estatísticos para depois o hospital poder ser financiado de acordo com a produção. E o Serviço é a mesma coisa. Nós temos que produzir portanto, neste momento trabalha-se por objectivos portanto, é o director de Serviço que negocia com a Administração, x consultas externas, x cirurgias, os partos não pode bem negociar porque fazemos todos os partos que nos aparecem aqui. Mas x exames auxiliares de diagnóstico, x ecografias, portanto há uma negociação. E, se nós conseguirmos atingir esses objectivos, tudo bem. Se não conseguirmos atingir esses objectivos, podemos vir a ser penalizados futuramente” (Ent.18B).

A identificação destes objectivos com um carácter mais quantitativo da gestão e a sua ênfase em aspectos mais economicistas, decorre da procura de sinergias homeostáticas (Hood, 1991), traduzindo os objectivos impostos ao nível central, primeiro pela Unidade de Missão e depois pelos CA, para o nível das unidades que constituem o sistema das instituições hospitalares.

Se bem que, na realidade, o processo de contratualização não surja nestas entrevistas como uma prática comum e dominante no *modus operandi* dos hospitais, os actores conseguem já

enunciar alguns dos seus efeitos, positivos e negativos. No que respeita aos efeitos positivos, são valorizados aspectos relacionados com o aumento da visibilidade e da responsabilização na gestão, questão central na NGP:

“Vai haver maior responsabilidade e responsabilização dos serviços, coisa que até aqui não existia. Era assim um bocado uma balbúrdia e a responsabilidade ninguém assumia porque não havia e agora as coisas vão começar a ser diferentes” (Ent. 42E).

“Acho que para os serviços até é bom que haja estes processos de contratualização para podermos estabelecer os objectivos mais concretos para os serviços”. (Ent. 48 E)

Do lado dos efeitos negativos, ou dos efeitos não esperados, estes ligam-se, de acordo com as inferências permitidas pelos discursos dos actores, ao aumento da competitividade interna e à desestruturação dos processos burocráticos, fazendo-se sentir não só nos hospitais empresarializados, mas também nos hospitais autónomos. As afirmações seguintes ilustram a competição que é imposta entre os serviços, gerada pelo ambiente de contratualização:

“Em termos de maquinaria e equipamento...tenho muitos, muitos, muitos problemas. Porque é assim: eu tenho equipamento que é meu e ele, depois, é usado nos Serviços ao lado sem minha autorização. E depois ao fim do dia, eu ando à procura – onde está o meu equipamento? E quando o meu equipamento vem devolvido, vem estragado. Já não vem da mesma forma, não é? E eu tenho que o mandar arranjar e depois esse custo é imputado ao meu Serviço. Tanto é que eu, de vez em quando, a...ponho um aloquete nos coisos”. (Ent. 65 F)

“Porque depois os outros serviços dizem: “Então, mas como é que aquele está tão bem equipado e nós não estamos?” E não vêem que é o próprio serviço que trabalha para isso e, se calhar se eles trabalhassem também tinham e depois às vezes a gente trabalha e tem e os outros vêem pedir emprestado e a gente fica assim um bocado mas o que é do hospital é do hospital e as coisas têm de estar ao serviço e a mim incomoda-me um bocadinho porque as pessoas não se esforçam minimamente por ter e depois não têm”. (Ent. 21 B)

Esta situação indicia que as tentativas de encontrar formas alternativas de organização, sustentadas numa maior autonomia das unidades, estão directamente relacionadas com a gestão financeira e com o contexto de austeridade. Pese embora a argumentação política sobre a descentralização das unidades assumir formas diversas, as entrevistas parecem tornar claro que o seu principal objectivo é, antes de mais, controlar os gastos e, desta forma, respeitar o imperativo da contenção económica.

A tentativa de descentralização das unidades prolonga-se, em cascata, para o interior da organização, e materializa-se estruturalmente na criação da figura dos centros de custos (centros de responsabilidade):

“Outra grande meta deste CA era criar os centros de responsabilidades só está criado e a funcionar como tal, os centros de responsabilidade dos cuidados de saúde primários” (Ent. 3C).

A modalidade de funcionamento destes centros baseia-se nos orçamentos descentralizados e insere-se num quadro mais geral que, em termos retóricos, se define pela tentativa em aumentar a

eficiência, (por exemplo, através da melhoria dos processos de gestão de stocks), mas que, em termos práticos, se traduz num aumento do controlo do trabalho profissional. Nos actores é inculcido o sentimento de que a sua capacidade de escolha é aumentada, fenómeno que emerge com mais familiaridade no caso dos hospitais empresarializados que anteriormente já funcionavam com um modelo de gestão empresarial:

“(A mudança mais visível) foi, digamos, que a descentralização de uma direcção no Conselho de Gestão foi uma muito maior responsabilidade nestes núcleos e portanto, uma muito maior atenção às problemáticas da gestão financeira, do conhecimento dos recursos, dos custos, daquilo que se quer para uma determinada área que era uma das coisas que passava despercebida”. (Ent. 8A)

“No meu serviço antes do ano é feito mais ou menos, estipulado o contrato no prazo de um ano em que eu estou presente, é destinado um *plafond* de negociação e vou ter que gerir esse *plafond* dentro do possível. Claro que esse *plafond* às vezes quer um reforço, eu tenho que fazer a gestão dentro do possível com aquele *plafond* que me foi cedido mas ao não ser suficiente ninguém põe problemas em reforçá-lo”. (Ent. 37D)

“Normalmente trazemos logo e é-nos debitado no nosso orçamento, porque nós temos um orçamento por mês, e eu digo ao aprovisionamento: “Façam a conta e quando estiver pronto liguem para o serviço que vem cá a auxiliar buscar o carrinho”. Funciona tal e qual como no supermercado, temos a nossa lista das compras, o preço que gastamos, o total que gastamos e quanto é que ficamos para o resto do mês”. (Ent. 36D)

Estes enunciados extraídos do discurso dos actores traduzem, a nosso ver, um dos paradoxos identificados por Pollitt et al. (1998) em relação à NGP. Na verdade, a descentralização é promovida, pelo menos em termos retóricos, como um meio para aumentar o poder dos responsáveis das unidades, mas simultaneamente, procura aumentar a sua responsabilização pelas acções que desenvolvem, o que, no fundo, significa um aumento do seu controlo e, conseqüentemente, uma diminuição da sua autonomia e poder.

Em síntese, numa perspectiva geral, podemos afirmar que a reforma do sistema de saúde em Portugal, à semelhança do que pode ser observado noutros países, parece insistir num dos pressupostos típicos da NGP: a introdução da autonomia institucional (de mercado) como forma de promover a competição entre instituições e, no interior de cada uma, entre unidades e entre profissionais, sob a crença de que esta promoção constitui uma condição *sine qua non* para maximizar a eficiência. Os processos de descentralização traduziram-se pela tentativa de alterar, através de intervenções políticas e legislativas, os modos de integração vertical, quer ao nível do sistema quer mesmo das instituições. No entanto, o que parece verificar-se é a manutenção das pressões normalizadoras do Estado, visíveis na criação de estruturas intermédias de controlo e regulação das instituições que se vêm acrescentar às estruturas centrais já existentes. Internamente, ao nível institucional, este paradoxo, identificado também por alguns autores (Reed, 2002) como configurando um processo de centralização da descentralização, traduz-se na coexistência

simultânea de mecanismos de flexibilização (devolução orçamental) e de coercividade (controlo apertado da execução orçamental). Assim sendo, constata-se que a descentralização é mais retórica do que real, centrando-se, apenas ao nível da execução.

1.3 Procedimentos Burocráticos e Funcionais

O propósito inicial, amplamente divulgado, das reformas empreendidas no SNS era precisamente o de alterar a forma tradicional de organização e gestão das instituições com vista a torná-las mais flexíveis. A descentralização das unidades insere-se nesta lógica de argumentação: ao conferir maior liberdade de actuação às unidades a sua forma de funcionamento tornar-se-ia mais ágil. No entanto, como tivemos oportunidade de mostrar antes, esta descentralização tem mostrado ser mais retórica do que prática, com o Estado a manter um papel preponderante na formulação das principais linhas directrizes que enquadram as tentativas de implementação da reforma.

Com este tema, procuramos perceber de que forma as alterações propostas para as organizações hospitalares traduziram, de facto, a almejada agilização dos processos organizacionais e das formas de funcionamento das suas unidades.

O discurso dos actores mostra que ao procurar manter o seu papel na regulação o Estado acaba por aumentar o controlo sobre as instituições hospitalares, o que, em vez de agilizar os processos, se parece traduzir, numa desmultiplicação dos procedimentos burocráticos. Como sublinham dois dos actores entrevistados:

“(...) aumentou claramente o controlo sobre o hospital. Aumentou muito mais a burocracia no hospital, há pedidos de informação de tudo quanto é organismo exterior ao hospital e todos pedem informação repetida, triplicada e quadruplicada, este é um bocado do panorama” (Ent. 4D).

“(...) a burocracia tende a aumentar, os papéis aumentam eu também penso que (não sei se já lhe falaram) nós aderimos à qualidade, à certificação e isso envolveu muita coisa, muitos planos para fazer, aliás não é que não estivessem feitos, não estavam era de acordo com as normas e isto veio aumentar relativamente mais a burocracia”. (Ent.45 E)

Além disso, este aumento do controlo do Estado é acompanhado, reflexivamente, por um aumento do controlo de gestão, visível nas tentativas de monitorizar os processos de acordo com objectivos previamente definidos e na criação de indicadores orientados para a promoção da qualidade e da produtividade. Vários entrevistados referem-se criticamente a este controlo de gestão, sublinhando, de passagem, o seu contributo também para o aumento da burocracia:

“A partir do momento em que passou a SA e a Unidade de Missão e o ministério começaram a exigir em termos de qualidade e de produtividade está-nos a exigir mais informação, mais exigência ao nível dos registos, termos mais formação em termos de programa de informação para a resposta à gestão para tomar as decisões até em termos de incentivos”(Ent. 3C).

“Candidatámo-nos a um projecto de cuidados e enquanto nós fazemos o planeamento e nos candidatamos tem de ir ao CA para autorizarem, depois ir para o Ministério, para a ARS e para não sei onde, quando chega já passaram 2 anos e a população e o doente é que ficaram a perder. (...) Agora na instituição, não especificamente no serviço, notei muito mais burocratização. Portanto, para mim, o que eu tinha antes é o que eu continuo a ter, agora acho que há mais burocracia. Acho que realmente há muita gente a gerir, muita gente a vigiar, quer dizer não directamente comigo mas no geral, muitos doutores, muitos gestores, muitos economistas, muitos não sei quê, mas melhorias propriamente ditas não vejo nenhuma”. (Ent. 33C)

A desmultiplicação de procedimentos burocráticos, em parte, como se viu, devido às tentativas de implementação do controlo dos profissionais e de um aumento da produtividade, e, correlativamente, o aumento do controlo da gestão, decorrem igualmente da mudança do ambiente institucional nos hospitais com a quebra de confiança nos profissionais e a eleição da ‘verificação factual’ como uma acção imprescindível para promover a eficiência. Este fenómeno reflecte um enfraquecimento da autonomia dos profissionais que, frequentemente, têm de justificar as suas acções e o desempenho dos seus serviços. A tomada de decisão parece, assim, afastar-se do campo da implementação das regras burocráticas tradicionais e da discricção profissional (traduzida na aplicação do conhecimento especializado a casos ou processos complexos) para se aproximar do campo da gestão (a tomada de decisão expressa o direito de gerir, baseado nos princípios da contribuição para a contenção de custos e a avaliação do desempenho individual).

“Há sempre uma ou outra coisa em que uma pessoa se sente pressionada mas isso é assim desde que eu faça uma exposição e explique porquê, nunca me dizem que não. (...) Eu acho que nós temos é de justificar. Durante um mês, foi um mês horrível mas eu recebi N reclamações dos doentes, dos tempos de espera e eu aproveitei este mês para fazermos um estudo lá fora que justificava a presença do 13º elemento na equipa. Pronto, no final do mês juntei queixas e o resultado do meu estudo e disse: “Está aqui. A partir deste momento façam o que vocês quiserem”. (Ent. 75 J)

“Há mais, em termos, portanto para a aquisição de equipamentos, há mais dificuldade, as coisas estão mais restritas, pede assim, tem que se justificar muito bem, tem, pronto...normal. Já estava à espera que isso fosse acontecer... ..e pronto, estão a exigir muito mais em termos de produtividade, qualidade...há mais exigências que eu não sou contra”. (Ent. 17 B)

Embora grande parte da retórica da NGP insista na imprescindibilidade da adopção de medidas que permitam tornar os procedimentos mais céleres, na realidade, os mecanismos utilizados para promover a sua concretização parecem traduzir-se, sobretudo, numa quebra das tradicionais relações de compromisso entre a burocracia e o poder profissional. Para além de se verificar um aumento dos procedimentos burocráticos decorrente da diversidade dos mecanismos de regulação e controlo promovido pelo Estado, este aumento fica igualmente a dever-se a alterações no controlo dos profissionais, o que, ao deixar de se basear no julgamento pelos pares, passa a ser desenvolvido com base na disciplina interna da gestão e da eficiência operacional. O

que estes dados parecem indiciar é, de facto, uma perda do controlo dos profissionais de enfermagem em relação à criação de normas colectivas que servem de referência ao exercício da profissão.

1.4 Departamentalização dos Serviços

As alterações nas estruturas organizacionais, por forma a alinhá-las com sistemas de gestão, têm sido amplamente traduzidas pelos conteúdos das políticas e das reformas dos sistemas de saúde. Em certa medida, estas alterações também têm em vista aumentar o peso e o poder da gestão nos processos de trabalho e de reorganização dos hospitais. Nos resultados conseguidos com as entrevistas os actores referem-se, abundantemente, a este tipo de alterações que assumem configurações diversas.

Desde logo, observa-se um aumento do peso da tecnoestrutura de gestão, o que se traduz numa maior representação (e consequentemente do poder) de áreas específicas de gestão na estrutura organizacional:

“(...) temos a criação da logística que vai ter sobre a sua alçada aprovisionamento, farmácia e informática. Portanto, o organigrama é diferente. (...) E eu queria-lhe dizer o que é que está mais dentro desse departamento de aprovisionamento: está a farmácia, está o aprovisionamento e está o departamento de recursos humanos e gestão documental”. (Ent. 3 C)

Observam-se, igualmente, tendências para a implementação de algumas mudanças estruturais, que podemos identificar com processos de *downsizing*, e que se materializam na agregação de diversos serviços em departamentos (sem a criação de novos níveis organizacionais), agregação, aliás, que parece emergir como uma tendência geral dos processos de reestruturação dos hospitais (junção de serviços com afinidades em termos de diagnóstico e de tratamento):

“Antes não existiam departamentos no nosso caso por ex., o serviço de Pediatria integra o departamento de Pediatria, a consulta de Pediatria e Oncologia. As Medicinas, digamos que também é um departamento de Medicina que integra várias Medicinas (...)” (Ent. 27 C)

“Portanto, eu tenho os quatro serviços. Dois serviços ligados à área da Pediatria e dois ligados a serviços ligados à área da Saúde da Mulher”. (Ent. 8 A)

Há mesmo um caso, observado nas entrevistas, em que a junção de serviços não obedece a outra lógica senão a de rentabilidade dos espaços:

“É um serviço que se chama hospital de dia polivalente que predominantemente tem a área de oncologia, consulta e quimioterapia, tem a área médico-cirúrgica que é a área que eu tenho e faço a gestão e depois por uma questão de espaços agregou-se a unidade de tratamento de dor. (...) depois estas coisas começaram pequeninas com uma consulta por semana e um médico e depois foi-se metendo, até por uma questão de rentabilidade do espaço e do pessoal, uma cirurgia de ambulatório, que hoje perturba imenso o serviço. (...) E depois temos aqui outros serviços afins que para fazer uma rentabilização dos espaços se foram encaixando (...)”. (Ent. 23 B)

Os motivos que conduziram a esta agregação de serviços em departamentos, ou se se quiser outra expressão, a esta diferenciação horizontal, prendem-se, é certo, com questões de ordem pragmática, ligadas à operacionalização/agilização do funcionamento dos hospitais, mas sobretudo o que está em causa parecem ser questões de racionalidade económica ditadas por medidas de contenção de custos, como aliás reconhecem alguns enfermeiros:

“(...) há dois anos havia muitos serviços com muito desperdício, porque havia serviços em que quase que os doentes eram muito poucos em relação a outros. Então juntaram as cirurgias porque não havia necessidade de haver tanta cirurgia quando o problema se podia resolver juntando, até para os recursos materiais e no fundo era muito dinheiro que se ia poupar. Então juntámos, houve reestruturação, juntaram-se as medicinas e juntaram-se as cirurgias, nós sabemos que as medicinas estão num piso e as cirurgias estão noutra sala”. (Ent. 68 F)

“Agora o que se pretende no futuro é, neste momento há três chefes na ortopedia, é que fique só um de forma a que tudo trabalhe da mesma forma, as ordens não se dispersem e também pelo aspecto económico”. (Ent. 33 C)

Se situarmos a análise no plano das tentativas estabelecimento de uma integração simbiótica entre as estruturas organizacionais e os sistemas de gestão, podemos considerar que a departamentalização representa também a possibilidade de criação de níveis intermédios de gestão com o objectivo de autonomizar e flexibilizar as unidades internas. A influência das mudanças propostas, neste âmbito, aquando da alteração do estatuto jurídico dos hospitais, traduziu-se, num caso específico, numa tentativa de criação de um nível intermédio de gestão:

“Fizeram um projecto para os departamentos que estavam a chefiar e também era um dos objectivos destes SA alterar a estrutura organizacional do hospital e que passaria também pela criação de departamentos com maior autonomia e maior responsabilidade também. E eles apresentaram um projecto de criação de um departamento de emergência que juntava a urgência e juntava os cuidados intensivos e também a urgência externa, os INEM’s (...)” (Ent. 43 E).

e, noutra caso, na concretização dessa tentativa:

“O hospital antes estava dividido por estruturas funcionais que eram os serviços. (...) Nós tivemos necessidade de criar uma estrutura intermédia que criamos através dos Conselhos de Gestão. Como é que eles são criados? São criados tendo em conta a tipologia dos doentes. Criaram-se os departamentos: temos o departamento de medicina, onde temos as medicinas, as doenças são idênticas, a forma de funcionar é idêntica, temos a nefrologia, temos a cardiologia, temos o departamento de urologia, temos a pediatria, os cuidados intensivos”. (Ent. 1A)

Mas, a criação destes níveis intermédios nas estruturas organizacionais dos hospitais também permite o seu ‘povoamento’ com gestores e, concomitantemente, o aumento do controlo de gestão sobre os profissionais. Parece-nos, aliás, que foi a avaliação e a contestação desta possibilidade, por parte dos profissionais, que impediu a sua criação num dos hospitais, e que, no caso de outro hospital onde tal foi conseguido, explica o clima geral de insatisfação vivido pelos profissionais:

“Nós estamos agora divididos em departamentos, eu acho que isso deveria contentar as pessoas, essa metodologia, mas não se vê isso”. (Ent. 6A)

O que esta análise revela é que as alterações nas estruturas organizacionais não foram, como seria de esperar, homogéneas em todos os hospitais onde os nossos entrevistados exercem a sua actividade profissional. A tabela que se apresenta a seguir sintetiza as principais alterações identificadas nas diferentes instituições hospitalares pelos nossos entrevistados.

Quadro nº 8
Alterações nas estruturas organizacionais dos hospitais

Alterações	Hospitais	Empresarializados					Autónomos				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Ausência de alterações Nas estruturas						X	X	X	X	
Diferenciação Horizontal	Agrupamento de unidades diferenciadas	X	X		X						
	Aumento da tecnoestrutura e apoio logístico			X							X
Diferenciação Vertical	Tentativa de criar níveis intermédios de gestão					X					
	Criação de níveis intermédios de gestão	X									

As mudanças nas estruturas organizacionais formais dos hospitais a que pertencem os profissionais da nossa amostra podem ser agrupadas em dois grandes tipos. Num primeiro tipo englobam-se as alterações respeitantes aos processos de diferenciação horizontal, nos quais podem ser incluídos: o agrupamento de unidades diferenciadas e o aumento da tecnoestrutura e do apoio logístico. Num segundo tipo, estão representadas mudanças que configuram alterações ao nível da diferenciação vertical, tais como as tentativas de criar, e a criação efectiva, de níveis intermédios de gestão. Estas alterações configuram um crescente afastamento do tipo ideal da burocracia profissional.

Os casos em que se verifica a introdução de um nível intermédio na estrutura organizacional (caracterizado por possuir uma forte componente de gestão) correspondem quase sempre aos fenómenos mais evidentes de afastamento da configuração estrutural da burocracia profissional, tal como é definida por Mintzberg (1996). Observa-se, nestes casos, uma tendência para o alongamento vertical das estruturas, que passam a estar dotadas de uma nova rede escalar e piramidal de autoridade. A cadeia de controlo torna-se mais extensa porque aumentam os níveis hierárquicos, o que também torna as comunicações mais morosas e distorcidas e influencia a

percepção dos actores sobre a ausência ou falha de comunicação entre os CA e os profissionais, como constatámos anteriormente.

Esta mudança de configuração estrutural emerge como um factor importante da desconstrução da burocracia profissional, já que, segundo Mintzberg (1996), uma das suas principais características é, precisamente, a possibilidade das unidades operacionais assumirem grandes dimensões e não necessitarem de estruturas e de pessoal intermédio. Recorde-se que, segundo o autor, a burocracia profissional, típica das organizações de saúde e do ensino superior, caracteriza-se pela predominância do centro operacional, em detrimento do centro estratégico (gestão de topo), uma reduzida linha hierárquica e uma igualmente reduzida tecnoestrutura, mas com extenso apoio logístico.

O quadro anterior permite-nos constatar que o afastamento da configuração da burocracia profissional é mais notório nos hospitais empresarializados, não se tendo verificado grandes alterações nas estruturas hospitalares dos hospitais autónomos. Contudo, torna-se necessário introduzir, no primeiro grupo, uma distinção entre os hospitais que já tinham sido sujeitos a alterações na sua forma jurídica e os que foram excluídos do estatuto jurídico público. Enquanto nos primeiros o afastamento do tipo ideal da burocracia profissional decorre principalmente do aumento da tecnoestrutura e do apoio logístico, são precisamente os hospitais que mais recentemente se tornaram empresarializados os que procuram promover, ou que efectivamente concretizaram, o funcionamento de níveis intermédios de gestão.

Por último, torna-se importante sublinhar que é também nestes últimos que se constata uma maior homogeneidade de posições de contestação dessas mesmas mudanças (com casos graves de *stress* e exaustão individual e de conflitos inter-profissionais).

Em síntese, podemos então fechar a conclusão da análise deste tema sublinhando que é possível observar mudanças nas estruturas organizacionais dos hospitais, com relevância particular nos empresarializados, que configuram um afastamento da estrutura característica da burocracia profissional e uma crescente proximidade a modelos de organização mais próximos da gestão privada.

A análise e discussão dos dados referentes a esta categoria – estruturas e processos – suscita-nos algumas reflexões importantes quanto ao impacto da implementação das reformas organizacionais introduzidas no sistema de saúde em Portugal. Antes de mais, é importante realçar que a mudança não se processa de igual forma, não seguindo a mesma direcção, em todas as unidades hospitalares. Ao nível da gestão de topo e dos papéis que os profissionais de enfermagem aí desenvolvem constata-se a existência de diferentes modalidades de aproximação aos objectivos de racionalidade económica presentes nas políticas de saúde e na acção dos CA. Por outro lado, constata-se ainda uma perda de poder dos enfermeiros directores que passam a estar confinados a

tomar decisões respeitantes apenas à sua esfera profissional, e mesmo estas são sujeitas a escrutínio baseado em critérios quantitativos de gestão. Ao contrário do que seria de esperar, em função das características que definem a NGP, nem a descentralização e autonomia das unidades, nem a diminuição dos procedimentos burocráticos e funcionais são observáveis na prática (de acordo com as informações contidas no discurso dos actores entrevistados). Em parte, estes resultados não são surpreendentes e, em certa medida, são previsíveis porque na realidade persistem as pressões normalizadoras do Estado para a contenção de custos e a eficiência, as quais se exercem, particularmente, através da criação de estruturas intermédias de controlo e regulação. É a criação destas estruturas, bem como a implementação de uma descentralização mínima, centrada apenas no nível da execução, que ditam a coexistência de elementos de flexibilização e coercividade no interior das organizações, e a manutenção, se não mesmo o aumento, dos procedimentos burocráticos e funcionais. Todos estes aspectos, interligados com as mudanças nas configurações organizacionais, no sentido do afastamento da burocracia profissional e do aumento das componentes de gestão, expressam uma quebra nas relações tradicionais entre a burocracia e o poder profissional e alterações no controlo dos profissionais.

2 Retórica

Como salienta Reed (2002), a NGP, ao basear-se na ideologia do *managerialismo*, procura promover não só uma reengenharia dos processos (através da alteração dos modos de trabalho), mas, também, uma reengenharia cultural, que se expressa na existência de uma nova matriz de símbolos e valores e de um novo léxico de terminologias, através dos quais se espera que os novos procedimentos administrativos e institucionais e as novas práticas organizacionais venham a ser aceites como norma. O autor considera, assim, que o *managerialismo*, para além de um programa de reforma organizacional e de uma tecnologia de controlo do trabalho, pode também ser considerado como uma meta-narrativa da mudança estratégica.

Quando nos referimos à retórica (como tivemos oportunidade de explicitar no primeiro capítulo), pretendemos dar conta de um conjunto de axiomas que constituem a base da linguagem que estrutura o pensamento da nova gestão nos serviços públicos. Enquanto expressão do pensamento, a retórica baseia-se num conjunto de representações que toma como certas e verdadeiras, apesar de não ter tido, até ao momento, capacidade (ou vontade) de as comprovar empiricamente (Hood, 1998; Pollitt, 2001). Do mesmo modo que Swales e Rogers, partimos do princípio que entre os sinais tangíveis de mudança existe um que é fundamental: a mudança de linguagem, uma vez que é através desta que “o significado é criado e a acção se torna possível” (1995, p. 224).

O que pretendemos, ao longo desta análise, é perceber até que ponto a linguagem da gestão é incorporada no discurso dos profissionais que participam no nosso estudo. Importa realçar, todavia, que ao concluirmos sobre a influência do *managerialismo* no discurso dos enfermeiros, temos de assumir algumas cautelas para não confundir a simples apropriação da linguagem com situações de concordância em relação aos novos estilos de gestão ou com as medidas de reestruturação impostas no sector da saúde. Como afirma Michael Traynor: “A linguagem está de tal forma disponível para os gestores dos serviços de saúde que estes pouco mais podem fazer do que adoptá-la” (Traynor, 1999, p.16).

Para discutirmos sobre a possibilidade da linguagem utilizada pelos enfermeiros com funções de gestão poder traduzir uma nova forma de perspectivar as organizações em que actuam, apoiamo-nos na análise de quatro temas cuja construção resulta, mais uma vez, da interacção entre o quadro teórico e o material empírico, a saber: *ethos* empresarial, paciente legitimador de mudanças, prestação de contas e ainda eficiência e qualidade.

2.1 Ethos Empresarial

Um importante aspecto extraído da análise das entrevistas parece poder ser conectado com a intromissão nas concepções dos profissionais, e, correlativamente, na sua prática discursiva, de noções ligadas à racionalidade económica, aos constrangimentos financeiros e à quantificação. De facto, é possível detectar nestas práticas, a diferentes níveis, alguma superioridade das narrativas sobre a racionalidade económica que emergem como um valor organizacional de referência. Tal é visível, por exemplo, na descrição dos objectivos da organização em redor de dois eixos principais – aumentar a produtividade e reduzir os custos.

“Nós podemos dizer ao final deste ano que tratamos mais doentes fizemos mais cirurgias e conseguimos reduzir os custos então sempre é possível!” (Ent. 1A)

Pelas palavras do mesmo entrevistado podemos perceber a forma como esta lógica é imposta de cima para baixo:

“Começamos a dizer às pessoas: vocês têm de trabalhar mais, têm de fazer mais, têm de gastar menos, têm de produzir mais”. (Ent. 1 A)

E se traduz numa pressão para os resultados que é consciencializada pelos profissionais:

“Agora estamos a ser pressionados por causa da demora média, os doentes não podem estar tanto tempo porque não sei o quê e, nesse sentido, estamos a sentir um bocadinho mais de pressão”. (Ent. 58 G)

“Quer dizer estamos sempre a ouvir que temos de reduzir custos, reduzir aquilo e aqueloutro, mas depois de ser tudo explicado com muita calma, muitas conversas em grupos as pessoas vão compreendendo”. (Ent. 13 A)

Esta lógica de imposição dos princípios de racionalidade económica, a partir do topo, reflecte-se, também, inevitavelmente, no discurso dos actores ao nível da própria descrição dos objectivos das diferentes unidades operacionais:

“Como lhe disse nós somos um departamento de cirurgia e os objectivos têm, sobretudo que ver com o número de cirurgias a fazer, o número de consultas primeiras e segundas, baixa da demora média, a subida da taxa de ocupação. É o mesmo de sempre. Isto não tem nada de diferente em relação ao que era dantes. A única coisa que tem de diferente é os números, antes já se defendia isto, só que pretendia-se com a preocupação de atender bem o utente em primeiro lugar e hoje em dia tem-se como primeira preocupação o lucro”. (Ent. 9A).

“(...) claro que os SA é mais redução de custos e aumento da produtividade, aumento das cirurgias mas isto só mesmo quem não souber como é que se vai aumentar as cirurgias sem diminuir os custos? (...) É evidente que desde que nos tornámos SA é operar e depois estar o mínimo tempo no hospital e depois vai para casa e às vezes ainda nem está em condições porque isto tem custos.” (Ent. 13 A)

A hegemonia deste pensamento, baseado na retórica sobre os princípios de racionalidade económica, pode estender-se a outros campos, em particular ao trabalho de enfermagem:

“Feito dessa forma que ganhos é que trás? No fundo é a obtenção de resultados em saúde por via dos cuidados de enfermagem é de uma forma geral e global é essa, agora de facto não direi que isso depois não possa ser utilizado se for o caso disso para a questão da distribuição de incentivos”. (Ent. 55 I)

Esta primeira análise pode-nos induzir o raciocínio de que há uma nova forma de ‘olhar’ as organizações hospitalares que se torna hegemónica e que resulta da adopção de um ‘*ethos* empresarial’, por oposição àquilo que seria um ‘*ethos* de serviço público’ anteriormente dominante. No entanto, é importante salientar diferentes posturas dos nossos entrevistados em relação a esta questão.

Se é possível, de facto, identificar um grupo de profissionais que utiliza esta linguagem da gestão com visível entusiasmo, procurando não só descrever a forma de funcionar da organização, como também a sua própria profissão, e as actividades que lhe são inerentes, existe, todavia, outro grupo com posições diversas. O primeiro refere-se, principalmente, aos profissionais que ocupam funções de gestão de topo em organizações hospitalares empresarializadas. Mas, também a este nível, outros actores assumem uma postura que podemos designar de defesa do serviço público, em que a legitimidade da lógica da quantificação é contestada pelas tensões que provoca em relação às questões éticas e de valores humanos – contraponto entre a saúde e o lucro (o que, aliás, surge como um tema dominante ao longo das entrevistas):

“Com alguma desconfiança porque na nossa formação sempre nos disseram que a saúde era essencialmente um bem público e que seria o Estado a ter essa responsabilidade. Mas quando surgiu essa legislação gerou-se alguma desconfiança na medida em que nós sabemos que a gestão privada quer lucro e a saúde não dá lucro, logo alguém tinha de ser sacrificado”. (Ent. 43E)

Embora não assumindo, explicitamente, esta postura de ‘defesa do serviço público’, alguns actores manifestam posições nas quais surgem em evidência as tensões existentes entre os dois tipos de discurso – retórica *managerialista* e de serviço público – mostrando, em particular, uma certa preocupação, por um lado, de que o seu trabalho e a profissão possam ser legitimados com base em critérios quantificáveis e, por outro, com as consequências que podem advir da ênfase na racionalidade económica para o futuro das instituições públicas de saúde:

“ (...) as pessoas têm que ter lucros, isto é como se fosse uma empresa, e acho que pode haver um retrocesso se olharem demasiado para números, e não olharem para a qualidade dos cuidados que se prestam (...)” (Ent.48 E)

“Porque provavelmente as pessoas que vão entrando na saúde vão querer ter lucros muito rapidamente e corremos o risco de eventualmente em vez de termos ganhos em saúde vamos ter (...) lucros na saúde que provavelmente não vão ser distribuídos de forma equitativa para os cidadãos”. (Ent. 54 H)

“E eu acho que as pessoas têm que, realmente, conhecer o Serviço. Têm que conhecer muito bem em que é que estão a trabalhar porque não é só gerir. Não estamos a gerir papéis nem uma empresa ...estamos a gerir vidas humanas, estamos a gerir pessoas e a sua saúde que é o mais importante. E isso tem que, realmente, ter um peso muito grande na gestão”. (Ent. 11 A)

Curiosamente este conjunto de posições é manifestado por profissionais que desenvolvem as suas actividades em unidades hospitalares cuja identificação dos objectivos dos CA com critérios económicos é elevada ou moderada, como vimos anteriormente. Estas posições constituem um indício de que, muito provavelmente, os profissionais de enfermagem entrevistados ainda não foram verdadeiramente ‘colonizados’ pela linguagem da gestão.

De facto, o que parece estar subjacente ao discurso destes actores é a preocupação com a valorização crescente, por parte da organização, dos objectivos e valores característicos da gestão privada, que percebem não só como opostos, mas até mesmo como incompatíveis com os que habitualmente caracterizam as instituições públicas. O desapontamento expresso com esta possibilidade de mudança, e a preocupação manifesta com as implicações futuras desta orientação, foi igualmente detectado por Christopher Pollitt e pelos seus colegas, num estudo sobre o impacto inicial das reformas de gestão no sector público de saúde inglês (Pollitt et al., 1991).

Eleger a racionalidade económica como um valor estruturante do modo de actuação das organizações hospitalares, coloca a quantificação no centro dos processos de gestão e, em última instância, torna a linguagem que lhe está ligada como a única legitimada pela organização, porque racional, neutra e isenta de subjectividade.

A consciência desta realidade leva a que alguns dos entrevistados a utilizem como estratégia consciente para atingir os objectivos profissionais. Retirar a subjectividade profissional ao discurso e conferir-lhe a autoridade da quantificação constitui a única forma de legitimar os argumentos profissionais:

“Já temos os dados de 2004 e eu tive ontem uma reunião com a Sr.^a enfermeira directora e disse-lhe como a minha taxa de ocupação e produtividade é de 95%, eu estive a negociar com ela a admissão de novos enfermeiros no serviço”. (Ent. 22 B)

No entanto, nem sempre esta estratégia promove os resultados esperados:

“O que é que eu estou aqui a fazer? Eu tento, faço os meus relatórios, faço...é isto que eu quero, é isto que o serviço precisa, está justificado por a mais b que tem que ser assim e depois: “Ah, sim, sim, está tudo muito bem” mas as coisas ficam na mesma. O que é que eu estou aqui a fazer, de facto? E a equipa pergunta: “Então, temos um chefe e o que é que o chefe faz?” Isto é um bocado frustrante.” (Ent. 17 B)

A forma como a linguagem da “gestão científica” passa a ser interpretada como dominante e única legítima, no contexto das instituições de saúde, parece decorrer, essencialmente, de factores exógenos. Se é verdade que as alterações, ao nível estrutural, permitiram o recrutamento de mais profissionais de gestão, o que, inevitavelmente, facilita a imposição de uma linguagem que lhes é familiar, não podemos esquecer que, em última instância, estas alterações foram induzidas pelas reformas impostas do exterior.

Como exemplo desta nova realidade, não podemos deixar de sublinhar o caso de um dos hospitais (autónomos) em que as estruturas organizacionais se mantêm, mas são criados novos cargos cuja designação atesta este crescente domínio da linguagem da gestão⁵³:

“Eu criei aqui uma lógica de gestores de projecto e de assessores para certas áreas e continuo a ter pessoas que são responsáveis por certas áreas tenho por exemplo o gestor da administração do desempenho, o gestor do manual da qualidade, que por sinal começou numa das nossas reuniões de reflexão num hotel em (...) que se faz anualmente”. (Ent.54H)

As alterações nas formas de regulação e controlo do Estado parecem, mais uma vez, constituir o principal indutor do domínio de uma linguagem de gestão. Na verdade, o tipo de contrato desenvolvido entre o Estado e as instituições de saúde, baseado em critérios ‘objectivos’ ‘claros’ e ‘quantificáveis’, obriga a que estas adoptem este tipo de linguagem, sob pena de se desqualificarem na esfera da gestão financeira. Eis um exemplo elucidativo da assunção dessa linguagem externa extraído de uma das entrevistas:

“(…) Porque na prática eles dizem-nos o que é que nos compram e depois aí há as questões habituais que nós nos continuamos a questionar. Ou nos vêm comprar o que nós podemos produzir e nós produzimos com os utentes do SNS caso globalizem. Um exemplo, nós temos um hospital de dia médico onde este ano devemos fazer à volta de 12 mil tratamentos, compraram-nos 7 mil e qualquer coisa e depois temos aqueles 10% que nos são pagos a 50% porque os custos fixos já estão abatidos, digamos que no máximo nos estão a comprar 8 mil, não chega lá. Dos 8 mil aos 12 o hospital ou trata a custo zero, porque ninguém nos vai pagar ou decide que não trata mais doentes. A decisão foi tratar os 4 mil doentes que são os utentes do SNS. Outro exemplo, a medicina física e de

⁵³ Não podemos, contudo, atestar o nível em que esta mudança se consubstancia numa alteração efectiva de papéis.

reabilitação não é uma linha de produção considerada como financiável ou pagável e nós tínhamos 60 mil tratamentos e ninguém nos paga”. (Ent. 4 D)

Esta forma de pensar a instituição, num registo meramente financeiro, como condição prévia da prestação dos serviços de saúde, parece-nos poder colocar em causa um dos valores essenciais do SNS: a equidade de acesso. Diferentes actores entrevistados identificaram este tipo de pensamento de forma crítica, contrapondo à retórica da gestão – gestão *hard* – a lógica da protecção do paciente, da democratização do acesso aos cuidados e do serviço público:

“Acho que a saúde é para os doentes, é para aqueles que precisam delas, nessa perspectiva eu julgo que os SA podem ser maus porque os SA têm uma perspectiva de lucro e a gente sabe quem mais precisa não dá lucro. Os doentes que mais precisam, os que mais utilizam o hospital e as patologias que dão mais prejuízo não vão ser queridos pelas SA, nessa perspectiva vejo mal as SA. (...) Por isso eu não vejo mal, o que eu acho é que, e tem de ser o Estado, ou tem de haver hospitais que tratem os que não dão lucro e tenho medo que vão ter de entrar nas misericórdias, os hospitais dos mais pobres”. (Ent. 66 F).

O resultado imediato da hegemonia da linguagem de gestão traduz-se na inevitável exigência da medição. Como afirma Michael Traynor: “(...) a medição tornou-se o símbolo da objectividade, de uma procura metafísica do original, da confiança, do real” (1996, p.326). Este imperativo da medição faz surgir um conjunto diverso de indicadores que constituem a tradução prática da hegemonia da quantificação: tudo tem de ser transformado em números, sob pena de perder visibilidade e legitimidade em termos organizacionais. A informação numérica é apresentada como neutra e superior a qualquer outro tipo de aferição ou de avaliação. Não raras vezes surge como uma ‘vantagem’ em relação a outras instituições, ou à forma anterior de funcionar da organização, onde o desconhecimento e o empirismo abundavam:

“Em termos práticos, no terreno aquilo que se fez sentir foi a falta de organização dos serviços entre os diferentes grupos profissionais, isto é, a falta de articulação entre a equipa médica, a equipa de auxiliares, os diferentes actores e os diferentes serviços e a falta de indicadores com que os serviços estavam dotados. A tudo, a quase tudo. Se perguntar assim quantos auxiliares existem no serviço, quantos médicos? E se perguntar pelos diferentes recursos materiais, não sabia sequer quanto é que se gastava em média por ano”. (Ent. 1 A)

“Ver os números (...) é importante para haver uma aferição do bom caminho, enquanto nos hospitais do Estado... (...) era tudo um bocado empírico, era um bocado feito em cima do joelho”. (Ent. 35 D)

Ainda Michael Traynor (1996, 1999) alerta que o propósito da eleição da autoridade dos números no contexto das instituições de saúde é duplo: proceder à negação do comportamento político (conseguiu-se algo porque se demonstrou que era necessário numericamente e não porque se exerceu determinada influência) e, simultaneamente, sustentar a neutralidade técnica das decisões de gestão (é decidido assim porque está provado ‘matematicamente’).

A consequência imediata desta autoridade numérica, em termos organizacionais, parece ser a desconstrução da unidade da organização burocrática, com os serviços e actividades (e

consequentemente as profissões), mais facilmente traduzíveis em indicadores numéricos, a serem valorizados por oposição aos restantes:

“Não sei muito bem o que é que pensam fazer dos doentes distingui-los através de cores não sei, assim como com os enfermeiros ou com o pessoal em geral, porque eu sei por exemplo que a cirurgia. A cirurgia nunca tem dificuldades porque têm um bônus acrescido sobre a rentabilidade do serviço, eles sabem estar portanto não têm problemas; enquanto eu tenho um problema com o meu pessoal, eles fazem a comparação e queixam-se” (Ent. 37 D).

É neste contexto que nos parece surgir, ao longo das entrevistas, uma certa tensão entre um discurso organizacionalmente dominante da quantificação e a ‘arte’ do trabalho de enfermagem, impossível de quantificar. As tomadas de posição entre estes dois mundos resultam numa certa ambiguidade que é evidente em alguns discursos:

“A enfermeira ainda é um custo porque ainda não se consegue avaliar os ganhos, o que o trabalho do enfermeiro promove em ganhos de saúde para a população e isto, mais uma vez, é por falta de indicadores, é a máquina que tem de afinar, é o tempo se encarregará e este penso, eu para mim, que é o caminho que se deve seguir (...)” (Ent. 1 A).

“E por isso é que nós temos a necessidade de termos alguns indicadores com uma malha mais fina, isto para dizer que temos que ter indicadores mais fiáveis que traduzam os ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem”. (Ent. 54 H)

Se, por um lado, a ênfase da quantificação se apresenta como uma possibilidade de tornar o trabalho de enfermagem mais visível, por outro, existe uma clara apreensão quanto à capacidade de traduzir a completa amplitude da acção dos enfermeiros em indicadores numéricos. A medida em que isto traduz uma mudança na forma como se percebe a profissão é difícil de determinar, mas a ideia de que “é preciso cuidar os doentes com cuidado mas também é preciso produzir” (Ent. 18 B) parece traduzir a consciencialização da necessidade de incorporar novas preocupações no trabalho profissional, induzidas por uma nova lógica de funcionamento organizacional. Como argumenta Hewison: “(...) para as enfermeiras utilizar a linguagem do *managerialismo* pode ajudá-las a fazer com que a sua voz seja ouvida no processo político” (Hewison, 1999, p. 1383).

As conclusões que podemos retirar da análise deste tema não são obviamente lineares nem unívocas. É certo que é possível observar tentativas externas de imposição e de promoção da interiorização de uma nova linguagem no contexto das organizações hospitalares, a qual, apresentando-se numa grande proximidade em relação ao *ethos* empresarial, procura induzir decisões, acções e comportamentos que incorporem os critérios de gestão para além dos critérios profissionais. Mas, o resultado da nossa análise torna visível, todavia, que os profissionais, regra geral, não estão ainda ‘colonizados’ por esta nova linguagem e, mais do que isso, sentem também alguma tensão e conflito entre duas linguagens que percebem como expressando dois sistemas

simbólicos distintos e antagónicos. Assumem, de forma mais ou menos explícita, a defesa da saúde como um bem público, argumentando que esta não se pode constituir como um bem comercializável e objecto de lucro, remetendo, nesta lógica, a responsabilidade para o Estado em assegurar a sua prestação. A assunção desta perspectiva pode ser interpretada, tal como Hunter (1996) sugeriu, como uma reacção contra a erosão da autonomia profissional que sustenta o processo de proletarização e desprofissionalização. Neste sentido, também Sharon Bolton (2004a, 2005a,b) realçou na sua análise sobre os papéis das enfermeiras seniores no SNS inglês, a forma como estas aderiram entusiasticamente a alguns aspectos dos papéis de gestão, mas sublinha, também, que continuaram desconfiadas e distanciadas das filosofias de gestão mais *hard*, sobretudo quando estas filosofias enfatizam a importância da actividade empreendedora que se confronta com valores de serviço público de saúde ainda dominantes nos profissionais.

2.2 *Paciente Legitimador de Mudanças*

Um dos principais indicadores da extensão da adopção da linguagem da gestão pelos profissionais relaciona-se com a forma como o utilizador dos serviços de saúde é percebido. É importante lembrar, como se viu na nossa discussão teórica, que, ao tentar legitimar-se como o paradigma de substituição da administração pública tradicional, a NGP propõe, numa perspectiva dicotómica, a substituição da figura do utente pela do cliente/consumidor. Esta substituição não expressa apenas uma mudança de linguagem, mas antes uma alteração mais radical na percepção do papel do cliente/consumidor na organização. Com base no argumento de que o desenvolvimento dos serviços públicos se efectuou de ‘costas voltadas’ para o cidadão e para as suas necessidades, em favor da manutenção do estatuto dos profissionais (Ackroyd, 1995), a NGP advoga a necessidade das organizações públicas elegerem o cliente/consumidor como o centro da sua actividade (Hughes, 2003).

Nas nossas entrevistas ressaltam poucas evidências de que a noção de cliente/consumidor se enquadre na lógica de domínio da racionalidade económica. Raras vezes surge, de forma clara e explícita, a referência à satisfação do cliente/consumidor como um dos objectivos organizacionais. Há, no entanto, excepções que não podemos deixar de registar:

“Um (dos objectivos) é esse, combater o desperdício, rentabilizar os recursos e o fundamental é satisfazer ao máximo o cliente”. (Ent. 27 C)

Na maioria dos casos, o que se observa é a utilização de metáforas que associam a imagem do paciente ao consumidor de qualquer outro serviço no âmbito da gestão privada:

“ (...) quando eu vou a um restaurante sei se o empregado foi simpático comigo ou não, o mesmo acontece com uma utente quando sai daqui sabe dizer se a equipa foi simpática com ela ou não foi, quer pelo serviço que lhe foi prestado, quer pela qualidade”. (Ent. 36 D)

Nas entrevistas realizadas, é possível perceber que o argumento do ‘clientocentrismo’, defendido pela NGP, se traduz, sobretudo, em termos práticos, numa nova forma de controlo sobre os profissionais nas instituições públicas de saúde. Ao contrário do que acontecia tradicionalmente, o controlo deixa de ser exercido primordialmente pelos pares e passa a sê-lo pelas exigências dos consumidores (du Gay & Salaman, 1996; Bolton, 2002):

“(...) tem a ver com a satisfação dos doentes que recorrem ao serviço. Temos um serviço de relações públicas, no hospital, que telefona a todos os doentes que estiveram internados no hospital e que mensalmente, através da nossa intranet nos dá a grelha da satisfação com aquelas reclamações espontâneas das pessoas que nos permitem alterar coisas”. (Ent. 4 D)

“Nós fazemos questionários de satisfação aos doentes de seis em seis meses e os resultados são óptimos sobretudo para os enfermeiros”. (Ent. 64 G)

Este discurso mostra, precisamente, a forma como as técnicas da gestão privada (inquérito por questionário ao consumidor) são utilizadas para legitimar o propósito da NGP de conhecer as necessidades dos pacientes e de as tentar sobrepôr ao julgamento dos profissionais. As modalidades quantitativas de apreender o consumidor contrastam com o desenvolvimento do conhecimento informal e qualitativo sobre o paciente que constitui a base do profissionalismo (Clarke & Newman, 1997).

Alguns dos profissionais entrevistados pareceram ter alguma consciência desta realidade quando apresentam, de forma dicotómica, os benefícios das mudanças para profissionais e pacientes:

“É uma questão de sensibilidade e é uma questão de ir ao encontro daquilo que os nossos utentes esperariam. Portanto juntando isto tudo, produz uma mudança que é uma mais-valia para quem a recebe, se bem que muitas vezes quem se sujeita a ela ou seja, do lado dos profissionais, pode não ser tão atractiva”. (Ent. 8 A)

A mudança em torno da revisão da noção de paciente é particularmente significativa para os profissionais da enfermagem. A importância que sempre foi dada ao outro e a forma como a profissão se foi estruturando em redor da interacção com os pacientes, faz com que essa mudança se apresente como positiva aos olhos dos profissionais. No entanto, como tivemos oportunidade de referir antes, os estudos realizados neste âmbito demonstram que, mais do que salientar competências funcionais, a adopção da NGP induz a adopção de competências instrumentais, ou seja, procuram-se induzir determinados comportamentos nos profissionais com o claro objectivo de promover atitudes nos pacientes enquanto consumidores (Dent, 2002; Bolton, 2002). Alguns dos nossos entrevistados negam essa possibilidade;

“Não, fazem os cuidados que têm que fazer e têm noção de que devem fazer dessa forma, sem pensar na possibilidade de telefonicamente elas dizerem que gostaram mais deste ou daquele, ou que não gostaram de nenhum, eu penso que não. O grupo que eu tenho não demonstra esse tipo de preocupação, não vejo o meu pessoal a fazer as coisas para agradar para a entrevista.” (Ent. 36 D),

em outros, detecta-se, ao longo das entrevistas, a assunção de posições que acentuam a importância ‘instrumental’ da interacção com o paciente no comportamento profissional, embora mais com o propósito de preservar a imagem da organização do que obedecer a uma lógica estritamente relacionada com objectivos terapêuticos ou de afirmação da profissão:

“As exigências sempre constantes, de que nos estão sempre a lembrar de que devemos receber com boa disposição, com disponibilidade, com alegria, ter um bom relacionamento com o utente para que ele se sinta bem. (...) Portanto, se eu detecto isso, eles também detectam de certeza. E depois nos serviços também têm de haver mudanças, mesmo quando as pessoas são um bocadinho mais temperamentais têm de moderar, porque o doente pode achar que é uma agressividade e não podemos deixar transparecer estas coisas”. (Ent. 10 A)

Tal como este discurso sugere, também o trabalho emocional pode ser colocado ao serviço da lógica da organização, aqui perspectivada na mesma linha da leitura que Sharon Bolton (2003, 2005a) faz deste fenómeno, argumentando a autora que a instrumentalização das emoções é uma das consequências negativas advinda da introdução da NGP no trabalho de enfermagem. O carácter de ‘esforço’ subjacente a esta noção de trabalho emocional é-nos claramente expresso por uma das entrevistadas:

“No entanto penso que isso tem melhorado bastante e tenho que elogiar o grupo de enfermeiros que nós cá temos, porque eles fazem um esforço, digamos para além das capacidades deles para manterem um bom relacionamento e um bom atendimento ao público”. (Ent. 5 E)

O recurso ao argumento sobre a necessidade de orientar os serviços para os pacientes, e para a definição e concretização das suas necessidades, pode ser, assim, utilizado de forma instrumental para permitir a consolidação da lógica da racionalidade económica e da quantificação na condução das instituições de saúde. A cultura da orientação para o consumidor traduz-se, claramente numa forma de aumentar o controlo de gestão sobre os profissionais (Bolton, 2002; du Gay & Salaman, 1996; Reed, 2002). É com base nesta retórica que também se legitima a introdução de práticas de gestão privada e de constrangimentos nos processos de trabalho dos profissionais. Da análise das entrevistas, é possível extrair um conjunto de situações referenciadas pelos actores que indiciam que a noção de ‘necessidades de orientação para o cliente/consumidor’ é utilizada como forma de justificar, entre outros:

i) a ligação da avaliação de desempenho à remuneração,

“Depois a grande vantagem é premiar o desempenho de cada um e eu penso que daí os incentivos que eu quero pôr em prática e que vão ser extremamente problemáticos. (...) Desde que os profissionais de saúde sejam premiados pelo seu desempenho, eu penso que já é uma grande mudança na saúde”. (Ent. 2 B)

ii) a diminuição do tempo de permanência no hospital,

“Portanto, nós tínhamos miúdos, crianças que eram internadas mais de um dia, ou seja mais de 24 horas, por vezes por coisas muito simples que se fazem em duas, três horas, só

que como não tínhamos hospital de dia, tínhamos de fazer o internamento de um dia. O internamento tinha de ser de um dia e isso levava-nos a ter crianças desnecessariamente a desumanizar um bocado o atendimento. Com este processo da criação do hospital de dia nós vamos poder fazer coisas muito mais rapidamente, há situações que três, quatro horas podem-se resolver e o doente vai para casa, não vai ficar o dia inteiro ou dois dias, portanto isso vai rentabilizar o serviço, vai também melhorar a humanização dos cuidados”. (Ent. 42 E)

iii) o aumento da produtividade.

“Era, eu venho para cá, cumpro o meu horário, cumpro e tal e trabalhar mais em função das necessidades do outro, portanto, nós temos listas de espera, temos doentes que querem entrar e que não podem entrar. Perceber que deve haver qualidade no atendimento e qualidade não significa apenas boa qualidade no atendimento mas também boa qualidade no atendimento e na prestação de cuidados. Acho que os profissionais da saúde, e alguns ainda não o perceberam, precisavam de levar esse tipo de abanão, isto é, nós estamos aqui em função de A e não em função de vocês e é preciso trabalhar. É preciso render tendo em conta as nossas necessidades individuais, como é evidente, teremos de ter isso em conta mas também é preciso ter em conta as necessidades dos outros.” (Ent. 7 A)

Devemos salientar, contudo, que estes argumentos nem sempre são aceites como legítimos, sem qualquer escrutínio crítico por parte dos profissionais. Na realidade, manifesta-se mesmo algum cepticismo (dos profissionais) quanto às externalidades destes gestos retóricos da gestão, que procuram ocultar o propósito real de domínio da racionalidade económica na gestão dos processos de cuidar:

Tenho medo, continuo a ter um certo receio (...) de alguns serviços, não sei se, de facto, houve vantagens na privatização e neste modelo de gestão. (...) Eu penso que...portanto não houve vantagens em relação ao utente, para o utente... o hospital tem que, pronto, rentabilizar as camas, inclusivamente. E, se calhar, um doente que antigamente, um tempo que ficava era três, quatro dias a...a recuperar, se calhar agora, ao fim de 24 horas, vai embora. (...) o objectivo é não internar a criança... Antigamente nós tínhamos sempre o Serviço cheio. As camas não chegavam e, por exemplo, uma criança a fazer antibiótico ficava até terminar. Agora não; segundo, terceiro dia está bem, vai para casa. Às vezes, pronto, volta passado um ou dois dias mas pronto...são aquelas coisas, não é? (Ent. 17 B)

“De que um doente que seja um bocadinho mais dispendioso deverá ser transferido para outro serviço, ou para outro hospital, a realidade é que às vezes isso acontece, e eu ponho uma série de reservas em relação propriamente ao cuidar do doente”. (Ent. 62 G)

Este tipo de discurso parece expressar o sentir destes enfermeiros na manifestação de uma preocupação legítima com a melhoria das condições de prestação de serviços de saúde ao paciente, baseando-se na imagem em que a administração hospitalar tradicional emoldura estas condições:

“A enfermagem tinha de ter horários compatíveis e receber um doente, eu tenho uma sala com 8 doentes, e tenho três turnos e eu acho que devia estar eu, e a minha equipa, com aqueles doentes sempre e acompanhávamos o doente desde que entrou até que saísse e isto era a primeira fase, se possível doentes, p. e., crónicos, terem o acompanhamento do serviço com o mesmo enfermeiro, ou o serviço de apoio externo virem ao serviço onde esteve o doente e transmitirmos o que nós fizemos para haver uma continuidade.” (Ent. 6 A)

O carácter eminentemente retórico das tentativas de legitimação das mudanças com base nos interesses e na satisfação do paciente é, aliás, desmontado por um dos entrevistados, quando sublinha a ausência de poder do paciente para intervir nos processos de cuidados hospitalares que lhe dizem respeito:

“Na nossa população há muitas pessoas que ainda não sabem ler e este nível da população não tem capacidade e tem medo das consequências de escrever de ir ao serviço e reclamar, até podia não ser reclamar podia ser só uma sugestão mas as pessoas ainda não estão nesse nível”. (Ent. 23 B)

Contudo, não deixa de ser curiosa a forma como alguns enfermeiros utilizam exactamente a mesma lógica de argumentação – interesses e satisfação do paciente – em defesa das ‘causas profissionais’:

“Estamos a perder regalias que tínhamos conseguido e ao perder regalias estamos a prestar piores cuidados aos doentes porque as pessoas ao não andarem satisfeitas não correspondem.” (Ent. 11 A)

Em jeito de conclusão podemos, então, afirmar que a análise deste tema nos permite perceber que a grande maioria dos actores entrevistados está longe de adoptar a lógica da orientação para o consumidor, dominante na NGP. No entanto, esta lógica gradualmente, parece estar a ser utilizada com diferentes modulações pelos CA, o que se pode traduzir na imposição de novas formas de controlo dos profissionais.

2.3 Prestação de Contas

Da mesma forma que se valoriza a noção de orientação para o consumidor, com vista a melhorar o funcionamento das instituições públicas, sustenta-se, igualmente, a necessidade de aumentar a responsabilização ou a prestação de contas, tanto das instituições como, principalmente, dos profissionais. Se, como temos vindo a referir, um dos grandes alvos das reformas implementadas no âmbito da NGP são os profissionais (Ferlie et al., 1996; Hood, 1991, 1995; Kirkpatrick et al., 2005; Pollitt, 1993, 2002, 2003a), sendo o seu poder, alegadamente exagerado nos regimes de burocracia tradicional, objecto de fortes restrições, é sem surpresa que observamos no discurso de alguns actores diversas referências à possibilidade de as reformas promoverem o aumento da responsabilização individual. A título de exemplo, um dos actores sublinha que a reforma é positiva pela:

“(...) responsabilização do profissional de saúde, e obviamente Conselho do hospital e depois pela sua linha descendente a responsabilização até ao prestador de cuidados. Eu acho que algo muitíssimo importante foi a separação do financiador do prestador, que era das coisas mais criticáveis. A tutela, no fundo, financiava o serviço e prestava o serviço e, portanto, toda esta promiscuidade na saúde não era, a meu ver, correcta. A grande vantagem foi separar o financiamento da prestação, responsabilização do CA, dos hospitais e, portanto, do funcionário, de todo o profissional de saúde”. (Ent. 2 B)

A responsabilização individual também é percebida como um instrumento que pode tornar o trabalho da enfermagem visível, quer em termos organizacionais, quer sociais, sobretudo se houver a capacidade de quantificar. Esta preocupação é mais manifesta nos enfermeiros que ocupam cargos na gestão de topo, onde, eventualmente, a linguagem científica da gestão tem mais possibilidades de se tornar dominante:

“(...) às vezes não é fácil explicar aos outros profissionais às pessoas, que aquilo também tem aquele resultado porque estiveram lá os enfermeiros, a cuidar e a fazer algumas intervenções, não é fácil explicar isso. (...) Porque às vezes não somos capazes, não tem sequer tradução em termos quantitativos, é muito complicado não sei como é que se pode medir, é um trabalho que tem que ser feito devagarinho mas que nós percebemos que se calhar aperfeiçoamos outras espécies e desenvolvemos menos essa parte de traduzir os cuidados de enfermagem em números”. (Ent. 55 I)

“Porque se nós queremos ter um bom atendimento ao público digamos assim, mostrar à sociedade quais os recursos, quais os cuidados que nós lhe podemos oferecer, (...) temos que criar os indicadores que nos vão dizer se nós estamos no bom sentido ou no mau sentido, e depois fazer a avaliação, ou seja, isto depois torna-se num ciclo, retoma ao ponto de partida, para se fazer novo planeamento e novas condições”. (Ent. 5 E)

Por outro lado, numa perspectiva organizacional, a prestação de contas é legitimada nos discursos por contraponto aos desperdícios que surgiam da desorganização anterior, mas sempre situada no âmbito dos processos:

i) de racionalização de custos;

“Este tipo de preocupação confesso que em muitos anos que fui chefe, nunca existiu. Eu tinha de ter aquilo que necessitava para os meus doentes independentemente de ir ver se estava a gastar muitíssimo mais porque é que isso tinha acontecido. Eu confesso e dou a mão à palmatória que nunca fiz isso. Portanto uma certa racionalização pelo facto de ser SA e da pessoa ter responsabilidade pelo seu orçamento, ter de prestar contas e contas muito certas, tentando ter um equilíbrio muito grande entre despesas e receitas de modo que pareceu-me positivo, neste aspecto.” (Ent. 3 C);

“As pessoas têm que ser responsáveis, isto são coisas necessárias, e tem que se perceber quando é que se faz as coisas, quem gasta, se há desvios, acho que isto é importante, e mexe com este espírito de rentabilizar, contenção e contenção”. (Ent. 80 J)

ii) de controlo da organização sobre o trabalho dos profissionais;

“Achei na altura até que pelo conhecimento que eu tinha que iria ser benéfico porque achava que iria haver alguém que estava mais presente, porque normalmente nós éramos todos funcionários do estado, estava ali assim tudo na molhada e eu achei que iria haver um controle mais apertado”. (Ent. 20 B)

Em suma, no que concerne à prestação de contas, a linguagem de alguns enfermeiros aproxima-se dos argumentos da NGP, que insiste sobre esta noção como uma das mais relevantes para promover a eficiência e eficácia nas organizações públicas. Só que o significado que lhe é atribuído, quer pela própria NGP, quer pelos actores, restringe-se, frequentemente, ao âmbito das

responsabilidades financeiras e orçamentais (*value for money*) e muito menos ao âmbito das responsabilidades sociais: no caso da saúde, por exemplo, as que podem decorrer da qualidade e do acesso aos cuidados por parte dos utentes.

Mesmo para alguns actores (hospitais autónomos) mais cépticos em relação ao novo modelo jurídico dos hospitais (SA), a prestação de contas, neste caso significada pela avaliação dos resultados, parece inserir-se no quadro da linguagem da quantificação como pressuposto prévio à tomada de decisão (a probabilidade de expandir o novo modelo a novos hospitais):

“ (...) acho que as experiências que nós temos deviam ser avaliadas e acho que carece de um processo de avaliação dos processos que as SA tenham desenvolvido. (...) Acho que a empresarialização dos hospitais é necessária mas quando falta a avaliação... (...) A avaliação é o que nos falta hoje em dia para a gente poder dizer o que é melhor e o que é pior”. (Ent. 76 J)

“Estou à espera dos resultados dos hospitais S.A, que nos mostrem que realmente valeu a pena, até porque se fala que até 2006 teremos mais 25 hospitais S.A.” (Ent. 80 J)

A tendência para assumir a retórica da NGP relativa à prestação de contas encontra-se igualmente presente no discurso de muitos actores sobre a necessidade, ou até a imprescindibilidade, da mudança no sistema de saúde e nas instituições hospitalares, como teremos oportunidade de analisar em seguida.

2.4 Necessidade de Mudança

A ideia sobre a qual parece existir maior consenso entre os actores entrevistados emerge em redor da noção de inevitabilidade da mudança. Todos parecem concordar com o pressuposto de que era imprescindível e urgente introduzir alterações no SNS:

“Eu acho que a reforma era necessária, urgente e, até por algum consenso partidário, como sabemos, ao nível das políticas de saúde era desejada a reforma. As coisas não estavam bem e era necessário mudar e penso que desde que se apontou e, já até pelo anterior governo, que já promoveu algumas mudanças normativas e alterações jurídicas, portanto, desde que se começou a querer mudar o conceito jurídico de saúde eu desde a primeira hora desejei essa mudança e olhei para ela sempre de uma forma muito positiva”. (Ent. 2 B)

“(...) penso que alguma coisa tinha de ser feita, como estava não ia a lado nenhum porque estava-se a ver que isso estava saturado, não dava mais, nos hospitais públicos” (Ent. 6 A).

Sobressaem, todavia, algumas pequenas diferenças entre as tomadas de posição dos actores que importa sublinhar. É possível identificar diferentes razões que, na sua perspectiva, conduziram à inevitabilidade das reformas implementadas. Estas razões coincidem frequentemente com alguns diagnósticos gerais do ‘estado da sociedade’ que legitimam, sob a égide da NGP, as políticas governamentais de desregulação e de privatização de várias áreas do sector público. Os actores sublinham particularmente a necessidade de:

i) mudar o comportamento dos profissionais,

“Todos têm esse problema na área da saúde, agora também temos alguns problemas cá que derivam de estarmos agarrados a uma certa tradição, a uma certa cultura e de precisarmos de fazer uma certa mudança por dentro, de atitudes e de comportamentos, agilizarmos a nossa maneira de trabalhar, etc., e essa vertente porque nós não mudamos comportamentos por decreto e essa componente eu acho que só é passível de se verificar na prática quando as organizações conseguirem fornecer às pessoas, agentes facilitadores dessa mudança de comportamentos.” (Ent. 31 C);

ii) efectivar uma re-orientação para o paciente,

“O SNS precisava de levar um abanão e dá-me a sensação que havia e ainda há muitas mentalidades a mudar e algumas formas de pensar e de pensar a saúde e de pensar a evolução da saúde em função das necessidades dos doentes e não em função das necessidades dos profissionais, têm de ser pensadas, como é óbvio, mas a saúde tem de ser pensada em função da prestação de cuidados de saúde. Havia alguma dificuldade no SNS público de algumas pessoas aceitarem isso” (Ent. 7 A);

iii) proceder à contenção de custos,

“Entendo estas alterações, e estas mudanças como uma necessidade que era preciso melhorar o funcionamento das instituições de saúde e conter os gastos, e não significa que esteja em desacordo com isso”. (Ent. 55 I);

“Eu penso que na Saúde há uma coisa que de facto nós temos consciência que as coisas não estavam bem. Na Saúde havia grandes desperdícios e eu penso que ainda há grandes desperdícios e nós sabemos que essas coisas têm que mudar, que tinham que mudar perfeitamente, têm que mudar.” (Ent. 16 B);

iv) agilizar processos,

“Eu olhei para essas alterações como uma necessidade de se intervir, de repensar o modelo actual. Sentia que era necessário investir na maior eficiência do sistema, na maior articulação do sistema, quando digo sistema digo as instituições, dos serviços, na maior agilização, na flexibilização em algumas áreas da gestão”; (Ent. 54 H)

“Olhe, repare, o sistema dos hospitais do Estado encravam de alguma forma, a gestão de todo o material é feito por concurso e esses concursos são muito fechados, são muito difíceis, demoram o seu tempo, não há um plano oficial como há em SA. Em termos de pessoal é a mesma coisa, contratação de pessoal, todos aqueles critérios de formalidades da função pública e depois é uma gestão muito mais participada”; (35 D)

Em relação a esta última razão, subjacente à agilização de processos surge no horizonte de alguns profissionais, como parece claro, a possibilidade de substituir os modelos tradicionais de gestão (burocracia profissional) por novos modelos. A necessidade de introduzir processos de gestão (identificados com a gestão privada) chega mesmo a ser interpretada:

i) como um imperativo ético,

“Isto é um problema ético que se coloca, como cidadão nós temos que repensar um pouco isto. É evidente que então ao repensar isto, temos de repensar o modelo de gestão” (Ent. 1 A);

ii) e como a solução milagrosa para todos os problemas de saúde,

“Primeiro eu trabalho há muito tempo em instituições públicas e desde há muito tempo que me fazia muita confusão a forma como todos nós trabalhamos. No início não me assustou assim muito, nós pensámos todos assim: “ainda bem que isto vai mudar”. Pode ser que mude alguma coisa para melhor. Já estamos todos tão fartos disto, só há papéis, só alguns é que trabalham, os que trabalham são sempre os mesmos e de facto quando a gente ouviu falar disto pensámos: “Se calhar vem aí o milagre”.” (Ent. 46 E)

Assim sendo, não é de estranhar que, alguns profissionais, tenham experimentado sentimentos de frustração com a sua efectiva implementação:

“É como lhe digo, temos ainda uma experiência muito curta em SA, eu noto isso embora, claro, como já havia problemas no regime antigo havia muitos...eu estava à espera que agora fosse melhor” (Ent. 20 B).

Este ambiente geral de orientação para a mudança não significa, necessariamente, que se advogue a destruição da forma tradicional de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Alguns actores fazem questão de salientar os seus aspectos positivos, destacando a necessidade de proceder apenas a pequenas mudanças incrementais no sentido de melhorar o desempenho do sistema:

“Eu sou uma adepta incondicional do nosso sistema de saúde que é em termos de legislação um dos melhores da Europa, eu penso que nem o inglês é tão abrangente nem nos países nórdicos é tão abrangente como o nosso. Compreendo que neste momento as dificuldades económicas são muitas e que portanto haveria que tentar que as pessoas vivessem na saúde contando com um orçamento e sabendo que sistematicamente se tinha duodécimos”. (Ent. 3 C)

Por outro lado, também é possível detectar nas entrevistas posições bastante críticas em relação aos efeitos das reformas, em particular no que se refere:

i) à abrangência da reforma,

“A proporção, o tamanho da amostra penso que foi muito forte, quero dizer terá tido um tamanho importante para fazer um impacto forte no sistema, compreendo isso. Mas impacto por impacto pode ser um impacto que traga grandes desvarios, não nos interessa um tremor de terra para se rachar as casas. Se calhar é melhor um tremor de terra pequenino para percebermos que temos que fazer as casas de formas consolidadas com boas arquitecturas, com estrutura, para se um dia se vier um abalo complicado nós estarmos seguros de que a casa não cai.” (Ent. 54 H);

ii) à ausência de diálogo com os profissionais,

“Eu acho que a situação que se tem vivido não é sustentável, terá que haver de facto mudanças, não estou certo que as mudanças que se verificaram que se estão a verificar com os hospitais S.A sejam de maneira nenhuma uniformes, já vimos que não são. (...) Acho que o que está a ser feito não é o mais correcto mas se me perguntar o que é que eu acho que deve ser mudado é difícil, acho que estas coisas têm que ser feitas com as pessoas sobretudo”. (Ent. 73 I);

iii) ao excesso de restrições económicas,

“A única coisa que nós sentimos que influencia o nosso trabalho com estas novas políticas de saúde são as restrições económicas. Aí sim, aí julgo que nos limita. Antes havia exageros, de facto e agora há uma restrição, passou-se do 80 para o 8”. (Ent. 77 J);

iv) à excessiva regulamentação,

“Havia coisas más na função pública e eu acho muito bem que se terminasse com elas e que se deixasse aos CA a autonomia de gerir as coisas de uma outra forma, eu concordo plenamente. Agora, o que eu não concordo é com a desregulamentação total. Cada um faz como quer e cada um não sei quê... Não concordo. Aí, eu acho que passámos do 8 para o 80. Não houve uma capacidade ou possibilidade de equilíbrio de tal modo que deitamos fora aquilo que nos complica a vida e está espartilhado mas ficamos com aquilo que era bom, porque, na função pública há muitas coisas boas. Há muitas coisas boas e as pessoas que estão na função pública não são feitas de massa diferente das outras.” (Ent. 41 D);

vi) à desmotivação e insatisfação causada nos profissionais pela importância concedida aos critérios financeiros e económicos,

“Hoje as pessoas têm tudo e mais alguma coisa mas não têm satisfação.(...) A parte financeira e economicista para todos tem um papel muito importante e eventualmente isso também terá um peso muito importante nesse aspecto mas reconheço que a todos os níveis, a todos os níveis, é com os médicos, com quem a gente fala, é com os enfermeiros, auxiliares e administrativos, é com técnicos, é com toda a gente. Toda a gente conta os dias para se ir embora, tenta arranjar bons relatórios para ter doenças profissionais, quer dizer é uma obsessão que eu nunca vi. Eu própria que sempre pensei que ia ficar aqui muito tempo, estou morta para que chegue a minha vez, para fazer aquilo que eu gosto de fazer porque realmente não dá saúde a ninguém trabalhar neste hospital.” (Ent. 9A)

O discurso dos actores sobre a necessidade de mudança no sistema e nas instituições hospitalares surge também normalmente associado a questões relacionadas com a cultura organizacional. Desde o popular estudo de Peters e Waterman (1995) que a cultura organizacional passou a ser um tema amplamente abordado na esfera da gestão. Como vimos no primeiro capítulo, no essencial, existem duas perspectivas dominantes sobre a cultura. Uma baseia-se na suposição de que a organização é uma cultura; a outra, defende a hipótese de que a organização tem uma cultura. A principal diferença entre as duas é a de que enquanto a primeira apenas permite descrever os símbolos, os valores e as narrativas que caracterizam uma dada organização, a segunda vai mais longe e procura identificá-los e utilizá-los como variáveis, com o intuito de promover a missão, as finalidades, as estratégias e os objectivos da organização.

Ao longo das nossas entrevistas, apesar de ser possível detectar uma ou outra unidade do discurso cujo significado conferido à cultura organizacional se direcciona para a primeira perspectiva,

“Um espaço organizado com pensamento cultural, com uma estrutura de qualidade, um modelo de gestão e de cuidados e que alinhado na missão do hospital H que não existia de forma explícita mas era implicitamente conhecida e penso que as coisas funcionam (...) Demos uma grande identidade, afirmamos um grupo de trabalho, por exemplo uma das coisas que vamos lançar na quinta-feira (...), estivemos cinco anos no espaço que é da cidadania, porque entendíamos que fazia falta reflectir sobre as coisas da cultura no

serviço de enfermagem para ajudar a compreender a cultura do hospital ou até para promover noutros serviços.” (Ent. 54 H);

a grande maioria das unidades que conseguimos codificar remete para a expressão de significações da cultura organizacional como uma variável que pode ser manipulada na organização, ao mesmo título que qualquer outra variável de gestão:

“Às vezes a cultura hospitalar, ao nível do conselho tenho também esse papel, que eu acho que é fundamental para fazer uma boa gestão de conflitos e sem uma boa gestão de conflitos não se pode fazer nada. De alguma forma o facto de estar no hospital há mais anos também deu-me o conhecimento da cultura do hospital B, acho que a conheço”. (Ent. 2 B)

“Olhe as mudanças não são assim tão grandes quanto isso e nem poderão ser porque há uma cultura instituída onde a grande percentagem dos funcionários são públicos e olham a reforma com receio por isso é preciso conciliar a organização com a sua própria cultura e com as mudanças de comportamentos que nunca são de um dia para o outro.” (Ent. 2 B)

A percepção da possibilidade de ‘manipular/usar’ a cultura organizacional parece estruturar-se no sentido da sua assunção como um instrumento que pode promover a unidade de pensamento e, assim, permitir a submissão directa dos profissionais às regras, planos e prioridades da organização (Harrison & Pollitt, 1994). Ou seja, as formas de ligação e de envolvimento profissional que antes eram estruturadas em redor da própria complexidade do profissionalismo burocrático, parecem passar agora a ser concebidas (por alguns actores) em redor da cultura de empenhamento mútuo em relação aos valores e à missão da organização (Clarke & Newman, 1997):

“E se nós queremos ter uma organização que avance e avance em todos os sentidos em qualidade, em produtividade, toda a gente tem de estar a trabalhar no mesmo sentido. E tem de se saber exactamente o porquê e acho que esse trabalho de qualquer maneira não foi feito, talvez por muita pressão deste CA mas também temos de aceitar todos a crítica e dizer: “falhei” porque podíamos ter pressionado muito mais” (Ent. 3 C).

“É a noção que todos nós temos. Estamos próximos de porque passamos cá o dia todo, almoçamos cá, vamos ao refeitório, e isto tudo tem a ver com uma cultura organizacional que não se encontra noutros lados.(...) As pessoas vêm para um projecto que lhe dizem como é. Todos os outros enfermeiros que vamos contratando entram numa cultura que é assim. Não há adaptação. As pessoas que vieram inicialmente vieram porque acreditavam, vieram os outros que não acreditavam ou que tinham muitas dúvidas e que acabaram por se adaptar. (...) Se calhar esses foram os que inicialmente tiveram mais problemas e que estavam sempre a pensar afinal ... mas entretanto foram-se adaptando à nova cultura.” (Ent. 1 D)

É precisamente esta capacidade de unir todos em torno dos mesmos valores e ideias que permite a harmonia e a suposta ausência de conflitos:

“Só envolvendo toda a gente dando a noção de que todos têm ponto de vista comum, cada um contribui com a sua quota parte, para o todo para se levar um grupo multidisciplinar a conseguir as coisas”. (Ent. 73 I)

Uma primeira conclusão sobressai da análise deste tema: observa-se uma certa homogeneidade nos discursos a propósito da insistência colocada na retórica da mudança. Isto é, a grande maioria dos actores advoga a imprescindibilidade da mudança no SNS apesar das pequenas divergências quanto aos factores que podem explicar esta inevitabilidade. Por outro lado, como segunda conclusão, a cultura organizacional parece ser percebida como uma importante variável de gestão nos processos de socialização organizacional dos profissionais, agindo como o cimento de uma concepção unitária de organização e, em última análise, como um instrumento de controlo sobre os profissionais e o seu trabalho. Neste sentido, e retomando a abordagem teórica de Ferlie et al. (1996), o discurso destes actores poderia ser enquadrado no terceiro modelo, designado pelos autores de procura da excelência, que incorpora duas abordagens – *bottom-up* e *top-down*. De facto, por um lado, considera-se a cultura organizacional como passível de ser gerida a partir de valores dominantes no topo, por outro, associa-se a esta ideia a inevitabilidade destes valores se disseminarem para a cultura colectiva com o objectivo de promover, através da ‘uniformização’ e ‘harmonização’ de valores, uma mudança cultural efectiva.

2.5 Eficiência e Qualidade

Um dos pilares retóricos em que se baseia a NGP é a crença de que as suas propostas para organizar e gerir as organizações públicas são mais eficientes que o modelo tradicional. No entanto, o conceito de eficiência é pouco discutido e praticamente não é testado empiricamente. Como afirma Christopher Hood:

(...) tende-se a assumir que a eficiência é em si mesmo uma questão técnica, de forma que os economistas e especialistas em gestão podem à partida estar de acordo quanto ao seu significado e quanto aos factores que a promovem. (Hood, 1998, p.5).

Também Gustafsson (1983) já havia chamado a atenção para a forma como o conceito de eficiência domina a literatura de gestão, sendo sempre perspectivado como auto-evidente, e como uma espécie de lei natural, constituindo, assim, um conceito básico da ideologia *managerialista*.

Nas entrevistas realizadas, o conceito de eficiência é habitualmente utilizado pelos actores para significar o imperativo de aumentar a produtividade e, simultaneamente, diminuir os custos. Ou, dito de outra forma, traduz o objectivo de fazer mais com menos. Esta noção surge em evidência nos discursos, quer quando os próprios entrevistados a assumem como uma prioridade para si:

“Um objectivo para este primeiro ano, estou há um ano, e depois no próximo ano tenho outros objectivos, mas o primeiro objectivo que defini este ano foi a rentabilização dos serviços.” (Ent. 42 E);

quer quando a percebem como um dos objectivos da organização:

“Ora bem, eu acho que os grandes objectivos deste Conselho de Administração deve ser...penso que é produzir mais. Acho que é produzir mais e melhor, digamos com menos recursos e tanto económicos como humanos e até materiais. Digamos que fazer uma boa adequação de recursos às necessidades dos utentes”. (Ent. 9 A)

“A nível de objectivos tudo depende, aumenta a produtividade, reduzindo os custos a dinâmica é esta.” (Ent. 21 B)

A orientação para os resultados surge associada à ideia da qualidade segundo diferentes modalidades. A primeira associação que pode ser estabelecida é a de que os dois conceitos devem ser paralelos. Ou seja, não só é necessário fazer mais, como também é importante ter em atenção a qualidade dessa produção:

“Pronto, eu acho que nós trabalhamos para um objectivo que garanta qualidade, a gestão dos recursos materiais é muitíssimo importante. Nos outros hospitais não há esse controlo da gestão de recursos materiais, eu acho que isso é possível, é possível trabalhar com qualidade, com desempenho de recursos materiais. (...) Qualidade, a qualidade dos cuidados e a gestão dos recursos é importante” (Ent. 39 D).

“Eu punha em pé de igualdade a produtividade e a qualidade, ou qualidade e produtividade não sei qual será o primeiro. Eu penso que é por aí e concordo que tem de ser produtividade e qualidade. Não podemos produzir sem qualidade e temos de produzir com qualidade e eu penso que isto é a gestão de qualquer empresa e o hospital sendo gerido como tal, nesta nova componente da gestão nós temos, de facto de produzir, claro que para atingirmos essa produtividade temos de ter várias coisas associadas, mas tem de passar por aí” (Ent. 22 B).

“O objectivo é aumentar cada vez mais a qualidade, melhorar a rentabilidade em termos de serviços...(...) É meu objectivo também manter o nível de qualidade dos cuidados e se possível aumentar, colaborar na prestação de serviços em termos de aumentar o número de serviços prestados.” (Ent. 56 G)

Na maior parte dos nossos entrevistados, a segunda associação que pode ser estabelecida parece colocar as duas concepções em pólos opostos, o que, eventualmente, pode constituir uma estratégia de defesa contra a perda de poder e autonomia profissional:

“O que se sente é que os custos económicos são algo que está sempre em primeiro lugar. É sempre o princípio de que tem de se poupar. Agora creio também que com as pessoas que estão à frente no nosso hospital que, apesar disso ser importante nunca vamos deixar cair a vertente da qualidade. Cifrões sim faz-se muita poupança porque a saúde é o que leva mais dinheiro mas, a qualidade tem de se manter sempre” (Ent. 50 E).

Há, no entanto, um conjunto de outras referências que contrapõem mais clara e criticamente as duas noções. Colocam de um lado a eficiência e do outro a qualidade, como se o aumento de uma se traduzisse na diminuição da outra:

“Não era propriamente aquilo que eu pensava. Para mim, um SA devia ser um hospital de excelência. Efectivamente na prática não é, embora teoricamente possa ser porque os resultados que se obtém é tudo em termos de números e não em termos de qualidade.” (Ent. 41 D)

“Também penso que fala-se agora mais em rentabilizar do que em cuidar, e isso faz-me pena, fala-se mais em recursos, em economias do que cuidar, acho que estamos mais a fugir para o rentabiliza porque tem que ser, e o resto também vai, mas vai atabalhado.” (Ent. 82 J)

Esta diversidade de percepções sobre a associação da eficiência/resultados com a qualidade corrobora a argumentação de Michael Wilkinson (1995), segundo a qual o conceito de qualidade é bastante subjectivo, o que determina que não exista apenas uma mas várias definições de qualidade, e que a percepção de um serviço considerado de qualidade seja muito difícil de traduzir em termos quantitativos. Por outro lado, nota-se igualmente, seguindo a distinção de Pollitt et al. (1998) entre as concepções de qualidade ligadas ao produtor e as ligadas ao utilizador, que o discurso dos actores entrevistados valoriza as primeiras em relação às segundas. Ou seja, dito de outra forma, os entrevistados referem-se à qualidade como estando ligada à acção dos produtores na prestação dos serviços, do ponto de vista técnico e profissional, e não pelo prisma do utilizador, no plano da concretização da sua satisfação em relação aos serviços prestados.

Numa outra perspectiva, a da relação entre a regulação profissional e a qualidade, Clarke e Newman (1997) consideram que a qualidade, tradicionalmente apanágio dos profissionais, se tornou o mecanismo central para disciplinar a autonomia profissional. Também du Gay (1996), Reed (2002) e Pollitt (2001, 2003a) identificam a qualidade como um instrumento para aumentar o controlo sobre o trabalho dos profissionais. De facto, em muitos dos hospitais analisados, o que parece estar a prevalecer é uma concepção de qualidade que se aproxima dos indicadores definidos pela gestão e não por critérios profissionais, como pode ser ilustrado com alguns exemplos de tomada de posição dos actores entrevistados:

“Vão ter essa preocupação e até formação, e até a construção de alguns elementos para avaliar e a partir daí definir os indicadores de qualidade que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, porque aqueles indicadores gerais, globais não servem.” (Ent. 55 I)

“O que tem expressão para já é o indicador de qualidade, efectivamente elas não são medidas, toda a gente sabe que pode ser o indicador de qualidade, toda a gente sabe o que é que se deve fazer para prevenir, mas efectivamente não há quem esteja a medir, não há quem compare” (Ent. 66 F).

“A política de Saúde está muito desfasada e... e eu penso que tem que se criar outras estratégias para se conseguir chegar a.....porque tenta-se pôr, tenta-se pôr indicadores e...e que esses indicadores sejam mensuráveis o que, em termos de Saúde, não é assim tão linear” (Ent. 31 C).

Um das grandes vantagens da institucionalização destes indicadores de qualidade (ligados à gestão) é, alias, identificada com a possibilidade de permitir a comparabilidade do desempenho das diferentes instituições hospitalares:

“(...) isso vai significar numa estrutura que está habituada a trabalhar numa determinada forma, para todos os efeitos continuamos a dizer que nos colocamos em primeiro lugar, quando numa lista de níveis de eficiência nós temos 138% de grau de eficiência o que significa que temos 38% a mais do que seria esperado” (Ent. 4 D).

A existência desta possibilidade pode traduzir-se num isomorfismo mimético (DiMaggio & Powell, 1991), já que as organizações acabam por se modelar umas às outras em resposta à incerteza criada pelas ambiguidades e diferentes lógicas contidas nas políticas de saúde.

Porém, a proximidade desta noção de qualidade aos conceitos de gestão, e o seu afastamento da abordagem dos profissionais, é percebida, por muitos, como uma clara desvantagem no sentido em que a predominância da utilização da linguagem e dos indicadores ‘neutros’ e ‘objectivos’ (neste caso da gestão) ampliam e reforçam o carácter ‘invisível’ dos cuidados de enfermagem:

“(...) o acto de enfermagem, por exemplo, não é visto como o acto médico porque o acto médico mede-se pelo tempo que ele demora a fazer uma consulta, por exemplo, demora a fazer uma cirurgia ou um exame. Nós nunca conseguimos contabilizar o tempo que demora a dar banho a um doente, o tempo que demora, por exemplo, a fazer uma preparação para um determinado exame ou para uma determinada situação. O tempo que leva a confortar, por exemplo, um doente que está em situação de desconforto ou de dor ou até em fase final de vida, por exemplo, e que esse tempo não é contabilizado como um acto de enfermagem. No entanto é um acto de um enfermeiro. Dar por exemplo, 20 centímetros cúbicos de leite a um prematuro pode demorar muito”... (Ent. 8 A)

“Claro que, neste momento, já existem registos de todos os actos e vão ter que ser analisados os objectivos e aí penso que nós somos os prejudicados porque há bitolas que podem ser medidas. Por exemplo, os médicos tem um número de consultas para se fazer, mas depois também não interessa se as consultas são bem ou mal feitas, o que interessa são os números e isso é que vai dar a medida. E, por exemplo, na enfermagem não é possível contabilizar o tempo que vai demorar a tratar bem e a cuidar o doente, é possível quantificar o tratar em geral mas o cuidar não tem nada a ver. Penso que a classe que mais cumpre é a que vai ser mais prejudicada porque em termos de objectivos vai ser mais difícil, é o trabalho que é mais válido e que é mais difícil de avaliar, de medir e como tal vai ser mais uma vez prejudicada” (Ent. 23 B).

Na lógica desta ‘invisibilidade’ do trabalho de enfermagem, alguns dos nossos entrevistados expressam uma posição claramente crítica em relação ao que consideram ser a tendência que vai emergindo de transformar a eficiência num dos principais valores do sistema de saúde:

“Eu costumo diferenciar o que é que são resultados em saúde e quais são os resultados da saúde, porque eu preconizo que em termos de enfermagem, esta é a grande preocupação de que os cuidados de enfermagem devem centrar-se em ganhos para as pessoas e não só em produzir mais uma consulta, mais uma cirurgia.” (Ent. 54 H)

Embora não seja negada a importância desta noção, procura-se que outros valores, mais tradicionais, não percam o seu protagonismo e, de certa forma, se oponham à prevalência de critérios quantitativos na sua definição:

“Em relação à ideia de recentramos hoje nas nossas unidades de saúde a nossa atenção para a eficiência acho essencial, achei que era melhor existir talvez uma maior atenção nas questões da equidade e da qualidade (...). Que penso que ficaram descuradas, e a questão da contenção só macro económica se quisermos, penso que só pode acontecer se articulada

com as outras duas ou três com a eficiência micro direccional, e com as questões da equidade e da qualidade, se não acontecer” (Ent. 54 H).

“Cada vez mais, nós ainda não somos SA mas vamos ser em breve e eles querem é números. Taxas de tempo de demora média, quanto mais depressa andarem...e isso aflige-me muito. (...) Começa, em termos de materiais, de tudo, tudo muito contabilizado, eu acho que não é oito nem oitenta, percebe? Eu acho, pronto, nunca gastar muito, esbanjar entre aspas, mas por amor de Deus, eu acho que a saúde não pode ser reduzida assim a números, de maneira nenhuma” (Ent. 82 J).

Em suma, a maioria dos actores entrevistados expressa posições que identificam a noção dominante de eficiência com noções *hard* de gestão (traduzidas na expressão de fazer mais com menos) e, nesta lógica, contrastam a primeira com a noção de qualidade, ou mesmo perspectivam-nas como sendo antagónicas. É também contestada a identificação de noções de qualidade com simples critérios de gestão que reforçam a ‘invisibilidade’ do trabalho da enfermagem, e defendida a ancoragem das mudanças na gestão dos hospitais no quadro dos valores tradicionais do serviço público de saúde mais directamente conectados e associados aos valores profissionais.

Uma boa parte da legitimação que sustenta o surgimento de mudanças organizacionais ligadas à filosofia da NGP decorre, como sustentámos no enquadramento teórico, do recurso a argumentações que pela sua natureza são passíveis de ser entendidas como retórica.

De entre os argumentos utilizados para justificar as motivações para a mudança destaca-se a necessidade de introduzir um *ethos* empresarial no funcionamento dos hospitais. A análise das entrevistas permite-nos observar uma certa tendência para os actores entrevistados considerarem que os CA atribuem um significado importante aos valores de gestão nas suas políticas e objectivos organizacionais. No contexto geral das entrevistas é possível, no entanto, identificar diferentes graduações nesta atribuição que, em certa medida, como seria de esperar, acompanha o que constatámos para o caso da identificação dos objectivos do CA com critérios económicos.

Quadro nº 9

Nível de identificação da utilização do “*ethos* empresarial” como argumento legitimador da mudança.

Identificação da necessidade de introduzir um <i>ethos</i> empresarial	HOSPITAIS			
	Empresarializados		Autónomos	
Elevada	A C	B D		
Moderada	E		G I	H J
Reduzida			F	

Os actores entrevistados identificam também o argumento sobre a necessidade de ‘orientar os serviços para o cliente’ como um importante móbil accionado para legitimar as mudanças. Este argumento parece, contudo, ter sido utilizado de diferentes formas pelos CA. Há um primeiro grupo que procurou sustentar as reformas na ideia de que o seu único propósito era melhorar prestação dos serviços aos pacientes (H, F e E). Este tipo de discurso parece ter sido facilmente aceite pelos nossos entrevistados, conseguindo congregiar tanto os que defendem uma concepção de paciente como utente, mais próximos da noção de serviço público, como os que expressam uma posição oposta, próxima de uma imagem do paciente enquanto consumidor. Um segundo grupo, assumiu mais claramente (A, B e I) as tentativas de implementação de medidas com o objectivo de melhorar a imagem do hospital. Estes casos, surgem como mais próximos de uma concepção de consumidor na linha das propostas do marketing dominantes na gestão. Finalmente, parece ainda ser possível identificar um pequeno grupo que adere plenamente ao conceito de consumidor para categorizar o paciente, visível na adopção das técnicas da gestão privada orientadas para aferir a satisfação do cliente (C, D, J e G) (substituindo-se, neste caso, a perspectiva profissional pela da gestão). Em todos estes grupos, cuja constituição, recorde-se, resultou da análise da informação recolhida nas entrevistas, a ‘orientação para o cliente’ (qualquer que seja a fórmula adoptada) parece constituir-se enquanto importante instrumento de controlo de gestão.

Em ambos os temas – *ethos* empresarial e paciente legitimador de mudanças – se verifica que muitos enfermeiros entrevistados, apesar de identificarem a utilização destes argumentos como justificativos das mudanças implementadas pelos CA, expressam uma atitude crítica e de distanciamento em relação a estas noções. No entanto, não é possível constatar-se a mesma posição relativamente a outros dois temas incluídos nesta categoria: prestação de contas e necessidade de mudança. Quer num quer noutro tema, constata-se uma ampla unanimidade no discurso dos actores que não nos permite assinalar diferenças significativas nas suas perspectivas em função do contexto jurídico em que exercem a sua actividade. Mas, tal não significa que se verifique a mesma consensualidade quanto ao tipo de mudança em curso.

Vários argumentos podem ser aventados para justificar estas diferenças de posição dos actores observadas nas diferentes categorias analisadas. Antes de mais, importa sublinhar que os profissionais entrevistados parecem continuar a identificar-se fortemente com os valores tradicionais de serviço público, por um lado e, por outro, com os valores tradicionais da profissão. Todavia, quando os argumentos se apresentam como mais populares e quase auto-evidentes, tornando mais difícil a sua desconstrução, ou quando, por outro lado, são apreendidos como potencialmente facilitadores de uma maior visibilidade social da profissão, os enfermeiros parecem aceitá-los com maior facilidade.

Em certa medida, talvez seja este último fenómeno que poderá elucidar o tipo de posições do discurso dos actores referente ao binómio eficiência/qualidade. De facto, quando estes profissionais identificam o intuito da mudança à procura simples de critérios de eficiência, as posições que manifestam são bastante críticas, contrapondo a estes critérios a importância da valorização da qualidade: as duas noções são rivais no contexto hospitalar. Mas, por outro lado, quando o discurso se reporta à necessidade de ‘quantificar de forma objectiva’ a qualidade da prestação, estes enfermeiros, possivelmente porque perspectivam a possibilidade de aumentar a visibilidade social da profissão, aderem amplamente a este discurso.

Assim sendo, a análise dos resultados conseguidos com as categorias não nos permite concluir por uma total e completa ‘colonização’ dos profissionais de enfermagem com funções de gestão pela linguagem da economia e da gestão, embora seja inegável a apropriação de alguns conceitos destas áreas. O que esta análise demonstra é que a linguagem é apropriada de forma distinta pelos diferentes actores para atingirem diferentes objectivos, podendo mesmo constituir-se como uma forma específica de contestação política (Clarke & Newman, 1997). Desta forma, parece inegável a obtenção de algum sucesso na tentativa da gestão em colonizar o campo do discurso profissional e em construir articulações entre as preocupações e linguagens profissionais e as da gestão. Exemplo disso são as referências abundantes às questões relacionadas com a definição das estratégias e missões profissionais e com a própria metáfora da qualidade. No entanto, a adopção da linguagem da gestão por parte destes profissionais, parece-nos corresponder muito mais a uma estratégia de aquisição de ‘competências’ retóricas e técnicas, para apoiar os seus pontos de vista e ‘neutralizar’ os que não os partilham (Hewison, 1999), do que a uma verdadeira interiorização das principais metáforas, crenças, noções e conceitos que estruturam essa nova linguagem. Esta parece-nos ser, aliás, a razão que justifica a ‘detecção’ da retórica *managerialista* tanto nos profissionais que exercem nos hospitais autónomos como nos empresarializados. A aparente assunção de vários traços desta retórica poderá também traduzir, tão só, o carácter de moda inerente à ideologia *managerialista* que, como diria Pollitt (2001, 2002), promove a adesão quase intuitiva das pessoas às suas propostas sob pena de ficarem *out*.

É neste ambiente que a retórica *managerialista* parece estar a impor-se nos hospitais aos quais estão vinculados os profissionais da nossa amostra, fornecendo, deste modo, os quadros de referência para o novo pensamento, actos e processos de interacção impostos a partir do topo (quer da organização, quer das iniciativas políticas do Estado). Esta imposição decorre, sobretudo, da crescente pressão para os resultados, com a qual os profissionais têm dificuldade em lidar, ou parecem mesmo não concordar, pressão que é dirigida para a obtenção de conformidade organizacional em relação a indicadores de desempenho definidos em torno das noções economicistas de eficiência e eficácia.

Por último, a análise desta categoria, permite-nos ainda concluir pela existência de evidentes tentativas para impor a lógica da quantificação e da medição: tudo tem de ser definido, documentado, formalizado e transformado numa relação quase-contratual. Esta postura, como sublinha Hunter (1996), encoraja a desconfiança, a negociação, os jogos de poder, os comportamentos políticos e defensivos e as comunicações distorcidas.

3 Organização do Trabalho

A adopção de formas organizacionais mais orientadas para a gestão implica, também, a existência de alterações ao nível da própria organização do trabalho. Partimos do princípio que à medida que se afastam do regime burocrático ou, como refere Reed (1999), do regime Weberiano de regulação e controlo, as instituições de saúde passam a desenvolver formas de organização do trabalho que se aproximam das que caracterizam o *pós-fordismo*. Ou seja, vai-se manifestando a tendência para aumentar o trabalho desenvolvido por profissionais altamente qualificados, acompanhada da concessão de uma forte autonomia na realização das tarefas, articulada com princípios de flexibilidade funcional, numérica e financeira (Atkinson, 1987). Mas, paradoxalmente, a introdução de alterações nas formas de organização do trabalho pode expressar-se também, num aumento da regulação e controlo sobre os profissionais. Para atestarmos a possibilidade de se verificarem alterações nas formas tradicionais de organização do trabalho nos hospitais de onde provêm os elementos da nossa amostra, extraímos, para esta categoria, quatro temas interligados do discurso dos actores – flexibilidade funcional, sobrecarga de trabalho, padronização de processos e práticas e métodos de prestação de cuidados – que passamos agora a analisar.

3.1 Flexibilidade Funcional

A flexibilidade funcional traduz, antes de mais, a capacidade dos enfermeiros poderem realizar qualquer tipo de tarefa no âmbito das qualificações que possuem. Esta flexibilidade é ditada, sobretudo, por imperativos organizacionais e particularmente pelo contexto de restrições económicas:

“Desde que eu cá estou e quando há falta de recursos, por variadíssimas ausências: baixas, férias, e noutros serviços há pessoal e não há doentes, eu desloco-os logo, são funcionários do hospital, são oito horas de trabalho, são enfermeiros, são diplomados, estão habilitados a prestar cuidados e mais nada. (...) Ou seja quando lhes fiz os contratos disse-lhes logo que não vinham especificamente para um serviço, que vinham para o hospital e quando fossem necessários noutro serviço e que estivessem a mais naquele saíam. (...) Quando o sistema estiver a funcionar eu faço a avaliação e se vir que estão a mais vão para outro lado, daí a tal mobilidade, vai haver substituição. (...)” (Ent. 5 E)

“Nós não, é conforme as vontades, somos “pau para toda a colher”. Agora, por exemplo, também passou a ser prática, com aquelas reduções todas que eu lhe falei, muitas vezes acontece que se se falha aqui ou acolá, se alguém falha, há sempre alguém que vai dar apoio ou ajuda independentemente do serviço a que pertença. (...) Se falta um enfermeiro

é logo uma barafunda, já não é a primeira nem a segunda vez que me vêm pedir apoio e como eu tenho muita gente em integração...” (Ent. 75 J).

Este aumento da flexibilidade parece ter subjacente a necessidade de, globalmente, se padronizarem processos e práticas, por forma a que todos os serviços funcionem de forma semelhante e os profissionais estejam ‘automaticamente’ habilitados a trabalhar em todo o hospital. Outros casos surgem em que esta flexibilidade não se aplica individualmente a todos os profissionais, mas colectivamente à criação de pequenas equipas:

“(...) eu criei uma equipa que lhe chamamos flexibilidade dos cuidados de enfermagem, é uma equipa que está disponível a mudar de serviço de três em três meses todos os enfermeiros e que apoiam os serviços que têm necessidade acrescidas com picos de produção ou por défices de pessoas.” (Ent. 54 H)

Este modo de ‘organizar’ a flexibilidade pode, de acordo com Atkinson e Gregory (1986), traduzir-se numa fragmentação da enfermagem com a emergência de um grupo periférico e de um grupo central, o que pressupõe uma alteração de fundo no contexto da profissão. Na verdade, a noção de flexibilidade pode fazer desmoronar um dos principais pilares da profissionalização dos enfermeiros, o conhecimento científico e a formação, uma vez que a sua prática efectiva coloca em causa a pertinência das especialidades. Os enfermeiros passam a ser contratados apenas de acordo com as suas competências gerais. Esta tendência é perspectivada como uma desvantagem, sobretudo quando se tem por referência o modelo médico:

“Repare, não é preciso mais, porque a tendência é nós compararmo-nos sempre com a carreira médica. Um médico que tire uma especialidade vai trabalhar nessa especialidade e não vai trabalhar em mais nenhuma.” (Ent. 75 J)

Parece-nos, contudo, que este não é um fenómeno novo, embora possa ser potenciado com as reformas propostas. A possibilidade de os enfermeiros adquirirem uma qualificação numa dada especialidade e trabalharem noutra área (independentemente da sua vontade) já era uma prática comum nos regimes anteriores de funcionamento dos hospitais:

“Nessa altura custou-me aceitar isso, mas eu estava ao serviço do hospital e não estava ao serviço de um serviço.” (Ent. 6 A)

A escolha das especialidades era frequentemente arbitrária e obedecia mais a estratégias de progressão na carreira do que à perspectiva do profissional vir a desenvolver competências especializadas numa dada área. Este facto poderá constituir um elemento importante na discussão sobre a proximidade entre as novas tendências de gestão nos hospitais e a evolução das perspectivas teóricas sobre as práticas de enfermagem, como teremos oportunidade de desenvolver mais à frente.

A questão da flexibilidade parece-nos surgir como um dos domínios em que existe maior divergência entre os enfermeiros que ocupam posições ao nível da gestão de topo e os restantes

profissionais com funções intermédias de gestão. A defesa da implementação da mobilidade funcional dos profissionais é assumida, essencialmente, por enfermeiros-directores, enquanto os profissionais com funções de gestão intermédia manifestam posições contrárias. Os argumentos críticos em relação à flexibilização prendem-se com a percepção de que esta pode provocar a diminuição, em simultâneo:

i) da qualidade dos cuidados,

“A qualidade dos serviços de enfermagem também tem a ver com isto, perceber que o ser enfermeiro não habilita para tudo.” (Ent. 7 A)

“(…) depende (…) de onde eles venham, de onde vêm os enfermeiros e a preparação que têm porque se me perguntar assim: “você vai trabalhar para cirurgia”, eu chegava lá e ainda complicava mais. Se calhar ainda ia dar mais trabalho porque não sabia, não conhecia, não sabia o sítio das coisas, pronto, depende das situações e dos enfermeiros.” (Ent. 44 E)

ii) do empenhamento e motivação dos profissionais:

“As pessoas se não estiverem ligadas a qualquer coisa dificilmente criam raízes e se empenham naquilo que fazem. Quando são mobilizadas assim: “Olha hoje preciso de ti aqui, tu vais para aqui, amanhã preciso de ti ali e tu vais para ali”. Havia pessoas que se sentiam assim tipo bombeiros. E o que eu acho é que se eu quero fazer uma coisa dessas do outro lado tem de haver também um querer e um dizer que sim, que é para não haver este tipo de coisas.” (Ent. 76 J)

Em relação a este tema da flexibilidade funcional entendemos relevante proceder à análise comparativa da sua presença nos hospitais em função do estatuto jurídico. O quadro seguinte sintetiza esta análise desenvolvida a partir da informação recolhida no discurso dos actores entrevistados.

Quadro nº 10

Nível de identificação da utilização da flexibilidade funcional como desejável na organização.

Identificação da utilização da flexibilidade funcional como desejável	HOSPITAIS			
	Empresarializados		Autónomos	
Elevada	A	E	F	J
	D		G	
Moderada	B		I	H
Reduzida	C			

A este nível, parece constatar-se uma diferença entre hospitais autónomos e empresarializados, que não segue exactamente o mesmo padrão das anteriores. A posição dominante nos hospitais autónomos surge como a defesa, a um nível elevado ou moderado, da utilização da flexibilidade funcional como desejável na organização. Julgamos que, em grande parte, esta defesa se deve, por um lado, à existência de alguma ‘tradição’ relativamente a este tipo de práticas nestas organizações (em particular no que se refere aos cargos de chefia), por outro, à tentativa de apropriação desta ‘tradição’ como forma de procurar fazer face à situação paradoxal de existir, simultaneamente, um aumento da sobrecarga de trabalho e uma diminuição do número de efectivos. No que respeita aos hospitais empresarializados, a ‘desejabilidade’ deste tipo de flexibilidade é também elevada ou moderada, exceptuando-se um caso de um hospital que já anteriormente havia sido sujeito a um processo de empresariação. Nesta situação, os factores que poderão explicar esta reduzida flexibilidade poderão estar relacionados com a tentativa de ‘consolidar’ as equipas de trabalho, dado o período de forte instabilidade a que se assistiu com a primeira mudança no estatuto jurídico. Mas, poderá também surgir como resultado de se ter vindo a consolidar, desde então, uma maior preferência por profissionais com competências mais gerais, o que significa, possivelmente, que estes profissionais já incorporaram a flexibilidade como um dado adquirido.

A análise do discurso dos actores nesta situação, sugere alguns indícios de que o trabalho profissional de enfermagem pode vir a assumir menos importância e a ser eventualmente definido como uma forma de ‘capital intelectual’ com base na actividade produtiva. A aquisição de competências de âmbito geral pode passar a constituir a matriz definidora da profissão, em lugar do vínculo a uma dada especialidade. Tal expressa uma certa influência do *pós-fordismo* nas instituições de saúde. A flexibilidade na organização do trabalho facilita a exigência de adaptação a várias situações institucionais impostas pelo exterior. O aumento da flexibilidade funcional poderá também indiciar a existência de estratégias organizacionais orientadas para o recrutamento de profissionais com menos qualificações em determinadas áreas, o que, mais uma vez, paradoxalmente, implica um afastamento das formas *pós-fordistas* de organização do trabalho de enfermagem.

A substituição de actores com competências especializadas por actores com competências generalistas pode ser particularmente problemática para o grupo profissional da enfermagem, já que aproxima o conceito de cuidar (base da sustentação ideológica da profissão) do domínio geral (e, por isso também, da esfera doméstica), afastando-o, simultaneamente, do domínio científico, e retirando-lhe, desta forma, uma fonte importante de legitimação. Por outro lado, a enfatização das competências generalistas é igualmente susceptível de influenciar a demarcação das fronteiras tradicionais da profissão.

Por último, a análise da flexibilidade funcional nos hospitais aos quais os actores estão vinculados permite-nos confirmar a existência de uma das tensões impostas pela NGP, já detectadas antes por Stack e Provis (2000) no contexto australiano: a tensão entre desempenho flexível e o controlo da qualidade. Na realidade, a crescente contratação de uma força de trabalho pouco qualificada e o aumento da rotatividade impedem a continuidade dos cuidados que poderá traduzir-se numa diminuição da sua qualidade. Por outro lado, a tentativa de controlar a qualidade, baseando-a apenas num tipo de controlo da gestão, que sobrevaloriza os aspectos quantitativos e negligencia os qualitativos, poderá ser insuficiente para avaliar o progresso da prestação de cuidados.

Associado a este aumento da flexibilidade funcional, e aos seus efeitos, poderá subjazer um aumento da sobrecarga de trabalho que procuramos equacionar em seguida.

3.2 Sobrecarga de trabalho

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu detectar um grande número de unidades de sentido relacionadas com a intensificação e diversificação do trabalho de enfermagem nos hospitais. Surgiu como uma evidência no discurso que a esmagadora maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contexto de restrições financeiras, impostas pelos processos de reestruturação dos hospitais, se traduz directamente no aumento da carga de trabalho dos profissionais:

“E às vezes pedem-me também coisas para eu lhes dar e eu digo: “Atenção porque neste momento eles estão com isto, isto, e isto, eu prevejo que só daqui a 15 dias” “Mas tem de ser agora!” “Então, não pode ser.” Muitas vezes tenho de dizer que não e sou vista como uma pessoa incómoda porque digo que não. Só que eu não digo que não gratuitamente é quando vejo que estou a ultrapassar os limites e mais do que os limites porque nos limites já estamos nós todos a trabalhar. Cada um de nós já está a trabalhar no seu limite e às vezes pedem-nos mais do que o limite e as pessoas são humanas. Há uma frase que diz que não há nada mais constante que a mudança, mas, calma com a mudança.” (Ent. 11A)

A forma como as restrições financeiras influenciam o ambiente de trabalho dos enfermeiros decorre da conjugação simultânea de quatro factores:

1º) As pressões à forte incrementação da produtividade induzem o aumento do número de doentes (em função da diminuição da demora média) e, conseqüentemente, a intensificação, em termos quantitativos, dos cuidados prestados:

“O que eu posso dizer é que no meu serviço houve um aumento de produtividade. Pode ter sido consequência de reduzir as listas de espera porque houve um aumento de produtividade já nestes últimos dois anos, trabalha-se muito mais.” (16 B)

“Nós até aqui só tínhamos um ou outro tratamento de quimio por dia e meia dúzia de consultas por semana, agora temos tratamentos todos os dias e consultas só não temos à quinta, temos alguns tratamentos de dor mas não temos a consulta. Mas isto significa uma sobrecarga de trabalho muito grande e de atenções e trabalho repartido porque se tivéssemos sobrecarga mas fosse tudo na área de oncologia, agora assim é complicado.

“Não é só a sobrecarga é o tipo e a dinâmica do trabalho que obriga a dinâmicas diferentes e que são coisas diárias em áreas diferentes.” (Ent. 23 B)

2º) A pressão para a produtividade provoca insatisfação e desequilíbrios nas actividades dos profissionais.

Tal como noutros casos nacionais (Bellman, 2001), também em Portugal se parece verificar que a ênfase no *managerialismo* e a introdução de mecanismos de mercado nos hospitais, em particular no que respeita à excessiva pressão para a produtividade, conduz alguns profissionais a um sentimento de derrota, de desvalorização, de desapoio ou de perda de poder e ao “*burnout*” que os leva a abandonar as organizações, transferindo-se para outras ou mesmo solicitando a antecipação da aposentação. Para Kirkpatrick et al. (2005) esta é também uma das principais razões da crescente dificuldade em recrutar profissionais nesta área no Reino Unido. Vejamos alguns exemplos de como é significada e vivida esta situação:

“Depois a nível da gestão isso é um dos factores que contribui para a nossa perda entre aspas de tempo, é um dos factores que contribui sem dúvida para a insatisfação dos enfermeiros. Porque há uma sobrecarga maior de trabalho, não quero pôr nada em causa, (...), mas a insatisfação acaba por ser permanente.” (Ent. 82 J)

“Acho que é um xis de doentes para cada enfermeiro ser responsável por eles e não essa...que eu tenho por exemplo tenho dois enfermeiros para trinta doentes isto também não dá e depois ninguém é responsável por nada.” (Ent. 20 B)

“Eu estou, neste momento, estou a exercer funções como enfermeira-chefe dum Serviço e estou como enfermeira do Departamento. Estou a acumular estas duas funções (...) ainda estou a aguardar que me substituam. (...) É um bocadinho de trabalho, é um bocadinho...e pronto, e isso...neste momento como estou a aguardar a substituição, só que vai-se passando os meses e neste momento, ainda estou a aguardar.” (Ent. 12 A)

3º) A incrementação da produtividade (observada em especial nos hospitais empresarializados) é acompanhada por uma maior instabilidade e insegurança no emprego, que, na prática, se traduz num maior volume de trabalho e num menor número de profissionais:

“É dos aspectos que no dia a dia, a gestão de recursos humanos mais nos consome o tempo e a energia porque, nos últimos tempos temos tido alguma dificuldade, nos despachos que nos condicionam de algum modo a sua admissão e é sempre muito preocupante. Porque sai um enfermeiro do serviço e isso significa que eu tenho 140 horas mensais de cuidados para repor, nós temos dificuldade em repô-las porque logo recorremos à sobrecarga de outros colegas, e temos um esforço acrescido de trabalho extraordinário, e alguma zona de cuidados pode ficar um bocadinho menos boa, claro.” (Ent. 55 I)

4º) A intensificação do volume de trabalho dos enfermeiros parece estar directamente relacionada com o aumento do controlo de gestão. A orientação para a quantificação que, como observámos anteriormente, se traduz no uso crescente de indicadores quantitativos, exponencia, em última análise, o trabalho burocrático desenvolvido por estes profissionais (em alguns casos, o trabalho burocrático é percebido como um obstáculo ao envolvimento dos profissionais nos cuidados):

“(...) eu agora até nem tenho muito tempo para andar junto dos enfermeiros porque sou solicitada para tanta coisa que nem saio do gabinete.(...) E há meia dúzia de anos não tinha assim tanto trabalho para fazer assim, em termos de gestão, o serviço geria-se melhor, não era exigido tanta coisa e eu andava muito junto dos doentes e era um bocadinho que eu gostava e que agora não tenho essa possibilidade.” (Ent. 10 A)

“Tem aumentado, tem que ser tudo escrito, tudo justificado e depois tiram-nos um bocado o tempo para andarmos junto da equipa e junto dos doentes, e eu tento colmatar esse aspecto assim, levo para casa para fazer depois da hora do serviço.” (Ent. 48 E)

O incremento exponencial da carga de trabalho acaba por ter reflexos na forma como os cuidados são prestados, tendo em atenção a diminuição do tempo disponível dos profissionais para o acompanhamento dos pacientes e para o seu próprio envolvimento nos cuidados, de acordo com os valores tradicionais da profissão.

O discurso dos profissionais sobre a intensificação e sobrecarga do seu trabalho permitiu observar, em muitos casos (e nos testemunhos atrás produzidos já foi possível apreender essa realidade), o surgimento de alguma oposição entre a intensificação das actividades burocráticas e de gestão e a qualidade dos cuidados. De facto, como já Crowell (1996) havia sublinhado, o diferencial entre a cultura de gestão e a qualidade dos cuidados conduz a estados de dissonância cognitiva, que também podemos detectar em alguns dos enfermeiros que entrevistámos. Faugier argumenta também que os profissionais:

Acreditam que as suas circunstâncias e preocupações actuais com o curto prazo e objectivos impostos externamente previnem as suas acções de serem congruentes com os valores de cuidados com os pacientes (Faugier, 2004, p.21).

Em certa medida é possível observar a manifestação deste tipo de fenómeno no discurso dos actores:

“É a carga de trabalho, o excesso de doentes, o apoio que nós queremos dar que muitas vezes não conseguimos, acho que há aqui uma certa frustraçozinha, digamos, neste campo. É um trabalho muito desgastante, e nós ou conseguimos realizar-nos como uma família como um ser global, no seu todo, ou então, chegamos ali, não damos uma palavra, não ouvimos as preocupações dos doentes, e vamos embora, e muitas vezes isso até acontece, porque há outro que está a pedir mais, que exige mais, tem mais necessidades, e pronto, muitas vezes nós somos incapazes por falta de tempo.” (Ent. 5 E)

“Humanamente o pessoal tem de estar partido e assim é difícil. Eu tenho consciência que nesta equipa tenho pessoal muito cuidadoso e tem muito cuidado nos tratamentos. Eu sei que o pessoal tem consciência e tem muito, muito cuidado, mas, mesmo assim, há erros. Mas eu exigir mais ao meu pessoal quando está tão partido também não posso. Tem de ser sempre na base da atenção, errámos aqui e falhamos todos.” (Ent. 23 B)

“Até a relação com o utente, é impossível estarmos presentes porque toda a outra carga de trabalho, horários, materiais...ocupa-nos tanto e o andar sempre de baixo para cima que não consigo (...)” (Ent. 83 J)

É certo que a percepção da diminuição da qualidade dos cuidados prestados pode surgir como expressão de alguma resistência à mudança e de alguma nostalgia em relação ao passado.

Mas, no contexto da análise que estamos a conduzir, parece-nos surgir, sobretudo, como uma expressão de insatisfação com o actual curso das mudanças. Por outro lado, convém não perder de vista que as preocupações que os profissionais manifestam com a relação negativa que estabelecem entre a ‘sobrecarga de trabalho *versus* qualidade dos cuidados’ pode, objectivamente, reflectir-se na emergência de problemas no campo da prestação de cuidados. Loretta Bellman (2001) refere, para o caso inglês, que as decisões de gestão baseadas na contenção de custos têm conduzido a uma diminuição dos níveis de higiene e do controlo das infecções nos hospitais.

Para além do impacto negativo da sobrecarga de trabalho nos cuidados, é possível identificar nas entrevistas um conjunto de percepções que mostram que os profissionais sentem que essa sobrecarga produz consequências negativas na esfera da sua vida pessoal. Entre estas consequências, surgem em lugar de destaque no discurso:

i) a interpenetração entre a esfera pública e privada,

“Em termos de horários fiquei muito limitada, porque entro às oito e saio daqui às dezoito, dezanove horas, trabalho muito mais, a disponibilidade para a família ficou reduzida, e levo trabalho depois para o serão. (...)” (Ent. 5 E)

“Eu tenho a secretária completamente desarrumada tenho lá uma série de papéis para dar resposta e não dou, desde horários de auxiliares (...) Eu não consigo e depois tenho de levar os papéis para casa. Eu esta semana já almocei em casa às 16:30. Eu não tenho tempo e ao longo da minha profissão isto nunca me aconteceu.” (Ent. 51 E)

“É muito complicado e estou a passar por situações em que me preocupo muito, preocupo-me com o serviço e vou para casa e acho que a minha vida pessoal acabou por ficar para segundo plano, percebe?” (Ent. 58 G);

ii) a exaustão física e psicológica,

“Depois, é o facto de serem muitos médicos e poucos enfermeiros, isto é, a diferença. Somos 4 médicos na pequena cirurgia e está um enfermeiro ora com tanta solicitação eles têm de saber dar prioridades, o que cria ansiedade e stress, e uma grande dificuldade de acompanhamento sobretudo quando estamos a receber doentes.” (Ent. 10 A),

“Este mês está um pouquinho melhor, mas não havendo recursos e havendo necessidades as pessoas têm de trabalhar e trabalham muito mais para além das horas que deviam trabalhar porque eu tenho de ter o pessoal a trabalhar nos serviços. E as pessoas estão sempre a dizer: “ Ai estou morta para me ir embora. Ai eu ainda não posso ir, ai isto é tão cansativo.” (Ent. 9 A)

“Chegar ao fim de um turno, no final da noite e olhar para trás e saber que aquilo que queria fazer não foi capaz de o fazer e o stress foi tanto que as lágrimas só caíam pela cara abaixo por não ter conseguido fazer o que devia e realizar o que imaginava.” (Ent. 62 G);

iii) a falta de disponibilidade para a integração e formação,

“As pessoas vêm novas e eu ultimamente não tenho tido tempo nem para a integração nem para a formação que é muitíssimo importante nestes casos porque estas pessoas quando vêm não estão minimamente preparadas para trabalhar num bloco.” (Ent. 13 A),

“Acho que há uma sobrecarga muito grande de trabalho e isso era importante até para eles terem outro tipo de tempo para as tais acções autónomas, para o ensino, para a educação para a saúde, para os tais projecto que nós vamos fazendo fora de horas.” (Ent. 33 C);

Em nenhum dos casos analisados este aumento da carga de trabalho é acompanhado por qualquer tipo de compensação económica:

“Não só, não só porque para mim é assim, para mim a questão da evolução na carreira não tem muito significado até porque eu não ganho mais, não tem significado nenhum em termos monetários, portanto ganho exactamente a mesma coisa do que ganhava como enfermeira chefe e tenho muito mais trabalho (...).” (Ent.10 A)

“Eu tenho um cargo que não corresponde a isto e não recebo mais nada por isso nem um bónus sequer (...) Tenho mágoa de estar a gerir um serviço e de não ser compensada economicamente por isso porque esforço-me muito e, no mínimo, as administrações deviam ter isto em conta, até por uma questão de satisfação pessoal.” (Ent. 23 B)

O impacto do aumento da flexibilidade funcional, que aqui é significado de forma diversificada pelos actores, está directamente ligado à introdução de novas formas de controlo do trabalho da enfermagem por parte dos gestores. Na realidade, tal como outros autores constataram em contextos diversos (em particular no Reino Unido) (Bolton, 2005a; Hunter, 1996; Kirkpatrick et al., 2005; Walby et al., 1994), também no caso dos hospitais que analisamos os factores que ampliam a intensificação do trabalho de enfermagem parecem vincular-se às mudanças induzidas no contexto organizacional. Estas alteram o quadro tradicional da prestação de cuidados, em particular a diminuição do tempo de estadia dos pacientes nos hospitais, o que facilita a intensificação e utilização sistemática dos mesmos ‘recursos’ (incluindo de profissionais de enfermagem) numa maior diversidade de actividades.

Esta flexibilidade expressa, todavia, mais uma tensão nos profissionais (Stack & Provis, 2000) que se gera, desta feita, no conflito que emerge entre as tentativas organizacionais de forçar a sua ‘flexibilidade atitudinal’ e a sua assunção de outros empenhamentos ligados ao seu bem-estar pessoal e social. De forma mais específica, é possível supor que as organizações, explicita ou implicitamente, exercem uma forte pressão sobre os profissionais para organizarem os seus compromissos pessoais de acordo com as exigências da organização. Esta pressão origina sentimentos de frustração e stress estritamente ligados às dificuldades em conciliar a relação trabalho e família. Tal é particularmente relevante no caso de muitos dos nossos entrevistados, já que, sendo a maioria mulheres, sentem fortes conflitos internos na tentativa de conciliar compromissos pessoais e organizacionais.

3.3 Padronização de Processos e Práticas

A organização do trabalho de enfermagem tem vindo, crescentemente, a ser reestruturada com base na padronização de processos e de práticas, fenómeno que converge com o quadro geral de mudanças que temos vindo a descrever. Só atingindo a standardização dos procedimentos, e especialmente das práticas, é possível criar indicadores quantitativos que podem facilmente ser traduzidos em sistemas de informação, nos quais, aliás, as decisões de gestão, em particular de gestão *hard*, se procuram cada vez mais legitimar. Esta lógica também começa a dominar a organização dos cuidados dos hospitais de onde provém os enfermeiros que integram a nossa amostra. Por exemplo, a preparação e aplicação da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE), é um factor comum aos hospitais autónomos e empresarializados, como se pode constatar nas seguintes afirmações dos actores:

“O Hospital (...) está a desenvolver uma metodologia de trabalho de enfermeiro de referência e está a aplicar, tem, em alguns serviços está praticamente construído o padrão informatizado a CIPE. No Pediátrico é assim o facto de terem introduzido a CIPE, como metodologia de trabalho, obrigou a retomar a metodologia de trabalho de enfermeiro de referência e deixar de ser somente trabalho individual, e portanto no (...) está mais desenvolvida”. (Ent. 55 I)

“Obviamente que a enfermagem precisa de desenvolver, e penso que está nesse caminho, aplicações informáticas. Temos de pôr em prática a CIPE, que é realmente um documento que traduz, na prática, o que um enfermeiro faz. É extremamente importante que haja hoje softwares de apoio à gestão e que me dêem indicadores fiáveis, enquanto eu não os tiver, o indicador que tem de entrar em consideração para o cálculo das necessidades de recursos humanos, conforme recomendado pelo departamento de recursos humanos da saúde, é a taxa de ocupação dos serviços. Portanto, faço o cálculo tendo em conta a produção do serviço: o número de camas e a taxa de ocupação.” (Ent. 2 B)

É nesta lógica de padronização que surgem também alguns dos processos de acreditação, os quais baseando-se fundamentalmente na quantificação, parecem orientar-se para tentativas de criação de ambientes de uniformização das linguagens e das práticas:

“Principalmente o processo. A própria acreditação tem um conjunto de normas e de critérios e de procedimentos que são obrigatórios. Tem, portanto, a prática obrigatória e que caminha para a melhoria contínua. E tudo foi formalizado, todos os procedimentos foram elaborados porque não existiam antes. Todo o processo obrigou a que toda a gente falasse a mesma linguagem.” (Ent. 53 G)

“Acho que melhorou, mas melhorou neste sentido nós procurámos tornar tudo mais informatizado. (...) E depois tivemos de facto a candidatura do hospital à acreditação da qualidade, acho que começou a haver esta preocupação de haver protocolos para tudo, toda a gente trabalha da mesma forma e toda a gente está mais alerta.” (Ent. 6 A)

Em vários profissionais emerge a crença de que o recurso a estes instrumentos permite tornar a organização uniforme na actuação, uniformidade essa que constitui um passo imprescindível para o aumento da flexibilidade e mobilidade profissional, assim como facilita, a curto prazo, o aumento do controlo sobre as práticas profissionais. São estas ‘tecnologias

calculadoras' que tornam as actividades dos profissionais visíveis, que permitem comparar o desempenho actual com o desejado e tornam possível a extensão das técnicas e do controlo de gestão sobre os profissionais (Exworthy & Halford, 1999):

“Nós temos neste momento a informatização do processo clínico, com a aplicação do processo informático para os enfermeiros, com indicadores de produtividade já incluídos, com sistema de classificação de doentes por horas de trabalho para os enfermeiros que neste momento necessita de tempo e de incentivo para os enfermeiros.” (Ent. 53 G)

“É eu poder chegar ao computador e dizer “taxa de eficácia de prevenção disto”. ok, está num nível alto, se o nível é bom, tudo bem, se o nível começa a baixar tenho que ver porquê e aí já começo a fazer, no fundo é avaliar a qualidade continuamente, é auditar as práticas da enfermagem.” (Ent. 28 C)

O apoio de muitos dos actores entrevistados à padronização das práticas e à sua objectivação em indicadores passíveis de registo, indicia, mais uma vez, que a crença de que apenas tem existência real o que é traduzido em números, e tornado visível pela linguagem da gestão, parece começar a instalar-se no discurso dos profissionais com funções de gestão:

“Que muita coisa que fazemos não fica registada. Ora se não fica registado é como se não fosse feito portanto não foram cuidados prestados, pode-se pôr em causa até porque é que eu tive seis enfermeiros num dia. Pelo que foi registado se calhar só precisava de quatro.” (Ent. 17 B)

“O que eu, se calhar, mudaria, acho que agora se está a mudar um bocadinho esta parte organizacional que nós fazemos muito e, às vezes, escrevemos pouco. E quer dizer, temos muito essa...quer dizer, faz-se *n* actividades diferenciadas e depois, vai-se a ver, quer dizer...pelas escritas como comprovar o que se fez, o registo portanto, nós escrevemos as ocorrências, etc...e até com algum...com pormenor mas... normas de procedimento só agora ...há dois anos que nós investimos mais embora faz-se, já tínhamos elaborado algumas, outras foram aperfeiçoadas e eu acho que esta parte organizacional, acho que foi benéfica neste últimos anos porque os procedimentos foram elaborados, as pessoas...há um comportamento... é uniformizado.” (Ent. 12 A)

Nos hospitais em que os processos de padronização estão mais desenvolvidos a capacidade de transformar as práticas em indicadores quantificáveis é considerada como um elemento importante na avaliação dos serviços:

“A avaliação do serviço tem quatro aspectos: em primeiro tem a ver com uma amostragem do processo clínico dos doentes, ou fichas de urgência ou seja o que for, são enviadas para o arquivo mensalmente para a avaliação de enfermagem e para a avaliação médica à parte temos o director clínico com o director de serviço e administradora e de acordo com uma grelha vamos ver se os registos estão completos, se estão legíveis, se estão correctos em termos de organização do processo.” (Ent. 4 D)

Mas, também, nestes casos, e recorrentemente, a legitimidade dessa transformação quantitativa é retirada da existência de novas formas de controlo e regulação das instituições hospitalares por parte do Estado, em particular, aqui, a ligação à contratualização e ao financiamento:

“Este Conselho de Administração penso que está de alguma maneira a reestruturar as coisas internamente para poder, se calhar, para que os serviços que já se fazem sejam

melhores remunerados mas parece que se chegou à conclusão que havia alguns serviços que nós fazíamos e não eram remunerados porque não havia registos adequados que comprovassem que nós tivéssemos feito.” (Ent. 44 E)

Por outro lado, o ambiente gerado pela pressão exercida sobre a quantificação das práticas e a sua ligação à avaliação, que produz impactos evidentes, como vimos, nos comportamentos profissionais, torna-se particularmente problemática em referência à sobrecarga de trabalho que acarreta. No dizer de um dos profissionais, que ilustra bem esta questão:

“Isto vai-nos dar um bocado mais de trabalho a nível de registos, mas foi-nos pedido numa forma que ninguém tem coragem de dizer que não, e nesta parte os enfermeiros sempre se prestaram mais, há outras classes que não, mas que com vontade se faz, até porque não se tem argumentos para não se fazer, acho que se está no bom caminho.” (Ent. 47 E)

A pressão do Estado sobre as instituições para a obtenção da eficiência, da qual os registos constituem um instrumento imprescindível para a construção de indicadores de produtividade, traduz-se, em cascata, em pressões das instituições sobre os serviços (unidades) e, por sua vez, dos enfermeiros com funções de gestão sobre os outros profissionais.

A voz dos profissionais parece mostrar, todavia, que a exigência de registar nem sempre é percebida como uma actividade ‘normalmente’ integrada nos processos de trabalho, e nem sempre é conciliável e/ou imprescindível para a qualidade dos cuidados:

“ (...) às vezes os registos, aquelas burocracias que eu às vezes até concordo com eles, a média de idades dos nossos doentes é muito elevada, o serviço está sempre cheio e eu não preciso de cá estar para saber que numa tarde das dezasseis à meia-noite os meus colegas não param e às vezes até me sinto mal em estar a exigir: “Então, mas vocês não fizeram o planos de cuidados?” Isto são situações que eles deveriam mas às vezes não podem sequer fazer. A equipa (...) presta bons cuidados de enfermagem mas acaba por negligenciar a parte dos registos.” (Ent. 51 E)

“Parece uma ditadura, agora temos de fazer isto e aquilo. Ninguém queria fazer os registos das coisas que faziam, era fazer o trabalho e despachar e não tanto fazer os registos.” (Ent. 57 G)

“Depois as suas exigências também são outras em termos de registos, enfim, e tira-lhes um bocadinho hoje também há necessidade de registar, dantes registava-se menos, hoje com essa política economicista as coisas têm de ser registadas, enfim, há uma série de coisas e então o doente passa muito mais tempo sozinho.” (Ent. 16 B)

Na mesma lógica do que foi constatado por Sharon Bolton (2004a, 2005a,b), a nossa análise parece igualmente mostrar nos profissionais com funções de gestão a existência de um afastamento da prestação tradicional de cuidados (centrada na relação com o paciente), a favor de uma maior aproximação aos papéis de organizadores de cuidados, estruturados em torno de uma perspectiva de gestão operacional. Melhor dizendo, a imposição externa de uma nova cultura de gestão nos hospitais parece produzir reflexos directos no trabalho dos enfermeiros com funções de gestão. As pressões para a adesão a uma cultura do desempenho, centrada, essencialmente, na perspectiva da obtenção de resultados

quantificáveis, expressa-se na sobrevalorização dos actos passíveis de registo e numa preocupação central com a manutenção de estruturas e sistemas de informação susceptíveis de dotarem os gestores com instrumentos de apoio à tomada de decisão. Assim sendo, é possível inferir sobre a existência de capacidades e poderes suficientes da gestão dos hospitais para, de forma indirecta, aumentar o controlo sobre o trabalho da enfermagem, não o conseguindo, no entanto, sem originar alguns conflitos e tensões. Tomando as conclusões de Stack e Provis (2000), para o caso australiano, observa-se igualmente, no caso dos enfermeiros que integram a nossa amostra, uma certa tensão entre os aspectos da socialização profissional, configurados por critérios ou padrões profissionais histórica e socialmente instituídos, e o esforço organizacional para standardizar procedimentos e limitar o uso de recursos por forma a conter os custos.

3.4 Métodos de Prestação de Cuidados

Embora os métodos de prestação de cuidados tenham sido um tema com menor relevância discursiva, é possível observar, também, em algumas posições assumidas pelos actores, alguma tendência para um certo afastamento dos métodos tradicionais, baseados na tarefa, na direcção de métodos centrados no paciente:

“No que respeita à enfermagem foi necessário mudar os métodos de trabalho. Havia enfermarias onde ainda se processava o tradicional método de tarefa. Havia um enfermeiro que administrava a prescrição, havia o enfermeiro que fazia os pensos e depois não havia ninguém que conhecesse o doente na globalidade, ou seja, se alguém queria uma informação, ou mesmo um familiar, perguntava: “Olhe, como é que está o penso?” “Olhe vou perguntar ao meu colega que eu não sei.” Neste momento, da forma como estamos organizados, já podemos ter cuidados globais. (...) E ele é responsável por tudo. Desde a higiene, desde o conforto, desde os pensos, portanto, é responsável por tudo no doente e ele responde, durante o seu tempo de serviço, por tudo o que diz respeito ao doente e isto é também um sentido de responsabilização.” (Ent. 1 A)

Tal alteração insere-se na lógica da NGP, em que se procura, simultaneamente, afastar os métodos de trabalho da prestação de tipo taylorista e aumentar a responsabilização individual de cada profissional relativamente ao conjunto de actividades que desenvolve:

“Eu gostava de uma, gostava e acho que é obrigatório, que é uma responsabilização maior de cada enfermeiro por um determinado número de doentes. Isto é, nós gostávamos de ter um enfermeiro de referência porque assim os pais sabiam a quem se dirigir e havia uma responsabilização grande, mas as pessoas não estavam habituados a isso.” (Ent.12 A)

O desenvolvimento mais recente deste modelo identifica-se com o enfermeiro de referência:

“Nós tínhamos uma metodologia de trabalho em que não tínhamos o método do enfermeiro de referência. Neste momento cada serviço tem uma enfermeira de referência e é essa enfermeira que responde pelos cuidados aos doentes. Tenha uma enfermeira de referência que é a enfermeira que faz o levantamento das necessidades e o planeamento de cuidados com o enfermeiro prestador e a avaliação e medidas correctivas se for o caso.

Essa enfermeira responde perante a enfermeira chefe e perante o grupo multidisciplinar.”
(Ent. 53G)

Mas existem outras formas que procuram, grosso modo, aproximar-se desta:

“O método é individual, cada enfermeiro tem os seus doentes distribuídos, havendo sempre algum que dá apoio aos outros todos e eu comandando as operações.” (Ent. 23 B)

As mudanças nos métodos de prestação de cuidados parecem, no entanto, poder ser identificadas mais com a evolução do trabalho de enfermagem do que propriamente com o resultado da aplicação no terreno das propostas de reestruturação contidas nas reformas. Alguns actores inserem estas mudanças no contexto da Nova Enfermagem e na procura de identificação de novos métodos de trabalho científicos, desenhados de acordo com os modelos de enfermagem que dele decorrem. Trata-se, por isso, da única mudança que, em termos de organização do trabalho, nos parece ter sido estimulada internamente pelos processos de desenvolvimento profissional.

“Já era assim antes. Já antes desde 1992 ou 93 que nós tínhamos este método de trabalho não tínhamos era enfermeiros de referência. Era o enfermeiro-chefe que assumia esse papel de enfermeiro de referência.” (Ent. 53 G)

“E depois a partir do momento em que passámos a integrar a metodologia do enfermeiro de referência que se ajustava muito porque tínhamos sempre uma pessoa que fazia a ponte, a articulação entre os cuidados diferenciados e os primários e passámos para essa metodologia de trabalho mas que decorreu da evolução natural da organização nesta linha. Acho que não foi nada provocado por terceiros, foi decorrendo da nossa própria actividade e da evolução do nosso trabalho com os nossos parceiros.” (Ent.26 C)

Contudo, como sustentam Hewison e Stanton (2002), a enfermagem e a NGP partilham vários aspectos comuns em termos do seu desenvolvimento e da aproximação que fazem em relação à construção de um dado conhecimento de base nos dois domínios. Na realidade, tal como Salvage (1990) havia antes realçado, a nova enfermagem pode ser analisada como uma ideologia com aspectos muito próximos da ideologia da NGP, em especial a relação de proximidade com o paciente (noção de consumidor na NGP), a responsabilização individual relativamente aos cuidados prestados ao paciente e o aumento da autonomia dos enfermeiros. A separação entre a NGP e a nova enfermagem parece, assim, surgir mais como uma questão de retórica do que de substância (Hewison, 1999).

A análise desta categoria permite-nos formular a hipótese, ao contrário das conclusões de Walby et al. (1994), de que é possível identificar nas organizações hospitalares a presença mitigada do ‘*pós-fordismo*’.

Além disso, os nossos resultados parecem confirmar ainda os obtidos por Sharon Bolton (2004a, 2005a,b), que constata, no contexto britânico, uma forte intensificação do trabalho de enfermagem e uma mudança na atmosfera global do trabalho, traduzida no aumento da burocracia

e dos níveis de *stress*, fenómeno igualmente descrito por Hunter (1996) nos profissionais de saúde em geral.

Se, de facto, o discurso dos actores torna presente a existência do princípio da flexibilidade na organização do trabalho de enfermagem, o que configura uma lógica de alteração ou de redefinição dos processos de controlo dos profissionais, por outro lado, em última instância, estas circunstâncias parecem ter desembocado num aumento do controlo da gestão sobre os profissionais (acompanhada da diminuição das suas qualificações) e não no aumento da sua autonomia, como se espera das organizações *pós-fordistas*.

Uma terceira conclusão, que é possível retirar da análise desta categoria, refere-se à hipótese que pode ser formulada sobre a existência de um paralelismo entre o desenvolvimento do próprio processo de enfermagem e o desenvolvimento do *ethos* de gestão na versão da NGP – a parceria com o paciente (por analogia com as parcerias com o consumidor) e o aumento da responsabilização individual dos profissionais, constituem temas pertinentes para aprofundar e juntar às possíveis interacções entre os dois domínios.

Por último, em termos gerais, a nossa análise dos resultados parece confirmar a presença de traços da NGP nos hospitais aos quais os actores da nossa amostra estão vinculados, particularmente, no que concerne à intensificação do trabalho e ao aumento da ênfase na prestação de contas (Hood, 1991; 1995).

4 Políticas de Recursos Humanos

Como temos vindo a sublinhar, a NGP integra, no seu sistema de referências, um conjunto de pressupostos orientados para a defesa da diminuição do peso do Estado na economia e na sociedade e para a alteração dos valores dominantes nas organizações burocráticas, procurando, neste caso, aproximar-se dos valores dominantes nas organizações privadas. A consecução destes propósitos passa pela reconfiguração do poder e da autonomia dos profissionais nas organizações burocráticas. A relevância concedida aos profissionais neste processo determina a concessão de um papel preponderante às políticas e práticas de GRH nas instituições públicas, que, neste contexto, podem ser representadas como um importante instrumento na sua regulação pelo Estado.

Uma boa parte das medidas implementadas que toma os recursos humanos como alvo, é susceptível, de facto, de poder ser incluída no quadro da NGP, configurando, também neste campo, o que alguns autores designam por uma mudança paradigmática (Boyne, Jenkins & Poole, 1999; Farnham & Horton, 1996). Estes autores argumentam que a introdução de medidas no âmbito da NGP implica a substituição do modelo tradicional de GRH no sector público por um novo modelo semelhante ao que caracteriza as organizações privadas.

A especificidade tradicional da GRH no sector público reside, recordando a análise de Farnham e Horton (1996), no estilo paternalista, estandardização do emprego, colectivização das relações industriais e na ideia de empregador modelo. A intromissão da NGP nesta área particular tem vindo a propor a substituição destas características por outras, tradicionalmente dominantes no sector privado, como o estilo racional, a flexibilidade e diferenciação, as negociações individuais baseadas nos critérios do mercado de trabalho e no desempenho individual e o seguidismo em relação às 'melhores práticas' do sector privado.

Porém, não existem consensos entre os autores quanto ao sucesso desta alteração nos modelos tradicionais. Lloyd e Seifert, por exemplo, num estudo realizado em 1995 no Reino Unido, detectam a perda de segurança de emprego e afirmam que os dados empíricos sugerem que:

(...) a ênfase nos custos está a minar as práticas tradicionais de emprego no sector público, como a segurança de emprego, e está a revelar um aumento das decisões de gestão sobre as estruturas profissionais e um aumento do controlo sobre o trabalho (Lloyd & Seifert, 1995, p. 359).

Mas, por sua vez, tendo por referência a mesma realidade nacional, Boyne et al. (1999) já concluem, num estudo efectuado em 1999, que as práticas no sector público e privado permanecem distintas em diversos aspectos, com a prevalência de um estilo paternalista, estandardizado e colectivo na GRH no sector público.

Antes de mais, esta ausência de consenso resulta da própria conceptualização inerente aos dois modelos. Apesar de apresentados enquanto tipos-ideais dificilmente estes podem ser perspectivados como existindo de igual forma em todos os contextos. Na realidade a GRH é, de alguma forma, uma abordagem cujo surgimento e desenvolvimento está muito ligado ao contexto da economia norte-americana, existindo alguma discussão quanto à possibilidade de aplicação do conceito à realidade existente na Europa (Brewster & Hegewisch, 1994; Sparrow & Hiltrop, 1994). Por outro lado, há ainda a questão dos desenvolvimentos teóricos terem ocorrido a um ritmo muito superior à sua aplicação prática (Armstrong, 1987; Guest, 1998; Legge, 1995).

A possibilidade de transpor o modelo de GRH americano para a Europa é vista com cepticismo por autores como Brewster e Hegewisch (1994) ou Sparrow e Hiltrop (1994), devido, essencialmente, às características do contexto europeu, em particular: maior restrição à autonomia dos trabalhadores, menor ênfase nos processos de mercado, maior ênfase no grupo em relação ao indivíduo, nos trabalhadores em relação aos gestores, na negociação colectiva em lugar da negociação individual e, ainda, na maior intervenção por parte do Estado.

Em Portugal não existem, até ao momento, estudos, divulgados e conhecidos, que analisem, de forma comparativa, os modelos público e privado de GRH. Esta ausência justifica-se

pela escassez de estudos sobre a GRH no sector privado e, igualmente, porque as medidas legislativas que promovem a aproximação dos dois tipos possuem um carácter muito recente.

As características que definimos no enquadramento teórico como dominantes na sociedade portuguesa, e que Hofstede (1997) identifica como capazes de enquadrar Portugal no grupo dos países femininos, colectivos e com elevada distância ao poder e elevada aversão ao risco, parecem situar a sociedade portuguesa nos antípodas da americana, suscitando, por isso, a questão da adequabilidade da GRH no contexto nacional.

Neste sentido, alguns autores têm procurado reflectir sobre a possibilidade de existir um modelo de GRH com características particulares no nosso país. Para Cunha e Marques (1995) a evolução tem-se feito no sentido do afastamento de um modelo puramente administrativo e burocrático para se aproximar de uma abordagem de GRH centrada nas pessoas. Também José Gonçalves Neves (2002), tendo por base os temas das conferências organizadas pela Associação Portuguesa dos Gestores e Técnicos de Recursos Humanos (APG)⁵⁴, observa uma evolução semelhante. Num estudo recente, Cabral-Cardoso (2004) detecta a crescente utilização da designação GRH para nomear os departamentos responsáveis pela área e a incorporação da linguagem e da retórica da GRH no discurso da gestão. No entanto, como o próprio autor salienta, é necessário ponderar se estas alterações se traduzem, ou não, em mudanças efectivas na prática.

A análise desenvolvida por Cabral-Cardoso (2004) sustenta a hipótese da existência de um modelo de GRH em construção em Portugal, mas que começa a evidenciar elementos que o distinguem dos que caracterizam estereotipadamente o modelo americano.

Na tentativa de caracterizar o modelo de GRH dominante em Portugal, tendo por referência os estereótipos que, segundo Guest (1987), tipificam o modelo americano, Cabral-Cardoso conclui que o modelo português se baseia num conjunto de especificidades entre as quais se destaca: o planeamento ser estrategicamente integrado, o sistema de controlo dominante é externo (por oposição ao auto-controlo), as relações trabalhador-empregado se pautarem por serem individuais e de baixa confiança, os sistemas ou estruturas preferenciais serem mecânicos, não delegados, mas com alguma flexibilidade, e o papel desempenhado pelos directores se definir como sendo um papel de especialista.

A existência destas características pode ser justificada não só por referência aos traços psicológicos e antropológicos que, eventualmente, a sociedade portuguesa apresenta, no sentido que Hofstede (1997) os enuncia, mas também, como sublinha Cunha (2005), à capacidade dos gestores portugueses em adaptarem as “melhores práticas” internacionais à realidade local.

⁵⁴ Trata-se de uma associação nacional que congrega técnicos e profissionais de recursos humanos do país e que organiza uma conferência anual.

Apesar de, como mencionámos anteriormente, não existirem estudos comparativos com o sector público, julgamos possível sustentar a hipótese deste se afastar destas características assumidas como dominantes no sector privado. Não podemos esquecer que durante grande parte do Séc. XX Portugal viveu sob um regime totalitarista e criou uma tradição de Estado intervencionista e proteccionista. Por outro lado, a legislação resultante do espírito da Revolução de Abril procurava, como sustenta Boaventura Sousa Santos (1993, 2002), aproximar-se das características proteccionistas dos países centrais.

Estas características impuseram, até um período recente, um modelo de GRH no sector público que, estamos em crer, se encontra muito próximo do modelo tradicional referido por Farnham e Horton (1996) para o Reino Unido. No entanto, no âmbito da GRH, a produção legislativa desenvolvida nos últimos anos em Portugal, em particular a respeitante ao sistema de avaliação (Lei 10/2004, de Março, Decreto regulamentar 19-A/2004, de 14 de Maio e Portaria 509-A/2004, de 14 de Maio) e ao contrato individual de trabalho na função pública (Proposta de Lei que remete para a Lei 99/2003, de 27 de Agosto que aprovou o Código de Trabalho), parece traduzir uma influência clara da NGP (Rocha, 2005) nas políticas públicas de recursos humanos e contribuir para a desconstrução do modelo tradicional de GRH no sector público.

Neste contexto, não nos parece possível proceder à análise das reformas das instituições hospitalares sem reflectir sobre as mudanças ao nível das políticas e práticas de GRH. Importa, mais uma vez, realçar que esta análise surge sustentada no enquadramento das políticas e práticas de GRH enquanto instrumento de regulação das instituições e dos próprios profissionais do serviço público. Tendo como pano de fundo as características que tradicionalmente enformam o modelo de GRH no sector público, assim como características particulares do modelo de GRH dominante no nosso país, construímos três temas nesta categoria – políticas salariais, vínculo contratual e racionalização do número de efectivos – com os quais procuramos mostrar a possibilidade de nas organizações hospitalares, de onde são provenientes os profissionais que participam no nosso estudo, se observar uma alteração paradigmática ao nível da GRH.

4.1 Políticas Salariais

No quadro das alterações propostas nas práticas tradicionais de GRH no sector público assumem particular destaque as tentativas de eliminar, ou de reduzir drasticamente, os contratos colectivos de trabalho e de se estabelecerem medidas tendentes a materializar a ligação entre a remuneração e o desempenho. Estas medidas são particularmente relevantes para as reformas, dado que permitem eliminar duas características emblemáticas da GRH no sector público: o estilo paternalista dominante e a estandardização do emprego, veiculado ao ‘velho postulado’ de ‘salário igual para trabalho igual’.

A análise de conteúdo das entrevistas revela a existência de um forte consenso em redor da desconstrução da ideia de standardização de emprego. Na realidade, embora a ligação da remuneração ao desempenho exista como prática efectiva apenas em duas instituições hospitalares (as que possuem modelo empresarial há mais tempo), como a seguir ilustramos com um exemplo;

“No fundo o que é que vamos ter aqui? Se temos uma avaliação positiva do serviço e individual do enfermeiro, o enfermeiro vai ter incentivo nesse mês, que são os 15% do ordenado. Mas se o enfermeiro tem uma avaliação positiva e o serviço tem uma avaliação negativa nesse mês ninguém tem direito a incentivo. Depois se nos 11 meses do ano o enfermeiro teve uma avaliação positiva (porque há um mês de férias) tem mais um incentivo anual que é pago através de uma bolsa de formação.” (Ent. 4 D);

a grande maioria dos actores é desfavorável a que os profissionais que desempenham as mesmas tarefas usufruam dos mesmos estímulos ou compensações pelo trabalho, advogando, antes, a introdução de diferenciações na remuneração de acordo com o desempenho individual de cada um. Dito de outra forma, é favoravelmente percebida a existência de incentivos especiais (quer estes sejam ou não monetários) associados a desempenhos diferentes, como aliás, é expresso no discurso dos seguintes actores:

“Hoje as coisas não são tão fáceis porque as pessoas sabem que se exige. Agora, o que eu ainda não consegui foi premiar no terreno o desempenho das pessoas e isso só é possível através dos incentivos e isso é o próximo passo que estamos a dar.” (Ent. 2 B)

“Eu acho que as pessoas se conseguem identificar melhor com os objectivos do Serviço ou da instituição se houver uma...um reconhecimento do seu trabalho. Pode ser pecuniário ou pode ser doutra maneira mas...está-se a pensar que será um reconhecimento pecuniário do seu trabalho.” (Ent. 18 B)

“O facto de eu poder dar alguns incentivos, quer sejam monetários, quer sejam outros, eu acho que me vai estabilizar em termos de equipa.” (Ent. 28 C)

Esta mudança nas políticas e práticas de GRH no sector público pode ser identificada como um mecanismo de auto-controlo, que procura induzir uma estruturação do comportamento individual em torno de objectivos organizacionais previamente definidos, e que contribui, em última análise, para a edificação do equilíbrio homeostático da organização identificado por Hood (1991, 1995).

Nos hospitais autónomos, a impossibilidade legal de diferenciar a remuneração faz com que os enfermeiros com funções de gestão criem estratégias com vista à recompensa dos comportamentos no trabalho que consideram adequados:

“Mas eu também não estou interessado em meter cá pessoas, mais esses quatro que me faltam. Porquê? Porque eu quero dar um contributo ou uma gratificação, entre aspas, aos que cá trabalham. Porque trabalham a valer, trabalham honestamente, trabalham arduamente e assim eu posso pagar a gratificação em horas extras.” (Ent. 52 F)

O que a maioria destas posições protagoniza é, no fundo, a substituição do sistema de remuneração actualmente dominante nas instituições públicas por um sistema baseado no

ressurgimento da ideologia do mérito e na noção de *homo economicus*. Há uma aproximação a concepções mais tradicionais da gestão *hard* que vai de encontro à hipótese de Pollitt (1993) sobre a revitalização do taylorismo através da NGP. Os propósitos de alguns entrevistados ilustram bem esta tese:

“Se nós conseguirmos diferenciar através da meritocracia que é, no fundo o modelo teórico que está por detrás e se isso for na prática concretizado acho que vale a pena e no hospital já há uma mudança a nível da sua cultura não é aquela mudança assim”. (Ent. 2 B)

“O que desmotiva é a parte monetária. Essa parte tem muita influência na vida das pessoas, porque as pessoas vivem com dinheiro.” (Ent. 7 A)

“Eu acho que fundamentalmente os trabalhadores motivados trabalham mais mas possivelmente a motivação para as pessoas é o dinheiro e mais nada.” (Ent. 76 J)

Mas, paradoxalmente, os actores confrontam-se com um ambiente de contenção de custos que serve de argumento para as restrições impostas em termos das compensações económicas oferecidas aos profissionais de enfermagem, sendo-lhes retiradas algumas ‘regalias’ que anteriormente possuíam. A mais notória terá sido a eliminação do pagamento de horas extraordinárias, apesar, como vimos anteriormente, do grande aumento da carga de trabalho:

“(…) as pessoas deixaram de ter horas extraordinárias, e isso gerou uma certa confusão. Se eu preciso dum terceiro elemento para a noite e tenho cinco de manhã, eu bato à porta e digo não te importas de passar da manhã para a noite? Dizem logo que não podem, depois bato a outra porta e digo o mesmo e até dizem que não se importam, e assim vou tentando conciliar as coisas, porque esta coisa das horas extraordinárias as pessoas notaram mais.” (Ent. 45 E)

“Depois não podemos dar horas extraordinárias porque estamos em tempo de contenção, eu sinto que eles já fazem muitos sacrifícios porque eu no tempo de férias e tudo ponho-os a fazer turnos a mais, durante aquele período que depois compenso em períodos que não são de férias. E acho que não dar horas extraordinárias não tem razão de ser. As pessoas já têm o seu plano de vida organizado e eles virem fazer horas extraordinárias já é muito bom para o hospital e isso é das coisas que mais me custa ter de andar a telefonar às pessoas a pedir para virem trabalhar” (Ent. 43 E).

Este pagamento de horas extraordinárias (a que os profissionais têm direito) é substituído, muitas vezes, por acordos ou negociações ‘políticas’ que incluem troca de favores individuais ou a concessão de outro tipo de incentivos:

“Eu sempre lhes disse: “eu não dou nada a ninguém, eu empresto”, e quando eu vos digo: “sim senhora podem ir embora, o serviço está bom, e não se perspectiva estar a encher, o colega está, precisa de ir a uma repartição pública e sabe que fecha às dezasseis vai embora. Mas no dia que isto estiver complicado e ele precisar de dar umas horas, eu vou-te cobrar, e também não te vou pagar, e as pessoas aceitam.” (Ent. 5 E)

“Por ex., com os gastos de material, se pudermos poupar, pois muito bem, poupamos, se não pudermos, se tiver de ser gasto, é gasto, seja e de resto, não abusar das horas extraordinárias e também fazemos horas, vamos compensando, por ex., o serviço está calmo, em vez de cinco enfermeiros, ficam em casa e é uma maneira para compensar, mesmo com as auxiliares e quanto a mim há um gasto mas continua a haver uma assistência de bom nível.” (Ent. 16 B)

Estas posições reflectem o papel crucial que os enfermeiros com funções de gestão podem desempenhar na construção de ambientes consensuais nos hospitais através das tentativas de edificação de uma ordem negociada (Strauss, 1988) baseada em acções negociais e concessões políticas entre os interesses e objectivos da gestão de topo e os dos profissionais. Este comportamento parece resultar, tal como Chandler, Barry e Clark (2002) destacaram nos gestores intermédios das universidades no Reino Unido, no aumento de sentimentos de ansiedade, frustração e *stress*. De facto, também nas nossas entrevistas foi possível detectar a existência de alguns discursos particularmente críticos em relação às políticas salariais dos hospitais (SA e SPA), expressando um forte sentimento de injustiça e desalento em relação às restrições que neste campo são impostas pelas administrações:

“Com este sistema de gestão nós queremos tudo para ontem e depois não há, noto que os enfermeiros chefes estão a dar o máximo, estão a ultrapassar os limites, tal como eu, e o que me custa ver é que não lhes é feita essa justiça, porque eu vejo que eles assinam as folhas de ponto a hora a que chegam e a hora a que saem e eu vejo que dão mensalmente cerca de 30 horas a mais e não são compensados por isso e eles nem querem horas extraordinárias, querem tempo para descansar e isso não lhes é dado (...) Eu houve uma altura que tinha 200 e tal horas a mais e eu nunca pedi dinheiro o que eu quero é descansar que estou muito cansada, isto a nível do hospital.” (Ent. 11 A)

“Se não se pagasse tanto aos administradores e se pagasse o justo ao pessoal assim como me magoa quando tenho de pedir à minha equipa que me faça umas horas extraordinárias e depois tenho de lhes dar em tempo porque não é pago em dinheiro, também me magoa.” (Ent. 23 B)

Mas observam-se, igualmente, outras restrições, em especial, a eliminação da possibilidade de efectuar o horário de 42 horas:

“Estou a falar do horário acrescido que é uma figura que existe na nossa Lei de carreira que dá oportunidade às pessoas de trabalharem mais umas tantas horas, que são mais seis horas por dia, tínhamos em vez de 35, 42 e ter uma bonificação de 32% no vencimento e contava para a antiguidade. Portanto as pessoas estavam muito interessadas nessa possibilidade e quando havia mais trabalho as pessoas faziam e faziam também com aquele objectivo e isso foi cortado a nível da administração do hospital e foi um descontentamento muito grande, muito, muito grande a nível da enfermagem.” (Ent. 9 A)

Ainda no que respeita às políticas salariais, as propostas contidas nos contratos de trabalho implicam, frequentemente, um diferencial em termos de horas de trabalho, diferencial esse que acaba por introduzir alguma confusão nos sistemas de remuneração, e que expressa, no fundo, o esbatimento de um dos princípios fundamentais do modelo tradicional de GRH na administração pública – a equidade na remuneração. Ou, dito de outra forma, reflecte a substituição de um modelo baseado na standardização do emprego por outro baseado na flexibilidade:

“Os órgãos de comunicação social depois também não ajudam. A questão, por exemplo, a semana passada veio a questão dos funcionários públicos poderem vir a optar por um contrato individual de trabalho e que podem ganhar mais 17 a 20% os que optarem pelo contrato individual de trabalho. Mas entretanto depois quem ler a notícia toda diz que é assim: “os funcionários públicos que optem por um contrato individual de 40 horas podem

ter um acréscimo no seu salário de 18 a 20%”. Ora quem trabalha 35 e vai passar a trabalhar 40 não vai ter prémio nenhum, vão-lhe é pagar as horas que trabalha a mais e depois já se fala em 45 horas e já se fala em 50 horas.” (Ent. 26 C)

“A outra situação de mobilidade externa foi efectivamente também dum elemento em que não tem nada a ver com a área de residência, mas foi o aliciar do contrato individual de trabalho por mais xis por cento no vencimento, claro que também têm que despende mais horas, trabalham mais horas, mas são opções, e foram estas duas situações de mobilidade.” (Ent. 81 J)

Na realidade, a introdução deste conjunto de políticas e medidas salariais insere-se na lógica do que John Atkinson (1987) define como a flexibilidade financeira. O objectivo é procurar que os custos relacionados com os profissionais deixem de se basear em acordos pré-estabelecidos com o Estado e passem a basear-se na lei da oferta e da procura do mercado de trabalho. Esta tentativa de aproximação ao mercado parece estar a dar origem, também no caso português, a uma clara redução dos salários auferidos pelos novos profissionais, traduzindo os efeitos da substituição da negociação colectiva pela negociação individual:

“A única coisa que se sente efectivamente são os contratos individuais de trabalho, nas pessoas novas. Eu tenho, neste momento pessoas na equipa a ganhar menos do que ganhariam se estivessem na função pública. Isto é efectivo e real.” (Ent. 46 E)

O cenário inicial resultante das primeiras experiências de empresarialização dos hospitais públicos portugueses chegou a ser, em termos remuneratórios, favorável aos profissionais de enfermagem. A escassez de profissionais habilitados, conjugada com o facto dos hospitais com estatuto público (SPA) continuarem a recrutar (por contratação colectiva), ditou uma diminuição da oferta que induziu as instituições a proporem melhores condições de remuneração, as quais podiam, eventualmente, incluir uma percentagem de remuneração variável ligada ao desempenho individual e/ou organizacional:

“Nós temos desde o princípio uma política salarial que não foi mudada por este CA que oferecemos mais 20% de salário, sobre o ordenado base da carreira da função pública, na categoria ou no escalão que esse profissional já detém. E depois um incentivo de 15% baseado na avaliação de desempenho que é mensal e na assiduidade, têm que manter um nível de assiduidade igual ou superior a 95% dos dias de trabalho no mês. É das melhores políticas salariais existentes no país, neste momento, e mais consistente, que não anda ao sabor de termos mais recursos ou menos recursos.” (Ent. 3 C)

Contudo, na actualidade, o cenário no mercado de trabalho é precisamente o oposto, ou seja, existe uma maior disponibilidade de profissionais habilitados que, conjugada com a mudança no estatuto jurídico dos hospitais e o congelamento nas admissões na função pública, determina um excesso de procura que faz baixar os salários.

As diferenças de remuneração não existem apenas em função da diferença de estatuto entre hospitais,

“Apesar de ser um SA, os contratos individuais não são comuns em todas as instituições SA, mas deviam ser porque o nosso patrão é o mesmo, o nosso financiador principal e único é o Estado (...) O que eles dizem é que nas outras instituições são mais bem pagos, por um lado, e trabalham menos horas, porque aqui fazem as 40 e não as 35, e depois têm às vezes regalias que nós aqui não damos como instituição, isto é, os jovens profissionais têm 20% mas se estiverem doentes não podem faltar, etc.” (Ent.9 A),

mas é possível, igualmente, observarem-se diferenças entre profissionais numa mesma instituição hospitalar em função das mudanças ocorridas. Este diferencial traduz alguma perda de controlo do Estado sobre os custos com o trabalho, o que, aliás já havia sido identificado como uma das consequências da introdução do quase-mercado por Bartlett e LeGrand:

(...) é justo dizer-se que um perigo real do desenvolvimento do quase-mercado é que uma das maiores virtudes do sector público monopolista, a sua capacidade de controlar o poder das profissões e desta forma uma parte importante dos custos do trabalho, será perdida (Bartlett & LeGrand, 1993, p. 23).

Neste contexto, como sublinha um dos enfermeiros entrevistados:

“Quem entrar a partir de Maio que passou, deste Maio passado, não tenho lá ninguém mas há serviços que têm, esses mesmos suplementos só lhe são pagos a partir da meia-noite e só a 25%. Ou seja, podemos ter no mesmo serviço um colega que entrou por exemplo, em Fevereiro e outro que entrou em Maio, que ainda não têm um ano de serviço, se estiverem a fazer os mesmos turnos, digamos, vão ter ordenados totalmente diferentes porque vamos ver as diferenças, têm um ordenado totalmente diferente. Isto vai dar uma disparidade de vencimentos para as mesmas funções, para o mesmo tempo de serviço praticamente que vai gerar alguns conflitos, vai gerar alguma instabilidade. É esse aspecto que eu tenho algum medo que aconteça nas equipas, é essa instabilidade por haver tratamento diferente para pessoas iguais.” (Ent. 42 E)

De acordo com a informação que recolhemos nas entrevistas, é ainda possível detectar diferenças que têm por base apenas os serviços a que os profissionais se reportam, coincidentes com aqueles onde a quantificação é mais notória, e que, por isso mesmo, são mais privilegiados pelos critérios definidos nos contratos. Nestes casos, a ligação da remuneração à produtividade desagua na edificação de diferenças substanciais entre profissionais, com a possibilidade dos enfermeiros que ocupam funções superiores na carreira receberem um salário inferior aos outros, o que tem implicações numa clara desestruturação da carreira de enfermagem:

“E eu acho que mereço o topo de carreira, já trabalhei muito, por todos os motivos e mais algum, por perceber que há gente muito jovem que chega e que encontra os lugares e o ordenado superior ao meu, e eu sinto-me no direito de me sentir muito mais bem paga e etc., comparando-me com enfermeiros de outros serviços, e eu costumo dizer que nós somos muito pobres a pedir.” (Ent. 37 D)

“A nível de carreira de enfermagem levanta-me algumas reservas na medida em que cria alguns atritos entre os enfermeiros. Ser do quadro ou não ser do quadro, ter mais horas ou menos horas, ganhar mais ou ganhar menos, quer queiramos quer não o aspecto relacional é importante.” (Ent. 49 E)

O discurso dos actores parece confirmar que a introdução das leis do mercado de trabalho resultou no aumento da competição, não só entre instituições, mas também no interior da própria profissão. Alguns dos actores expressam mesmo a convicção de que esta época de contenção de custos veio prejudicar particularmente os profissionais de enfermagem:

“Com alguma desconfiança numa fase inicial e cada vez mais me convenço que o único fito, o único intuito foi mesmo o de poupar dinheiro e quase sempre à custa dos mesmos - dos enfermeiros, como é fácil de ver (...) Está-se a ver agora com os contratos que estão a ser feitos, exigem uma maior carga horária, quando se chega à conclusão que reduzindo o número de enfermeiros por turno e com um contrato de trabalho que exige mais horas, algo não bate bem.” (Ent.75 J)

Na verdade, perante o cenário descrito, seria de esperar alguma perturbação na ‘paz e coesão social’ nas instituições hospitalares. Embora seja difícil interpretar a persistência de uma certa harmonia social (consubstanciada na quase ausência de greves, por exemplo) perante este cenário, julgamos possível, para isso, aventar algumas hipóteses plausíveis. A primeira, relaciona-se com a própria natureza da profissão. Como tivemos oportunidade de referir anteriormente, a profissão de enfermagem caracteriza-se por uma certa relutância em tomar posições políticas. A segunda, decorre do ‘conformismo comparativo’ ligado ao facto de o ambiente geral de contenção financeira criar nestes profissionais a percepção de que a sua situação, por comparação com outras similares, não ser das piores.

“(…), isto não é fácil (...), e isto também dá algum conforto às pessoas porque as pessoas estão aqui e comparam-se com os outros hospitais e nós apesar de tudo mantemos algumas coisas que para as pessoas eram muito queridas. Por exemplo, nós já tínhamos contratos individuais de trabalho que eu suspeito que deve ser o melhor contrato que existe nos hospitais SA, nunca se tentou aproveitar a mudança para se aproveitar das pessoas, nunca. Houve hospitais que propuseram receber enfermeiros a pagarem-lhes o salário mínimo. O hospital XP fez isso. Portanto, houve sempre valores, ética e alguns princípios que se respeitaram.” (Ent. 26 C)

“Pois, todos nós, e há contratos muito piores que este, há contratos que estão aí que comparativamente com o mercado que está hoje até são bons, de maneira que não vejo que eles tenham assim muita razão de queixa em relação aos contratos, a não ser em termos de vencimento aí há uma necessidade de regulamentação nos SA” (Ent. 37 D)

Além destes factores é importante realçar, como o fazem Chandler, Barry e Clark (2002) na análise da introdução da NGP nas universidades inglesas, que existe um clima de medo proporcionado, quer pela insegurança de trabalho (que estas descrições demonstram ser real), quer pela hipótese do desemprego, e que conduz os profissionais a aceitarem níveis excessivos de trabalho e, de uma forma geral, em piores condições:

“As outras instituições começaram a encolher ou a oferecer coisas que até iam contra a integridade da própria profissão, a ter em conta o que a gente ouvia na comunicação social e mesmo nos colegas que em reuniões falam sobre isso, aqui não. Têm muito essa preocupação.” (Ent. 32 C)

Há, no entanto, excepções nesse ‘conformismo comparativo’ que comportam um olhar bastante crítico sobre a intromissão das leis do mercado, ou quase-mercado, nas políticas de contratação e de remuneração:

“O CA pede-nos para fazer contenção de despesas e, por outro lado, estão a gastar imenso dinheiro com esta política de contratação, não percebem.(...) Estes enfermeiros saíram porque não estavam satisfeitos e depois tivemos de integrar enfermeiros por causa dessa política de mau pagamento e de más condições.” (Ent. 11 A)

“Eu, pessoalmente, não vejo a enfermagem como uma coisa muito interessante em termos futuros e depois neste momento temos enfermeiros a serem contratados com coisas que não têm nada a ver com a carreira de enfermagem, como já ouvimos nas notícias e como vem no boletim do sindicato, há enfermeiros com contratos que não tem nada a ver com a enfermagem e isso não vai ser bom.” (Ent. 23 B)

Em conclusão, podemos afirmar que a análise deste tema indicia a existência de uma mudança paradigmática na GRH das instituições hospitalares. Tal mudança consubstancia-se, em particular, na substituição da estandardização do emprego pela flexibilidade e diferenciação, e da colectivização das relações pelas negociações individuais.

Por outro lado, permite-nos, também, perceber a forma como a política salarial é utilizada enquanto instrumento para implementar novas culturas, sistemas de valores, ideologias e significados cognitivos sobre as instituições, os serviços que prestam e os papéis dos actores. Neste sentido é possível que as políticas salariais tenham algum impacto na autonomia, autoridade e identidade dos profissionais (Clarke & Newman, 1997; Reed, 2002).

4.2 Vínculo Contratual

As mudanças no quadro da contratação dos profissionais da administração pública, alteraram a natureza do seu vínculo institucional, que se torna nitidamente mais precário. Um dos entrevistados sintetiza claramente as mudanças ocorridas, situando-as num contexto de alteração paradigmática da segurança para a incerteza:

“Sim a flexibilidade a meu ver não é aquilo que hoje está em cima da mesa, aquilo que está em cima da mesa, na minha opinião é uma alteração paradigmática, é a segurança do trabalho, e passou-se para o paradigma da incerteza, ou pretende-se passar para o paradigma da incerteza. Eu não entendo que as pessoas tenham necessidade de estar no paradigma da incerteza para serem bons, aliás as pessoas podem estar no paradigma da segurança.” (Ent. 54 H)

No caso dos hospitais analisados, essencialmente naqueles que já tinham passado por experiências anteriores de mudança para modelos de gestão mais próximos da gestão privada, o número de profissionais iguala, ou ultrapassa mesmo, os que detém vínculo à função pública.

“(...) estamos já com mais de 50% de enfermeiros no quadro da instituição mas com contratos individuais de trabalho.” (Ent.3 C)

“(...) somos uma SA claramente diferente de todas as outras, basta dizer que temos 90% dos trabalhadores em contratos individuais de trabalho e 10% de funcionários públicos que é o inverso de todas as outras (...) Uma percentagem aceitou o contrato individual de trabalho o que lhes permitiu aceder ao sistema de incentivos internos os outros preferiram manterem-se como funcionários públicos, neste momento é uma minoria mas ainda temos.” (Ent. 4 D)

De acordo com os actores, esta inversão na proporção entre profissionais com estatuto diferenciado dever-se-ia, em parte, ao facto de, aquando da mudança de estatuto dos hospitais, os enfermeiros com vínculo à função pública percepcionarem a nova situação como desvantajosa;

“Nos enfermeiros que já cá estavam foi-lhes dada a possibilidade de durante um ano optarem pelo novo sistema e ninguém optou porque os contratos individuais de trabalho e, aí tenho de concordar, torna-se mau porque é assim nós temos ainda cerca de 75% mais de pessoal da administração pública (...)” (Ent. 1 A),

“Há algumas regalias que nós tínhamos e que os funcionários públicos continuam a ter, e que os contratos individuais de trabalho deixam de ter.” (Ent. 4 D);

e procurarem situações de maior segurança de emprego nos hospitais do sector público tradicional,

“(...) nessa primeira fase, ainda em 99, houve uma debandada geral principalmente dos profissionais com maiores competências: a nível de especialistas e de chefes. A saída acho foi qualquer coisa de extraordinário para os outros hospitais (...) Nessa altura já se previam os contratos individuais de trabalho e já previam outro tipo de contrato, portanto já era uma gestão empresarial e portanto as pessoas tiveram medo e as pessoas saíram mas foi qualquer coisa, os serviços estiveram extremamente penalizados com recursos mínimos para prestar cuidados aos seus utentes (...)” (Ent. 3 C)

Mesmo nos casos em que os actores manifestam uma posição favorável em relação à passagem do vínculo público a privado e à alteração do vínculo contratual, estes parecem não assumir totalmente ser essa uma boa perspectiva futura para a sua carreira profissional, evitando rupturas radicais com os regimes anteriores em nome da insegurança e incerteza dos novos regimes:

“Nunca fui assim mas por outro lado sinto que já não tenho 20 anos e que já não me ia sentir bem provavelmente com a insegurança que se avizinha. Com a insegurança que nós todos perspectivamos.” (Ent. 46 E)

“Inclusivamente nunca optei pelo contrato individual de trabalho, deram-nos essa liberdade e mesmo na função pública, se eu assim entendesse, seria minha opção manter-me na função pública porque como sabe eu tenho muitos anos de carreira.” (Ent. 39 D)

“Mas eu vim para aqui com licença sem vencimento sempre a pensar que se não me adaptar saio, regresso ao meu local, não perco nada, é mais uma experiência, mais um patamar na carreira, não gosto muito de ficar parada.” (Ent. 40 D)

As alterações verificadas no tipo de vínculo contratual constituem mais um dos requisitos com vista a aumentar a flexibilidade organizacional. O que as mudanças legislativas ao nível das políticas de recursos humanos vêm permitir nessas instituições é a criação de um grupo de profissionais periféricos de enfermagem (Atkinson & Gregory, 1986). Ou seja, a possibilidade de

se estabelecerem contratos com uma limitação temporal bastante reduzida, consente que as instituições detenham uma ‘bolsa de profissionais’, com os quais não estabelecem vínculos duradouros, e a que recorrem, como em qualquer empresa privada, em função das flutuações na produtividade:

“Neste momento devo ter pessoas com contrato de 3 meses mais 3 que a gente já sabe que ao fim de dois anos é impossível serem renovados e portanto ... E portanto neste momento as pessoas acabam por andar à procura de um pouco de estabilidade. As pessoas começam a trabalhar por contratos ... as pessoas quando estão a começar a render acabam por se ir embora. E nós temos tido uma enorme mobilidade para o exterior. Daqui para outros serviços vão pessoas que já estão com vínculos ou realmente muito cansadas.” (Ent. 72 I)

“(...) Uma das coisas que eu acho neste momento estão nas SA as pessoas são sempre substituídas, portanto por um curto espaço de tempo ou longo espaço de tempo, nós temos sempre a possibilidade de conseguirmos fazer um contrato a curto prazo ou a longo prazo (...) Acho que esta contratação a curto prazo não será muito bom para quem vem trabalhar três meses e depois vai para casa, ou dois meses, isso não é bom, já se sabe, mas para nós, para o funcionamento do serviço temos o problema resolvido.” (Ent. 39 D)

Esta situação acaba por se traduzir em fortes desvantagens, não só para os profissionais, mas sobretudo para a instituição. Os actores identificam como factores menos positivos desta mudança de vínculo as alterações que podem ser observadas ao nível:

i) da formação no contexto da prática e socialização profissional (com um eventual impacto negativo nos cuidados):

“Nos enfermeiros eu acho que é assim, eu acho que um enfermeiro demora algum tempo a funcionar bem dentro de um serviço ou a gente consiga que o enfermeiro passa a fazer o que a gente quer, bem ou mal mas é assim nesse sentido e quanto há muita mobilidade é impossível ver isso.” (Ent. 66 F)

“Já falei nas equipas jovens nessa constante mobilidade, a qualidade dos cuidados passa também por aí, se nós estamos sempre com integração de elementos se calhar vai-se mesmo reflectir na qualidade dos cuidados.” (Ent. 80 J)

ii) do empenhamento organizacional

“E eu sou sincera, eu acho que seria preferível as pessoas entrarem numa instituição e saberem que ao fim de dois ou três anos passariam a efectivos naquela instituição e as pessoas empenhavam-se e vestiam a camisola da instituição do que andarmos com isto que nós agora andamos.” (Ent. 72 I)

“Sentem que pertencem àquele hospital, têm carreira naquele hospital e sentem-se seguros naquela instituição, que, neste momento, não é o que se passa na maioria dos profissionais qualificados, não conseguem vestir a camisola tanto como aquilo que nós gostaríamos.” (Ent. 65 F)

iii) da satisfação dos profissionais

“Isso provocou alguma insatisfação e alguma mudança e o facto de o vizinho do lado, que está no hospital aqui à beira, o facto de prometer ainda essa possibilidade leva alguns enfermeiros a sair do hospital e a procurar estabilidade de uma carreira na função pública. (...) Eu sei que, de um momento para o outro, podem sair 10 ou 12 enfermeiros do departamento e os enfermeiros ajudam a segurar o serviço. Mas, dado o tipo de

contratações que estão a ser efectuadas o problema tende a agravar-se. É um dos maiores problemas que estamos a ter neste momento.” (Ent. 65 F)

“Agora nota-se mais a ansiedade das pessoas que estão abaixo, e a ansiedade complica um pouco porque as pessoas acabam por andar mais insatisfeitas, mais naquela “o que é que vai acontecer?” e penso que é um pouco complicado e temos que ver.” (Ent. 44 E)

iv) da estabilidade pessoal e organizacional

“(…) esta coisa dos enfermeiros estarem sempre a mudar, isso cria muita instabilidade no serviço e cria muitos problemas para a enfermeira chefe é uma carga de responsabilidade muito maior. (...) Quando começou a haver esta mudança brutal de saírem aos 5 e 6 e entrarem aos 5 e 6 novos e que tem sido todos os anos, sempre, sempre, a sair e a entrar.” (Ent. 10 A)

“Ao nível da instituição, não sei se me posso alargar a esse nível, houve uma instabilidade muito grande por as pessoas descontentes fugiram muitas do hospital. Este problema dos contratos que já é para o futuro SA, que vai funcionar assim, é uma preparação e que dá muito maus resultados, principalmente na unidade dos cuidados intensivos em que eles vêm por X meses e se não serve um vem outro e vem outro.” (Ent.82 J)

v) da produtividade,

“Porque as pessoas chegam a estar cá no meu serviço um ano e ao fim de um ano vão-se embora e andámos nós a investir, a instituição a investir um ano em três pessoas, quatro pessoas que ao fim do ano foram embora e tiveram ali um ano que não renderam, não produziram.” (Ent. 16 B)

Contudo, alguns actores argumentam que a mudança nos processos de vinculação é vantajosa para o funcionamento das instituições. Na sua perspectiva a adopção de vínculos mais precários permite:

i) agilizar os processos de contratação:

“O recrutamento e selecção são feitos para além do quadro a forma é que está mais agilizada. Já não há aquela direcção pesada.(…) O que eu acho que isto vai trazer de bom para o hospital é que até agora havia os constrangimentos da administração pública de igualdade de oportunidades e nestes novos contratos eu posso definir o perfil do profissional que preciso.” (Ent. 53 G)

“Acho que a única coisa que, realmente, se notou mais a diferença foi a facilidade de...de contratação de pessoal, pronto. Não estamos sujeitos àqueles concursos, aquilo tudo, embora aqui já houvesse um bocadinho a vertente dos contratos individuais de trabalho mas ainda estávamos um bocadinho sujeitos a isso porque... porque, toda esta autonomia, tudo isto que se fala...isto é um bocadinho de papel porque, no fundo, nós continuamos dependentes do Ministério e a autonomia não é tão...não somos tão autónomos quanto se pensa.” (Ent. 30 C)

ii) recrutar os melhores profissionais

“Há também a possibilidade de fazermos contratos a termo, dá para se avaliar o funcionário, e não se admitir qualquer pessoa ou por cunha, ou só porque quer o emprego, como nós temos aí funcionários que são uma desgraça, desde doenças e atestados médicos passam a vida de baixa.” (Ent. 4 D)

“A desvantagem é que quem não tiver as competências desenvolvidas, quem não tiver experiência na área será mais difícil entrar. Para a instituição só traz vantagens, pode definir critérios de acordo com as suas necessidades.” (Ent. 53 G)

iii) legitimar as promoções

“Eles não, se um elemento não for bom, vai imediatamente para a rua. Ela tem de trabalhar para demonstrar que merece ficar. As pessoas deixam de subir na carreira pelos anos que eu achava isso uma aberração.” (Ent. 25 C)

iv) aumentar a produtividade

“Porque acho que eles trabalham melhor. A rentabilidade é maior. As pessoas estão mais preocupadas em estar a assegurar o lugar. Estão mais preocupadas em demonstrar as verdadeiras capacidades e potencialidades que detêm, mesmo cometendo alguns pequenos erros por, por...por falta de experiência que, às vezes, não são erros, erros. É uma falta, uma falta de experiência que não lhes dá aquela destreza.” (Ent. 65 F)

Em conclusão, a análise deste tema indicia a existência de uma mudança no modelo tradicional da GRH que resulta na aproximação ao modelo mais *hard* característico da gestão privada. De facto, parece estar a aumentar a insegurança de emprego que resulta fundamentalmente do aumento dos contratos temporários. Estes elementos traduzem, a nosso ver, a desconstrução do estilo paternalista da GRH baseada na protecção e promoção do bem-estar da força de trabalho.

Neste âmbito, a consolidação da contratação individual, assente em competências gerais, surge como um modelo alternativo ao modelo fundado nas ideologias ocupacionais e aos princípios tradicionais de auto-regulação das profissões.

4.3 Racionalização de efectivos

Uma tendência que emerge claramente no plano das políticas de recursos humanos prende-se com a redução do número de profissionais de enfermagem nas instituições. A percepção da necessidade de recrutar mais enfermeiros é comum a praticamente todos os entrevistados, o que era expectável, uma vez que, como vimos antes, aumentou o volume de trabalho e, correlativamente, diminui o número de profissionais:

“Naquilo que diz respeito à enfermagem em termos de estrutura não houve nenhuma alteração. A única alteração que houve é que hospital deixou de ter muitas enfermeiras supervisoras e passou a haver uma.” (Ent. 72 I)

“Normalmente é difícil chegarmos a acordo, por exemplo, quando eu, entendo que é preciso fazer uma proposta de aumento de recursos humanos, dentro da enfermagem, acham sempre que já chegam, já há. Às vezes até é demais” (Ent. 8 A).

Se, por um lado, esta tendência decorre essencialmente do ambiente de contenção de custos promovido pelas políticas de reestruturação do sistema e das instituições, que amplamente temos sublinhado, por outro, incentivados por essas mesmas políticas, localmente alguns hospitais adoptaram, também, medidas de *downsizing*.

“Há realmente aspectos a ter em conta no redimensionamento dos serviços, não nos postos de trabalho que às vezes são criados e juntando 2 postos de trabalho é possível com os mesmo recursos humanos ocupar esses postos e satisfazer as necessidades só com uma pessoa. Portanto não só o número, isto é, vamos reduzir rapidamente o número de enfermeiros que temos aqui em função dos doentes que tratamos mas tendo em conta vários factores.” (Ent. 7 A)

“A única coisa que se pode dizer que houve alguma mudança foi, eu não lhe chamaria rigor orçamental, mas houve alguma redefinição dos postos de trabalho e alguns cortes a nível de enfermagem. Temos estado com alguma dificuldade.” (Ent. 22 B)

É este clima de constrangimento e de restrição financeira que origina a degradação das condições de trabalho e aumenta a mobilidade dos profissionais entre instituições. Ao efectivar-se esta saída, não se verifica a correspondente substituição por outros profissionais, o que conduz os hospitais a procurar funcionar nos limites mínimos da função de trabalho:

“Mesmo assim quer dizer que esta equipa que temos hoje responde a 50% das nossas necessidades do hospital, isto significa que se eu quisesse responder a 100% das necessidades efectivas desses serviços eu precisava de duplicar esta equipa.” (Ent. 54 H)

“Há que baixar, há que baixar, mesmo fazendo pelo número de referência tem de se baixar o número e nós a tentar demonstrar que o número não chegava agora ainda ter de baixar não, eu por mim, não baixo nada e nem posso baixar porque já estamos a trabalhar com os cuidados mínimos. E isto é um departamento que tem cuidados intensivos e aqui o doente está muito dependente, a maior parte das vezes não fala e não se pode queixar.” (Ent. 11 A)

A confluência dos efeitos negativos das políticas governamentais de restrições financeiras e das políticas locais de *downsizing* parece conduzir, inevitavelmente, à diminuição da qualidade dos cuidados prestados:

“Numa primeira fase reduziram-se elementos por turno em alguns serviços. Eu não falo na justiça dessa decisão, mas o que salta à vista é que começa a haver alguns problemas. Porque em alguns serviços, como na medicina, em que a idade dos doentes começa a ser cada vez mais avançada, com maior dependência, o trabalho de enfermagem exige mais braço. E se nós em vez de pormos mais braços retiramos braços as coisas não vão nem funcionam muito bem” (Ent. 75 J).

“Muitas vezes surgem essas complicações, porque há necessidade de entrarem mais doentes e eu não tenho resposta a dar, porque como nós temos este número de enfermeiros limitado torna-se um bocado complicado. (...) Porque aí põe-se um bocado em causa a qualidade dos enfermeiros, ter 4 enfermeiros para 8 doentes é diferente, de 4 enfermeiros para 10 doentes e depois há qualquer coisa que não corre tão bem, porque não pode correr” (Ent.38 D).

Em suma, o significado que pode ser retirado dos resultados obtidos com esta categoria, parece sugerir que se está a proceder a uma substituição do modelo tradicional de GRH na administração pública por um novo modelo, mais *hard*, e mais próximo da gestão privada. No entanto, para concluir sobre o facto desta possibilidade ser efectiva, é necessário completar a análise que temos vindo a desenvolver com uma análise comparativa das políticas de recursos humanos nos hospitais autónomos e nos hospitais empresarializados, o que talvez nos permita aprofundar melhor a possibilidade de indagar se existe de facto uma substituição de paradigma.

Quadro nº 11

Percepção do nível de mudanças nas políticas de recursos humanos segundo o tipo de hospital.

Nível de mudanças \ Hospitais		Empresarializados					Autónomos				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ELEVADO	Políticas salariais	X	X	X	X	X	X				
	Vínculos contratuais	X	X	X	X						X
	Racionalização efectivos	X	X			X				X	X
MODERADO	Políticas salariais								X	X	X
	Vínculos contratuais					X	X	X	X	X	
	Racionalização efectivos				X		X	X	X		
REDUZIDO	Políticas salariais							X			
	Vínculos contratuais										
	Racionalização efectivos			X							

Pela análise do quadro anterior podemos globalmente constatar que a percepção das mudanças ao nível das políticas de recursos humanos é bastante elevada nos hospitais empresarializados. No entanto, tal não significa que o discurso dos actores nos hospitais autónomos não indicie a presença de algumas mudanças neste campo, só que estas parecem emergir com um maior grau de moderação.

Tomando agora cada um dos temas, o quadro mostra-nos que nos hospitais empresarializados o grau de mudança (de acordo com a saturação do discurso dos nossos entrevistados) é elevado, tanto no que concerne às políticas salariais como aos vínculos contratuais. Neste último caso, observa-se apenas um hospital em que o grau de mudança é moderado (hospital E). Importa sublinhar, ainda, nesta análise comparativa, a existência de dois hospitais empresarializados – hospitais C e D (dois casos em que já tinha sido iniciado o processo de empresarialização antes da criação dos hospitais SA) – em relação aos quais as referências dos actores a propósito da racionalização do número de efectivos se situam num plano moderado ou mesmo reduzido. Tal situação poderá relacionar-se, precisamente, com o facto destes hospitais já terem passado anteriormente por esta experiência. Como tivemos oportunidade de mencionar antes, o sentimento de desvantagem em relação aos profissionais do sector público tradicional conduziu, então, a uma forte mobilidade externa dos enfermeiros vinculados a estes hospitais. A conjugação deste factor com a situação de escassez no mercado de trabalho conduziu as administrações destes hospitais a oferecerem melhores condições de trabalho aos profissionais. Esta situação pode, eventualmente, explicar o grau menos acentuado de mudança percebido pelos actores vinculados a estes hospitais na diminuição do seu número de efectivos, em comparação com os casos dos restantes hospitais empresarializados.

A particularização da análise relativa aos temas nos hospitais autónomos sugere que a mudança é igualmente efectiva no que concerne às políticas de recursos humanos. Embora não se

esperassem graus de mudança tão elevados nestes hospitais, dada a permanência do seu estatuto jurídico, na realidade, as alterações propostas pelas iniciativas legislativas no âmbito das políticas dos recursos humanos da administração pública, a que antes fizemos referência (nomeadamente as alterações ao nível da avaliação de desempenho e da possibilidade de se proceder à contratação individual) suscitam algumas inflexões não negligenciáveis na esfera dos três temas que foram objecto da nossa análise: políticas salariais, vínculos contratuais e racionalização de efectivos. Observa-se apenas um hospital (G) onde não ocorrem, por exemplo, mudanças salariais, o que acontece em todos os outros, quer num grau moderado (H, I, J), quer mesmo elevado (F).

Por outro lado, tanto o vínculo contratual como o número de efectivos são percebidos como tendo mudado de forma moderada na maioria dos hospitais autónomos, com excepção do hospital J e, em relação ao segundo domínio, o hospital I.

A análise dos dados qualitativos inseridos nesta categoria, que tentámos sintetizar no quadro anterior, mostra a ocorrência de algumas mudanças fundamentais nas políticas de GRH dos hospitais, observadas através do discurso dos actores. Estas mudanças que, na nossa perspectiva, decorrem, essencialmente, do facto do trabalho de enfermagem passar a ser primordialmente representado como um 'bem' sujeito à lógica do mercado, tal como qualquer outro no campo da economia. Em grande medida, esta reconfiguração da representação do trabalho de enfermagem está estreitamente relacionada com o ambiente ideológico da NGP, que centra uma boa parte da sua lógica de reforma na eficiência e na contenção dos custos.

Retomando a proposta de análise comparativa entre a GRH no sector público e privado, desenvolvida por Farnham e Horton (1996), podemos concluir, apoiados nos nossos resultados, que nos hospitais de onde provêm a nossa população, se deu início à desconstrução do paradigma tradicional da GRH no sector público, iniciando-se um novo caminho na direcção da institucionalização do paradigma que tradicionalmente caracteriza a gestão privada. Em referência às características dominantes neste novo paradigma, podemos afirmar que, no caso destes hospitais, se está a impor um modelo de GRH mais *hard* e menos humanista.

Verifica-se nestes hospitais uma alteração profunda na segurança de emprego e uma forte individualização das relações de trabalho e das próprias carreiras profissionais. Esta situação cria um fosso entre os profissionais em serviço e os que iniciam a profissão. As diferenças são identificadas a vários níveis: no vínculo à instituição e ao próprio Estado, na variabilidade das horas de trabalho praticadas, no tipo de controlo a que estão sujeitos e no nível de exigência de produtividade que aumenta, enquanto o estatuto remuneratório permanece relativamente estabilizado. Estas alterações permitem-nos afirmar a hipótese de que a política de recursos humanos é perspectivada como uma forma de regulação das instituições pelo Estado e confirmam a tese de Clarke e Newman (1997) de que a reorganização da burocracia traz consequências

directas para as relações de trabalho. Os hospitais tentam implementar as suas estratégias através do desenvolvimento de tecnologias de controlo sobre os profissionais. Há uma pressão para os profissionais se identificarem com os objectivos dos hospitais numa base de racionalidade económica e não na base simbólica ou profissional.

Os profissionais de enfermagem são representados cada vez mais como um custo, cujo impacto nos desempenhos organizacionais precisa de ser minimizado, submetidos ainda ao imperativo do aumento da produtividade, muitas vezes perspectivado através da simples manipulação de variáveis de gestão ligadas à intensificação do trabalho.

Estas estratégias acarretam consequências negativas ligadas principalmente à degradação das condições de trabalho (devido ao aumento da flexibilidade e da sub-contratação) e à insegurança de emprego, que afastam as políticas e práticas de GRH das instituições hospitalares da ideia do “empregador modelo”. Esta situação implica custos elevados para os profissionais. A diminuição da segurança de emprego e das condições de trabalho desagua na criação de um clima de ‘medo’, insatisfação, insegurança e *stress*, que nos levam a concluir, com Kirkpatrick et al. (2005), que não é possível recorrer à solução da NGP sem lhe associar custos em termos humanos. Para estes autores, a criação deste ambiente tem como consequência, em última instância, a rejeição, ou a fraca adesão, dos profissionais aos valores e práticas da gestão no sector da saúde.

5. Novas Formas de Organização Hospitalar: Uma Visão Possível Sobre os Resultados das Reformas

Uma vez efectuada a análise do discurso dos actores, importa, agora, reflectir criticamente os resultados obtidos nesta primeira dimensão, tendo por referência as questões de pesquisa formuladas. Esta reflexão surge-nos como particularmente relevante na eleição de pistas que nos permitam encontrar respostas para uma das primeiras questões de pesquisa, a qual, recorde-se, foi enunciada nos seguintes termos: De que forma estão as instituições hospitalares a adoptar as medidas de NGP veiculadas pelos discursos e pelas políticas governamentais em Portugal?

Apesar de não existir consenso entre os autores quanto às características específicas da NGP, como especificamos no enquadramento teórico, podemos, em termos gerais, articulando diferentes perspectivas teóricas, afirmar que nestas instituições hospitalares é possível encontrar fortes marcas da presença desta nova tendência para conceber e organizar as instituições públicas. As doutrinas definidas por Christopher Hood (1991, 1995), ou as perspectivas defendidas por Pollitt (1993, 2003a,b), Reed (2002), e Kirkpatrick et al. (2005), entre outros, constituíram o prisma através do qual se detectaram essas marcas objectivas nas tendências para uma crescente orientação para o mercado, a adopção de práticas da gestão privada ou mesmo para a imposição de uma cultura mais próxima da ‘cultura de negócios’.

Com efeito, em termos gerais, os resultados da nossa análise tornam possível constatar, com base no discurso dos actores, uma maior racionalização e degradação do ambiente de trabalho nos hospitais. E isso, sobretudo, devido ao impacto dos instrumentos do controlo financeiro centralizado, da reorganização da produção (cuidados de saúde) e da transformação do produto (cuidados) (Webb, 1999) e à presença dos fenómenos que Lash e Urry (1994), por exemplo, classificaram como a comercialização, intensificação, concentração e domesticação.

Porém, existem diferenças entre os hospitais que importa realçar. Percorrendo a análise dos resultados, é possível verificar que, no momento das entrevistas, os hospitais em causa desenvolvem diferentes posturas que traduzem projectos de adopção das reformas distintos e, conseqüentemente, diferentes níveis de intrusão da gestão. Os resultados que mais especificamente apoiam a nossa argumentação podem ser vistos, de forma mais clara, no quadro que a seguir se apresenta e que sintetiza as análises anteriores.

Este quadro centra-se apenas nas categorias (e temas) em que foi possível, ou pertinente, uma análise comparativa entre os hospitais em função do seu estatuto jurídico.

Tal como era expectável, em função da nossa reflexão teórica inserida no primeiro capítulo, não se verifica uma homogeneidade na adopção das reformas pelas diferentes instituições hospitalares, mas, antes, uma heterogeneidade de pressupostos e práticas organizacionais que parece configurar a existência, em diferentes graus, de modelos híbridos de organização.

A observação da informação contida no quadro seguinte sugere-nos, todavia, algumas particularidades nos diferentes grupos hospitalares que nos permitem identificar três cenários distintos na adopção das reformas da NGP. Estes diferentes cenários podem ser apresentados enquanto tipos-ideais que se estendem num contínuo que vai desde a tentativa de manutenção do modelo de organização pública tradicional até à tentativa de implementação de um novo modelo baseado na gestão.

Tanto os meios como os objectivos da mudança surgem, nestes cenários, com contornos distintos. Apenas no primeiro se extrai o propósito claro da manutenção do modelo de administração pública, embora com reajustamentos que vão no sentido da introdução de factores de maior 'racionalização dos recursos'. Por esta razão, denominamos este cenário como sendo de adaptação burocrática. No segundo, há claramente a tentativa de introduzir um maior domínio da gestão, característica que nos levou a designá-lo como um caso de reformulação burocrática. Finalmente, o último cenário apresenta-se como o que mais se aproxima da tentativa de edificar um novo modelo de organização, mais enfaticamente centrado na gestão, parecendo-nos, por isso, que a sua denominação como reconstrução burocrática daria conta da maior profundidade das alterações induzidas pelas reformas.

Quadro nº 12

Síntese da análise dos dados relativos à dimensão Reformas Organizacionais

Mudanças		Hospitais	Adaptação Burocrática			Reformulação Burocrática			Reconstrução Burocrática		
			F (A)*	G (A)	H (A)	I (A)	B (E)**	E (E)	J (A)	A (E)	C (E)
Estruturas e processos											
Forte	Identificação c/ critérios gestão								X	X	X
	Diferenciação Horizontal					X		X	X	X	X
	Diferenciação Vertical								X		
Moderada	Identificação c/ critérios gestão				X	X	X	X			
	Diferenciação Horizontal										
	Diferenciação Vertical						X				
Fraca	Identificação c/ critérios gestão	X	X								
	Diferenciação Horizontal	X	X	X	X		X				
	Diferenciação Vertical	X	X	X	X	X		X		X	X
Retórica											
Forte	Ethos empresarial					X			X	X	X
	Paciente legitimador mudanças		X					X		X	X
Moderada	Ethos empresarial		X	X	X		X	X			
	Paciente legitimador mudanças				X	X			X		
Fraca	Ethos empresarial	X									
	Paciente legitimador mudanças	X		X			X				
Organização do trabalho											
Forte	Flexibilidade funcional	X	X				X	X	X		X
Moderada	Flexibilidade funcional			X	X	X					
Fraca	Flexibilidade funcional									X	
Políticas de Recursos Humanos											
Forte	Políticas Salariais	X				X	X		X	X	X
	Vínculos Contratuais					X		X	X	X	X
	Racionalização de Efectivos				X	X	X	X	X		
Moderada	Políticas Salariais			X	X			X			
	Vínculos Contratuais	X	X	X	X		X				
	Racionalização de Efectivos	X	X	X							X
Fraca	Políticas Salariais		X								
	Vínculos Contratuais										
	Racionalização de Efectivos									X	

Legenda: * (A) Hospitais Autónomos
** (E) Hospitais empresarializados

Tentamos, em seguida, apresentar cada um destes cenários, através da identificação dos elementos ou dos traços que consideramos mais típicos em cada um deles. Importa realçar, todavia, que temos presente o facto da burocracia, enquanto forma de organização, se constituir apenas como um constructo teórico que não se observa na sua forma 'pura' no funcionamento quotidiano das organizações. O que pretendemos com esta reconceptualização, desenvolvida após as análises anteriores dos resultados, não é, por isso, identificar as diversas formas que a organização burocrática pode assumir nos hospitais, mas antes detectar as grandes tendências de mudança das organizações, advindas do impacto da aplicação de medidas de NGP.

1. Adaptação burocrática

Neste cenário, o que parece estar em relevo é a manutenção do que é essencial no modelo tradicional de organização hospitalar centrado na noção de serviço público. Porém, ocorrem tentativas para nele introduzir mecanismos de eficiência organizacional no âmbito da redução das despesas. A lógica burocrática continua a prevalecer, mas a ela são agregados elementos da lógica *managerialista* situados na esfera da GRH, em particular: a redução de efectivos, a flexibilização e mobilidade no trabalho e o uso das modalidades de contratualização individual, acompanhado da precarização dos vínculos à organização. Esta tentativa de disciplinar internamente a gestão orçamental, apoiada na manipulação de variáveis da GRH, constitui apenas um conjunto de medidas adaptativas às novas circunstâncias externas de deslocamento das políticas de saúde para a órbita dos princípios de racionalidade económica. De resto, a percepção dos actores vinculados aos hospitais incluídos neste cenário é a de que, no essencial, as alterações que aí aconteceram são mínimas, quer ao nível dos processos administrativos e de cuidados, quer nas estruturas funcionais e de gestão pré-existentes. Por outro lado, a este cenário continuam a estar associadas narrativas dominantes que realçam a importância dos valores tradicionais na saúde, fenómeno visível, por exemplo, na oposição estabelecida pelos actores entre as noções de qualidade (dos cuidados) e de eficiência (redução de custos).

Como a observação do quadro mostra, o discurso dos actores entrevistados está fortemente saturado em torno da identificação de níveis reduzidos de mudanças ao nível das estruturas e dos processos (recorde-se que no hospital H a realização de uma única entrevista não nos permitiu concluir acerca da tendência geral para a identificação dos objectivos do CA com critérios de gestão). No que respeita à retórica, apenas no hospital F a influência desta no discurso sobre a imprescindibilidade de mudança é reduzida nos dois temas considerados. Já no caso do hospital H, embora continue a verificar-se uma reduzida adesão à ideia de inevitabilidade da mudança, especialmente em nome da orientação para o consumidor, surge uma influência moderada nas práticas discursivas desenvolvidas em torno da necessidade da gestão hospitalar assumir um *ethos* mais empresarial. O hospital G emerge, neste registo, como aquele em que os actores parecem ser mais permeáveis à influência da retórica da NGP, quer no que respeita à formulação de representações sobre o paciente, que, embora categorizado como utente, é caracterizado numa certa proximidade em relação à ideologia do consumidor, quer na assunção de posições orientadas para a defesa da necessidade de alterar o modo de operar da organização.

As mudanças mais acentuadas parecem, todavia, situar-se no campo das políticas de recursos humanos. A percepção destas mudanças, ao nível dos vínculos contratuais e da relação entre o número de efectivos e o trabalho a realizar, é moderada nos três hospitais, embora as políticas salariais, segundo os actores, pareçam nestes ser distintas: no hospital F é mais forte, e nos

hospitais H e G respectivamente moderada e fraca. Se associarmos a esta constatação a questão da saturação dos discursos relativa à flexibilidade funcional, verificamos que os actores consideram que esta é forte nos hospitais F e G e moderada no hospital H.

2. Reformulação burocrática

Neste segundo cenário, mantém-se dominante a lógica de serviço público mas expandem-se os objectivos de gestão – a redução de custos surge mais intimamente agregada ao aumento da produtividade. O objecto de intervenção é alargado: às políticas e práticas institucionais de GRH junta-se a gestão operacional, numa tentativa de agilizar a gestão das operações (processos administrativos e prestação dos cuidados) e de implementar a gestão de stocks (material administrativo e médico). Podemos considerar que, também neste cenário, a lógica da gestão continua submetida à lógica burocrática, mas esta apoia-se, agora, mais claramente na primeira para implementar e legitimar um conjunto mais extenso de acções. Além da redução de efectivos, da flexibilização e da mobilidade no trabalho e da contratualização, surgem evidenciados no discurso dos actores aspectos como o controlo financeiro, a standardização de processos, o aumento das responsabilidades operacionais dos actores e dos serviços e as tentativas de agilização da gestão através da flexibilidade funcional.

No que concerne às estruturas e processos, é possível verificar que nos hospitais incluídos neste cenário existe alguma tendência para identificar os objectivos dos CA com critérios de gestão (moderada nos quatro casos). Quanto às mudanças estruturais, em dois casos, a preferência parece desenhar-se no sentido da diferenciação horizontal das estruturas organizacionais em detrimento da diferenciação vertical (B, J). Subsiste um caso em que a diferenciação horizontal é fraca e a vertical moderada (E). Numa das instituições os actores não referem a emergência de mudanças ao nível da estrutural (I).

Denota-se, no entanto, uma maior disseminação da retórica *managerialista* nestes hospitais, sobretudo se atendermos à importância percebida pelos actores do *ethos* empresarial (moderado em três casos e forte noutro). A principal diferença em relação ao grupo de hospitais incluídos no cenário anterior (adaptação burocrática) centra-se nas políticas de recursos humanos. Neste campo, as percepções dos actores sobre as mudanças ocorridas são moderadas ou fortes em todos os temas em análise. O mesmo acontece, aliás, com a flexibilidade funcional, percebida como forte nos hospitais E e J e, de forma moderada, nos hospitais B e I.

3. Reconstrução burocrática

O terceiro cenário, apresenta-se, em certa medida, como um cenário em transição para um novo possível paradigma de gestão, e que, por isso mesmo, inclui processos de mudança mais

profundos, em comparação com os cenários anteriores. Para além da intervenção nas áreas de gestão referenciadas anteriormente (GRH e gestão operacional), observa-se, de acordo com o discurso dos actores, um desenvolvimento mais acentuado de outras vinculadas por um lado, à reconfiguração das estruturas e dos modos de regulação organizacionais – *downsizing* organizacional e descentralização interna – e, por outro, aos processos de prestação de serviços – defesa de objectivos económicos pelos CA, utilização da cultura organizacional como variável de gestão e controlo dos profissionais com base na sua maior responsabilização pela execução dos objectivos definidos pelo topo.

Nos hospitais incluídos neste modelo de reconstrução burocrática, mais do que uma adaptação, procura-se mudar radicalmente o seu funcionamento, introduzindo-se uma lógica distinta que se expressa nas tentativas de imposição da passagem de um modelo de administração pública para um modelo de gestão. Espera-se, assim, que as transformações estruturais introduzidas nos hospitais potenciem as mudanças nos processos de prestação de serviços, ao mesmo tempo que se promove uma mudança cultural *top down*, no sentido da imposição de valores, normas e pressupostos mais próximos do ambiente de negócios.

Surgem, no entanto, pequenas diferenças entre os hospitais incluídos neste cenário que importa realçar. Verifica-se que há uma maior proximidade entre os hospitais C e D, o que seria expectável, uma vez que estes correspondem aos que já tinham sido anteriormente sujeitos a alterações no seu estatuto jurídico. A mudança é mais fortemente percebida precisamente no hospital A, que adoptou uma estratégia de ruptura em relação ao modelo anterior que o caracterizava. Deste modo, ao contrário dos dois outros hospitais, onde as mudanças ao nível das estruturas e processos se pautaram mais especificamente por uma maior intrusão da gestão e pela agregação de alguns serviços em departamentos, no caso do hospital Acresce ainda a estas medidas a criação de novos níveis organizacionais intermédios com uma vocação marcadamente gestonária. Neste hospital, a percepção dos actores é a de que os motivos que conduziram a estas mudanças estão mais ligados a concepções globais sobre o *ethos* empresarial do que a concepções instrumentais sobre a necessidade de orientar os serviços para os consumidores. Outro dado pertinente, sobre o qual já tivemos oportunidade de reflectir anteriormente, diz respeito à existência de uma percepção moderada (D) e/ou fraca (C) a propósito dos desequilíbrios entre o número de efectivos e o volume de trabalho destes hospitais, os quais recorde-se, já tinham sido sujeitos a uma alteração no seu estatuto jurídico.

A inclusão dos hospitais nos diferentes cenários representa apenas a situação que foi possível observar, através do discurso dos actores, num momento específico da implementação das reformas, que, obviamente, não se apresenta como um processo acabado. Por isso mesmo, esta

proposta de reconceptualização representa a posição de cada uma das organizações aquando da recolha dos dados contidos nas entrevistas, tal não significando que cada uma delas não possa transitar entre cenários em função de circunstâncias externas (por exemplo, mudanças nas políticas governamentais) ou internas (por exemplo, conflitos e negociações entre os diferentes grupos profissionais). Assim, tomando como ilustração o Hospital E, este apesar de se encontrar categorizado num cenário de reformulação burocrática, tal posição deve-se ao facto de inicialmente as alterações que nele ocorreram o colocarem num cenário de reconstrução burocrática fortemente rejeitado pelos profissionais, o que induziu recuos na extensão dessas alterações e o seu reposicionamento no cenário anterior.

Como tivemos oportunidade de sublinhar antes, a nossa amostra não pretende ser estatisticamente representativa, pelo que, numa perspectiva quantitativa, não é possível extrapolar os resultados para a realidade nacional. Porém, é notória a diferença na distribuição dos hospitais pelos diferentes cenários em função do seu estatuto jurídico. Dos cinco hospitais públicos em análise, três estão incluídos no primeiro cenário (adaptação burocrática) e dois no segundo (reformulação burocrática). Os hospitais empresarializados afastam-se mais do modelo tradicional de administração pública: três situam-se num cenário de reconstrução burocrática e apenas dois num cenário de reformulação. Sublinhe-se, no entanto, que dois dos hospitais incluídos no cenário de reconstrução burocrática já tinham sido anteriormente sujeitos a alterações no seu modelo de organização e gestão.

A análise dos resultados obtidos nesta dimensão permite-nos concluir que a maioria dos actores identifica o ‘novo modelo de gestão’ dos hospitais com as concepções da gestão *hard*, querendo-se com isto significar que se está em presença de um modelo orientado para os princípios de racionalização económica e financeira, surgindo a noção de eficiência (expressa em fazer mais com menos) como um objectivo chave desta orientação. Por outro lado, trata-se ainda de um modelo assente numa concepção redutora dos recursos humanos, baseada na motivação económica e na falta de confiança entre diferentes grupos de actores, e que exige, frequentemente, provas explícitas e quantificáveis – indicadores de desempenho, objectivos mensuráveis, controlo financeiro e político. Os profissionais, tal como as instituições, são sancionados se não produzirem de acordo com os objectivos traçados. À semelhança da gestão ‘clássica’ ou ‘científica’, os gestores são incentivados a encontrar técnicas capazes de conduzir os profissionais a produzir mais (produção meramente aferida pelo aumento de *outputs*). A gestão é representada, apenas, como uma técnica que permite a optimização de recursos.

Em certa medida, esta perspectiva de gestão retoma curiosamente a matriz clássica da organização do trabalho e da produção dominante desde a Revolução Industrial até meados do Séc. XX, ocultando desenvolvimentos posteriores no campo ligados a concepções e a práticas mais

humanistas da gestão que combinavam o humanismo e a tecnocracia e assumiam a eficiência como um meio para, no contexto da administração pública, atingir os fins de serviço público (Santiago et al., 2005).

É certo que esta ocultação pode ser interpretada pelas tentativas de desmantelamento do Estado providência (Clarke & Newman, 1997) de que a NGP é aliada. As concepções humanistas colocavam em causa os pressupostos da decisão baseada nas dinâmicas do mercado e da economia, na medida em que submetiam a dimensão técnica à noção de serviço público, não questionavam a aliança entre a burocracia e os profissionais e separavam a racionalidade económica da decisão política. Deste modo, estas concepções inscrevem-se claramente contra o que pode ser considerado como os traços caracterizadores das dinâmicas do mercado na economia, e que são transpostos pela NGP para o campo das organizações públicas: a ênfase do indivíduo e não do colectivo organizacional como a unidade molecular ou o centro de decisão privilegiado na escolha; a associação entre responsabilidade individual e contratação individual e a retórica da eficiência como um fim em si (Santiago et al., 2005). Seguindo de perto o raciocínio de Reed (2002), a gestão deixa de estar submetida à administração pública tradicional, ao mesmo tempo que a tenta neutralizar, ou mesmo substituir por modelos que contestam a associação entre a burocracia e a autonomia dos profissionais, e procura, por outro lado, legitimar e implementar modos mais intrusivos de governo e de regulação das instituições ‘matriciados’ pelos mecanismos de mercado (Santiago et al., 2005). O corte que a NGP tenta estabelecer com os paradigmas tradicionais da administração pública oculta mesmo um sólido conjunto de literatura na área da gestão que já se vinha a desenvolver desde os fins dos anos 1940, e se prolongou pela década de 1980, que assumia que esta área não pode ser reduzida apenas ao cumprimento de regras explícitas que permitem a aplicação de princípios científicos aos problemas organizacionais. Diferentes autores chamam a atenção para o facto dos desafios que se colocam aos gestores serem extremamente difíceis de definir, dado que os gestores trabalham, regra geral, em ambientes estruturados por objectivos contraditórios e múltiplas percepções dos problemas que os obrigam a ser mais sensíveis aos fenómenos da incerteza e da ambiguidade (March & Simon, 1956; Simon, 1958, 1997).

Assim sendo, podemos concluir que, no caso português, o propósito da NGP não é apenas o de promover uma mudança de um paradigma tradicional de administração pública para um paradigma de gestão, mas antes uma mudança para um paradigma de gestão específico, alinhado com os objectivos políticos de redução de custos no sector da saúde.

Neste contexto, é talvez possível prever algumas consequências futuras dos cenários atrás descritos, quer ao nível do sistema, quer das instituições, entre outras possíveis a possibilidade de se observar:

1. Uma quebra na homogeneidade organizacional das instituições hospitalares do SNS, o que cria o risco de transformar este sistema numa frota de organizações autónomas que primeiramente são movidas por interesses próprios em detrimento dos interesses colectivos (Ferlie et al., 1996; Clarke & Newman, 1997). O sistema perde alguma coerência global, que poderá traduzir-se em diferenças substanciais na forma de prestação dos serviços de saúde, em função das estratégias e modelo de gestão assumidos por cada instituição em resposta às pressões governamentais vinculadas nas políticas de saúde. O enfraquecimento da solidariedade institucional e o reforço da competitividade poderá ter efeitos mais profundos do que aqueles a que se assiste neste momento e que uma cidadania activa pode classificar como difíceis de suportar.

2. Uma quebra de legitimidade democrática, que se pode expressar no aumento da contestação das decisões por parte dos profissionais, devido ao facto dos órgãos de gestão de topo se constituírem com base no princípio da nomeação (e não na eleição), ao qual acresce a possibilidade desses órgãos serem preenchidos por gestores profissionais vindos de contextos externos às instituições e ao próprio sistema de saúde. Alguns destes gestores perfilham lógicas e valores de gestão que entram em conflito com as lógicas e valores tradicionais existentes nos serviços públicos e nas instituições de saúde (esta consequência pôde já ser observada no hospital E).

3. Um aumento da incerteza e da insegurança no trabalho dos profissionais de enfermagem, em resultado das alterações introduzidas nas práticas e, sobretudo, nas políticas institucionais de GRH, aliás aspecto comum a todos os cenários atrás apresentados.

A existência de diversos cenários organizacionais sugere a impossibilidade de emergir um único modelo de gestão capaz de substituir o modelo tradicional de administração pública. Tal como outros estudos antes (Reed, 2002; Ferlie et al., 1996), também somos levados a concluir que em Portugal a trajectória das reestruturações organizacionais dos hospitais se insere no contexto do hibridismo, apoiando, desta forma, as expectativas de investigação enunciadas nos objectivos do nosso estudo.

Reed (2002) identifica, essencialmente, dois factores susceptíveis de clarificar melhor esta tendência: é uma mudança lenta e de longo-prazo e é o único resultado possível do confronto entre a ideologia do novo *managerialismo* e a realidade da sua transformação operacional em práticas organizacionais e profissionais. Este confronto provoca todo o tipo de contradições e tensões endémicas que originam uma resposta organizacional também contraditória e tensa: a nova cultura de gestão e as tecnologias de controlo que a acompanham têm sido absorvidas de forma adaptativa e/ou reconstrutiva pelas estruturas e culturas burocráticas pré-existentes e pelas práticas profissionais instituídas, mas esta absorção faz com que estas estejam a ser crescentemente

diluídas, dispersas e substituídas pelas novas formas ideológicas, institucionais e organizacionais que a NGP iniciou.

Para além deste conjunto de fenómenos, há também diferenças ao nível da linguagem que traduzem adopções distintas de narrativas associadas à gestão. As reformas organizacionais, induzidas pelas mudanças políticas, parecem estar a ter sucesso na capacidade de erigir o discurso da ‘gestão científica’ como uma realidade naturalizada e, mais do que isso, como uma linguagem dominante e ‘legítima’ na abordagem das diferentes questões com que as instituições de saúde se confrontam nas escolhas que têm de realizar. O bastião da racionalidade científica, tradicionalmente defendida pelas profissões, parece gradualmente dar lugar ao bastião da racionalidade económica, defendida pelos gestores. Estes parecem estar a conseguir impor uma dada autoridade de gestão para influenciar a cultura das organizações, estabelecendo o que é legítimo discutir, registar e, desta forma, determinando a sua possibilidade de existência. Muito do trabalho da enfermagem (trabalho emocional e ligado à esfera doméstica) é, por exemplo, excluído para as margens pela nova linguagem da racionalidade e da medição (Traynor, 1996). A ênfase é colocada na racionalização estreitamente associada à quantificação, mas a forma como o discurso da gestão é erigido e legitimado como dominante apresenta diferenças não só entre as instituições como entre os actores de uma mesma instituição. Nestes as diferenças parecem ancorar-se em assunções diversificadas da ideologia e dos valores dominantes acerca da profissão e do serviço público e das estratégias definidas para contornar a percepção de perda de poder, de autonomia e de estatuto profissional. Tal como Dent et al. (2004) concluíram para as organizações hospitalares e universitárias no Reino Unido, também no nosso estudo parece ser possível argumentar que o resultado do impacto advindo da introdução das reformas da NGP nos hospitais portugueses foi considerável, com os profissionais sujeitos a um maior rigor do ‘quase-mercado’ e à colonização da gestão. As mudanças políticas associadas à introdução da NGP, e o seu impacto ao nível das políticas e práticas institucionais, parecem, de facto, ter transformado o ambiente de trabalho em que os profissionais de enfermagem operam.

CAPÍTULO 6

VALORES E IDEOLOGIA PROFISSIONAL



VALORES E IDEOLOGIAS PROFISSIONAIS

Os objectivos que definimos para este estudo, conjugados com o que resultou da interacção entre o quadro conceptual e o material empírico de que dispúnhamos nas entrevistas, conduziram-nos à construção de uma segunda dimensão de análise que designámos como valores e ideologias profissionais. Com esta dimensão procuramos circunscrever um conjunto de asserções dominantes nos discursos dos actores entrevistados – percepções, crenças, opiniões, imagens e adesão a princípios – que pode ser estabelecido como constituindo as suas concepções da profissão, por um lado, e, por outro, como um suporte para a interpretação da forma como as mudanças ocorridas no sector da saúde podem, eventualmente, interferir na estruturação dessas concepções e no projecto de profissionalização da enfermagem em Portugal.

Balizado o campo de análise incluído nesta dimensão, detectamos a presença de três distintas ideologias profissionais nos nossos entrevistados, que se enquadram no que diferentes autores designam por ideologia da vocação (Lopes, 2001), ideologia profissional (Lopes, 2001; Williams, 1978) e ideologia *managerialista* ou de gestão (Carpenter, 1978; Lopes, 2001).

A ideologia da vocação é um termo utilizado para designar um perfil de identificação dos profissionais de enfermagem, centrado na dimensão moral e humanitária das práticas, que sustenta a sua legitimação nas características pessoais e não nos conhecimentos técnicos e científicos.

A ideologia profissional procura caracterizar os entrevistados cuja identidade profissional se configura em redor da valorização da componente técnica e cognitiva do seu trabalho, sustentada na centralidade conferida à aquisição de saberes e competências formalmente certificadas, para legitimar as práticas como exclusivas e susceptíveis de apenas serem assumidas por pessoas devidamente qualificadas.

A ideologia *managerialista* é proposta como uma categoria de análise com o objectivo de caracterizar os entrevistados que valorizam, como referências centrais na profissão, a coordenação e gestão de actividades e recursos, bem como a aquisição de competências e saberes específicos nesta área.

Inspirados nos pressupostos da *grounded theory* (Strauss, 1993), e tendo considerado, com base nos desenvolvimentos teóricos de Abbott (1988), que o processo de profissionalização também se define no campo organizacional e nas relações inter e intra-profissionais, definimos uma nova categoria que designámos por ‘redefinição do campo profissional’. Tal como sublinhámos anteriormente (ver capítulo da metodologia), esta categoria pretende dar conta de um conjunto de estratégias, implícitas e explícitas, delineadas no sentido de atribuir um novo significado ao domínio da profissão no contexto organizacional.

Por último, a análise dos dados permitiu-nos, ainda, inferir que a dimensão ideológica da profissão só poderia ser apreendida na sua globalidade se integrasse factores do campo institucional

externo (DiMaggio & Powel, 1991) e, particularmente, a forma como a partir da definição do papel da Ordem, ou da emergência de uma determinada imagem pública da profissão, se procura construir uma configuração específica da identidade da enfermagem em Portugal e da sua posição no actual contexto das reestruturações realizadas no sistema e nas instituições hospitalares.

1. Ideologia da Vocação

Neste ponto da nossa análise de conteúdo tentamos dar conta de um conjunto de percepções e de tomadas de posição assumidas pelos actores entrevistados que conceptualizam a profissão numa perspectiva tradicional, e que pode ser enquadrada naquela que é considerada a ideologia que presidiu ao surgimento deste grupo ocupacional: a ideologia da vocação.

Importa referir que esta categoria surgiu com menor expressão relativamente às outras consideradas nesta dimensão, o que, de alguma forma, vai de encontro a outros estudos realizados em Portugal (Lopes, 2001) onde esta dimensão ideológica emerge com pouco ou nenhum significado.

De facto, esta categoria e a seguinte, que analisa a dimensão *managerialista* ou de gestão, são bastante menos saturadas pelo discurso dos actores, quando comparadas com as referências aos temas que definimos como constituintes da ideologia profissional. É possível que a opção pela metodologia qualitativa e, em particular, a escolha da entrevista semi-directiva como instrumento de recolha de dados, tenha permitido captar, através do 'discurso livre' dos actores, significações que nem sempre surgem em outras opções de recolha de dados. Por outro lado, nesta categoria, incluímos todos os discursos que utilizam formas tradicionais de legitimar as práticas de enfermagem. Quer isto significar que foi possível identificar actores que valorizam globalmente na profissão as qualidades do carácter, em lugar das competências técnico-científicas, associam a profissão às características de género e definem a escolha da profissão por referência a um ideal de vocação, o qual traduz a crença na existência de um conjunto de características inatas e de um quadro de conduta ética essencialmente baseado em valores humanos e morais.

Apesar destes actores não assinalarem uma das características emblemáticas da ideologia da vocação, tal como ela é definida na primeira fase da profissionalização (a submissão da enfermagem em relação aos profissionais de medicina), os contornos que a estruturam constituem o referencial ideológico que permite a sua concretização na prática e que parece não estar completamente erradicado do imaginário colectivo da profissão.

A existência de unidades de sentido passíveis de serem classificadas nesta categoria decorre do facto de ser consensual que, num dado momento, se tenham aglutinado ideias e valores característicos de fases distintas, apesar das mudanças nos contextos e nos contornos ideológicos da profissão. Esta ideia é reforçada pela existência de estudos desenvolvidos fora do contexto nacional

que sustentam a hipótese de que alguns elementos da enfermagem tradicional ainda marcam simbolicamente os discursos contemporâneos dos profissionais (Bolton, 2005a; Doherty, 2003; Wiggins, 1997). As ideias e valores que configuram a ideologia da vocação estão presentes, não só no discurso dos actores sobre as responsabilidades que devem assumir na definição e na intervenção nos cuidados, mas, também, no discurso sobre o seu envolvimento na gestão dos hospitais e o seu papel na socialização dos novos profissionais.

Nesta categoria estão integrados três temas que nos parecem saturar teoricamente o discurso dos enfermeiros entrevistados quando manifestam as suas concepções da profissão: a ênfase nos traços pessoais, os estereótipos de género e a construção da vocação.

1.1 Ênfase nos Traços Pessoais

Na análise dos desenvolvimentos teóricos referentes às profissões, tivemos oportunidade de identificar o surgimento de um primeiro conjunto de teorias enquadradas no funcionalismo (Etzioni, 1969; Wilensky, 1964). É neste grupo que se defende, para além do conhecimento e da formação, a existência de um código de conduta profissional e de valores altruístas na prestação de serviços como sendo fundamentais para sustentar a legitimidade de uma profissão. Por outro lado, a análise do processo de profissionalização que baliza a enfermagem, demonstra-nos que o primeiro momento, ou a primeira fase, que designámos anteriormente por fase de submissão da enfermagem (capítulo dois), se caracteriza pela defesa da importância das características pessoais e do carácter dos enfermeiros para o exercício da profissão. É neste quadro que se inserem os entrevistados que sublinham as características da personalidade, identificadas com competências éticas, como as mais necessárias e imprescindíveis ao exercício da profissão.

Robert Merton (1982) introduz na análise das profissões um conceito que parece ter aqui alguma expressão. O autor define o altruísmo institucionalizado como uma forma de altruísmo em que as disposições institucionais (concretizadas através de sistemas de recompensas) potenciam comportamentos benéficos para os outros. Este altruísmo é especificado pelo valor da ajuda que constitui parte do *ethos* das profissões e que se expressa através da concretização da possibilidade dos profissionais fazerem mais do que é expressamente requerido. É também este tipo de altruísmo que nos surge expresso nos entrevistados, e que acreditamos não estar somente relacionado com disposições institucionais, mas talvez antes com concepções específicas da profissão, ancoradas no quadro que definimos como configurante da fase inicial de profissionalização da enfermagem:

“Os enfermeiros podem estar aborrecidos com qualquer coisa mas quando têm alguma coisa para fazer são mais cumpridores, são mais missionários, são mais dedicados e têm mais o espírito da missão, de dizer assim: nós temos de fazer isto e nem que a gente não durma, mas tem de ser” (Ent. 26 C).

“Entre a área da saúde, entre as várias profissões que se podia escolher a enfermagem para mim era extremamente importante porque tinha aquela necessidade de ajudar o outro, recuperar a saúde, ensinar estilos de vida saudáveis” (Ent. 80 J).

Shelly e Miller (1991) demonstram, com base num estudo empírico, que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem conferem uma maior importância a valores altruístas e filantrópicos do que a maioria da população. Tal fica a dever-se, segundo as autoras, ao facto da enfermagem atrair para o seu exercício mulheres e homens idealistas que querem ‘ajudar as pessoas’. Esta atractividade da profissão, em relação a pessoas com valores mais humanos, pode estar ligada à imagem social da enfermagem, que permanece estritamente relacionada com uma concepção tradicional. Também Hewison e Stanton (2002) argumentam que este conjunto de elementos ainda está presente em alguns elementos contemporâneos da enfermagem, mais especificamente relacionados com a individualização dos cuidados, e que se combinam com outros ideológicos ligados à nova enfermagem, em particular a ênfase no paciente do ponto de vista relacional.

Estes valores e ideais, expressos pelos actores, parecem ter também subjacente uma concepção da profissão estritamente relacionada com o ideal religioso, que caracterizou a fase inicial da profissionalização (Colliére, 1999; Dent, 2002). Alguns dos entrevistados, exclusivamente homens, referem o facto de terem frequentado instituições religiosas como um factor preponderante na escolha da profissão, o que poderá significar que, por exemplo, também em Portugal, tal como no Reino Unido (Mackintosh, 1997), a génese da história da ‘enfermagem masculina’ possui os mesmos contornos religiosos:

“(...) é porque estudei numa primeira fase de estudo no seminário o que tinha muito a ver com o trabalho para os outros, porque era um seminário missionário (Ent. 43 E)”.

“No colégio deles antes de se ter tornado laico nas minhas habilitações, enfim, as habilitações do colégio, antes de as transformar nas do liceu, (...) aquilo era um colégio franciscano, aquilo era em Braga (...) eu segui para a vida civil...e entretanto, fiz depois a tropa como enfermeiro” (Ent. 52 F).

As afirmações deste último entrevistado (52F) permite-nos também levantar a hipótese do sector militar ter exercido alguma influência na história da enfermagem masculina em Portugal, mais uma vez à semelhança do que se verificou com o Reino Unido, particularmente após a Segunda Guerra Mundial (Mackintosh, 1997).

Apesar de nenhuma das entrevistadas (mulheres) usar explicitamente o argumento religioso referem, todavia, que a escolha da profissão correspondeu quase a um ‘chamamento’, em tudo semelhante à ‘mística’ religiosa da escolha:

“Então aí nas camionetas, transportavam os mortos, as pessoas mortas, então eu disse: “não, eu estou no sítio errado, eu estou na profissão errada, eu tenho que ir é para enfermagem porque aí então eu posso ajudar os outros, posso ajudar os mais necessitados”, pronto, foi aí que se despertou, foi aquele clique e decidi ir para Enfermagem” (Ent. 68F).

A crença na natureza altruísta da profissão é claramente expressa quando se sustenta a necessidade de afastamento das recompensas materiais para o exercício da profissão, o que tem reminiscências claras no espírito de abnegação que caracterizava o domínio de valores religiosos na fase inicial de profissionalização:

“Portanto, em termos de desenvolvimento profissional também esta nova geração está muito preocupada com o que economicamente a profissão lhe pode dar e o que representa os símbolos: a casa, o carro e não com o agarrar da profissão em si e o espírito de missão que eu vi e que vivi, neste momento ou os enfermeiros chefes têm uma dinâmica muito persuasiva, muito como nós dizemos com os alunos” (Ent. 3C).

“Em termos da profissão em geral, o que me decepciona mais é a imaturidade das pessoas, a imaturidade de alguns colegas e o verem a enfermagem muito só como uma profissão, (...), para mim, a enfermagem nunca foi só isso” (Ent.57G).

New (1999), citado por Hewison (2001), elabora uma taxionomia de valores de referência do SNS inglês, alguns dos quais podem ser englobados na ideologia vocacional, que vai ao encontro de traços do discurso dos enfermeiros incluídos neste tema – altruísmo e cuidar dos outros, compaixão, humanidade, motivação desligada do lucro, lealdade em relação a ideais elevados e honestidade, entre outros. Tais valores não se restringem às organizações de saúde, mas estendem-se a todas as instituições sociais que enformam o Estado Providência, já que uma das características fundamentais destas sociedades é a crença nos benefícios sociais dos cuidados públicos (Ackroyd, 1997; Hugman et al., 1997). Como sublinha um dos entrevistados:

“Eu penso que é preciso ter algum gosto particular pela área da saúde digamos pela área do apoio também, da ajuda às pessoas fundamentalmente são questões de valores, considero que em qualquer área será possível ter esses valores e desenvolvê-los a solidariedade, o altruísmo, a justiça e obviamente juntar isto a alguma coisa que seja de fazer com que o mundo seja melhor e também a saúde, estilos de vida saudáveis, talvez boas práticas de vida” (Ent. 54 H).

A principal conclusão que pode ser retirada da análise deste tema é a de que subsiste, em vários actores, uma concepção da profissão enquadrada nas características e, sobretudo, nos valores éticos e morais que presidiram à emergência da enfermagem como grupo ocupacional. Para estes actores, o principal argumento que legitima a enfermagem como profissão ainda se apoia nas narrativas morais sobre o altruísmo.

Estas posições, ao traduzirem uma imagem da profissão ligada a concepções tradicionais, podem afastar-se de um projecto de profissionalização definido com base na ideia de imprescindibilidade do conhecimento científico para a concretização das tarefas que lhe estão reservadas na divisão do trabalho. Tal concepção espelha a dificuldade que a enfermagem tem, tal como Kirkpatrick et al. (2005) a identificam, em justificar a necessidade de formação para todas as práticas em que se envolve, o que simultaneamente a aproxima da ideia de ocupação e do trabalho feminino não remunerado. Tomando agora este último aspecto da questão, importa reflectir sobre

os estereótipos de género que identificámos no discurso dos actores em relação à natureza e características da profissão.

1.2 Estereótipos de Género

Existem diversas definições de estereótipo. Adoptamos aqui a definição de Hamilton e Trolier (1986) que se referem aos estereótipos como uma emanção das estruturas cognitivas, ligadas aos nossos conhecimentos e expectativas e que determinam os nossos julgamentos e avaliações acerca de grupos humanos e dos seus membros. Tendo esta definição por horizonte, procurámos detectar julgamentos e avaliações associadas ao género que, na nossa perspectiva, influenciam as concepções da profissão.

Importa sublinhar, antes de mais, que este não foi dos temas mais explorados pelos actores entrevistados. Julgamos que tal se fica a dever ao facto de hoje a ideia dominante na sociedade ser a de que as desigualdades de género constituem uma problemática inexistente, dado que se insiste num discurso legal e formal que faz a apologia da igualdade plena e da ausência de diferenças pertinentes com base no género. Estas ideias correspondem ao que alguns autores designam por pós-feminismo e que “(...) representa o facto de muitas mulheres pretenderem distanciar-se dos estereótipos veiculados pela caracterização do feminismo veiculada pela ideologia tradicional, aceitando, no entanto, a existência de alguns problemas” (Nogueira, 2001; p. 146).

Na realidade, as diferenças de género estão inscritas na estrutura de pensamento de cada um de nós de uma forma tão intrínseca e natural como a própria linguagem (MacDonald, 1995), e desta forma, ainda que os desenvolvimentos culturais e sociais permitam mudanças ao nível das concepções socialmente aceites, continua a ser possível detectar, em alguns discursos de forma mais clara do que noutros, diferenças na representação dos papéis sociais e das profissões com base no género. Assim, foi possível identificar, nas nossas entrevistas, discursos que traduzem uma divisão tradicional dos papéis sociais. Atribui-se à mulher, em função do papel que lhe é socialmente atribuído na família e das suas características biológicas, competências distintas dos homens:

“Antes era por uma questão de educação, cuidar era um trabalho feminino e portanto a enfermagem era essencialmente feminina estava ligado à palavra cuidar que pertencia à figura materna. Neste momento não é por uma questão de perceber que as coisas estão a mudar e os homens também estão a cuidar mas parece-me que houve uma altura em que os homens não tinham dificuldades nenhuma em entrar para a enfermagem e até há bons enfermeiros embora eu continue a achar que há uma especificidade feminina que os homens não têm, mas isso tem a ver com a psicologia feminina e masculina” (Ent.23 B).

“(...) a enfermagem é uma profissão muito feminina, porque é muito maternal e, que quer queiramos quer não, nós mulheres temos mais essa intuição no tratamento de um velhinho, de uma criança há aquele sentimento maternal, carinhoso, que muitas vezes os enfermeiros homens não sabem tanto transmitir. A nossa natureza já nos distingue por isso é que há homem e mulher, eu às vezes vejo-os a fazer certos tratamentos que eu não gostava que os

fizessem a mim daquela forma. Mas já se nós procurarmos um médico especialista já é outra coisa, mas vejo mais o papel de enfermagem vocacionado para as mulheres, a forma de ouvir, de tratar de pentear, não quer dizer que não haja bons enfermeiros, mas mesmo a nossa forma de comunicar é diferente” (Ent. 78J).

É esta divisão estereotipada, entre papéis masculinos e femininos, que decorre da transferência das tarefas tradicionalmente realizadas pela mulher da esfera privada para a pública (Cash, 1997), acompanhada do prolongamento da subordinação dos sexos de uma esfera para a outra (Simões & Amâncio, 2004). Tal contribui, como tivemos oportunidade de sublinhar na discussão teórica, para a associação da profissão à feminilidade, a divisão social do trabalho dominante nas organizações de saúde e, ainda, para as diferenças no interior da profissão, consubstanciadas em processos de segregação horizontal e vertical (Amâncio, 2004; Simões & Amâncio, 2004).

A segregação horizontal surge em resultado de estratégias definidas pelos homens no sentido de reduzirem, ou mesmo eliminarem, o conflito gerado pela natureza de género do papel que representam. Na realidade, o facto da profissão de enfermagem ser socialmente considerada uma profissão feminina determinou que os homens que aí desenvolvem a sua actividade sejam classificados, de forma estereotipada, como anómalos, feminizados ou até mesmo homossexuais (Evans, 1997). Como aliás é perceptível na seguinte citação:

“E quando eu fui para enfermagem já haviam alguns homens enfermeiros (...) mas não eram bem vistos, eram vistos como “não homens”, às vezes até nos chamavam outros nomes e uma vez fui para o serviço de Ortopedia. A enfermeira chefe saiu, foi não sei para onde para um curso e havia lá outra enfermeira chefe e pediram-me a mim para ir, era o único homem no exército de enfermeiras na Ortopedia. Houve um médico chegou à minha beira “então um enfermeiro por aqui? é o único homem no meio das mulheres aqui!” e eu disse “ e o senhor o que é? (...) É natural que sinta, é natural que sinta, agora não mas há trinta anos era... então se a gente fossemos mais delicados então ainda pior.” (Ent. 35D)

Para ultrapassar esta imagem, os homens enfermeiros são levados a definir um conjunto de estratégias, afirmadas pelo lado simbólico, que incluem uma selecção criteriosa de comportamentos que permitam, em simultâneo, afirmar a sua masculinidade e afastá-los das características que enformam a feminilidade dominante na profissão. Neste sentido, uma das estratégias recorrentes é a escolha criteriosa das especialidades. Os homens procuram escolher especialidades que estão mais de acordo com as características socialmente aceites da masculinidade e que permitem, simultaneamente, afastá-los dos traços femininos associados à enfermagem. As especialidades que permitem evidenciar as compatibilidades com os traços dominantes da masculinidade são precisamente as que se associam ao uso da força física, ao ‘manter do sangue frio’, ao poder

tecnológico e a uma maior autonomia⁵⁵. São, assim, as noções tradicionais de masculinidade e feminilidade que justificam o surgimento de uma relação quase directa entre serviços como a pediatria, esfera das mulheres, e outros, como a urgência, esfera dos homens. Esta divisão surge evidenciada na seguinte tomada de posição de um dos actores:

“Acho que nalguns casos específicos terão de ser obrigatoriamente mulheres. Isto é a minha perspectiva. Poderá chamar-me retrógrada e acho que, mesmo a tentar ver as coisas nesse ponto de vista acho que há sempre lugares onde deve ser sempre uma mulher.(...) Algumas consultas de Enfermagem, não sei, há coisas que realmente são femininas, são...requerem a sensibilidade duma mulher, somos diferentes, por isso há homens e mulheres, embora não se distingam bem nalguns casos, mas quando realmente o sexo é bem distinto, acho que as coisas são distintas também.” (Ent.14A)

A escolha destas especialidades permite aos homens criar ilhas de masculinidade no interior da profissão (Egeland & Brown, 1988), as quais, como tivemos oportunidade de realçar na análise da literatura, e que os nossos dados parcialmente confirmam, como demonstra a citação anterior, são reforçadas pelas próprias mulheres, que as percebem como mais compatíveis com estes papéis (Williams, 1996).

Esta análise vem confirmar que apesar dos homens constituírem uma parte importante da profissão, desde a sua génese, trabalharam sempre num contexto de segregação sexual (Machintosh, 1997). E que, embora hoje a admissão de homens para a profissão surja como um processo socialmente aceite, a concepção dominante de masculinidade determina a existência de diferenças no interior da própria profissão:

“(...) é engraçado que eu não tinha esta ideia quando, nos primeiros enfermeiros que cá estive...que cá estiveram mas neste último.....ele nunca o disse mas eu acho que ele ficava assim um bocadinho...quantos colegas que tinham chegado e tinham entrado para o hospital, onde é que estavam? Onde não estavam? Uns na Urgência e isto e aquilo e depois, quando chegamos da Urgência, aquilo é...a Urgência é o supra sumo (...) É a acção... os Cuidados Intensivos. Ele dizia que estava na Neonatologia, coitado, realmente ... E ficava sozinho, eu acho que o rapaz tinha realmente também alguma dificuldade em assumir, em fazer-se assumir (Ent. 11A).

Estes discursos traduzem a forma como a construção da profissão de enfermagem em Portugal se encontra entrelaçada com o género. Como tivemos oportunidade de expor antes, a construção da profissão no nosso país foi incorporando o género de forma distinta. Numa fase inicial, factores como as condições adversas do trabalho nos hospitais (longas horas e péssimas condições de trabalho), ou o tipo de tarefas realizadas (pesadas), fizeram com que a participação dos homens constituísse um factor ‘natural’ de acesso à profissão. Posteriormente, com a intervenção do Estado, passa a ser condicionado este acesso às mulheres, construindo-se, então, uma ideia da profissão como domínio estritamente feminino. Finalmente, nos últimos anos, com as

⁵⁵ Não existe apenas uma configuração social de masculinidade. O que pretendemos é apenas definir alguns traços que, tradicionalmente caracterizam a masculinidade hegemónica. Para um melhor esclarecimento sobre o tema ver Connell (2001).

conquistas nos percursos para a profissionalização – particularmente com a inclusão da formação em enfermagem no ensino superior – a profissão volta a ser atractiva para os homens, talvez porque essas conquistas se traduzem fundamentalmente, numa melhoria das condições económicas e do estatuto social dos enfermeiros. Nestes percursos vão-se alterando, de forma compassada, as concepções dominantes da profissão, da masculinidade e da feminilidade.

Não podemos deixar de referir, a este respeito, a forma como estas concepções também determinam a divisão social do trabalho, uma vez que tem inerentes concepções distintas para as profissões médica e de enfermagem. Como vimos, em alguns dos entrevistados, certas concepções da profissão ainda são devedoras da ideia, prevalecente até à década de 1960 e 1970, de que a realização de tarefas de enfermagem se processa com base em procedimentos ligados ao papel tradicional da mulher na família. A enfermagem é, predominantemente, uma ocupação de mulheres e uma disciplina fortemente contextualizada, enquanto a medicina pode ser uma disciplina fortemente descontextualizada e ligada à ciência (Cash, 1997).

Esta associação expressa mais do que uma simples constituição numérica dos diferentes sexos em cada um dos grupos profissionais. Na realidade, diversos estudos têm demonstrado que o facto da medicina estar a deixar de ser maioritariamente constituída por homens não reflecte uma alteração imediata nas ideologias de género, o que confirma a ideia de que o género não se restringe à divisão sexual (Riska, 1993; Simões & Amâncio, 2004). A polémica recentemente despoletada em Portugal em torno da ideia de propor quotas para o acesso dos homens a medicina é disto um claro exemplo. Esta discussão não constitui mais do que a expressão de um sentimento de ameaça à hegemonia masculina da profissão, que induz uma estratégia de “policiamento das fronteiras da profissão, a fim de preservar a sua ascendência sobre outras e os benefícios que daí decorrem” (Amâncio, 2004, p. 24). De alguma forma, as ideias expressas pelos nossos entrevistados em relação ao género contribuem para sustentar a permanência desta hegemonia.

1.3 Construção da Vocação

Este tema analisa o discurso dos actores desenvolvido em torno da escolha da profissão dentro de uma concepção que o aproxima do espírito de missão que referimos anteriormente:

“Isto é, eu gosto muito das pessoas, eu gosto muito de ajudar os outros, por isso é que eu vim para enfermagem, gosto muito de ajudar o outro e quando eu ajudo sem ser na parte da enfermagem, ajudo as famílias, eu sinto-me realizada” (Ent. 68F)

“Não sei se também teve a ver com a educação que eu tive porque os meus pais são católicos praticantes e talvez isso também tivesse influenciado um bocado o meu gosto por fazer alguma coisa pelos outros e daí eu ter escolhido a enfermagem, paralelamente sempre gostei das ciências naturais e optei por esta profissão” (Ent.23B).

As posições manifestadas por estes actores realçam a importância das características pessoais na escolha da profissão, que, nestes casos, se identificam muito mais com uma concepção que as aproximam de outras construções sociais como a religião ou a arte. Como afirma Elzinga:

Neste sentido é um chamamento do mesmo tipo que encontramos entre os artesãos – o que leva o sapateiro a fazer sapatos, o carpinteiro a fazer um armário, etc. é a satisfação e o orgulho na perfeição do trabalho do artífice. No caso da enfermagem, como Nightingale afirma, não se trata de lidar com argila morta nem com mármore frio, mas de corpos vivos com que temos de lidar (Elzinga, 1990, p. 154).

A escolha da profissão é interpretada como uma inevitabilidade, para dar resposta ao cumprimento de necessidades individuais, que, frequentemente, implica até sacrifícios, decorrentes de entraves familiares, baseados na falta de reconhecimento social da profissão:

“Não tenho ninguém da família ligado à medicina, quando decidi ser enfermeira vim para enfermagem, porque era a minha vocação, e ninguém da família me bateu palmas” (Ent. 12A).

“Eu escolhi ser enfermeira porque desde que eu me conheço, desde que tenho noção de mim, mesmo muito miúda que gostava de trabalhar com doentes e num hospital. Na altura do liceu quando tive de decidir decidi ser enfermeira porque gostava de trabalhar com doentes. Na altura contrariei até a minha família que não queriam que eu fosse enfermeira de maneira nenhuma. E hoje se tivesse de escolher de novo não voltava atrás escolhia de novo esta profissão. Tem coisas boas e coisas más, mas eu gosto muito” (Ent. 13A).

No entanto, a maioria das posições assumidas traduz uma quase negação da ideia de vocação, antes exprimindo um conceito de aprendizagem da profissão decalcado na prática diária. Nestes casos, a profissão continua a ser definida em referência à noção de vocação, mas não se trata agora de uma ‘vocação natural’, ligada à adesão e envolvimento com a profissão em função de traços pessoais ou de carácter. Trata-se, antes, de uma ‘vocação construída’ com base na prática e na experiência, desligada dos contextos de formação teórica e/ou do conhecimento:

“Não acredito muito nessa coisa da vocação, acho que para se escolher esta profissão deve-se ter determinadas características, na altura não pensei, mas eu hoje não queria ser outra coisa, não me imagino a trabalhar noutra área” (Ent. 47E).

“Ocasionalmente uma amiga da minha irmã falou-me na enfermagem e eu aventurei-me, porque saía e vinha para o Porto e gostei, sempre gostei, tenho a certeza que me adaptei muito bem à profissão de enfermagem, à filosofia que nos leva a cuidar do outro, à dedicação fundamentalmente, tive muitas contrapartidas, acho que foi muito útil (Ent. 37D).

As experiências acumuladas e as práticas quotidianas surgem, assim, como dimensões importantes da construção da ideologia da vocação e dos valores e ideologias profissionais. Esta dimensão chave concedida por alguns enfermeiros à experiência acumulada e à prática na construção da ideologia da vocação, parece vir de encontro às teses segundo as quais a reflexão

sobre a prática (Abreu, 2001; Schön, 1983) constitui um elemento importante na construção das identidades ocupacionais e, assim, do desenvolvimento dos processos de profissionalização.

A análise deste tema permitiu detectar a existência de um conjunto de actores que desenvolvem concepções da profissão que a aproxima mais da ideia de religião ou de arte, ambas realçando a importância das características pessoais na abordagem da profissão. No entanto, também é possível identificar uma certa diferenciação nesta tendência, já que alguns consideram que a escolha da profissão não decorre de características inatas, mas de uma aprendizagem que é desenvolvida no contexto de trabalho.

Em jeito de conclusão, da análise dos resultados conseguidos com esta categoria, podemos então afirmar que existe um grupo entre os nossos entrevistados, embora pouco significativo, que têm uma imagem da profissão que se enquadra no que definimos como constituindo a ideologia da vocação. No entanto, não é possível identificar os discursos produzidos pelos actores com um ideal puro de vocação, mas antes com formas híbridas. Na realidade, os actores entrevistados, apesar de identificarem algumas características da personalidade e valores éticos como sendo essenciais para o desempenho da profissão, nem sempre associam o processo de escolha da profissão a um espírito de missão *quasi-religioso*, particularmente no que concerne aos motivos que determinaram as suas opções profissionais.

A ligação que alguns enfermeiros expressaram em relação aos valores morais e éticos, que caracterizavam tradicionalmente a profissão, é condizente com os resultados de outros estudos recentes, os quais demonstram a forma como os enfermeiros continuam veiculados a uma imagem profissional que enfatiza a compaixão e o auto-sacrifício, imagem essa que emoldura um tipo de adesão a uma concepção profissional de cuidar altruisticamente motivado (Bolton, 2005a). Esta imagem, ao persistir na ligação da enfermagem à vocação e à extensão do trabalho feminino, enquanto esposas e mães, e ao classificar o cuidar como trabalho 'naturalmente' feminino (James, 1992; Smith, 1992), impede que se legitimem as recompensas financeiras, a educação e a própria autonomia profissional (Parkin, 1993). Neste contexto, em certa medida, os próprios enfermeiros podem ser classificados como um entrave ao modelo escolhido para a profissionalização da enfermagem (Bellman, 2001).

Em suma, a defesa destes traços de personalidade parece-nos surgir como a tentativa de afirmar um elemento distintivo da profissão, que a singulariza em relação a outras, a partir do qual é circunscrito o domínio específico de actuação ou de autonomia técnica dos profissionais. A procura activa do domínio específico da profissão é, todavia, maioritariamente coincidente com o que definimos como constituindo a ideologia da profissão.

2 Ideologia Profissional

Incluimos na ideologia profissional todos os significados expressos pelos enfermeiros entrevistados a propósito da construção e legitimação da enfermagem como profissão social e cientificamente reconhecida. Estes significados decorrem da assunção de uma retórica sobre a profissão que inclui referências aos diferentes valores, crenças e ideologias que foram caracterizando distintos momentos marcadamente estruturantes para o processo de profissionalização deste grupo ocupacional. Observa-se, nos enfermeiros que integram esta amostra, uma orientação do discurso alinhada em torno de quatro grandes eixos, a saber: a interacção com os utentes, o conhecimento científico, a reflexão sobre a prática e os códigos comuns na profissão. De acordo com Hewison e Stanton (2002), estes referenciais podem ser considerados como recursos culturais utilizados para a aquisição de poder pelas profissões mais recentes.

As posições assumidas pela grande maioria dos enfermeiros entrevistados reflectem a tentativa de circunscrever as componentes essenciais dos conteúdos da enfermagem, orientadas para a procura da especificidade da profissão ao nível do saber (conhecimento), saber fazer (técnicas), saber ser (relação), saber estar (operacionalização das competências relacionais) e do saber experimental, este último baseado na construção de modelos a partir da especificidade das práticas, ou melhor dizendo, dos aspectos mais invisíveis das práticas, frequentemente ignorados pela organização.

Os elementos essenciais que parecem ser mais estruturantes para a formação da ideologia profissional da enfermagem situam-se, basicamente, em torno do conceito de cuidar e do conhecimento científico. Como vimos na discussão teórica, o conceito de cuidar ocupa um lugar central no projecto de profissionalização, porque é eleito como a actividade que permite distinguir o trabalho dos profissionais de enfermagem de outros grupos (Freidson, 1986), ou, como diria Abbott (1988), porque é a área básica em que assenta a definição da sua jurisdição profissional. A importância do conhecimento científico, neste processo, advém do facto dele determinar a legitimidade do monopólio das actividades de cuidar pelos enfermeiros na divisão social do trabalho. A sustentação da jurisdição profissional e da ideologia ocupacional no conhecimento científico permite conferir às actividades de enfermagem um carácter singular e a exclusividade da sua execução (Freidson, 1986), retirando-as do domínio público e consagrando-as ao domínio dos especialistas a quem é reconhecido tal estatuto em função da duração e níveis de formação. O conhecimento constitui, no fundo, um dispositivo fundamental para alcançar o desejado autocontrolo profissional (Freidson, 1986). Conseguir interligar cuidados e conhecimento científico adquire uma importância ainda maior no campo da enfermagem, dado que corresponde à

clarificação e definição de fronteiras em relação a outros grupos profissionais e, em particular, ao grupo profissional dos médicos.

No entanto, como tivemos oportunidade de explicar anteriormente, existe alguma dificuldade na definição do conceito de cuidar, a que se juntam os obstáculos decorrentes dos constrangimentos que emergem quando se tenta estabelecer a sua ligação ao conhecimento científico, tendo em vista a consolidação da profissão. Parte desta dificuldade decorre do conceito se definir por referência à esfera familiar, e também pelo facto do conhecimento científico se basear na objectividade e na racionalidade que não incorporam a linguagem subjectiva e até emocional do cuidar (Davies, 1995a,b). Ou seja, a inscrição do cuidar na esfera doméstica e na vida diária de cada um de nós constitui um obstáculo à sua assunção como conhecimento científico. O conhecimento formal corresponde à ideologia dos grupos profissionais e é cuidadosamente protegido através do uso de um jargão com etimologias obscuras (para os que não possuem a mesma formação) (Abbott, 1988). Fazendo o cuidar também parte do conhecimento do dia-a-dia é muito difícil transformá-lo num conhecimento de elite com as necessárias características de esoterismo que permitam assegurar o prestígio e poder que a profissão procura.

Esta ambiguidade permite-nos detectar no discurso dos actores entrevistados diferentes variantes. Alguns, adoptando o percurso tradicional da profissionalização, por referência ao modelo de profissionalização dos médicos, consideram que cuidar constitui a actividade que lhes compete na divisão do trabalho, mas acrescentam que só é possível realizá-la com a imprescindível aquisição de formação superior certificada. Outros, argumentam que o conhecimento científico e abstracto afasta a profissionalização das suas características tradicionais, associadas ao cuidar feminino, e que, desta forma, o único e legítimo meio de a apreender é através da reflexão sobre a prática.

Estas posições distintas traduzem alguma ambivalência, que é, como vimos, igualmente evidente na literatura académica sobre a profissionalização da enfermagem, e que se reflecte na discussão que envolve a dualidade da enfermagem entre a ciência e a arte. Procuramos, no desenvolvimento da análise dos quatro temas que definimos como incorporando a ideologia profissional, abordar estas concepções distintas de forma mais aprofundada e crítica.

2.1 Competências Sócio-relacionais

O conceito de cuidar assume uma importância primordial na profissão de enfermagem. Apesar dos significados atribuídos ao seu conteúdo terem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, o cuidar constituiu-se sempre como o conceito central na estruturação do quadro de referência ideológico do grupo profissional da enfermagem. De facto, o uso dos termos cuidar e cuidados é extremamente recorrente no discurso dos enfermeiros. Todavia, não é possível nele

identificar apenas uma concepção de cuidados comum. Tal é claramente notório nas nossas entrevistas, onde se expressa não só a centralidade do conceito na identidade profissional, como se tornam evidentes diferentes significados e interpretações do cuidar nas narrativas e nos discursos dos actores.

De facto, a perspectiva dominante sublinha o cuidar e a enfermagem quase como sinónimos. Ao definir o cuidar como a essência da profissão, os enfermeiros procuram distanciar-se do modelo e da identidade profissional dos médicos, que se identifica com o tratar, procurando, como diria Abbott (1988), definir a sua área jurisdicional e edificar neste predicado a sua autonomia profissional:

O cuidar agrada-me muito mais, o convívio, o estar junto das pessoas, a dedicação, a relação humana que no tratar não existe ou existe muito pouco (Ent.63G).

De facto, vários autores sublinham a forma como a insistência na essência do cuidar corresponde a um desejo de desenvolvimento de um projecto distinto de profissionalismo, a uma tentativa de construir a especialização e a uma identidade distinta baseada no cuidar (Allen, 1998; Cash, 1997; Gerrish, McManus & Ashworth, 2003). O cuidar corresponde ao âmago da estratégia definida pelo grupo profissional da enfermagem, tendo em vista o estabelecimento de um domínio autónomo de práticas suportado num modelo próprio de intervenção.

Este modelo é, no entanto, interpretado de diferente forma pelos enfermeiros. Ou seja, apesar de identificado como a essência ou o factor distintivo da profissão, que permite o distanciamento da profissão médica, não existe uma uniformização dos significados conferidos ao conceito pelos diferentes actores.

Como seria de esperar, foi, então, possível detectar diferentes percepções de cuidar no discurso dos enfermeiros entrevistados, e que se justificam em função da própria diversidade das concepções ideológicas sobre o conceito constituídas ao longo do processo de profissionalização. Assim, alguns discursos traduzem os cuidados como sendo a extensão do trabalho feminino, realizado quotidianamente na esfera doméstica, e configuram, desta forma, uma concepção de cuidar próxima da que presidiu ao surgimento da enfermagem enquanto profissão (Davies, 1995b; James, 1992; Porter, 1992).

“Porque cuidar a gente cuida desde muito pequena e se calhar é um pouco mais isso, se calhar está mais atenta aos cuidados, aos pormenores que fazem a diferença muitas vezes, do aconchegar, do ouvir, do não sei o quê” (Ent.44E).

Contudo, outros actores referem-se ao conceito tendo por base a sua dimensão de ‘ideal moral’. Ou seja, o significado atribuído ao cuidar comporta uma concepção ideológica da profissão que tem por referência o imperativo moral de entrega ao outro, situando-se o conceito, por isso,

numa grande proximidade em relação às noções que inicialmente comportava numa profissão que emergia a partir de um ideal religioso (Dent, 2002).

“É um bocado isso, isto é somente o que é a verdadeira Enfermagem, para mim tem a ver com a partilha, com o outro, estar em função do outro, portanto, dar, muito do dar” (Ent. 14A)

Por outro lado, a maioria dos actores entrevistados parece adoptar uma concepção de cuidar que se aproxima da visão holística, tendo por referência, o indivíduo e toda a sua envolvente, com particular destaque para a família e para o meio social que o rodeia:

“Um bom enfermeiro é aquele que sabe ver as necessidades do doente e que tenta colmatar e ajudar o doente a colmatar essas suas necessidades (...) Embora muitos digam que também tem uma visão holística, na minha opinião, o profissional que tem uma visão mais holística é o profissional de enfermagem. (...) Mas penso que melhora muito em termos de qualidade, da imagem do enfermeiro, não é só aquele que faz o penso, é o enfermeiro que lida com o doente e gere o doente na sua globalidade, articula-se muito melhor com isso. Dá muito mais a visão do enfermeiro com preocupações holísticas” (Ent. 7A).

“Não é doente, com aquela pessoa, consegue saber o que é que se passa em casa, se a família é doente, se está desempregado...portanto, é obrigatório o enfermeiro criar empatia com o doente para o poder ajudar, só assim é que nós podemos ajudar. O enfermeiro não é só um técnico, é também um psicólogo, é também um sociólogo, é também digamos um padre, portanto é uma mão amiga que ajuda a morrer, que ajuda a viver e que ajuda a crescer” (Ent.68 F).

Esta concepção incorpora, igualmente, a perspectiva do cuidar centrado na ‘abertura ao mundo’ (Bento, 1997), na medida em que se afasta de uma concepção centrada exclusivamente na pessoa e se estende a todo o grupo social e ao próprio contexto económico e social:

“Mais do que responder também é necessário responder às situações assistenciais, em cada um dos momentos de dependência dos doentes, das pessoas, da família, das comunidades. O enfermeiro tem que ser alguém que trabalha na prevenção da doença, na progressão da saúde, no bem-estar na reintegração social, uma pessoa que trabalha para uma sociedade com mais saúde, numa vida saudável (...) Nessa perspectiva nós não estamos preocupados com a doença, mas sim com a pessoa que está doente com os níveis de dependência em diferentes grupos. Se eventualmente se alimenta, se dorme bem, se tem o seu problema social resolvido, ou a sua integração na comunidade, ou se tem apoio depois em casa para a sua autonomia”. (Ent. 54 H).

A utilização do conceito holístico de cuidar é importante, segundo Allen (2000), porque permite criar um instrumento linguístico útil na transposição da relação profissional-paciente para a arena organizacional e política e, assim, instituir uma aproximação distinta dos outros grupos profissionais em relação aos cuidados. Ou seja, permite estabelecer um domínio da prática profissional fora do controlo médico, através da integração de elementos pessoais e relacionais com o conhecimento científico e as actividades técnicas. Nesta lógica, os resultados obtidos com as entrevistas mostram que a insistência na dimensão holística do cuidar é central para o projecto

profissional da enfermagem, significando isto que na representação destes enfermeiros se manifesta uma vertente única no estabelecimento de um domínio autónomo da prática.

Esta perspectiva é assumida por alguns enfermeiros de uma forma que os aproxima claramente de uma visão mais identificada com a nova enfermagem. Isto é, trata-se de um conjunto de concepções que definem a enfermagem por referência aos cuidados desenvolvidos numa base personalizada, entre enfermeiro e paciente, e que procura recuperar algumas das características iniciais da profissão, de alguma forma negligenciadas na fase do tecnicismo e cientismo:

“Um bom enfermeiro é aquele que é capaz de cuidar. De interagir com o utente na satisfação das suas necessidades físicas e psicológicas” (Ent. 53G).

“O trabalho do enfermeiro, é saber informar, dentro daquilo que pratica, i. é, quando vai fazer um tratamento ao doente explicar-lhe o que vai fazer e porquê, quais os benefícios que o doente vai retirar daquilo, etc.(...) O enfermeiro tem de ser uma pessoa muito presente em todo o internamento do doente, nós somos os profissionais que, desde que entram até que saem os pacientes têm. Os enfermeiros têm de o fazer sentir o mínimo possível as dificuldades deste ambiente hospitalar, para além de que, no que respeita à técnica deve ser o melhor profissional possível e os conhecimentos devem ser os melhores na sua área” (Ent.9A).

Como diversos estudos empíricos têm demonstrado, este conjunto distinto de concepções de cuidar não tem, por vezes, qualquer correspondência com as concepções dominantes nos pacientes (Morrison, 1989; von Essen & Sjødén, 2003; Wilkin & Slevin, 2004). Contudo, alguns dos enfermeiros que entrevistamos parecem conscientes da potencialidade deste diferencial, quando afirmam que a componente relacional é a mais importante porque corresponde à que é mais visível, perceptível e, consequentemente, mais valorizada pelos pacientes. Por exemplo:

“Eu acho que para se ser bom enfermeiro tem que se ter conhecimentos técnicos, considero um bom enfermeiro aquele que reúne as três condições. Ou seja, conhecimentos técnicos, saber fazer e a parte relacional, eu acho que, e digo muitas vezes isto à equipa que os utentes não nos avaliam pela parte técnica não têm conhecimentos para, mas sobretudo pela parte relacional, quer dizer eu posso fazer tudo tecnicamente muito bem, muito perfeito, muito correcto, mas o saber estar perante o utente é muito mais importante, porque se eu chegar ao pé do utente e administrar terapêutica e não conversar já não é um bom enfermeiro” (Ent. 47E).

“Cada vez mais acho que os utentes dão muito valor ao relacionamento humano e às vezes fazem-se leigos na matéria, provavelmente darão muito mais valor a um enfermeiro que tem um diálogo, que tem uma conversa amável, que se empatiza mesmo com o doente do que propriamente se tecnicamente faz bem ou mal” (Ent.36D).

Esta preocupação com a componente relacional, tal como ela é valorizada pelos pacientes, constitui uma dimensão estruturante do discurso dos enfermeiros que os aproxima do paradigma da nova enfermagem. Relembrando a importância da nova enfermagem no processo de profissionalização, importa destacar que se trata do momento em que se define e toma corpo a tentativa de ruptura com a profissão dos médicos, promovendo-se, simultaneamente, um afastamento dos cuidados de cabeceira e uma aproximação à abordagem científica. O apelo ao

domínio científico traduz-se numa revalorização da relação paciente-profissional, num afastamento dos cuidados individualizados e no desenvolvimento do planeamento como suporte à prestação de cuidados.

A tentativa de revestir a enfermagem com roupagens científicas, a que se associam métodos racionais e abordagens tecnicistas na resolução de problemas, provoca uma fragmentação nas percepções destes profissionais no que respeita à coexistência ideal das três componentes que estruturam a profissão: a relacional, a técnica e a científica.

Dos actores entrevistados, a grande maioria refere-se a estas três componentes como pilares interactivamente solidários da profissão:

“Considero que um bom enfermeiro tem que ter competências técnicas, científicas e relacionais, acima de tudo.(...) Não valorizo mais umas que outras, é um conjunto, umas vezes temos que ser mais numa área, outras mais noutra, e portanto depende do momento e das situações” (Ent.69F)

“Ora bem há duas vertentes, há a vertente técnica, há a vertente científica e há a vertente humana e eu acho que é esta conjugação que faz um bom enfermeiro mas penso que as três em plano de igualdade não ponho uma acima da outra” (Ent.33C)

Noutros profissionais entrevistados, perpassa um esforço de hierarquização dos elementos ideológicos da profissão, apesar de tudo mantendo sempre a sobreposição dos processos relacionais aos processos técnicos e científicos. Nestes actores é possível encontrar diferentes valorizações das três componentes. Assim, há um pequeno grupo que valoriza, acima de tudo, a vertente da relação humana, do qual fornecemos alguns exemplos sobre as posições que assumiram:

“Eu acho que ser um bom enfermeiro implica ter uma boa capacidade de relacionamento ... isso é o mais importante. E mesmo no serviço que eu dirijo, o serviço de urgência, e onde aparentemente a técnica poderia ser o mais importante, eu considero que não é a mais importante. É importante ... mas é muito mais fácil dominar a técnica que o relacionamento entre as pessoas. Isso, e nomeadamente, as pessoas estão muito ansiosas. Estão em situação de crise” (Ent. 72I)

“Hoje um bom enfermeiro não é só aquele que tem competências técnicas, que são de facto fundamentais, mas aquele que tem mais competências a nível relacional (...) Porque há muitos anos atrás nós tínhamos isto mas com a 4ª classe, que se calhar não sabiam fazer um bom texto, não sabiam fazer umas boas notas, não sabiam fazer uns bons registos mas eles tinham uma relação com o utente incrível (...) E hoje o que acontece é isso...as pessoas são muito boas, sabem muito de informática, sabem muito da doença, mas têm dificuldade no contacto com o doente, muita dificuldade...” (Ent.16B)

Ainda outros profissionais continuam a conceder um lugar privilegiado à relação humana e classificam a dimensão técnica e científica, em simultâneo, num nível imediatamente inferior. Eis também alguns exemplos das suas posições:

“É o que consegue aliar as capacidades ou saber técnico, o saber prático, científico, é evidente e relacional no aspecto do conhecimento da conduta humana, das capacidades do ser humano e do relacionamento que, para mim são essenciais. Os aspectos relacionais e o

saber técnico e científico, como já disse, mas o relacional é extremamente importante”
(Ent.49E)

Estes dados qualitativos são coincidentes com as conclusões do estudo de Santos (2000), realizado em Portugal com uma amostra de docentes de enfermagem, que identifica três dimensões no cuidar: a científica, a técnica e a relacional, com esta última a representar uma maior preferência em relação às anteriores. No nosso caso, surgem, no entanto, outras dimensões, e nem sempre a dimensão relacional é inequivocamente dominante, o que poderá estar relacionado com as diferenças qualitativas entre os dois estudos na amostragem.

A valorização da relação e da proximidade com o paciente que, apesar das pequenas ‘nuances’, domina nos nossos entrevistados, não decorre apenas da influência da nova enfermagem, mas também da influência da NGP ao nível das organizações hospitalares.

A centralização no paciente adquire uma nova importância no actual contexto de contenção de custos e traduz o desenvolvimento de processos micro-políticos entre os grupos profissionais, tendo em vista a procura de legitimação daqueles que são capazes de representar o paciente, agora elevado à categoria de consumidor. É esta nova imagem social do paciente que induz os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros e gestores) a reclamarem para si a representatividade do conhecimento sobre as suas necessidades, uma vez que a possibilidade de serem reconhecidos como legítimos representantes da vontade do consumidor lhes permite ambicionar alcançar uma nova ordem organizacional.

O facto do processo de profissionalização ter vindo, quase alternadamente, a erigir essas três componentes como fundamentais na profissão, desemboca na percepção de que a valorização das componentes técnicas e científicas, protagonizada pela nova enfermagem, conduz a uma desvalorização da componente moral do cuidar, assente numa vertente tradicional que glorifica a relação de entrega ao outro:

“Mas, acima de tudo, as coisas que mais me decepcionaram e pelas quais mais luto foi exactamente a percepção de que os enfermeiros, a maioria dos enfermeiros que eu conheço não se revêem enquanto profissionais da relação, refugiam-se em todo o resto.” (Ent. 34D)

“Ainda não está interiorizado numa grande parte dos profissionais que a área relacional com o tempo de relação e de interacção é tão importante como o resto. Ainda estamos na recta de descolagem de “eu é que sou” e o “doente está ao meu cargo e é dependente”, o profissional ainda está muito formatado para o cumprimento de ordens e a relação de ajuda e de interacção é autónoma entre as duas pessoas, entre o enfermeiro e o utente” (Ent. 53G).

Por vezes, esta distinção é apresentada como uma diferença geracional, baseada na suposição de que os mais jovens concedem maior importância à componente técnica e científica, por oposição à componente humana, supostamente mais valorizada pela geração mais velha:

“Eu estou um bocado apreensiva no sentido de que, a juventude de hoje perdeu muitos valores, e encontro muitas pessoas que estão a tirar um curso de enfermagem que têm pouca disponibilidade para tirar um pouco de si e dar ao outro. E nesse aspecto acho que as pessoas tecnicamente vêm muito bem preparadas, mas a parte humana, acho que esta geração perdeu muitos valores, está muito descurada” (Ent.21B)

“E depois também tem a outra parte dos mais novos que realmente já vieram para o curso, não era aquilo que queriam e são portanto, máquinas...máquina não vai estar a perder tempo a explicar e a fazer, máquina o que há a fazer é mexer nos botões e está feito” (Ent. 14A)

Estas críticas sugerem, pelo menos num registo ideológico, que as ideias sobre o processo da nova enfermagem parecem estar a sobrepor-se à enfermagem tradicional. Ou seja, as noções de competência técnica tendem, em termos retóricos, a substituir as noções de centralização no paciente, o que poderá configurar uma aproximação da nova enfermagem à NGP (Elzinga, 1990; Hewison & Stanton, 2002; Latimer, 1995; Salvage, 1992).

As tensões decorrentes do confronto entre a nova enfermagem e a NGP, que tivemos oportunidade de explorar anteriormente, surgem também reflectidas nas entrevistas que realizámos. Estas tensões são identificadas pelos enfermeiros em redor dos constrangimentos provocados pelo confronto das suas práticas com as alterações nos processos de trabalho e com o aumento da sobrecarga de trabalho.

Tal como nos mostram os resultados empíricos de estudos realizados em distintos contextos nacionais (Stack & Provis, 2000; Traynor, 1999; Wiggins, 1997; Wong, 2004), também no caso dos nossos entrevistados domina a percepção de que a introdução de mecanismos identificados com a NGP, em particular os critérios eleitos para a avaliação de desempenho e a pressão para o aumento da produtividade, se traduziram numa escassez de tempo para os cuidados. Esta escassez induz uma redefinição do trabalho dos enfermeiros, recentrando-o, agora, mais na realização de tarefas, e desinvestindo-o mais da relação com o paciente, consumidora de mais tempo:

“(...) para possibilitar aos enfermeiros, permanecer mais tempo junto do doente porque aquilo que lhe é exigido, neste momento, em termos de prestação de cuidados, o tempo que lhes é dado...é curto. (...) o enfermeiro.....para além de fazer um penso, dar uma injeção, de verificar toda a medicação e de verificar tudo isso, precisa de ter um bocadinho de tempo para ouvir o doente. (...) Muitas vezes, aquele bocadinho que nós estamos ali a ouvir, de coisas que às vezes não têm nada a ver connosco e que nós não usamos...mas para o doente, aquele bocadinho é extremamente importante. (...) Eu penso que hoje os enfermeiros já não chegam à beira do doente, penso não, tenho a certeza, que os enfermeiros não chegam à beira do doente e tratam as coisas como se não estivesse ali ninguém...não.” (Ent.30C)

“(...) um bom enfermeiro tem que prestar bons cuidados de enfermagem, ponto um, mas acho interessantíssimo é a relação humana que às vezes é um pouquinho mais descurado. A parte do relacionamento porque, portanto nós vivemos um bocadinho apressados e depois há várias actividades para...que temos que prestar em tempo útil e às vezes, é

quase...apoio psicológico que, às vezes, não é perder tempo quando nós estamos mais um bocadinho a falar com um doente, a falar com a família, às vezes estamos a ganhar tempo, isso estamos de certeza a ganhar tempo, só que, às vezes, não se consegue e pronto, as actividades...prioritárias, quer dizer, pronto, é...o apoio é...a medicação” (Ent.12 A)

Por último, no que respeita à intermediação das equipas de trabalho nas competências sócio-relacionais do cuidar, ao contrário do que é argumentado por alguns estudos (Walby et al. 1994), a promoção de uma maior interdisciplinariedade e parceria no trabalho entre enfermeiros e médicos, resultante de alterações organizacionais nos processos de trabalho, nem sempre é percebida de forma positiva pelos actores que participam no nosso estudo. Esta posição parece indicar que essa intermediação induz uma maior especialização e um maior fechamento em relação aos outros profissionais:

“Outras capacidades essenciais são as capacidades de relacionamento quer com os utentes quer com a própria equipa de enfermagem porque o modelo que nós adoptamos aqui em termos de trabalho em equipa restringe muito os enfermeiros porque se fecham muito no trabalho modular e tem de ter capacidades de arranjar estratégias de modo a que a equipa não se feche” (Ent.25C)

A este propósito um outro estudo, também desenvolvido no contexto britânico, Doherty (2003) sublinha que o trabalho em equipa, que caracterizou a fase intermédia de passagem da enfermagem funcional – centrada na tarefa e nas competências técnicas – para a nova enfermagem, atribui menos responsabilidade directa ao enfermeiro no cuidar e na comunicação, e isso provocaria insatisfação nos profissionais. De facto, são os líderes das equipas que coordenam o cuidar e as diferentes competências dos enfermeiros que as integram, o que, para estes, constituiu um constrangimento na actuação profissional directa e autónoma.

Como conclusão da análise que desenvolvemos nesta categoria, podemos afirmar que a sua abrangência conceptual nos permitiu perceber como é que nos enfermeiros que entrevistámos o conceito de cuidar continua a ser assumido como o operador ideológico central, com base no qual se procura promover a definição do campo jurisdicional da profissão. Simultaneamente, este conceito é estabelecido como um factor distinto e único da profissão e como um elemento de diferenciação em relação aos restantes grupos profissionais.

Em termos gerais, é possível sustentar, do ponto de vista da ideologia profissional, que os cuidados são definidos em relação à combinação de diferentes componentes com centralidades diversas atribuídas a cada uma delas, o que reflecte a própria dificuldade em circunscrever o conceito de cuidar, como é amplamente sublinhado por vários autores (Allen, 1998; Cash, 1997; Davies, 1995a; Gerrish et al., 2003). Face a esta diversidade de posições, talvez o que é comum seja a consciência da noção de trabalho invisível. Ou, melhor dizendo, a preocupação em tornar a contribuição da enfermagem visível, como estratégia de demarcação das fronteiras do trabalho no

contexto hospitalar (Allen, 2000), através da produção social das fronteiras na arena organizacional. Neste contexto, as referências aos processos relacionais, que envolvem aspectos cognitivos, morais e emocionais, próximos da abordagem antropológica (Collière, 1999), surgem como uma das dimensões mais estruturantes do discurso dos enfermeiros entrevistados, coexistindo, também, com discursos que enfatizam mais o conhecimento científico e a técnica ou a interligação desta ao processo relacional.

Apesar das diferentes concepções emergentes, a perspectiva dominante observada parece identificar-se com as tendências da nova enfermagem, baseadas numa abordagem holística do cuidar, que se estrutura em torno de um projecto de parceria com o doente. Neste processo, assume particular destaque a componente relacional e de interação que, em última instância, pode eventualmente representar uma aproximação da ideologia da enfermagem à ideologia da NGP, reflectindo, particularmente, a importação para a saúde das ideias da orientação para o consumidor, características da gestão privada e do mercado.

Esta tendência de aproximação traduz-se em tensões decorrentes do confronto entre duas ideologias distintas – gestão e profissão – como foi identificado por alguns dos nossos entrevistados. Mas, poderá também traduzir-se, como defendem Allen (1998), Hewison e Stanton (2002), ou Salvage (1992), na criação de um ambiente fértil para aumentar o controlo sobre o trabalho dos enfermeiros, não só pelos médicos, mas, sobretudo, pelos gestores. A este respeito Davina Allen afirma:

A individualização dos cuidados, acompanhada pela sua detalhada documentação, aumenta o âmbito para o controlo externo sobre a enfermagem, não através da intervenção directa mas através do estabelecimento de padrões de desempenho (Allen, 1998, p.1226).

Também Hewison e Stanton (2002) chamam a atenção para os pontos de contacto existentes entre as duas ideologias e, em particular, como sublinhámos, para a coincidência entre o planeamento de gestão e dos cuidados e a distribuição de poder entre o profissional e o ‘cliente’, com base no pressuposto de parceria na prestação de serviços. De alguma forma, esta parceria poderia ser igualmente enquadrada no modelo quatro de Ferlie et al. (1996) – orientação para o serviço público – que embora insistindo no *benchmarking* público dos modelos de gestão privada, tenta reabilitar a noção de participação do cidadão na definição de processos do serviço público, mas à semelhança da retórica sobre o lugar e os direitos do consumidor nas dinâmicas de mercado da economia.

2.2 *Conhecimento Científico*

A reflexão dos diferentes autores sobre o conceito de profissão e a sua evolução deu origem a diferentes teses, como tivemos oportunidade de enunciar inicialmente, mas todas elas têm em comum pontos de acordo sobre a importância e centralidade do conhecimento científico na definição da profissão (Abbott, 1988; Carapinheiro, 1998; Freidson, 1994; Johnson, 1982; Rodrigues, 2002). A enfermagem procurou constantemente, ao longo da sua história, valorizar o seu estatuto profissional, centrando-se na defesa da imprescindibilidade do conhecimento como seu suporte e, em especial, na tradução do conhecimento prático num conhecimento com base científica. Os enfermeiros entrevistados parecem estar conscientes da importância desta centralidade para a afirmação da profissão, e, em particular, da sua autonomia, ao realçarem a pertinência da integração do ensino da enfermagem no ensino superior e da ascensão da titularização da sua formação para o nível da licenciatura:

“Eu penso que a nossa profissão tem evoluído significativamente, não só porque nós neste momento já temos uma licenciatura em enfermagem mas a enfermagem, neste momento, caminha para uma profissão autónoma e não sendo, como quando eu me formei, que era quase um mero executor de ordens, neste momento não”. (Ent. 53G)

“(...) A primeira causa era criar condições para os enfermeiros terem...isto já vem de 1979...terem as mesmas habilitações literárias que tinham os outros. E isso conseguimos. Porque a investigação científica só pode ter algum resultado prático se a profissão se bastar a si própria, se for autónoma ou seja, agora, os enfermeiros são licenciados, já passaram do nível da execução para o da concepção”. (Ent. 52F).

Estas referências do discurso atestam a importância do conhecimento científico na definição das fronteiras jurisdicionais da enfermagem, particularmente em relação à profissão dos médicos, salientando a importância da credenciação dos saberes (Carapinheiro, 1998), com base na licenciatura, como forma de promover a autonomia da profissão no contexto hospitalar. Num estudo etnográfico levado a cabo, num hospital inglês, por Davina Allen (2000), conclui-se que os enfermeiros utilizam, no próprio campo organizacional, o conhecimento e a formação teórica como suporte para a demarcação das suas intervenções em relação às de outros grupos profissionais (particularmente médicos, gestores e auxiliares).

Também no nosso estudo, os enfermeiros parecem eleger a formação superior como forma de retirar a enfermagem de uma posição mais subserviente em relação à medicina, e torná-la, assim, numa profissão com uma jurisdição reconhecida na divisão do trabalho social na saúde. É amplamente partilhada a percepção de que a formação proporciona os meios necessários para o avanço da profissionalização, objectivada no reconhecimento da autonomia, e de que expressa um maior controlo dos profissionais sobre o seu trabalho, sendo, porém, quase sempre identificada com o acesso ao conhecimento científico.

Andrew Abbott (1988) considera o conhecimento como o elemento chave do sistema abstracto de classificação das profissões, realçando, porém, o seu carácter específico – baseado na consistência lógica e na racionalidade:

A capacidade de uma profissão manter a sua jurisdição apoia-se parcialmente no poder e prestígio do seu conhecimento académico. (...) O conhecimento académico legitima o trabalho profissional através da clarificação das suas fundamentações e traça os mais elevados valores culturais. Na maioria das profissões modernas, estes são os valores da racionalidade, da lógica e da ciência. Os profissionais académicos demonstram o rigor, a clareza e o carácter cientificamente lógico do trabalho profissional, legitimando, portanto esse trabalho no contexto de valores mais amplos (Abbott, 1988, p. 53-54).

É precisamente a obtenção da certificação institucional do saber-fazer, através da formação académica, que é identificada pelos nossos entrevistados como o factor que permite legitimar as práticas e, simultaneamente, promover o reconhecimento social da própria profissão.

“Porque amanhã eu posso estar doente e enquanto a enfermagem tem quatro anos de curso onde nós aprendemos a farmacologia, anatomia, fisiologia, bioquímica...temos imensas cadeiras, não é por acaso que a enfermagem nestas ultimas décadas, aliás, sempre foi, a enfermagem em Portugal sempre foi reconhecida lá fora. (...) Nós tínhamos mais horas de formação que os próprios médicos, nós com três anos e os médicos com seis, nós acabamos por ter mais horas do que eles” (Ent.68F).

Neste registo, diversos actores proclamam a necessidade de promover o desenvolvimento da investigação científica no campo da enfermagem, uma vez que é a partir da criação de conhecimento específico a este campo que, concomitantemente, se torna possível aumentar o prestígio do conhecimento académico incluído na formação, legitimar as práticas com base no rigor e na racionalidade da cientificidade do trabalho profissional e, nesta perspectiva, promover o seu reconhecimento social como profissão. De acordo com a teoria de Abbott (1988), é através da investigação que se torna possível diminuir a rotina, aumentar o grau de inferência entre o diagnóstico e tratamento e, em última análise, solidificar e melhorar a jurisdição profissional. A importância concedida à investigação científica na enfermagem pode ser ilustrada pelas seguintes afirmações de dois dos actores entrevistados:

“O período em que eu estive na UCIP, nós realizamos dois congressos, fizeram-se trabalhos de investigação dentro da própria unidade e foi um período óptimo porque as coisas correram muitíssimo bem”. (Ent. 75J)

“Eu acho, hoje em dia, em termos de cuidados de saúde e depois tem todo o aspecto daquele enfermeiro em que é capaz de lutar pela sua profissão. Pretende fazer igual e que procura sempre desenvolver um bocadinho a enfermagem. Portanto que também se preocupa, além da profissão e relativamente aos cuidados, que também se preocupa em desenvolver a profissão, em investigar alguma coisa”. (Ent.28C).

De alguma forma, a construção de um corpo de conhecimentos próprio à enfermagem, servindo de suporte à intervenção na prática e à afirmação da ‘disciplina’, parece ter igualmente por referência a aquisição de “autoridade epistémica” (Cash, 1997, p.137) face à sociedade. A legitimação das competências técnicas e científicas dos enfermeiros e o monopólio do conhecimento científico que as suportam constituem uma dimensão que, em última instância, é socialmente determinada. A tentativa de criar um corpo específico de conhecimentos, baseado no apelo a uma linguagem específica e no uso de conceitos e métodos científicos específicos, surge também como uma tentativa de ganhar poder (Freidson, 1986) e, eventualmente, de usar este poder como uma das mediações na negociação da intervenção nas práticas organizacionais (Strauss, 1988; Strauss et al., 1963, 1985), em particular, neste caso, nas práticas ligadas aos cuidados.

A centralidade do conhecimento emerge, também, na defesa que alguns dos entrevistados assumem em relação à necessidade de estruturar internamente a profissão com base na especialização. Valendo-se da argumentação de que os enfermeiros têm de enfrentar situações complexas, só a especialização do conhecimento em enfermagem ajudaria a enfrentar esta realidade:

“Reabilitação do Hospital há nove ou sete enfermeiros e isto é que é preciso fazer e é o que não se está a fazer. Portanto, se não nos direccionarmos para especialidades e específicas... Agora quando a enfermagem quiser abarcar tudo será muito difícil” (Ent. 15B)

“Com esta visão que cada um sabe daquilo que sabe, que não consegue fazer de tudo, a enfermagem de endocrinologia é a enfermagem de endocrinologia, a enfermagem de nefrologia, é a enfermagem de nefrologia e se eu altero isto, a minha qualidade em enfermagem também se altera” (Ent 7A)

É, no fundo, com base na obtenção de conhecimento mais especializado que os profissionais entrevistados defendem a progressão na carreira, argumentando, desta forma, que este tipo de conhecimento deverá manter-se como o principal critério para ascender a posições de chefia e, desta forma, constituir-se como a base da legitimidade que permite a atribuição de autoridade ao cargo.

“A partir do momento em que eu tirei a especialidade era prática no hospital e quase que na enfermagem era: é especialista vai para a gestão. E daí que qualquer pessoa para ascender a chefe tinha de ser especialista daí que muitas vezes a especialidade funcionava não porque alguém quisesse exercer mas como uma forma de ascender e é isso que se calhar está mal na carreira”. (Ent. 72I)

“Mas aí parte-se do princípio que se a pessoa teve uma preparação de um curso de 4 anos no ensino superior, tem esses conhecimentos. (...) O país sempre teve muita falta de enfermeiros e os enfermeiros desde sempre que eu tenha conhecimento sempre trabalharam em dois e até em três serviços e eu nunca o fiz e ao não fazer isso fiz outras opções, estudei, preparei-me, fui fazendo cursos, fui fazendo isto e aquilo e essas preparações que eu ia tendo habilitavam-me a concorrer para outros lugares” (Ent. 9 A)

O conhecimento especializado em enfermagem possibilita a hierarquização interna da profissão e, simultaneamente, representa a possibilidade de expandir os papéis e afirmar a identidade e a credibilidade profissional dos enfermeiros. Esta equação vai de encontro à tradição profissional da enfermagem que, pelo menos no Reino Unido, sempre se caracterizou por uma forte hierarquização na sua organização interna e nas suas práticas (Halford et al., 1997; Hunter, 1996). A especialização permite a estratificação vertical e legitima as relações de poder no interior da profissão.

A valorização das especialidades surge, assim, claramente, como uma função da ideologia profissional: a diferenciação de competências técnicas mais elevadas traria vantagens, ao nível horizontal, para a extensão do campo da profissão e, ao nível vertical, a estratificação tornaria simbolicamente mais fácil a legitimação dos profissionais no interior do grupo.

Esta tendência parece, porém, surgir com alguma ambiguidade no discurso dos entrevistados. Os critérios de consistência lógica e da racionalidade, que subjazem ao conhecimento científico, entram em conflito com o carácter (espontâneo e emocional, irracional) subjacente às concepções tradicionais da profissão baseadas no cuidar (Davies, 1995a,b; Traynor, 1999). Por diversas vezes os actores entrevistados fazem referência à incompatibilidade entre o conhecimento científico e a prática profissional.

Se bem que estes actores concedam, de facto, uma certa primazia ao conhecimento científico e à sua aplicação, enquanto ideologia de referência, no processo de construção da profissão, observa-se, todavia, alguma matização deste discurso que manifesta alguns paradoxos. Por um lado, procura-se sustentar o processo de profissionalização da enfermagem nos cuidados, advogando-se que estes reflectem a área específica da enfermagem na divisão social do trabalho na saúde. Mas, por outro lado, tal não é, por si só, suficiente, devendo esse processo sustentar-se num tipo de formação técnica e científica ao nível da educação superior que toma por referência o projecto de profissionalização dos médicos. Este fenómeno especial de *'academic drift'*, que contribui para garantir a execução exclusiva das práticas pelos membros do grupo profissional da enfermagem, pode afastar a profissão do conceito de cuidar. A este respeito, alguns autores defendem que a centralidade do cuidar, como essência da profissão, é um dos mitos da enfermagem e, por isso, é insuficiente para constituir a base do estabelecimento de uma jurisdição profissional (Dingwall & Allen, 2001; Gerrish et al., 2003). Outros consideram que o problema está antes na tentativa de sustentar o processo de profissionalização no conhecimento científico. As características particulares deste tipo de conhecimento, porque demasiado racionais e objectivas, ligadas à esfera masculina, não deixam lugar a uma compreensão global do conceito de cuidar, nem permitem captar o carácter essencialmente feminino da profissão (Davies, 1995b).

Neste sentido, alguns dos entrevistados exprimiram posições críticas em relação à formação, sustentando, precisamente, que a ênfase no conhecimento científico promove uma desvalorização dos cuidados, como aliás já se tinha salientado anteriormente:

“Houve uma grande alteração de tudo, desde os cursos, houve muitas reformas e cortaram muito às horas do curso e actividades que eu acho que eram essenciais, os colegas vêm muito bem treinados para lidar com o computador, para fazerem excelentes trabalhos de investigação mas depois... falha. (...) Falha o contacto, a relação humana, falha muito, as pessoas têm medo de lidar e de falar com o ser humano”. (Ent. 33C)

Mas, tal não significa, necessariamente, que esta crítica se traduza na defesa de um processo de profissionalização alternativo, que ignore o conhecimento científico, como é aliás sustentado por alguns teóricos da profissão (Davies, 1995b). Para alguns actores entrevistados, este desfazamento entre a valorização do conhecimento científico e a relação com o paciente resulta apenas de uma falha na interligação entre a escola/investigação ou entre o ensino e a prática:

“Portanto eu valorizo o aspecto técnico, mas penso que cada vez mais temos que nos preocupar com o aspecto relacional que se calhar com tanto avanço técnico e científico se começa a descurar um pouco. (...) Porque estamos cada vez mais preocupados com os títulos e menos preocupados com Esta história de nós queremos a licenciatura, eu acho muito bem... mas receio que nos esteja a afastar um pouco do doente que é o nosso objecto de cuidado. (...). Porque realmente a nossa profissão inclui tudo isto, seja ela licenciatura, seja ela outra coisa qualquer. O grau académico é diferente mas o conteúdo funcional é exactamente o mesmo”. (Ent. 72I).

“Ao longo deste percurso, algumas coisas já me decepcionaram, nomeadamente acho que a evolução do ensino da enfermagem, talvez seja uma má impressão que eu tenha, porque não estou directamente ligada ao ensino nas escolas, mas acho que os profissionais hoje em dia nos chegam com uns óptimos conhecimentos teóricos, mas a prática acho que é um bocado uma degradação” (Ent 81J)

A análise deste tema conduziu-nos, precisamente, à compreensão de algumas das ambiguidades e conflitos inerentes ao processo de profissionalização. Por um lado, os enfermeiros reconhecem a importância do conhecimento científico na afirmação da autonomia da profissão, pela possibilidade que esta traduz de fazer a diferença relativamente aos outros grupos profissionais. Mas, por outro lado, este conhecimento é interpretado como a causa do afastamento da profissão da sua essência – a relação com o paciente.

2.3 Códigos Comuns na Profissão

Como vimos antes, um dos factores estruturais que assegura o domínio profissional é a referência a um corpo de conhecimentos validados e, em certa medida, socialmente reconhecidos (Freidson, 1971). Além disso subsiste, igualmente, um enquadramento ético, deontológico e simbólico das profissões que resulta da existência de normas explícitas e implícitas (conhecimento tácito) que constituem referências partilhadas, em diferentes graus, pelos grupos profissionais. É deste conjunto de referências, às quais pode ser adicionado o controlo sobre a entrada na profissão

e a saída para o mercado de trabalho, assim como a protecção conferida pela legislação, que flúem os sistemas institucionalizados e de auto-regulação em regimes especiais de contratação (Ferlie, 1999).

No caso das profissões de massa, tal como Ewan Ferlie (1999) designa a enfermagem, é provável que os desacordos em relação às referências comuns na profissão sejam mais elevados, sobretudo porque estas profissões estão ainda em construção, em comparação com as profissões de elite, como os médicos. Por isso mesmo, o impacto da NGP e do mercado pode ser sentido com mais força nestas profissões e conduzir a maiores divisões internas, como, em parte, temos vindo a constatar ao longo da análise dos resultados das entrevistas.

Alguns dos entrevistados referem-se, precisamente, à diversidade de referências sobre a profissão que consideram um obstáculo à afirmação de uma identidade e jurisdição profissional comum:

“E isso não vou dizer que foi a profissão que me decepcionou mas foi a relação com o outro que me fez perceber que se calhar ainda não há uma identidade bem construída do que é ser enfermeiro em termos grupais” (Ent. 4D)

“Acho que é assim; desde que nós enfermeiros saibamos que a nossa profissão é esta, o conteúdo funcional é este, somos nós que a fazemos.(...) As pessoas têm que assumir o conteúdo funcional da profissão, porque infelizmente esta história da enfermagem é um curso que eu acho que deveria haver algum cuidado quem vai para ele. (...) Uma profissão que é, quanto a mim, uma arte muito delicada, mas tem que se saber estar, se não é uma frustração” (Ent. 74I)

As razões apontadas para a existência desta diversidade são plurais, sendo, no entanto, possível sintetizá-las em três ideias, de acordo com o discurso dos actores:

1ª Discrepância entre a teorização da enfermagem e a prática, que induz a percepção sobre a existência de um diferencial entre a identidade profissional, construída na formação teórica, e a que é desenvolvida na prática, fenómeno, aliás, já observado em diversos estudos empíricos (Abreu, 2001; Smith & Gray, 2000):

“Eu acho que neste momento era preciso perguntar aos enfermeiros o que é que eles entendem por enfermagem. Aquilo que nós temos cá fora do que é a enfermagem é pensado por um grupo de enfermeiros e eu não me parece que o que eles dizem que é a enfermagem seja aquilo que na prática os enfermeiros dizem e agem. Penso que há aí uma confusão de papéis muito grande.” (Ent. 76J)

2ª A influência dos princípios e das práticas diferenciadas impostas pela cultura e modo de funcionamento próprio de cada hospital:

“É plural, não é? Porque há muitas enfermagens... São muitas as enfermagens. Como eu lhe disse, quase no início, portanto, cada instituição quase tem um modelo de enfermagem”(Ent. 8A)

3ª O impacto dos diferentes percursos e modelos de enfermagem que se foram estruturando durante o desenvolvimento da profissão ao longo de diferentes períodos históricos:

“Porque somos uma profissão que teve mudanças grandes em determinadas épocas mas continuamos a ter alguns enfermeiros que ainda continuam a ver os cuidados de enfermagem de uma maneira e outros que vêm de outra. Era isto que eu gostava de mudar. Que os enfermeiros conseguissem olhar a enfermagem da mesma forma. Há uma diferença ainda muito grande no estar.” (Ent. 32C)

No âmbito das questões relacionadas com a diversidade de referências da enfermagem, Hewison e Stanton (2002), que analisam a introdução de modelos e processos de enfermagem num registo ideológico, sublinham que as ideologias da enfermagem nunca tiveram uma progressão lógica ou linear desde as propostas de F. Nightingale. As autoras, argumentam, ainda, que houve sempre a ausência de acordos nas teorias e modelos sobre a natureza e funções da enfermagem. Algumas teorias emergiram das práticas clínicas, com base na análise dos profissionais e dos seus processos de trabalho; outras enfatizaram a necessidade de desenvolver, *a priori*, quadros teóricos de referência para servirem de guias para a prática.

Por outro lado, as sucessivas ideologias profissionais, que têm surgido desde os anos 1960, devem ser perspectivadas mais como uma estratégia para estabelecer um projecto profissional, valorizar a identidade e fortalecer a tentativa de estabelecer a enfermagem como uma profissão, do que como construções teóricas que sirvam de referência segura para a prática. De certa forma, a percepção que os actores entrevistados têm de uma certa ausência de referências comuns na profissão, e da diversidade de posições dos profissionais, reflectem também a diversidade de aproximações teóricas e de paradigmas que tem sido observada desde a segunda metade do Séc. XX (Doherty, 2003; Hewison & Stanton, 2002; Mantzoukas, 2002).

2.4 Reflexão sobre a Prática

Alguns actores entrevistados sugerem que a experiência e a reflexão sobre a prática são importantes para construir a ‘*expertise*’ da enfermagem. A ideologia profissional não resulta agora do conhecimento científico e técnico, identificado com o modelo biomédico transmitido na formação convencional, mas é construída no campo da prática, numa base empírica.

Embora com uma expressão menos evidenciada nas entrevistas, são sublinhadas algumas acções que os enfermeiros consideram importantes na construção de uma ‘teoria’ e de um *modus operandi* na profissão que conceda um lugar de destaque à prática:

i) A discussão colectiva sobre os problemas da profissão e da prática, a partir da reflexão sobre as suas actividades quotidianas:

“Porque eu penso que a forma de ver a enfermagem do antigamente era do executar e não de pensar a enfermagem. Hoje em dia o que eu pretendo é que os enfermeiros que eu tenho

na minha equipa pensem nos cuidados, olhem para as coisas e reflectam e discutam entre eles o que é que devem fazer para melhor cuidar o doente” (Ent. 32C);

ii) A necessidade de articular teoria e prática ou a formação teórica com a prática:

“E isto é grave. Você vê muita gente a ser professor de enfermagem que deixou de perceber o que era a enfermagem, se é que algum dia percebeu, e é por isso que temos a dicotomia...quem ensina, não pratica...quem pratica, não ensina. Ensina naturalmente...é mais fácil encontrar pessoas que praticam...” (Ent. 52F);

iii) A adopção de uma postura indutiva na aproximação ao conceito de enfermagem

“Comecei a saber mais informação e a tentar desenvolver isso no nosso âmbito de trabalho e a tentar aplicar o que era o conceito de enfermagem operatório no seu conceito global, que não era só aquela parte técnica que muitos consideravam” (Ent. 57G);

iv) A prática como elemento central da socialização dos novos profissionais:

“Pelo menos também, quer dizer, a referência que me vão fazendo é que são sempre momentos interessantes porque, de facto, há umas reflexões sobre a prática, uma outra maneira de ver. Faço isso com os enfermeiros mais jovens, com os mais velhos, é difícil é um bocadinho diferente” (Ent. 8A)

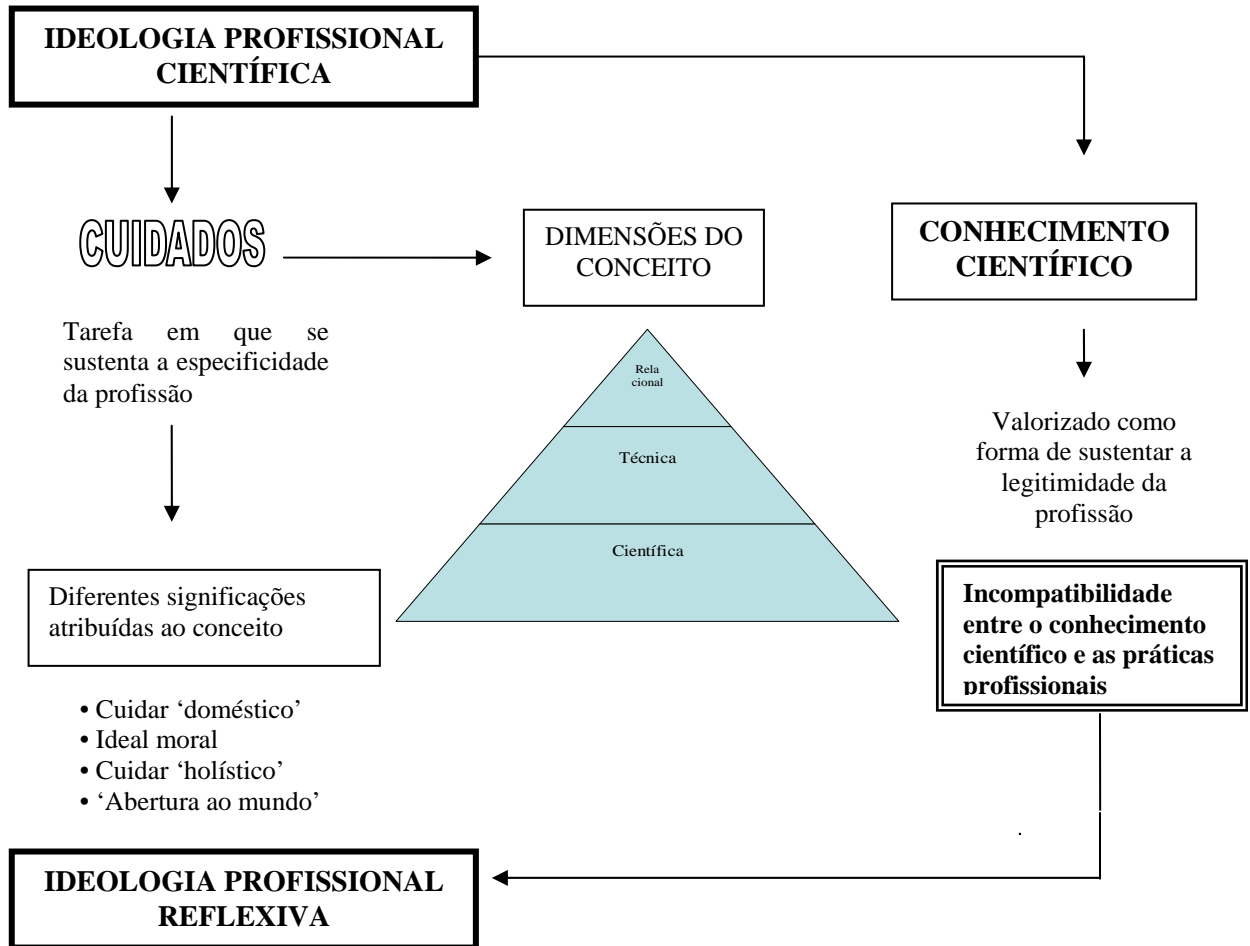
Assim, a prática, ou melhor a reflexão sobre a prática, tem um papel importante na construção das ideologias profissionais da enfermagem, que não se restringe, por isso, apenas ao conhecimento científico e técnico.

A análise desta categoria e dos temas que a constituem permite-nos concluir pela existência de duas cambiantes nesta ideologia: a científica e a reflexiva, como é perceptível através do esquema que se apresenta na página seguinte.

Parece ser possível observar no discurso de todos entrevistados uma valorização do cuidar como elemento estruturante da identidade profissional. As posições surgem, todavia, como menos consensuais no que se refere ao conhecimento e ao acesso ao conhecimento através da formação, tendo em vista o reconhecimento social e institucional da profissão. São precisamente as distintas configurações atribuídas ao conhecimento científico, por oposição à reflexão sobre a prática, que nos permitem concluir pela existência das duas cambiantes na ideologia profissional: a científica e a reflexiva. Para alguns, é o conhecimento formal e científico que permite sustentar o projecto de profissionalização, na medida em que ajuda a criar uma área exclusiva da enfermagem na divisão social do trabalho na saúde, permitindo a distinção em relação a outros grupos profissionais e, em particular, do grupo médico. O conhecimento científico também possibilita a hierarquização dos enfermeiros em especialidades, o que sustenta uma expansão dos papéis e a construção de uma identidade profissional que confere mais credibilidade académica à enfermagem enquanto profissão. Mas, o conhecimento científico, para outros, também pode traduzir um afastamento dos

cuidados e da relação de proximidade com os pacientes, contribuindo, assim, para um esvaziamento do sentido e significado da profissão.

Figura nº3
Os conceitos de ideologia profissional científica e reflexiva



Desta ambiguidade, que pressupõe a defesa de diferentes caminhos na construção do projecto de profissionalização, resulta uma percepção dominante de ausência de referências comuns na profissão. Finalmente, para outros enfermeiros, os contextos locais das práticas parecem assumir, igualmente, um lugar de destaque no processo de profissionalização da enfermagem, uma vez que a construção local e contextualizada do conhecimento profissional, com base na experiência, seria, na sua perspectiva, potencialmente mais adequada à realidade da enfermagem do que o conhecimento científico.

3. Ideologia Mangerialista

Alguns autores consideram que a administração fez sempre parte dos papéis e competências dos enfermeiros desde a segunda metade do Séc. XIX (Doherty, 2003). De facto, a noção de cuidados centrados no ambiente (Bento, 1997) decorre, em grande parte, da defesa de Nightingale de um papel para o profissional de enfermagem que não se limitasse ao doente, mas que se estendesse à preservação das condições físicas e ambientais do local em que estava inserido. Estas tarefas eram aceites como naturais, uma vez que decorriam, de igual forma, de um prolongamento dos papéis desempenhados na família pelas mulheres, mantendo-se esta situação quase inalterada até ao início dos anos 1960-1970. Nesta altura, o surgimento da nova enfermagem torna mais visíveis estas actividades, em parte porque também se aproximam mais do que é comum na gestão (Hewison, 1999; Hewison & Stanton, 2002; Latimer, 1995).

Em função das alterações no contexto e no ambiente social que rodeiam a enfermagem e, em particular, o contexto específico decorrente da influência da NGP, diversos autores advogam que a ênfase nas funções de gestão pode ser considerada como um potencial caminho para desenvolver a carreira de enfermagem (Blomgren, 2003; Goulberman, 2002). Desta forma, a NGP poderá constituir-se como um factor impulsionador de uma nova orientação do processo de profissionalização.

O que pretendemos com a criação desta categoria é perceber se existe alguma tendência, entre os enfermeiros entrevistados, para sustentar a autonomia e valorização social da profissão com base nas actividades de gestão.

A análise do discurso dos actores determinou a estruturação desta categoria em torno de três temas específicos, que designamos como: legitimidade científica das funções de gestão; eficiência nas práticas profissionais; e gestão e estereótipos de género.

Foi possível constatar a tendência, num pequeno número de actores, para procurar legitimar uma maior incorporação de noções de gestão no contexto da profissão. Existe, de facto, um grupo de enfermeiros, embora pouco significativo, que incorpora no seu discurso a mensagem sobre a inevitabilidade do aumento do peso da gestão nas organizações de saúde e, sobretudo, na própria profissão, elegendo-a como a principal força mobilizadora do projecto profissional da enfermagem. Isso é notório, sobretudo, através da defesa da legitimidade científica proporcionada pela formação superior em gestão, que estes profissionais sustentam como exclusiva e delimitadora da área jurisdicional da profissão. Mas, observa-se nos discursos, igualmente, uma tendência para sustentar a necessidade de controlar a eficiência nas práticas profissionais, que parece configurar a influência da NGP do ponto de vista do que Reed (2002) designa por implementação de tecnologias de autocontrolo. Esta tendência para 'naturalizar' a gestão, como parte integrante da profissão de enfermagem, é acompanhada por dinâmicas de género específicas, as quais agem, de certa forma,

no sentido de afastar a enfermagem do estereótipo ligado à sua natureza feminina e que a impede de se afirmar no campo da gestão.

3.1 Legitimidade Científica das Funções de Gestão

Procurar evidenciar a legitimidade científica específica das funções de gestão poderá ser entendido como a tentativa de formulação de uma estratégia de desenvolvimento do projecto de profissionalização dos enfermeiros. Se recorrermos às propostas teóricas de Freidson (1986), esta ênfase pode ser interpretada como uma tentativa de identificar uma tarefa específica (tal como os cuidados, como vimos anteriormente), percebida como sendo socialmente valorizada e para a qual os profissionais procuram impor a sua competência. Mas, por outro lado, uma análise agora mais baseada no paradigma teórico de Andrew Abbott (1988), também nos ajuda a perceber a ênfase da legitimidade do conhecimento científico de gestão como uma forma de questionar a jurisdição da profissão dos médicos, e, sobretudo, questionar a angariação de apoio legal e público para a argumentação, sustentada nesta jurisdição, de que as tarefas de cuidar e de administrar, no contexto hospitalar, deveriam ser subordinadas ao domínio da medicina. Deste modo, o surgimento deste tema pode ser situado no quadro do confronto jurisdicional entre médicos e enfermeiros a propósito das funções de administração/gestão no contexto das instituições hospitalares:

“Tem uma influência muito grande e, como sabe, as licenciaturas em medicina também não tinham determinados conteúdos que são hoje fundamentais à gestão e, portanto as pessoas não estão preparadas para. E é aqui que os enfermeiros estão preparados porque na sua formação têm administração, têm qualidade, têm diversas áreas e a nível do director de serviço não há muita sensibilidade para o estabelecimento de protocolos, de elaboração de procedimentos e no futuro a qualidade tem de se afirmar e o processo de qualidade obriga a isso” (Ent. 2B)

“E o que eu acho que acontece é que os médicos têm poucos conhecimentos em termos de gestão e administração. Os enfermeiros pelo percurso profissional e escolar que têm, têm muitas cadeiras de gestão, de administração, estudo de conflitos, comunicação...” (Ent. 66F)

A pretensão de aumentar a área jurisdicional da enfermagem, através da redefinição das fronteiras relativamente à área de actuação dos médicos, é sustentada pelos actores não só na legitimidade concedida pelo conhecimento na gestão que lhes é exclusivo, mas, também, pela própria história da profissão. Alguns enfermeiros entrevistados parecem reconfigurar a representação simbólica da profissão realçando a integração da gestão no seu percurso histórico:

“ Com certeza os médicos são um sector mal formado em termos de formação de gestão, eles estão agora a fazer um processo de acreditação quase, para ganharem mais formação e experiência na área da gestão. Os enfermeiros não, estão desde os anos 1920 do século passado em programas de formação para as áreas de chefe, nos anos 1940 e 1960 do outro século existiu um grande crescimento na área” (Ent.72I).

Este confronto jurisdicional com a profissão dos médicos ganha novos contornos na actualidade, devido, por um lado, às alterações na legislação e, por outro, ao facto de, em termos organizacionais, uma grande fracção do poder institucional se ter deslocado para as funções de gestão. Assim, a sobrevalorização destas funções na instituição conduz a que os enfermeiros estendam os seus argumentos às próprias modalidades de organização do trabalho nas duas profissões. Ou seja, a gestão também é assumida como parte integrante da área jurisdicional da enfermagem porque os enfermeiros detêm um conhecimento mais amplo da realidade hospitalar e nela se envolvem mais intensamente e durante mais tempo:

“Estou mais preocupada. Se calhar porque cada vez menos há intervenção da nossa parte em termos de gestão. E isto também não é nenhuma questão corporativista. É só porque a mim me parece que estando nós 24 sobre 24 no hospital devíamos ter um papel mais interventivo, sobretudo conhecendo muito bem a realidade hospitalar. E essa é a área que mais me preocupa porque realmente ... Nós enfermeiros, apesar de tudo temos formação e temos formação em gestão que grande parte das pessoas que ocupam os Conselhos de Administração não têm. E essa é ... acho que perdemos muito ... não é perdemos nós enfermeiros, perdeu a própria saúde clínica.” (Ent. 72I).

É, precisamente, esta percepção do aumento da valorização das actividades de gestão hospitalar que conduz a que alguns dos nossos entrevistados demonstrem um grande interesse em aumentar e valorizar a sua formação nesta área, o que constitui, aliás, uma tendência observada noutros países (Exworthy & Halford, 1999; Hanlon, 1998). Tal tendência simboliza uma potencial redefinição da estratégia profissional formulada por estes actores, que procuram basear a especificidade do seu grupo profissional na gestão, assumindo a inclusão destas actividades no seu domínio de intervenção na divisão social do trabalho. A partir desta inferência, apoiada na análise do sentido do discurso dos actores, podemos suscitar a hipótese de que a estratégia de inclusão da gestão nos ‘conteúdos funcionais’ da profissão decorre de uma tentativa de alargar a jurisdição da enfermagem em relação aos médicos, mas também emerge como uma tentativa de evitar o aumento do seu controlo por parte dos gestores (Ferlie et al., 1996; Kurunmäki, 1999):

“Fiz um mestrado em Gestão e Economia da Saúde e depois fiz a minha dissertação na área da validação dos resultados em saúde. É evidente que foi talvez aquilo que mais gostei de fazer do ponto de vista da minha formação, porque com a especialização, na área da enfermagem, senti que não havia mais nada a aprender e quando pensei em mestrado já não quis a área específica da enfermagem, quis uma área mais abrangente que me abria outros horizontes, a outros níveis.(...) Sinto que não faria o mesmo trabalho se não tivesse feito a formação. A formação foi fundamental sobretudo porque o contexto se alterou, as políticas estão a ser alteradas, estamos numa fase de mudanças profundas, muita mudança na saúde, que, se calhar, já não vai ser mais aquilo que era.” (Ent. 2B)

“Isso foi uma experiência muito interessante porque eu não tinha conhecimentos de gestão, na altura, agora já fiz a especialidade e hoje em dia em termos de formação invisto muito mais na área mais direccionada para a gestão do que naquela altura” (Ent. 32 C)

A ênfase colocada nas actividades de gestão pressupõe, para estes entrevistados, uma redefinição da própria carreira profissional, por forma a nela incluir a valorização da formação e das actividades de gestão.

“Se aos enfermeiros chefes lhes derem a possibilidade de terem conhecimentos na área da gestão, eu vejo com bons olhos uma especialidade em gestão, agora o contrário não me parece o ideal mas, também, não posso dizer que não porque nunca tivemos” (Ent. 29C)

Este conjunto de pretensões parece emergir num momento em que, noutros países, se observam constrangimentos ao poder de gestão da enfermagem. É certo, por exemplo, que Bolton (2005a,b) defende, para o caso inglês, que os enfermeiros sempre estiveram envolvidos em actividades de gestão, tendo a hierarquia interna da profissão incorporado os cargos de gestão como parte do seu projecto de profissionalização. Este envolvimento acabou por ser ampliado com o relatório Salmon (Carpenter, 1978). No entanto, este projecto foi posto em causa com a NGP e, em particular, com a aplicação do relatório Griffiths que introduziu uma gestão mais agressiva e mais intrusiva nas instituições hospitalares, da qual resultou uma grande limitação do poder de gestão dos enfermeiros e, sobretudo, a possibilidade de o manter plenamente na ideologia do projecto profissional de hierarquização da profissão.

Existe, contudo, alguma controvérsia na literatura sobre a forma como a NGP tem influenciado a enfermagem e, em particular, sobre o tipo de resposta que é dada por estes profissionais às alterações verificadas.

Como vimos na nossa revisão da literatura, o movimento da nova enfermagem mergulha as suas raízes numa tentativa de combinação entre a relação individualizada e o estabelecimento de parcerias com o paciente (Doherty, 2003; Hewison, 1999; Hewison & Stanton, 2002; Mentzoukas, 2002; Salvage, 1990), fenómeno que tem algum paralelismo com o que é proposto pelo movimento da NGP, em particular no que respeita ao envolvimento do cidadão ou utente, enquanto consumidor, na decisão pública (ver, por exemplo, as propostas do modelo 4 de Ferlie et al. (1996), citadas no primeiro capítulo).

Mas diversos autores (Doherty, 2003; Mantzoukas, 2002) sustentam que a orientação economicista, presente nas forças de mercado na saúde, entra em choque com os aspectos sociais e ideológicos mais marcantes da relação individualizada e da parceria com os pacientes. Bolton (2000a,b; 2005a,b), por sua vez, mostra, com base no seu estudo etnográfico, que esta argumentação dicotómica deve ser matizada. De acordo com esta autora, se bem que os resultados do estudo tenham revelado que várias enfermeiras aderem entusiasticamente a determinados aspectos dos seus papéis de gestão, continuam resistentes e distanciam-se das concepções da NGP quando estas entram em conflito com os valores do serviço público.

Nas nossas entrevistas foi possível observar que vários enfermeiros, embora, com uma representação pouco significativa na amostra em termos quantitativos, adoptam esta nova direcção na gestão como parte integrante do projecto de profissionalização da enfermagem. Esta integração parece decorrer, no entanto, da percepção do aumento da importância e do poder associado às funções de gestão na organização hospitalar, bem como da tentativa de conquistar uma área de intervenção que tradicionalmente tem pertencido à jurisdição da medicina.

3.2 Eficiência nas Práticas

Para além de tomadas de posições sobre a necessidade de incorporar a gestão na área jurisdicional da enfermagem, observámos, também, em algumas entrevistas, o desenvolvimento de argumentos no sentido de integrar a gestão no próprio processo de enfermagem, argumentos esses, como vimos atrás, que vão de encontro ao que vários autores sublinham como a existência de uma relação de proximidade do processo de enfermagem e dos processos de gestão:

“Porque é assim: mesmo os que estão mais na prestação de cuidados também têm que ter o seu carisma de gestores; tipo gerir o tempo que têm para a prestação de cuidados, gerir os recursos, materiais que vão utilizar, os gastos supérfluos não só uma boa gestão dos meios; têm que gerir o atendimento ao público, portanto, a gestão está sempre implícita, o planeamento, tem que haver um planeamento, tem que haver depois um planeamento dessa gestão que vamos fazer. A prestação dos cuidados é feita por etapas, tem que haver um plano, tem que haver uma gestão dos cuidados: primeiro faz-se a higiene e depois faz-se a cirurgia por exemplo; tem que se estabelecer prioridades, portanto a gestão está sempre implícita” (Ent. 5E)

Nesta perspectiva, a enfermagem constitui-se, assim, como uma vertente da gestão, mesmo ao nível dos cuidados de cabeceira, e contribui para a formação da identidade profissional dos enfermeiros. A assunção desta posição é igualmente visível na adesão acrítica de alguns profissionais ao discurso sobre a retórica da eficiência, aos níveis:

a) dos processos de trabalho

“O simples tipo de compressa que a gente usa no dia-a-dia tem um custo e a seringa também e portanto se eu posso usar uma de dois centímetros não vou gastar uma de cinco que estava à mão. Aquela é mais cara isto é só para dar um exemplo, que as pessoas estão a começar a debruçar-se um pouco sobre estas questões. Portanto, além de racionalizar os gastos, vai em não aumentar os custos. É umas das ideias que eu estou permanentemente a chamar a atenção das pessoas” (Ent. 44E)

b) dos cuidados

“Um bom enfermeiro é aquele que consegue estar o mais próximo possível do utente. Consegue identificar rapidamente quais são as necessidades do utente e consegue satisfazê-las de acordo com os recursos que tem disponíveis: recursos materiais, de equipamentos e até recursos de pessoal” (Ent. 18B)

c) da organização

“Os objectivos que eu defini, quer dizer, é a prestação de cuidados de enfermagem tendo em vista a influência nos cuidados, o respeito pelos direitos do utente e também o respeito

.....

pelas normas estabelecidas pela instituição e tendo em conta também a minimização dos gastos e a rentabilização da equipa. Fazer o melhor possível com o mínimo de gastos é um dos grandes objectivos acho (...) e também a satisfação pessoal” (Ent. 44E)

De facto, a assunção deste conjunto de posições configura um alinhamento de alguns comportamentos dos enfermeiros por critérios de racionalidade económica, próximos dos valores defendidos pela NGP. O que eventualmente poderá significar que as políticas públicas desenvolvidas no âmbito da saúde estão parcialmente a conseguir atingir o objectivo de condicionar o comportamento de alguns profissionais, sem que para isso pareça ser necessário desenvolver instrumentos externos de controlo:

“Há dificuldade às vezes de mudar, mas o pensamento pode ser, as pessoas podem ser ajudadas a pensar nas questões da saúde porque às vezes usa-se isto quando se podia usar aquilo, usa-se aquela compressa mas até se podia usar o papel; usa-se a seringa de 20, quando podíamos ter usado uma de 5 mas acho que é possível criar algum sentimento nas pessoas de que também eles próprios podem fazer melhor, para além dos gastos e dos custos com medicamentos” (Ent. 55I).

“E, portanto, acho que isso, nesse aspecto, isso foi um grande abanão, pôs as pessoas a mexerem-se, pôs as pessoas a pensarem, a reflectir sobre algumas das suas práticas de gestão e de prestação de cuidados que antigamente não reflectiam sobre isso” (Ent. 7A)

Estas posições parecem indiciar a existência de tendências para a indução de mudanças no sistema de regulação e controlo dos profissionais, no sentido do desenvolvimento de mecanismos de auto-regulação (du Gay & Salaman, 1996), provavelmente, como vimos antes, baseados na implementação de tecnologias de auto-controlo (Reed, 2002). Ou seja, hipoteticamente a ideologia e valores característicos da NGP seriam susceptíveis de influenciar os padrões comportamentais considerados adequados para a obtenção da eficácia e eficiência, em última instância nos profissionais cujas preocupações de gestão incluem mais a promoção do sucesso empresarial do que a manutenção das formas típicas de prestação de serviço (Flynn, 1999). Uma parte destes profissionais começa, assim a incorporar, implicitamente, a desagregação dos custos, típicos da NGP, que pressupõe a aquisição da consciência do valor unitário de cada instrumento de trabalho e, concomitantemente, a mudar as práticas (extensível aos subordinados), por forma a introduzir as implicações do seu trabalho em termos de custos (Kirkpatrick et al., 2005). Este fenómeno emerge, essencialmente, nos enfermeiros com funções de gestão que desenvolvem a sua actividade nos hospitais empresarializados, detectando-se apenas uma referência a este conjunto de questões num dos entrevistados vinculados a um hospital do sector público administrativo (o que não deixa de ser relevante se pensarmos na influência que os líderes profissionais podem ter sobre os outros elementos do grupo).

Em jeito de conclusão à análise deste tema, manifesta-se alguma tendência, em particular no caso dos enfermeiros vinculados aos hospitais empresarializados, para uma maior valorização da componente de gestão no contexto das práticas profissionais. A par desta tendência é possível

observar, em alguns casos, a interiorização de mecanismos de auto-controlo de gestão, que os profissionais com funções de gestão parecem querer induzir no comportamento dos outros profissionais, mecanismos esses que enfatizam as dimensões mais economicistas das práticas, ligadas, predominantemente, a objectivos de eficiência e de eficácia definidos pela organização.

3.3 Gestão e Estereótipos de Género

Embora não muito abundante, existe alguma literatura que procura analisar as implicações da NGP em termos de género. O que os autores que se interessam por este campo sustentam é que o carácter racional, quantitativo e pragmático, característico da NGP, a aproxima, de forma clara, da masculinidade, contribuindo, por esta via, para uma perpetuação do estatuto inferior das mulheres nas organizações (Davies, 1995a,b; Deem, 1998; Clarke & Newman, 1997). Esta questão é particularmente pertinente para o campo da enfermagem, uma vez que se trata de uma profissão maioritariamente feminina cuja construção se foi estruturando em torno da feminilidade.

O surgimento deste tema na nossa análise de conteúdo decorre, precisamente, da detecção de um conjunto de referências produzidas pelos entrevistados relativas às dinâmicas de género na enfermagem ligadas à gestão, em geral, e à NGP, em particular.

A literatura sobre as mulheres na gestão sugere que um dos factores que contribui para o *glass ceiling* é a dificuldade de adaptação das mulheres, socializadas no quadro dos estereótipos da feminilidade, a uma cultura essencialmente masculina, dominante no contexto organizacional (Burris, 1996; Collinson, Knights & Collinson, 1990; Collinson & Hearn, 1996; Reskin & Padavic, 1994; Wajcman, 1996). Nesta perspectiva, a adopção de critérios da NGP poderá traduzir-se em maiores dificuldades para as mulheres em atingirem o topo. No entanto, estas relações são mais complexas do que o que uma simples relação causa-efeito entre dois fenómenos pode comportar.

Constata-se que as organizações produzem políticas e medidas contraditórias ao aderirem aos pressupostos, aos modelos e às práticas da NGP. Tornam-se mais competitivas, mais flexíveis, menos piramidais, e, por esta via, tendem a reproduzir um estilo de gestão mais masculino (quer seja desempenhado por um homem ou por uma mulher). Mas, por outro lado, a orientação para as pessoas – pacientes no caso da saúde – e a ligação à criação de novas formas de envolvimento exige uma feminização, ainda que parcial, da gestão (Hollway, 1996; Martin, 1993; Martin, Knopoff & Beckman, 1998).

É esta ênfase nas características da feminilidade que conduz algumas das nossas entrevistadas a exacerbarem as propriedades que as distinguem dos homens. Ao fazerem-no, estão a procurar manter as possibilidades de ascensão a cargos de gestão. Melhor dizendo, o processo representacional parece consistir na valorização da feminilidade na gestão para justificar a adequação e extensão das suas características para estes cargos:

“(…) pela sensibilidade que as mulheres têm. Pelas características pessoais da mulher.(…) Particularmente na gestão. Acho que a mulher tem de facto características pessoais.(…) Seria diferente, até poderia ser muito melhor. Agora, o que eu acho é que a mulher tem muita sensibilidade para análise que depende muito das características pessoais que não são iguais, mas a forma como nós implementamos e as estratégias que definimos são diferentes. É mais sensível e a nível do planeamento é mais criativa, a mulher consegue encontrar mais soluções. Há coisas que o homem não vê e a mulher vê” (Ent. 2B)

“(…) gerir em termos de números penso que é um bocado mais para o homem, gerir em termos de estar atento aos pequenos pormenores e à parte relacional penso que a mulher tem outra atitude e na nossa profissão em que está gente a lidar com gente eu privilegio essa atitude e penso que o homem não é tão sensível por isso. Assim como a higiene que é das coisas mais básicas na nossa profissão penso que temos um olho mais de lince para um bocadinho de pó que o homem e isto, se calhar no âmbito geral da gestão não encaixa, mas para mim é importante e penso que a mulher tem outra sensibilidade e faz alguma diferença mas em termos de carreira reconheço que isso não pode ser item de diferença.” (Ent.23B)

Outra estratégia, de alguma forma oposta, desenvolvida por estas mulheres, é a de continuarem a associar e enfatizar as características da feminilidade ligada à profissão e, sobretudo, a sua ligação ao espaço e à esfera doméstica, como forma de valorizar as suas competências na gestão, por oposição às competências masculinas. É recorrente, entre as nossas entrevistadas, a assunção de que o hospital funciona como a sua própria casa e como tal deve ser gerido. Percepcionar a gestão desta forma torna quase inevitável associar-lhe o trabalho feminino:

“O enfermeiro-chefe funciona como a dona de casa, é a dona de casa que vai às compras, organiza a sua casa, a enfermeira chefe organiza o serviço, orienta os cuidados, diz aos enfermeiros qual é a atenção que eles têm que ter mais para A, para B ou para C mediante as patologias que os doentes possam ter. (...) A enfermeira chefe tinha a obrigação, esta é a obrigação que ela tem de ter tudo como em casa. Nós se queremos dar de comer aos nossos filhos, a mãe tem de ir às compras para confeccionar a alimentação. Ora bem, o enfermeiro-chefe para que os outros possam trabalhar o enfermeiro-chefe tem de ter tudo” (Ent. 68F)

“Isto é como nós gerimos o ordenado em casa, aqui os stocks estão limitados, estão limitados no meu ponto de vista, no serviço nós vamos tendo stocks limitados e isto é um pouco como nós fazemos em casa, se eu este mês só posso comprar um par de sapatos não compro dois, espero pelo mês que vem” (Ent. 39D)

É importante realçar que esta simbiose entre o hospital e a casa pode também reflectir a presença de uma tecnologia de auto-controlo, na medida em que, como afirma du Gay e Salaman (1996), a orientação para o consumidor implica uma mudança no pensamento, no comportamento e nas atitudes pessoais dos enfermeiros, mudança essa que os conduz a perspectivar a organização como a sua própria casa e os clientes como convidados que têm de ser servidos da melhor forma.

Estas estratégias de valorização da feminilidade na gestão não parecem, no entanto, estar a ter o sucesso pretendido. De facto, é possível constatar um diferencial na ocupação de lugares com funções de gestão por homens e mulheres que poderá configurar uma segregação vertical das mulheres, mesmo numa profissão em que a sua presença é maioritária. Verifica-se, no contexto

específico da profissão de enfermagem, uma tendência para os homens, apesar do seu número ser mais reduzido, ocuparem posições que lhes conferem poder e prestígio de uma forma desproporcionada, o que os coloca num estatuto de minoria privilegiada, ao contrário do que se verifica quando são as mulheres a ocuparem posições maioritariamente masculinas (Evans, 1997; Simões & Amâncio, 2004).

Como tivemos oportunidade de mostrar no capítulo da metodologia esta é, de facto, a situação da nossa amostra. Os homens, apesar de minoritários no contexto global, desempenham, proporcionalmente, mais funções de gestão de topo que as mulheres, tendência constatada pelos próprios entrevistados:

“Se calhar a maior parte dos enfermeiros directores são homens, depende das áreas do país em termos geográficos. Não sei se tem alguma coisa a ver, mas nas várias reuniões que temos de enfermeiros directores, temos áreas, especialmente aqui no Norte, em que são mais homens.” (Ent. 4D)

As razões que justificam esta segregação vertical prendem-se com factores característicos de outros contextos, e que decorrem:

i) da tradicional associação entre a gestão e os homens (Burris, 1996; Collinson, 1988; Collinson, Knights & Collinson, 1990; Fagenson, 1990), que afasta a enfermagem, porque maioritariamente feminina, de uma profissão socialmente visível para a gestão (Carpenter, 1978),

“Para chegar ao sítio onde eu chego, principalmente nos hospitais como este, e o enfermeiro director até há pouco tempo era um homem, quando as mulheres chegam a um cargo destes têm de se afirmar muito mais do que um homem para demonstrar que merece o lugar, na enfermagem, como em qualquer profissão. Temos de demonstrar por A mais B que somos melhores que os outros homens todos que estão a concorrer connosco mas isto tem a ver com uma maneira de estar na sociedade em que o homem é que dominou durante muitos anos e vai mudando relativamente e progressivamente” (Ent. 22B),

“Se calhar nós mulheres temos sempre de fazer um esforço maior mas isso, quer queiram quer não, a igualdade é só no nome, porque nós conseguimos muito mas foi à custa do nosso próprio esforço. E eu não tenho dúvidas se eu quero dar assistência em casa e se quero não sei o quê, eu para não deixar a profissão para trás tenho de fazer um esforço duplo e se calhar em vez de dormir 8 horas tenho de dormir 7 ou 6, porque a igualdade ainda não está tão igual como isso” (Ent. 23B);

ii) dos diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade e, por extensão, na família e no trabalho,

“O facto de ser homem, embora tivesse alguns períodos da minha vida profissional em que senti que pelo facto de ser homem tinha um pouco mais de disponibilidade, se calhar, porque não tinha filhos mais novos, essas coisas que as mulheres têm, que é a licença de maternidade, o horário de amamentação. E além disso senti que pelo facto de ser homem houve um ou dois momentos da minha vida que eventualmente beneficiaram, não me parece que tenha sido por isso que eu evolui ou não evolui não foi por isso. (...) Eu sou mais, não sei se pelo facto de ser homem ou não, mas sou mais objectivo, mais do género de dizer é para ali que quero ir e falo com as pessoas, chego à beira das pessoas e a mulher

não. Acho que tem uma percepção muito mais ampla das situações mas tem também outras limitações pelo facto de ser mulher e pelo facto da sociedade a tratar de forma diferente.” (Ent. 7A),

No entanto, o poder e estatuto que os homens enfermeiros adquirem é, de certa forma, também facilitado pela ideologia de cuidar que domina nas enfermeiras. Esta ideologia, agregada à noção de que os homens são especiais e únicos (porque um ‘bem’ escasso), faz com que as mulheres de forma mais ou menos consciente, suportem a carreira dos seus colegas homens, muitas vezes em detrimento da sua própria que percebem como “menos valiosa” (Evans, 1997, p. 227). Tal é, de facto, o caso de algumas das nossas entrevistadas:

“É assim, eu acho que é muito parecido, embora eu acho que os homens pela sua educação talvez estejam mais bem posicionados na gestão do que propriamente as enfermeiras. Acho que são sempre, eu não sei bem se são valorizados porque têm mais valor, se eles são valorizados porque são poucos, são muito poucos os homens e por isso são muito mais conhecidos. Este hospital se calhar tem 60 enfermeiras chefe e tem cinco enfermeiros chefe, toda a gente conhece muito bem os cinco. Eu não sei dizer que é o conhecimento que a gente tem se é efectivamente por alguma postura diferente que os homens têm, também acho que há uma certa tradição serem os homens a gerir (...)” (Ent. 66F)

“Nalgumas situações acho, quero dizer, às vezes digo isso por brincadeira e às vezes digo a sério, quando um colega tem mais facilidade, isto se calhar porque estamos numa profissão maioritariamente de mulheres, perante um Superior ou uma Superior ele é melhor aceite. Eu, por exemplo sempre disse que gostava muito mais de trabalhar com homens do que com mulheres” (Ent. 23B).

Uma hipótese plausível para interpretar este apoio das mulheres às carreiras dos seus colegas homens, pode estar relacionada com o facto destas terem a consciência de que vivemos numa sociedade patriarcal e que a entrada de mais homens na enfermagem poderá significar o aumento do estatuto e prestígio social da profissão:

“Acho que ainda estamos numa sociedade masculina e portanto... ..acho que os cargos assim de chefia são...são mais bem aceites se for homem (do que) se for mulher. Eu acho que ainda se passa um bocado isso...embora esteja a diminuir e etc...mas sempre.(...) No dia-a-dia, no contacto com as pessoas... ..as pessoas, homem para homem, as coisas desenvolvem-se doutra maneira e pronto, há sempre assim uma certa tendência” (Ent. 12A)

Ou ainda, outra hipótese plausível, prende-se com a simples ideia de que é mais fácil para os homens imporem a sua autoridade no contexto organizacional, sobretudo porque assumem uma posição menos submissa em relação aos homens dos outros grupos profissionais:

“Não sei, eu sou suspeita para falar porque sou mulher, vou ‘puxar a brasa à minha sardinha’ e acho que as mulheres conseguem organizar melhor. Por outro lado acho que os homens acabam por ser, digamos, mais reivindicativos enquanto que a mulher é mais submissa o homem já não é assim, reivindica mais” (Ent. 68F)

“(…) até porque na profissão de enfermagem só 17% é que são homens o que quer dizer que tendencialmente quem devia liderar era a mulher...isso agora um murro na mesa, porque uma personagem teve uma atitude insubordinada, com os homens, um murro na mesa resolvia a questão e acabou-se. No meio das mulheres nem que eu tenha um bocado de razão, já ninguém quer saber porque é que eu dei um murro na mesa” (Ent. 67F)

Em suma, à tradicional subordinação inter-ocupacional das enfermeiras, no quadro de um sistema de saúde patriarcal e médico-cêntrico, junta-se uma segunda subordinação intra-profissional, que decorre da sua subordinação perante os colegas homens. É esta tendência que conduz Porter (1992) a afirmar que a enfermagem se poderá transformar, crescentemente, numa ocupação dividida entre os homens gestores e as mulheres como enfermeiras de cabeceira.

Esta tendência poderá ser agravada pela introdução de mecanismos ligados à NGP, uma vez que a expansão da sua filosofia e práticas no âmbito das instituições hospitalares acarreta consequências para a relação entre o domínio do trabalho e do não-trabalho, como vimos na dimensão anterior, que poderão traduzir-se em consequências mais marcantes nas mulheres do que nos homens. Como temos vindo a salientar, as propostas da NGP estruturam-se em redor de uma gestão de tipo tecnocrático que, para Claes Gustafsson (1983), tem na diligência uma das suas características estruturantes. É, precisamente, esta diligência que determina a exigência de dedicação e zelo perante o trabalho.

Deste modo, torna-se determinante, para competir numa carreira de gestão, demonstrar empenho ao longo de muitas horas de trabalho e de ser capaz de lidar com o *stress*, o que aliás parece estar a ocorrer nos hospitais empresarializados, como mostrámos anteriormente. Este aumento do trabalho significa, muitas vezes, estar presente nas reuniões e saber lidar com as crises, factores que se tornam precedentes em relação à família, às inter-relações e ao empenhamento comunitário. Tal fenómeno tem um impacto negativo tanto sobre os homens como sobre as mulheres. Todavia, este impacto é maior sobre as mulheres, uma vez que os papéis que lhes são socialmente atribuídos continuam a estar marcados pelas tarefas domésticas, numa altura em que muitas das responsabilidades femininas de cuidar dos novos, dos doentes e dos idosos está a ser devolvida ao domínio privado do trabalho feminino em casa e na comunidade (Clarke & Newman, 1997).

Em suma, as dinâmicas de género, no caso particular da enfermagem, parecem traduzir-se numa certa dualidade no comportamento das mulheres enfermeiras. Por um lado, procuram definir estratégias que valorizem a sua contribuição para a gestão, tentando associar a identidade feminina a uma imagem igualmente feminina da gestão. Por outro lado, não se inibem em apoiar a carreira dos homens e a sua ascensão a posições de topo, quando percebem que isso se poderá traduzir em mais poder e autonomia para a profissão.

Os diferentes resultados que conseguimos colocar em relevo ao longo da análise desta categoria, levam-nos a concluir que existe, entre o grupo de profissionais entrevistados, uma pequena minoria que parece absorver, por vezes de forma acrítica, as influências da NGP. Tal pode ser observado, quer quando reivindicam a gestão como componente da área jurisdicional da

enfermagem, apoiados na legitimidade da certificação formal do conhecimento, quer quando parecem incorporar instrumentos de auto-controlo, que os induzem a defender uma maior eficiência e eficácia das práticas profissionais numa perspectiva de racionalidade económica. Esta defesa indicia uma potencial alteração nos valores de referência que servem de base à orientação dos profissionais nas práticas, podendo esta alteração conduzir ao que Pollitt (2003a,b) argumenta como sendo o objectivo primordial da NGP: uma força de trabalho disciplinada e alinhada com o ideal de produtividade. No entanto, a adesão a esta nova ideologia de gestão por estes profissionais parece indiciar, sobretudo, a existência de uma tentativa de manter o seu poder profissional inalterado ou até de aumentar a sua visibilidade. É nestas circunstâncias que são justificadas e defendidas estratégias no âmbito das relações de género que lhes permitam manter o poder profissional sem perder posições no interior da própria profissão.

Por último, importa salientar, todavia, que estes actores não consideram que a enfermagem possa desenvolver este papel afastado dos valores que tradicionalmente enformam a profissão, centrados, essencialmente, em torno da concepção de cuidar. A assunção dos pressupostos e práticas da gestão, em particular dos ingredientes da NGP, parece acontecer, sobretudo, como um complemento ou como uma potencial escolha de carreira para alguns.

4. Redefinição do Campo Profissional

Um dos principais objectivos da NGP é identificado, por diversos autores, como a tentativa de alterar os valores e identidade dos profissionais, que se traduz em pressões políticas e organizacionais para substituir valores tradicionais, ligados ao serviço público, por valores vinculados ao mercado e ao *managerialismo* (Farnham & Horton, 1996; Ferlie et al., 1996; Halford & Leonard, 1999; Hanlon, 1998; Reed, 2002). Para implementar este objectivo as diversas iniciativas políticas entroncam em duas medidas: a contratação de gestores com experiência na gestão privada e o fortalecimento das funções de gestão no interior da profissão.

Em Portugal, como temos vindo a salientar, observam-se igualmente estas tendências. Qualquer uma coloca desafios à enfermagem e ao seu processo de profissionalização. Noutros contextos nacionais, alguns autores têm salientado a forma como estas medidas promovem uma redefinição das estruturas internas das profissões (Freidson, 1986; Exworthy & Halford, 1999; Webb, 1999); outros realçam a forma como a intrusão de um novo grupo profissional – gestores gerais – provoca lutas políticas no contexto micro-organizacional, no sentido de se redefinirem as áreas jurisdicionais de cada grupo (Abott, 1988; Allen, 2000; Ferlie et al., 1996).

Com esta categoria de análise, procuramos perceber a influência das medidas tomadas no âmbito da NGP nas relações profissionais estabelecidas entre os enfermeiros e entre estes e os profissionais mais próximos da sua área jurisdicional, nomeadamente os médicos, os gestores e os

auxiliares. De facto, parece inevitável que estas medidas tenham uma influência directa nos profissionais de enfermagem, uma vez que desde a constituição formal do SNS os enfermeiros confrontaram-se com fortes resistências, tanto no interior como no exterior das instituições, em relação à valorização social e académica do seu estatuto profissional. Os conflitos de poder emergiram com os políticos, os gestores hospitalares, a profissão médica e no interior do próprio grupo da enfermagem, fenómeno, aliás, também observado noutros países ocidentais (Bellman, 2001).

A categoria que designámos como ‘redefinição do campo profissional’ é, então, composta por quatro temas: hierarquia profissional e de gestão, relações com os directores de serviço, relações com os gestores e relações com os auxiliares.

4.1 Hierarquia Profissional e Gestão

Uma das alterações propostas pela NGP, com um potencial impacto nos profissionais, está relacionada com a tentativa de mudar a cultura dominante nas organizações de saúde, no sentido da sua substituição pela cultura de gestão, consubstanciada no recrutamento de mais profissionais desta área e no aumento dos papéis e funções de gestão desenvolvidos a todos os níveis.

Estas medidas desembocam no aumento do peso das actividades de gestão atribuídas aos profissionais ao nível dos serviços e na promoção de formas mais visíveis de liderança (Ferlie et al., 1996), traduzidas no desenvolvimento de virtudes empreendedoras nos profissionais (du Gay, 1996).

Diversos autores destacam os efeitos destas medidas ao nível da estrutura interna das profissões. Freidson (1994) salienta a forma como a ênfase nas actividades e nas funções de gestão provoca mudanças na estrutura interna de poder dos profissionais, com um aumento da influência das elites de gestão e, segundo Brint (1993), um declínio nos mecanismos de colegialidade. Também Exworthy e Halford (1999) e Webb (1999) consideram que a maior afectação de papéis de gestão aos profissionais resultou no agravamento da estratificação interna das profissões.

Neste contexto, o domínio da NGP parece desaguar na desvalorização das hierarquias profissionais tradicionais, baseadas na especialização profissional, substituídas pela valorização das hierarquias de gestão. Esta valorização pressupõe alterações ao nível da estrutura e organização das burocracias tradicionais, que deixam de se apoiar na hierarquia profissional para promoverem as competências de gestão. Ou seja, corresponde a uma tentativa de quebrar a associação entre a burocracia e os profissionais (Clarke e Newman, 1997), fenómeno que é, num certo sentido, também susceptível de ser observado ao nível da enfermagem.

Alguns autores defendem que, no âmbito do impacto da NGP nos profissionais de saúde, a desestruturação das hierarquias tradicionais, introduzidas pelas reformas dos sistemas e das

instituições de saúde, visava, especialmente, o grupo dos médicos, tendo os enfermeiros apenas sido apanhados no meio do fogo (Robinson, 1992).

De facto, apesar de na legislação portuguesa, como vimos, não existirem referências específicas à enfermagem, os resultados da nossa análise de conteúdo mostram que as medidas de reestruturação do SNS, sob a égide da ideologia da NGP, também provocaram alguns efeitos importantes na reconfiguração das hierarquias profissionais na enfermagem.

É um facto que uma parte dos enfermeiros entrevistados continua a defender que a assunção de cargos na gestão deve inevitavelmente passar pela hierarquia profissional:

“Sempre tive um propósito, que era fazer a carreira de enfermagem, portanto quando decidi ser enfermeira achei que não havia nenhuma categoria para a qual eu não tivesse que trabalhar e não me entregar. Era de facto o meu objectivo principal era progredir, para fazer a carreira, sabendo que à medida que se vai subindo em termos hierárquicos tudo fica diferente” (Ent. 55I)

“Abriu um concurso logo a seguir no hospital e eu não quis concorrer. Eu tinha acabado a especialidade e achava que ainda não era o momento, ainda nem sequer tinha desenvolvido a minha competência como especialista para estar já a concorrer a chefe e isso implicou depois ter de esperar” (Ent. 26C)

As posições manifestadas por estes enfermeiros associam, claramente, a legitimidade do cargo que desempenham ao reconhecimento que lhes é conferido pelos colegas nos diferentes níveis da hierarquia profissional, e que advém não só da formação, consubstanciada nas credenciais obtidas, mas, também, da experiência de trabalho. Alguns dos excertos do discurso inseridos na análise de conteúdo parecem indiciar, também, como fonte de legitimidade, a subsistência de alguma solidariedade entre os profissionais:

“Eu delego a tomada de decisão mas não delego a responsabilidade, eu respondo perante os superiores pela decisão que foi tomada. Perante os meus superiores, os enfermeiros supervisores, por exemplo, eu não vou dizer: “Foi ele que fez, portanto, ele que responda, percebe?” Eu é que vou responder por este enfermeiro que tomou esta decisão e a discussão que possa haver sobre se a decisão foi a melhor ou não, é comigo e com ele. Ou, então, comigo e com o meu superior, mas eles sabem que eu defendo sempre as costas deles. Aí tenho alguma liberdade nesse sentido.” (Ent. 76J)

Surgem, no entanto, diversas situações que nos levam a concluir, igualmente, pela existência de uma certa erosão das hierarquias profissionais baseadas nos valores da profissão. Num certo sentido, o actual contexto de restrições condiciona a política contratual e de promoções nas organizações, pelo que, frequentemente, vários enfermeiros nomeados para cargos de gestão mantêm a mesma categoria profissional e as condições remuneratórias que lhe estão associadas, mas desempenham funções de gestão correspondentes a uma categoria superior em termos da carreira profissional. Vejamos algumas dessas situações que, com significados diferentes, são descritas de forma crítica pelos actores:

“Nomeação como enfermeira ligada ao departamento com funções de supervisora e isto, em termos de nomeação, porque de carreira, eu não sou enfermeira-supervisora. (...)

Porque um cargo por nomeação numa cultura instituída como nós temos de carreira pesada de anos e anos, não é? Não foi fácil. Digamos que vem uma enfermeira, sendo especialista, com uma nomeação de um cargo de supervisora, supervisionar o que os chefes andam a fazer.” (Ent. 8A)

“Repare, não sei se sabe, o nosso hospital entrou em SA em Dezembro de 2000, em Sociedade Anónima. Desde aí não houve mais concurso nenhum para enfermeiros, para progressão na carreira. Mesmo os que havia... foram cancelados. Portanto ninguém mais progrediu na carreira... Não há diferença nenhuma. Além de ter mais trabalho...a nível ...da instituição, a minha categoria é enfermeiro-especialista. Fui nomeado foi responsável. (...) desempenhamos as funções de enfermeiro-chefe, assumimos as responsabilidades todas do que se passa no Serviço.....e recompensas, recompensas não há.” (Ent. 18B)

Não obstante esta situação já se verificar antes, com os enfermeiros especialistas a desempenharem temporariamente cargos de gestão, antes de acederem formalmente à sua categoria, tal devia-se mais à escassez de enfermeiros com formação adequada do que a tentativas de instalar novas estruturas de autoridade orientadas para a gestão:

“Obviamente que nessa altura estava por circunstâncias de serviço, a chefiar o serviço mas não tendo a categoria de chefe, aliás ainda não tenho, só tenho a categoria de especialista. E fui fazendo, embora as funções fossem de enfermeiros chefes, não havia e não há, enfermeiros chefe suficientes, há e havia enfermeiros especialistas com funções de gestão.” (Ent.2B)

“Eu sou enfermeiro-especialista na categoria ou seja, carreira de Enfermagem tenho uma equivalência como enfermeiro-especialista... E exerço, é funções de chefia funcional que me é permitido (...) Quando eu digo chefia funcional, eu sou o enfermeiro-chefe embora não na carreira... (...) Tenho as funções mas não tenho a categoria. Não recebo também pela categoria(...) Recebo pela categoria de especialista e não como de chefes...”(Ent. 65F)

As situações em que se procura substituir a hierarquia profissional por uma hierarquia de gestão ocorrem maioritariamente nos hospitais empresarializados. O que estas situações parecem significar é a criação, nestes hospitais, de uma estrutura informal de acesso a funções de gestão, baseada em critérios subjectivos, não formalizados nem apoiados na carreira tradicional, eventualmente relacionados com competências de gestão. Esta estrutura parece constituir uma fonte importante de conflitos internos entre os profissionais.

Há um sentimento de perda de poder por parte dos enfermeiros que definiram a sua estratégia de progressão na carreira com base nos critérios tradicionais, apoiando-se na formação e na experiência profissional, e que sentem que a liderança formal não é substituída por uma liderança informal, mas por uma liderança imposta com base em imperativos de gestão, ou melhor, de controlo de gestão:

“É um arrependimento muito grande que eu faço de me ter preparado para fazer as funções que devia fazer mas que não faço, porque estão outros a fazer funções para as quais nunca se prepararam, mas a Lei hoje permite isso. A Lei estava preparada para só subirem hierarquicamente na carreira e a progressão na área hospitalar era com base na preparação e nas capacidades de cada um. Isso agora mudou tudo e qualquer um pode ser e como isso

mudou tudo, o trabalho e o interesse dos outros que estão à volta terá tanto ou menos interesse conforme a instituição em que estão. (...) Eu já estou nestas funções de supervisora desde 1993 e já houve outros tempos em que as coisas foram muito diferentes, em que havia uma participação maior, a todos os níveis dentro da gestão e a nível superior na enfermagem. Agora, eu trabalho para a instituição e faço aquilo que a instituição me pede, não sou cá dentro eu que mando. Há alguém que estabelece as regras e eu cumpro-as (...) Hoje em dia passou a ser mais, pelo menos no departamento que eu giro, que eu giro não, que eu colaboro, que eu não giro nada, eu colaboro na gestão de um departamento (...)" (Ent. 9A)

Esta liderança imposta suscita conflitos, ambiguidades e tensões entre os profissionais que, de uma forma geral, faz emergir uma oposição clara entre dois grupos: os que possuem as características tradicionalmente exigidas para ascender a cargos de gestão (através de concurso público), e os que, na actualidade os ocupam, por nomeação. Esta oposição surge como o resultado da alteração nos critérios que presidem à estratificação da carreira de enfermagem, e foi, igualmente, observada noutros grupos profissionais. A este propósito Ferlie et al. (1996) concluem, precisamente, que um dos principais problemas identificados pelos médicos com funções de gestão nos hospitais ingleses se relacionava com problemas de comunicação com os colegas, os quais, por vezes, resultavam em comportamentos de hostilidade. Diríamos que, no caso do nosso estudo, esta problemática pode ser também claramente identificada em alguns dos discursos dos actores entrevistados:

"Eu diria de outra forma – os incompetentes são chamados a funções importantes. Eu estou nesta casa há muito tempo, estive a chefiar vários serviços durante muito tempo e conheço as pessoas como a palma das minhas mãos, portanto sei quem é competente e sei quem não é competente.(...) E até são pessoas que antes diziam à boca cheia que não iam fazer nada porque isto não tem interesse nenhum, que tiveram várias hipóteses de fazer cursos e de se preparar mas não tiveram motivação nenhuma para isso e passam à frente de quem se preparou, de quem tem uma especialidade, a senhora gostava disso?" (Ent. 9A)

"Aquilo que mais me preocupa, em termos de enfermagem é a carreira e o caminho que as coisas estão a tomar a carreira quase que se torna obsoleta, não vai ter qualquer tipo de saída depois. Por outro lado, tendo em conta aquilo que já se vai observando neste momento quer dizer que depois vão ser premiados não aqueles que merecem mas os mais bajuladores. Aqueles que sabem viver melhor. Quando se chega ao ponto de... repare, acabando a carreira acabam os enfermeiros chefes, naturalmente que alguém tem de chefiar, como é que vão ser nomeados? Com que critérios? É aí que estão a maior parte das minhas dúvidas." (Ent.75J)

Como já sublinhámos antes, a perda de estatuto e de poder pela enfermagem não corresponde apenas a uma nostalgia em relação ao passado, mas é concretizada através do esvaziamento de funções desempenhadas pelos enfermeiros ou, mesmo, através da atribuição de responsabilidades em áreas para as quais não estão preparados:

"(...) eu estou na oncologia e deveria estar na obstetrícia a área que sempre foi e isso é um desencantamento grande" (Ent. 37D)

"Não chefiar porque o Conselho de Administração não me atribuiu a chefia de nenhum serviço. Aconteceu por vontade da administração, não minha, e nem me foi comunicado directamente, foi-me comunicado porque eu fiz algumas diligências no sentido de me

queixar da situação e portanto obtive essa resposta por terceira pessoa, nomeadamente o provedor de justiça” (Ent. 41D)

Este quadro é sintomático de um certo deslocamento do controlo das práticas profissionais da hierarquia profissional tradicional para uma nova hierarquia de gestão, reflectindo um novo método de coordenação dos serviços e, concomitantemente, uma erosão das hierarquias baseadas nos valores profissionais. Esta constatação é, ainda, confirmada pela coexistência, em alguns hospitais (empresarializados), de dois tipos de carreiras distintos:

“Claro que agora nos SA, bom, quem está na função pública continua com a mesma carreira só que em termos de concursos é um bocado diferente, mas eu fiz todos os concursos para chegar até aqui” (Ent.11A)

“Admito que neste momento existem, muitas carreiras hospitalares diferentes, a carreira dos SA a carreira dos SPA, a privada, a carreira provavelmente dos centros de saúde, mas quando digo carreiras estamos a falar da organização integral de categorias e por atribuições financeiras” (Ent. 54H)

No entanto, apesar das diferenças observadas em termos da estruturação da carreira e da alteração da sua base profissional para uma base de gestão, constata-se que a hierarquia profissional continua a deter um papel importante na coordenação das práticas dos serviços, embora o controlo pela hierarquia possa ser mais implícito do que explícito. Nos casos em que os enfermeiros ascendem a funções de gestão por nomeação a sua dependência do topo da hierarquia profissional parece ser mesmo superior à que se verificava anteriormente:

“(…) eu tenho muito medo, nesse momento, que o enfermeiro-director se vá embora porque se, se o enfermeiro-director se for embora eu prevejo que terei complicações e, provavelmente, retirar-me-ão o Serviço.” (Ent. 67F)

“Se eu me lembrar do que se passou nos anos 1960 com as enfermeiras chefes e eu vou dizer uma coisa muito forte: só chegava a enfermeiro-chefe e, isto sem nenhum desprestígio para as colegas da altura que tiveram vida muito difícil, como toda a gente diz e sabe. (...) nós sabemos que só ia a enfermeira chefe não as pessoas com capacidade para, mas aquelas pessoas que tinham cunhas e principalmente que eram amigas do director de serviço. Eu não gostaria de voltar a isso. Gostaria que as pessoas pudessem fazer uma carreira libertas de pressões em termos de amizades ou cunhas mas sim pela sua capacidade, fazendo os seus concursos. Os enfermeiros directores procuram, por isso, de alguma forma eger os chefes que lhes permitam atingir os objectivos e não é só os objectivos, depois também depende dos objectivos que tenham. É muito mais fácil eu trabalhar com uma pessoa que me diga sim a tudo o que eu quero fazer do que trabalhar com uma pessoa que me diga: “Não. Não é assim porque eu não concordo por isto ou por aquilo”. É sempre mais fácil, não tem de entrar em negociações, nem tem de entrar em justificações daquilo que está a fazer. O que pode acontecer, neste momento, e com esta forma de funcionar, é que sempre que mudem o enfermeiro director, muda tudo por aí abaixo. E possivelmente as pessoas que estão, neste momento em cargos de chefia podem daqui a um ano ou dois não estar lá”. (Ent. 41D)

Em conclusão, podemos supor que, apesar de no discurso dos actores não emergir, de forma directa, um conjunto de posições que explicitamente se refiram à desestruturação da hierarquia profissional tradicional dos enfermeiros, a implementação de medidas de NGP parece ter

produzido algum impacto ao nível da configuração interna da carreira de enfermagem. Com o objectivo explícito de aumentar a produtividade, procura-se desenvolver uma hierarquia de gestão distinta da hierarquia profissional tradicional, apoiada na valorização das actividades e competências de gestão e mecanismos de selecção para os cargos de profissionais supostamente alinhados por este perfil. Tal não deixa de suscitar divisões no interior do grupo ocupacional e, eventualmente, de constituir uma fonte importante de acréscimo de conflitos interprofissionais.

Estas mudanças poderão contribuir para a substituição dos ‘enfermeiros-gestores’ por ‘gestores-enfermeiros’, estes mais orientados para a gestão do que para a profissão. O que, no fundo, configura uma tentativa de incorporar os profissionais na gestão, com o objectivo de melhor os controlar através de instrumentos normativos (Bolton, 2005a,b), e contribuir para a sua recriação enquanto gestores, através da tentativa de neutralização da sua organização hierárquica baseada nas competências profissionais. Tal tendência poderá colocar em causa o tradicional projecto de profissionalização da enfermagem baseado na gestão pela hierarquia (Witz, 1994).

4.2 Relações com os Directores de Serviço

Como vimos na discussão teórica, a enfermagem surgiu por referência ao modelo profissional dos médicos, estando inicialmente confinada a uma posição de subordinação. A manutenção desta posição de subordinação é essencial para que os médicos conservem a jurisdição total que caracteriza o seu projecto, mas, por outro lado, a sua desconstrução é imprescindível para a afirmação do projecto de profissionalização da enfermagem (Abbott, 1988). Assim sendo, reivindicando áreas jurisdicionais competitivas, é de esperar que médicos e enfermeiros desenvolvam estratégias no campo político e organizacional que lhes permitam angariar alguns dos domínios que correspondem a cada grupo profissional.

Ao nível político, as alterações na legislação parecem configurar, simultaneamente, e paradoxalmente, um aumento do poder dos médicos ao nível da gestão e um aumento do seu próprio controlo externo pelo grupo dos gestores. Estas medidas surgem legitimadas de diversas formas. Antes de mais, como afirmámos antes, a relação de confiança entre o Estado, a sociedade, e a profissão médica parece ter vindo a deteriorar-se nos últimos anos, o que legitima as pretensões do Estado em mudar a tradicional auto-regulação da profissão dos médicos e a necessidade de aumentar o controlo de gestão e a responsabilização dos profissionais (Dent, 2005). A este argumento, acrescenta-se, em Portugal, a necessidade de clarificar a posição destes profissionais no sistema de saúde e de esclarecer as relações estabelecidas entre o seu desempenho no domínio público e no privado. Estas iniciativas políticas surgem, no entanto, sempre sob o manto da promoção da melhoria do serviço prestado ao paciente.

Não obstante estas alterações na legislação, as organizações hospitalares, como temos vindo a salientar, não são meros receptáculos dos estímulos do exterior e, como tal, traduziram esta imposição legal de forma distinta. Por outro lado, a consolidação de uma ordem jurisdicional passa, também, por uma negociação quotidiana nas instituições hospitalares, que determina as fronteiras entre as diferentes profissões (Abbott, 1988; Allen, 2000; Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001).

A construção deste tema de análise de conteúdo parte, precisamente, deste pressuposto e corresponde à preocupação de dar conta, com base no discurso dos actores, das estratégias e dos processos que se vão definindo ao nível organizacional, no sentido de negociar o domínio das actividades de gestão entre os dois grupos profissionais.

As tomadas de posição dos nossos entrevistados permitem-nos corroborar a hipótese de que as organizações hospitalares não incorporaram, de facto, as alterações na legislação da mesma forma. Assim, há alguns casos em que a gestão hospitalar procurou promover um aumento da responsabilização dos directores de serviço em relação a todas as ocorrências nas suas unidades:

“Nota-se que há a preocupação em pedir mais responsabilidades aos directores de serviço. (...) O conselho acha que o director se deve preocupar que deve saber, se entra este se entra aquele, portanto, não temos muitas certezas se eles querem essas responsabilidades, até porque os pedidos de material e reparação de equipamentos tradicionalmente têm tido a responsabilidade do enfermeiro. Mas a legislação aponta nesse sentido e o Conselho acha que a legislação deve continuar. E eu estou a dizer isto porque naturalmente me tenho apercebido que há querer retirar alguma competência. Eu acho que os directores de serviços são muito ausentes quer dizer, há uma percepção do Conselho em relação a isso” (Ent. 55I)

“Porque eu tenho colegas meus que são responsáveis de serviço que não sabem nada. Não são ouvidos nem tidos porquê? Para as actividades do serviço, quais os objectivos, o que é que...nada. Isto é desmotivante porque hoje a carreira permite que sejam os Directores de Serviço a tomar conta das decisões. (...) Não senti embora sinto...não senti não é bem assim, fazem-me sentir, não eu com o Director mas se calhar a Administração porque muitas coisas, antes eu despachava o processo de compra disto ou daquilo. Era assim e continuou a ser assim só que eu assinava. Aqui não, eu às vezes ia lá e eu assinava e as coisas chegavam cá abaixo e eram despachadas. Agora não, vão para cima e sem ter a assinatura do meu Director não vêm para baixo (...)” (Ent.16B)

Observa-se, deste modo, diferentes empenhamentos ao nível organizacional para envolver mais os médicos em actividades de gestão. Tal como sugere Robinson (1992), numa afirmação a que já anteriormente fizemos referência, as medidas de reestruturação podem não ser direccionadas para os enfermeiros, mas estes acabam por sofrer as consequências dos conflitos que se instalam entre o Estado e os médicos. Neste contexto, nos actores entrevistados, detecta-se um sentimento geral de perda de poder perante os médicos. Há mesmo a consciência, por parte de alguns destes enfermeiros, de que estão numa posição de clara subordinação em relação aos directores de serviço, e de que o seu grupo profissional regista alguma perda de autonomia organizacional:

“Também vejo um retrocesso de 20 e tal anos quando existe uma lei de gestão hospitalar que nos diz que há uma figura que é a do director de serviço e há uma tentativa muito

conseguida de esvaziamento do conteúdo da função do enfermeiro. Portanto, não vejo grandes avanços” (Ent. 4D)

“ Aí está...está o grande problema. Esses objectivos foram definidos, infelizmente, só pelo director de Serviço. Os enfermeiros, depois, tiveram que se reorganizar, que se adaptar a essas metas e reorganizar. Já foi uma constatação. Digamos que, de certo...aí está a tal autonomia dos enfermeiros que se perdeu um bocadinho...” (Ent. 18B)

Outros actores entrevistados, por outro lado, procuram afirmar a existência de uma igualdade informal de poder entre os dois grupos profissionais. Porém, estes casos parecem corresponder mais a um cenário de desejabilidade social, do que a um cenário de ‘realidade’, situação visível nos elementos contraditórios do discurso:

“(…), o relacionamento com os directores de serviço aqui é bom, pode-se considerar bom, não se metem em termos de trabalho de enfermagem e auxiliares. Na minha função, quando temos que conversar alguma coisa que está mal, estão sempre abertos por isso não notei aquela autoridade. (...) Normalmente no início do ano com o contrato programa é mais discutido com a parte médica. Eu no início do ano antes de eu ir discutir com a administradora o contrato programa pergunto a eles, eu falo com eles o que é que vai mudar, quais são as perspectivas, vai ter mais movimento, menos movimento para depois também conseguir jogar a parte de enfermagem e discutirmos isso, falar um pouco na enfermagem e isso é discutido com a directora de serviço” (Ent. 34D)

O cenário de desejabilidade social também pode corresponder, em vários casos analisados, a uma estratégia de conquista informal de poder, formalmente perdido com a reestruturação do sistema e das instituições hospitalares, em particular nos hospitais empresarializados. Isto pode significar a existência de tentativas para tornar visíveis um conjunto extremamente diverso de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros com funções de gestão, não formalmente reconhecidas pelas organizações, tendo em vista a reposição do poder formal perdido:

“As coisas passam pelos dois mas ele tem tanta confiança em mim que se eu decidir está decidido. Ele assina em baixo. (...) Mas, de facto, há uma grande cumplicidade. Ele diz-me muitas vezes: “faça que eu subscrevo”. E, obviamente, que isso é uma mais valia para mim e para a gestão do serviço. Portanto, a relação é excelente. (...) Os directores de serviço continuam a assinar em cruz mas agora já olham antes de assinar. Até porque se eles tiverem alguém que lhes faça o trabalho de gabinete por eles melhor. Mas já se diz: mas porque é que pedi aqui?” (Ent. 46E)

“Quanto ao director de serviço eu penso que é assim: há uma nova legislação mas os papéis são iguais. Não houve um choque neste momento com a legislação que saiu e a mudança na responsabilidade deles. Ainda agora antes de vir para aqui estava a tratar de uns papéis que é suposto ser o Director a fazer mas sou eu que os faço e depois lhe dou conhecimento. Já antes nós trabalhávamos assim fazíamos as coisas e dávamos-lhe conhecimento da orgânica funcional” (Ent. 22B)

A percepção de perda de poder é, pois, acompanhada por uma negociação da ordem existente (Allen, 2000), baseada na tentativa de legitimar a intenção de apropriação destas áreas incorporadas na jurisdição médica a partir de diversas estratégias argumentativas, e que configuram o que alguns autores (Parkin, 1979; Murphy, 1988; Witz, 1992) definem como estratégias de

inclusão, ou seja, como um exercício de poder através do qual os profissionais procuram ser incluídos nas posições de que foram antes excluídos.

Uma destas estratégias, a que já atrás tivemos oportunidade de fazer referência, diz respeito ao uso da formação e da legitimação baseada no conhecimento científico que lhe está associada. Procura-se, mais uma vez, ligar saber e poder (Carapinheiro, 1998), como estratégia para desenvolver a profissionalização deste grupo, realçando-se as competências científicas dos enfermeiros na área da gestão por oposição à sua inexistência nos médicos:

“Depois não é só isso, quer dizer, foram povoando as administrações, pede-se informação em termos de gestão, porque repare, um serviço é uma organização em qualquer empresa e quem está nesse serviço tem de saber alguma coisa dos esquemas organizacionais e saber de gestão. Repare, nós não podemos ter directores de serviço com pompa e circunstância e depois que não fazem o estudo. Portanto, o director de serviço, enquanto funcionário num hospital, não é professor coisa nenhuma. Professor é numa faculdade, aqui não dá aulas a ninguém, aqui será um gestor. Agora num curso de medicina não se dá uma aula de gestão, diga-me lá qual é...iluminados era no século XVII” (Ent.67F)

“Porque, pronto, está na legislação, agora esse aspecto centrou o poder no Director de Serviço e eles de facto não estão minimamente preparados para desempenhar nem sabem.” (Ent.16B)

Para além do conhecimento, também o saber baseado na experiência é utilizado pelos enfermeiros para sustentar a apropriação das tarefas de gestão formalmente atribuídas ao grupo dos médicos:

“Acho que o enfermeiro-chefe, no nosso hospital, tem um papel fundamental porque nós estamos envolvidos na área da gestão e nós sempre marcámos terreno na área da gestão, como lhe digo é dos poucos hospitais que tem enfermeiros ao nível do aprovisionamento e como tal isto não nos afectou quase nada porque nós continuamos a ter o saber fazer. Os novos notam isso e são capazes de dizer: “Eu estou aqui” mas depois reconhecem que nós temos o conhecimento e dão-nos essa liberdade” (Ent. 64G)

Outras estratégias desenvolvidas, apoiadas no tipo de divisão social do trabalho existente nas organizações hospitalares, sustenta-se na argumentação de que parte do conhecimento de gestão construído na experiência decorre do tempo distinto de permanência de cada um dos grupos no hospital:

“Se há médicos como o meu director que fala comigo, há outros que não, mas os serviços funcionam porque estão cá os enfermeiros se não, não funcionavam de maneira nenhuma porque há coisas que é mesmo com o enfermeiro, e com o enfermeiro-chefe” (Ent. 29C)

Às características efectivas da organização do trabalho, acrescem, como sustentação argumentativa, os estereótipos relacionados com a atitude de cada grupo profissional no contexto de trabalho:

“Não acho que isso traga grandes benefícios para o hospital, porque a classe médica é a classe mais desorganizada do hospital, não tenho a menor dúvida, e que eles não conseguem organizar, não são ordenados, não têm as coisas tão direitinhas, são mais baldas, não chegam a horas. Nós somos muito mais ordenados e muito mais cumpridores,

nós não vimos isso com muito bons olhos, porque é o que vem logo à cabeça se eles não conseguem arrumar a casa deles como é que eles querem vir arrumar a nossa” (Ent. 29C)

Por outro lado, o facto das actividades de gestão, pelo menos ao nível operacional, terem vindo crescentemente a ser delegadas pelos médicos nos enfermeiros, conduz a que estes profissionais sustentem a pretensão de restringir a jurisdição dos primeiros à área clínica, principalmente pela falta de interesse que mostram por este tipo de actividades:

“Há coisas que por inerência são do director de serviço e que eu sei que nem lhe passa pela cabeça como é que essas coisas se fazem, supostamente a própria administração pretende que as coisas sejam assim mas nem ele lhe passa pela cabeça como é que as coisas se passam nem a mim me passa pela cabeça explicar-lhe e pedir-lhe que as faça (...) Está na Lei que compete ao director de serviço e que eu faço ele só exige ter algum conhecimento. O director de serviço pode ter uma ideia global do serviço mas não faz a menor ideia de quantos pacotes de adesivo se gasta e se calhar nem quer saber” (Ent. 59G)

“ Não estão nem sabem e acho que é um desperdício que técnicos com a formação deles estarem a perder horas, a despachar uma requisição, porque há uma coisa que se avariou ou pedir...não pode ser, eles têm coisas muito mais importantes porque estão a fazer coisas muitíssimo mais importantes, não é?” (Ent. 16B)

Finalmente, manifestam-se também posições nos enfermeiros com funções de gestão que advogam estratégias mais pró-activas de negociação, tendentes a delimitar claramente as fronteiras de jurisdição entre os papéis desempenhados pelos diferentes grupos de modo a não deixarem espaço a qualquer tipo de submissão:

“Eu acho que há um pouco de culpas de ambas as partes, por um lado, temos alguns directores de serviço muito prepotentes que temos de os ver como pessoas no contexto em que foram formados e em que desenvolveram a sua actividade profissional.(...) E se formos a ver muitos dos enfermeiros chefes que não participaram [nos planos] (...). Também há, também tenho colegas enfermeiros que se demitem de pressionar (...)” (Ent. 3C)

A simples identificação destas estratégias permite observar que, tal como Dent (2005) concluiu para o caso inglês, também em Portugal parece que o grupo profissional médico conseguiu manter o controlo jurisdicional da profissão na divisão social do trabalho na saúde. No entanto, não podemos afirmar que esta manutenção ocorra sem a existência de negociações inter-profissionais no contexto das organizações de saúde. Verificamos que os enfermeiros procuram desenvolver estratégias de vária ordem para assegurar a sua autonomia profissional e manter a estrutura da sua hierarquia interna, o que se traduz, por vezes, em conflitos abertos entre os dois grupos profissionais.

Os conflitos pela autonomia ocorrem, sobretudo, quando há intromissão dos médicos (directores de serviço) no domínio profissional da enfermagem, em particular, por exemplo, no que respeita às potenciais alterações nos processos de avaliação pelos pares e à protecção dos domínios específicos de jurisdição ocupacional dos enfermeiros:

“A nova gestão portanto veio trazer uma divergência em relação a quem tutela a avaliação, digamos assim. Porque acaba por ser o director do Serviço porque tem nele o poder e até também para a avaliação portanto é ele que vai ter de avaliar os enfermeiros. E isto é crítico. Eu penso que ele podia ter uma palavra, tem, tem concertiza uma palavra e importante, em termos da área da gestão, em termos da parceria que faz com o enfermeiro-chefe para o bom desenrolar do trabalho dentro do serviço. Mas, em termos de enfermagem mesmo, não me parece, ainda não está transparente que depois seja ele que vá avaliar o serviço em termos de enfermagem, não é? Mas isso...” (Ent. 8A)

“Neste hospital, nomeadamente, posso-lhe dizer, agora estou muito bem mas no outro Serviço, também estive muito bem mas tive que batalhar, tive que bater o pé muitas vezes e tive que dizer não. Eu mando naquilo que é meu e o senhor manda naquilo que é seu. “Eu quero assim, se não quer, o problema é seu. O senhor não é enfermeiro.” (...) E eu, chegou uma certa altura, que decidi assim: “Na parte médica manda a senhora, na parte de enfermagem mando eu. A senhora não mexe no que é meu e eu não mexo no que é seu porque quando eu tiver problemas no que é seu, eu vou directamente ter consigo...para que os resolva”. E funcionamos assim, lindamente ...” (Ent. 65F)

Com base nas análises que desenvolvemos ao longo deste tema, podemos eventualmente concluir que, em função das alterações propostas pela legislação no âmbito da NGP, há uma redefinição do poder dos diferentes grupos profissionais nas organizações hospitalares. Apesar das formas distintas como as organizações transpuseram a Lei para o domínio local, o aumento de poder dos directores de serviço em relação aos enfermeiros chefes parece ser um dado adquirido. No entanto, este aumento não se faz sem que os enfermeiros definam estratégias que lhes permitam reconquistar localmente, em particular em termos informais, o espaço de intervenção que perderam no âmbito da gestão, processo que, por vezes, é facilitado por uma estratégia de delegação (ou de ausência) de tarefas por parte dos médicos. A expansão da gestão no contexto hospitalar traduz-se num maior apego destes grupos profissionais para ‘ganhar’ esta área para a sua área jurisdicional. Por vezes, as negociações, implícitas e informais, incluídas neste jogo, dão origem a conflitos abertos entre os dois grupos, que acabam por interferir, ou mesmo colocar em causa, o funcionamento dos próprios serviços.

4.3 Relação com os Gestores

Para além da expansão dos papéis de gestão desempenhados pelos enfermeiros, a outra forma de controlo destes profissionais, que decorre da influência da NGP na tentativa de impor uma nova cultura de gestão no contexto institucional, objectiva-se na contratação de gestores profissionais externos ao ambiente da saúde. O mandato político e de gestão concedido a estes gestores parece claro quanto aos seus contornos: a obtenção de resultados operacionais, associada ao controlo de custos e ao aumento da produtividade, da intensidade de trabalho e da eficiência dos serviços. Tal pressupõe um maior controlo dos profissionais com base em regimes de gestão que acabam por se aproximar da ideologia e dos processos tayloristas (Bolton, 2003; Pollitt, 1993, 2003a,b).

Como tivemos oportunidade de sublinhar nas análises desenvolvidas na primeira dimensão, a inclusão de mais profissionais da ‘gestão geral’ nos hospitais, de onde são provenientes os entrevistados, tem permitido que se concretizem alguns destes objectivos, o que segue aliás, as tendências verificadas noutros países (Ferlie et al., 1996; Kirkpatrick et al., 2005).

Vários autores têm salientado a forma como a cultura de gestão e a cultura dos profissionais ligados ao cuidar se apresenta, diversas vezes, como oposta (Hewison, 1999; Hunter, 1996; Traynor, 1999). No caso particular da enfermagem, para além da problemática da interligação entre a ideologia de gestão e a ideologia da nova enfermagem, emerge também a questão da interligação com o grupo profissional de gestores, até agora praticamente estranho ao contexto das instituições de saúde.

A tendência para a expansão do recrutamento de profissionais de gestão é efectiva tanto no contexto dos hospitais empresarializados como nos restantes. Esta entrada de ‘novos’ profissionais na arena hospitalar é percebida, pelos actores entrevistados, como constituindo uma intrusão no seu campo habitual de trabalho:

“(...) entraram mais de outras áreas. (...) houve necessidade de reforçar outras áreas, portanto, os novos que entraram são gestores, são licenciados em economia” (Ent. 55I)

“(...) é outro paradigma. E para contrariar isto, agora estamos no gerencialismo. São os funcionários bancários em excesso que, depois vêm para aqui, nós temos aí três... O problema é conjuntural” (Ent. 52F)

Na verdade, os novos gestores recrutados para os hospitais, quer ao nível da gestão de topo (CA), quer da gestão intermédia (unidades), colocam desafios importantes para a conceptualização das tarefas adstritas a cada grupo na divisão social do trabalho na saúde. Relativamente aos enfermeiros, este desafio é susceptível de ser mais profundo, se se atender a que, por um lado, a enfermagem é uma profissão em construção e, por isso mesmo, continua a procurar também nas negociações locais afirmar um campo jurisdicional específico e, por outro lado, neste processo, as actividades de gestão são percebidas como um domínio importante para a própria expansão deste campo.

A análise do discurso dos actores permitiu-nos corroborar esta suposição, o que, em interacção com o quadro teórico, possibilitou a definição deste tema que procura apreender a forma como o recrutamento quase massivo de gestores profissionais conduziu a uma redefinição do campo profissional dos enfermeiros.

Na análise da dimensão anterior, foi possível verificar que os actores entrevistados sentem que o trabalho se intensificou e que, a este nível, suportam uma maior sobrecarga, ligada à reestruturação dos serviços, à contenção de custos, à mobilidade e constrangimentos no recrutamento de profissionais e ao aumento dos processos burocráticos. Mas, por outro lado,

também foi possível observar no discurso dos actores tentativas para delimitar melhor as fronteiras profissionais do seu trabalho e a enfatização da ideologia profissional, com vista a preservar a jurisdição da profissão e garantir e/ou conquistar mais autonomia, em particular face ao modelo médico.

Traynor (1994), num estudo centrado na análise das diferentes perspectivas dos enfermeiros e gestores a propósito da saúde, conclui que os primeiros, em geral, parecem afastados do mundo e dos valores dos gestores, embora os aspectos mais citados deste afastamento sejam fundamentalmente: a dicotomia entre os valores de cuidar e os financeiros, e a percepção da gestão como demasiado teórica e divorciada da crescente dificuldade das circunstâncias reais da prestação diária de cuidados. Além disto, o autor identifica, ainda, um conjunto de dualismos referidos pelos enfermeiros que atestam a presença de uma perspectiva dual, o 'nós' e o 'eles', na relação que estabelecem com os gestores, em especial: preocupação com o cuidar versus preocupação com o dinheiro; trabalho manual versus trabalho não manual; trabalho para o paciente versus trabalho para o hospital-empresa; valorização dos trabalhadores versus valorização dos orçamentos; prática versus a teoria.

No nosso estudo, algumas destas dualidades surgem evidenciadas nos discursos, mas a ênfase é claramente colocada no eixo profissional. Ou seja, os argumentos esgrimidos para sustentar as diferenças entre os dois grupos, e a oposição identitária entre o 'nós' e o 'eles', expressam-se em torno da referência à ideologia profissional e, em particular, à sua extensão aos cuidados. Assim, como se observará mais à frente, transversalmente em relação aos dados codificados no discurso os actores da nossa amostra, os actores referem-se à existência das seguintes dualidades: eficiência nos cuidados versus ineficiência dos gestores; poder dos gestores versus poder profissional; competências gerais dos gestores versus competências de gestão específicas dos profissionais; racionalidade de gestão versus valores profissionais; gestão geral versus gestão integrada dos cuidados; conhecimentos gerais de gestão versus conhecimentos contextualizados da realidade hospitalar; controlo de gestão versus controlo profissional.

Esta visão dual enfermeiros versus gestores traduz a existência de conflitos tradicionais entre as duas profissões no contexto da saúde, que ultrapassa o nível institucional para se situar também nos âmbitos político e social. As inferências que podem ser extraídas destas posições assumidas pelos enfermeiros podem não ser extensivas aos médicos. A este respeito, em relação ao contexto anglo-saxónico, Ferlie et al. (1996) argumentam que, ao invés do que pode ser observado nos relacionamentos intraprofissionais, os membros deste último grupo profissional estabelecem, em geral, relações positivas com os gestores, o que faz com que as fronteiras entre as actividades de gestão dos 'gestores médicos' e dos 'gestores gerais' se estejam a tornar cada vez mais ténues.

De facto, seguindo Ackroyd (1997) e Hugman et al. (1997), é possível conceber que os profissionais oponham a gestão às características da saúde e dos valores que estão associados ao desenvolvimento das instituições hospitalares no Estado Providência, particularmente no que concerne ao conceito específico de cuidar. As críticas aos profissionais de gestão simbolizam, de certa forma, o choque entre os valores da gestão e os valores que caracterizam as profissões do Estado Providência, o que se espelha nas tensões percebidas entre enfermeiros e gestores pelos actores da nossa amostra. Os gestores são acusados de valorizarem apenas o controlo de custos e negligenciarem a qualidade dos cuidados e/ou dos serviços. Tal como para o caso de fenómenos observados nos países anglo-saxónicos (Hunter, 1996), constata-se também, nos nossos resultados, a emergência de alguma hostilidade dos profissionais em relação aos gestores:

“Há alguns serviços, nas privadas em que isso já acontece. Eu acho que eles têm uma noção de gestão muito remetida ao económico e nós temos uma gestão remetida à qualidade dos cuidados e elas não são muito paralelas” (Ent.71F)

“Depende se os gestores tiverem uma formação específica em termos de saúde acho que sim, se esses gestores não tiverem uma formação em termos de saúde acho complicado, porque habitualmente o gestor olha os números e nós não estamos a lidar com objectos, com coisas inanimadas, estamos a lidar com pessoas e essa gestão é diferente e é difícil de se conseguir se não pensarmos que estamos a lidar com pessoas do outro lado. Ou seja, sabem que o doente é um doente mas olham o doente como um número e não pode ser, não é?” (Ent. 28C)

“Um gestor só vê os números, e às vezes não encontra explicação, porque é que se está a gastar determinada coisa, os enfermeiros que lidam com o doente por vezes sabemos que o medicamento pode não valer de nada mas vamos tentar porque é uma vida que está ali. O gestor não tem muito o contacto com a vida, se calhar não tem tanto essa parte humana, mas é capaz só de ver o número em si.” (Ent. 38D)

Da parte dos enfermeiros entrevistados emerge a percepção de que os gestores tentam impor um controlo sobre a tomada de decisão operacional, mas a legitimidade deste controlo não é reconhecida, principalmente porque é exterior em relação ao seu trabalho profissional e à vida do próprio hospital. Os valores profissionais e o vínculo permanente ao serviço e à organização, assim como a experiência aí acumulada, são invocados pelos actores para contestar a legitimidade da acção dos gestores. O conhecimento especializado e o conhecimento da ‘realidade’ organizacional dos hospitais e da prestação de cuidados são apresentados em oposição ao conhecimento da ‘gestão geral’ ou indiferenciada dos gestores. Os gestores detêm um conhecimento insuficiente para apreender a natureza da enfermagem e conseguir articulá-la com a sua acção. No fundo, este discurso tenta formalizar a jurisdição da enfermagem e estabelecer as suas fronteiras da demarcação ocupacional em relação aos gestores:

“Tenho ideia que isso não vai resultar, nem sequer acontecer. Porquê? Porque eu não consigo estar no Conselho e explicar as razões que eu acho, porque é que deve ser assim ou de outra maneira, porque sou enfermeira e porque tenho 25 anos de trabalho, e de outra forma acho difícil que alguém que não trabalhou, não prestou cuidados, não fez tudo, não

fez tardes, não fez noites não fez horários, não teve essas experiências, acho que é muito difícil alguém sem esse percurso conseguir demonstrar que por A mais B deve ser assim e não de outra maneira” (Ent. 55I)

“De facto penso que muitos destes gestores e administradores sentiram que esta lei de gestão hospitalar e a transformação numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos lhes iria dar um protagonismo e um poder digamos que quase que ilimitado dentro da organização. (...) Havia reuniões só do CA de executivos e as pessoas quase que estavam arredadas da partilha da decisão que cientificamente tem de vir nas áreas tanto dos serviços médicos, como de enfermagem, tem de vir daqueles que têm algum conhecimento, não só científicos, para tomar decisões fundamentadas como também do terreno porque durante uma vida foi aí que desenvolveram a sua actividade. (...) Aliás, profissionais de áreas da gestão que vieram todas de fora, eu não tenho nada contra, até porque eu também vim de fora, agora eu não concebo é que se venha de fora com pouca experiência e sem se tentar conhecer a organização.(...) À partida se não pretende conhecer, se não lhe interessa nada o que se passou, se começa a tomar decisões desde que entrou, fazendo tábua rasa do que está para trás o risco de falhar e de provocar convulsões nos serviços é muito grande. (...) E eu vejo que estas pessoas que vieram de fora, para estes lugares chave, trazidos pela vogal executiva não tiveram minimamente essa preocupação. E de alguma forma isto tem-nos colocado em alguns conflitos, em alguns atritos.(...) E ainda não têm sequer a percepção que se os grandes grupos profissionais das instituições não estão com eles não conseguem absolutamente nada. Não é por sair no boletim informativo, não é por decreto, tem que se construir a mudança com as pessoas que estão connosco.” (Ent. 3C)

Com esta intrusão dos gestores profissionais, os enfermeiros pressentem que estão a perder poder e que o estatuto profissional da enfermagem, afastada da gestão (intermédia e de topo), está a sofrer uma desvalorização:

“Nós tínhamos três administradores durante trinta e tal anos e agora para aí uma dúzia, uma dúzia não, para aí vinte ou mais, temos muitos e eles não têm o espaço deles e estão a pôr os seus tentáculos para ver onde é que deixa e quem deixar deixam. Eles só vão até onde os deixarem, não é? Agora estão à procura de poder, neste momento com esta administração os administradores têm um poder imenso, o que aliás eu não concordo”. (Ent. 6A)

“Aí eu acho que talvez esteja... de resto o que nos exigem é que justifiquemos bem, muito bem, tenho que justificar tudo e dantes não havia tantas justificações, agora tem de se justificar mais, até porque dantes não havia tantos administradores, agora em cada departamento há um administrador de maneira que exige-se mais porque ele também tem de dar contas à administração” (Ent. 13A)

À semelhança dos estudos de Robinson (1992), Keen e Malby (1992), Wiggins (1997), também os nossos resultados mostram que, ao nível hospitalar, as competências de gestão da enfermagem são desvalorizadas com o recrutamento de mais gestores profissionais pelos hospitais, quer para os Conselhos de Administração, quer para as unidades. Deste modo, parece ser possível sustentar que o domínio da NGP nos processos de reestruturação induz essa desvalorização que os enfermeiros tentam minimizar, e até estancar, argumentando sobre a importância e o lugar chave que o trabalho técnico de cuidar ocupa no funcionamento dos hospitais. A crença geral é a de que a experiência quotidiana, que resulta da prestação de cuidados aos pacientes, coloca os enfermeiros

numa posição mais vantajosa para dirigir o quotidiano dos hospitais, uma vez que estão em contacto com uma realidade inacessível aos gestores.

Nesta perspectiva, alguns enfermeiros propõem, claramente, integrar o conhecimento da gestão no corpo de conhecimentos de referência da profissão, embora deixando de fora áreas mais técnicas da gestão operacional – financeira e económica. Neste caso específico, o que é equacionado, no fundo, é a possibilidade de ser estabelecido algum equilíbrio de poder entre os profissionais que desempenham papéis de gestão e os profissionais da gestão:

“ Eu penso que sim mas gostava de confirmar uma questão, por um lado não deixarmos de pensar que será importante que os enfermeiros estejam nessa área de gestão, mas que sejam os próprios profissionais de saúde estimulados ao desenvolvimento de novas competências na área da gestão. É possível levarmos as pessoas à área da gestão conhecimentos e sensibilidade na área clínica, ou pegarmos nas pessoas da área clínica e darmos-lhes sensibilidade na área da gestão.” (Ent. 54H)

“Eu acho que isso tem de ver com as contas, com os gastos, têm sim senhora, esse ponto eu acho que é deles, têm de vir sobre mim, sobre o que eu estou a gastar a mais, têm de controlar isso. Acho que sim. Isso tem de ser tudo, tudo, tudo muito bem visto. O que é gasto, o que não é gasto, para onde vai e para onde não vai. É a função deles. Mas é a função deles aí. Agora meterem-se no número de enfermeiros, ai valha-me Deus. Que sabem eles de enfermagem para saberem se eu preciso de um ou de dois? Eu aí não admito. Agora, que eles são importantes são, mas são na área deles.” (Ent. 6A)

Do conjunto de análises apresentadas neste tema, parece ser possível extrair a conclusão de que os gestores são percebidos como agindo de acordo com o primeiro modelo de Ferlie et al. (1996) (ver capítulo um) – ênfase na eficiência, comando hierárquico e controlo de custos – ou, como diria Gustafsson (1983), com base na tipificação de uma abordagem tecnocrática da gestão que não se coaduna com as ideologias profissionais da enfermagem. Estas percepções expressam o surgimento de dissonâncias entre a coexistência de tendências ‘fordistas’ e ‘pós-fordistas’ na influência que a NGP exerce no funcionamento e organização dos hospitais. Como afirmam Walby et al. (1994), também, neste caso, se verificam tensões entre a tentativa da enfermagem estabelecer a sua autonomia, com base no aumento das qualificações, e o aumento do controlo de tipo taylorista por parte da gestão hospitalar.

Em suma, face ao sentimento de perda de poder, os enfermeiros manifestam posições de resistência relativamente à expansão da gestão, socorrendo-se de argumentos discursivos que evidenciam os valores distintos das instituições de saúde e o conhecimento especializado e a experiência nos cuidados dos profissionais.

4.4 Relações com os Auxiliares

Para além dos médicos e dos gestores, os auxiliares de acção médica constituem, também, um grupo ocupacional próximo dos enfermeiros e com o qual talvez se jogue a definição do campo específico de jurisdição da enfermagem. Os desafios que a NGP coloca à reconfiguração dos

espaços de intervenção das profissões de saúde traduzem-se, no caso particular da relação entre a enfermagem e os auxiliares de acção médica, numa alteração dessas fronteiras, resultante da pressão da ideologia do racionalismo económico para a contenção de custos. Esta pressão é vivida na redução e substituição de profissionais qualificados por outros actores menos especializados, que, em Portugal, não se limitam apenas à valorização do grupo já existente de auxiliares de acção médica, mas que se estendeu às propostas de criação de um novo grupo ocupacional – o Técnico Auxiliar de Cuidados de Saúde.

As modalidades da relação entre os enfermeiros e os auxiliares de acção médica parecem estruturar-se segundo uma lógica paradoxal. De facto, as estratégias de profissionalização dos enfermeiros conduzem estes profissionais a assimilar elementos do modelo médico como referência, entre outros: a formação superior; um corpo especializado de conhecimentos; a reivindicação da complexidade técnica e científica da profissão. Mas, ao fazê-lo, criam espaços de cedência aos não profissionais nas fronteiras da profissão, especialmente com a delegação de componentes da integração do cuidar mais afastadas do modelo médico. Se bem que a centração nos cuidados, sobretudo na versão holística da ideologia da nova enfermagem (Allen, 2000; Bolton, 2005a), constitua uma tentativa para estabelecer um domínio profissional fora do controlo dos médicos, as actividades de maior proximidade com o paciente são também as menos valorizadas do ponto vista do modelo biomédico – as mais tácitas e as menos reconhecidas pelos médicos e pela gestão – apresentando-se, assim, como as mais susceptíveis de serem delegadas nos auxiliares de acção médica.

Entre estas actividades assumem particular relevância as tarefas rotinizadas ao nível do cuidar – alimentação e higiene – o que pode pressupor uma redefinição do próprio conceito de cuidar na ideologia profissional que se afasta de concepções iniciais mais globalizantes (ou holísticas) para se recentrar em dimensões mais técnicas e científicas. Vejamos algumas das posições assumidas pelos enfermeiros, quer concordantes (por exemplo 6A), quer discordantes (por exemplo 43E), que ilustram as nossas interpretações:

“Agora eu acho que não se devia chamar auxiliar de enfermagem, devia ser auxiliar de acção médica ou isso, mas alguém com uma formação mais específica nesta área eu acho que era preciso e as enfermeiras ficarem com o seu curso superior que têm para os cuidados mais diferenciados. Agora, mudar doentes, colaborar na alimentação do doente, mudar-lhe uma fralda, eu tenho em minha casa uma empregada a cuidar do meu pai e faz uma coisa que no hospital eu acho que já não devia fazer porque é trabalho de enfermeira (Ent. 6A)

“Como são licenciados muitos pensaram que determinadas tarefas já não seriam para eles porque são menores e isso leva a que... por outro lado, a enfermagem depois do 25 de Abril também começou a ser mais bem paga e juntando estas duas coisas: os enfermeiros não querem fazer determinadas tarefas e a serem mais caros, porque é que nós não havemos de ter aqui uma profissão intermédia, que são os auxiliares, mais baratos e que fazem o mesmo, como existem em muitos países da Europa. Mas eu penso que isso é um retrocesso muito grande para a profissão. A profissão está ameaçada, já foi ameaçada em

outras alturas com a criação de outros profissionais como os fisioterapeutas e os técnicos paramédicos e foi uma machadada forte porque a enfermagem também tinha uma área de reabilitação e que acabou por ser apropriada por outras áreas” (Ent. 43E)

Mas, os actores entrevistados justificam também o alargamento dessas cedências em função das próprias alterações na gestão dos hospitais, que conduziram a um aumento insustentável da carga de trabalho dos enfermeiros:

“Por outro lado acho que também o dia-a-dia dos enfermeiros eu atribuo alguma culpabilidade porque por mais que se alerte no dia-a-dia há determinadas funções que são sem dúvida inerentes aos enfermeiros. E ou pela sobrecarga de trabalho que muitas vezes acontece no dia-a-dia acaba-se pelos auxiliares fazerem algumas coisas” (Ent. 81J)

Em regra geral, formulam-se críticas severas em relação a esta redefinição informal de fronteiras ocupacionais, sustentadas na argumentação sobre a ausência de conhecimento teórico dos subordinados para compreender e usar o que assimilaram no contacto quotidiano com os enfermeiros, por um lado e, por outro, de que cuidados ‘menos nobres’ devem continuar a ser assumidos como uma componente essencial da enfermagem:

“E é importante que nós não joguemos nas pessoas aquilo que não queremos que nos seja atribuído, logicamente. Isto faz-me lembrar aqui há muitos anos (...) sei que o que estava previsto, aqui há vinte e tal anos atrás eles dariam os comprimidos e a parte injectal seria dos enfermeiros. E a tendência depois é assim quando alguém vai delegar vai delegar mais um pouco... E se realmente as pessoas já sabem não é de admirar que a pessoa que tenha visto que são eles que fazem podem pedir para voltar a fazer. Portanto aí ...fomos nós em muitas situações que demos oportunidade para que isso aconteça. Com prejuízo não só nosso, mas dos próprios utentes, que é o que me mais preocupa” (Ent. 72I)

“Há funções, e esse desvio de funções devia ser evitado. Há funções que só um enfermeiro sabe realizar mas que não pode e não pode ser um qualquer a desempenhar essas funções porque as consequências seriam catastróficas” (Ent. 7A)

No fundo, estas afirmações podem querer significar o receio de que a cedência de espaços de intervenção da profissão, que é real e reconhecida, consiga penetrar no sistema formal de jurisdição e reestruturá-lo completamente (Abbott, 1988), traduzindo-se numa perda clara de poder dos enfermeiros no contexto público e legal de afirmação do sistema de profissões.

Esta situação liga-se, mais uma vez, ao carácter ambíguo e contraditório da profissão perante as estratégias desenvolvidas no processo de profissionalização. Por um lado, a procura em sustentar a profissionalização deste grupo, à semelhança dos médicos, no conhecimento científico, resultou num afastamento de uma concepção de cuidar ligada à esfera feminina, que não permitiu sustentar o argumento da exclusividade na realização das tarefas. Por outro lado, a incapacidade de traduzir a noção de cuidar numa linguagem científica, socialmente dominante e aceite, esvaziou a profissão de conteúdo:

“Temo que a profissão neste momento, não agarrando a vertente técnica, que não agarrando como deve ser a vertente relacional que sejamos postos em risco por outra mão-de-obra mais barata mas que para o acto em si de dar o comprimido de dar o banho. Por exemplo, o banho, eu acho que é um acto que se o doente não o pode fazer sozinho por si,

que não está independente, é um momento tão íntimo que eu não concebo que não seja um enfermeiro a fazê-lo, que venha alguém que tanto está a cuidar daquela pessoa no aspecto de higiene, como a seguir limpa o pó, como a seguir vai fazer um recado, quer dizer (...) Portanto, eu acho que, em termos de profissão, se se perdem essas áreas vai-se perder muitíssimo e vai-se regredir porque se se perdem essas áreas que eu acho tão nobres como estar a cuidar um doente numa unidade de cuidados intensivos que tem não sei quantos aparelhos em que eu calibro e o aparelho faz tudo sozinho, nós como profissionais vamos regredir de certeza absoluta até porque interessa ao poder político que se regrida”. (Ent. 3C)

“Por exemplo não me agrada que se ponham auxiliares a avaliar sinais vitais e a avaliar diureses e a avaliar outras coisas. Se calhar não me repugna nada que os auxiliares dêem alimentação aos doentes que não têm nada de especial, porque só precisam de se alimentar, não têm nenhuma dieta especial, não têm nenhuma maneira especial de dar alimentação e mesmo alguns cuidados de higiene não me repugna nada. Agora sinais vitais, posicionamento, administração de alguma terapêutica que vem lá no acordo colectivo de trabalho do SA, isso está-me a custar a engolir um bocado e penso que será alguma machadada nas nossas competências” (Ent. 42E)

No entanto, há um conjunto de outros enfermeiros que assumem a delegação de funções nos auxiliares, desde que se verifiquem, em simultâneo, duas condições: a aquisição de formação e a subalternidade do grupo perante a autoridade dos enfermeiros. O consentimento de delegação de funções, por parte destes actores, baseia-se na crença de que tal se traduz numa revalorização da profissão, que assim se poderia concentrar num ‘núcleo duro’ de competências mais próximas do modelo bio-médico e, simultaneamente, garantir a sua jurisdição através da existência de um grupo subalterno:

“Há aí algo que está para ser acordado em termos de profissão e eu espero que haja um equilíbrio, porque nós no Hospital já temos auxiliares de acção médica e acho que não se responsabilizam pelos cuidados aos doentes, não é, colaboram, ajudam. Mas a responsabilidade do que acontecer daquilo que eu fizer ao doente é minha não é do auxiliar que lá está e, portanto, isso foi uma noção que nós fizemos em termos de profissão.” (Ent. 55I)

“Quem deve fazer, ou seja, vejo com bons olhos que algumas funções que não deviam ser dos enfermeiros e que passem para outros grupos profissionais, libertando os enfermeiros. Vejo com bons olhos mas terá que seguramente ser feito de uma forma cuidadosa pelos próprios profissionais, de forma a que a gente não se arrependa daqui a uns anos e não veja os nossos doentes a morrerem de infecções, não veja os nossos doentes a morrerem porque houve alguns aspectos que correram mal.” (Ent.7A)

O que este discurso transmite é, mais uma vez, a ênfase colocada pelos enfermeiros no saber para sustentar a sua diferenciação na divisão do trabalho e, assim, definir fronteiras em relação aos outros grupos profissionais e, simultaneamente, estabelecer mecanismos sociais e cognitivos de fechamento (Murphy, 1988).

Davies (1995a,b) previu que o processo de profissionalização escolhido pela enfermagem traria efeitos menos positivos para a profissão. Os imperativos económicos impostos aos sistemas de saúde actuais determinariam, segundo a autora, a opção por uma mão-de-obra mais barata traduzida na contratação de trabalhadores sem formação para o desempenho de cuidados, em regra

geral até aí confinados à enfermagem. Pelo seu lado, Kirkpatrick et al. (2005), sustentam, em referência ao caso inglês, que esta situação nunca ocorreu, ou seja, não se observou realmente uma substituição dos enfermeiros por pessoal menos qualificado, mas antes um aumento da ‘casualização’, isto é, manteve-se a contratação de enfermeiros qualificados mas numa situação mais precária, em *part-time* e com contratos temporários.

Em Portugal, surgiu esta discussão relativa à criação de uma nova ocupação profissional que ficaria responsável por um conjunto de tarefas tradicionalmente desempenhadas pelos enfermeiros. No entanto, recentemente, esta possibilidade parece ter sido completamente abandonada com o início de uma nova legislatura política. Neste contexto, julgamos que a tendência no SNS português é a mesma que Kirkpatrick et al. (2005) denunciam para o Reino Unido: o aumento da ‘casualização’ em lugar da substituição.

Estas entrevistas foram realizadas numa altura em que a possibilidade de substituição se estava a tornar real, o que gerou um sentimento geral de apreensão e de rejeição por constituir uma clara ameaça ao poder e estatuto alcançado pelos enfermeiros nos últimos anos em Portugal.

No fundo, o que parece estar em causa é a percepção da predominância de aspectos ligados à contenção de custos, e de que esta contenção pode constituir uma variável negativa na reconfiguração da profissão, uma vez que limita as suas fronteiras e subtrai-lhe alguns elementos que englobam a perspectiva holística do cuidar, hipótese reconhecida como um retrocesso no processo de profissionalização. A resistência à introdução de ‘auxiliares de enfermagem’ liga-se, assim, à preservação do estatuto social e político do grupo profissional, à delimitação de fronteiras da profissão ao nível organizacional e à preservação do corpo de conhecimento e da legitimação da profissão e da prática com base na formação e na classificação das competências.

Subsistem, ainda, enfermeiros que admitem a hipótese de incluir os familiares numa categoria de cuidadores, o que contribuiria, de sobremaneira, para aproximar a noção de cuidar à esfera privada e ao mundo feminino (James, 1992), entrando em contradição com a estratégia científica de profissionalização que procura afastar a noção de cuidar desse domínio:

“Auxiliar de enfermagem não, não concordo. Mas não tenho nenhum problema por exemplo em achar que podiam formar-se prestadores de cuidados. É uma figura que existe em vários países, inclusivamente por exemplo em certas situações, é assumida por um dos familiares dessa pessoa. Por exemplo no nosso país não é ainda aceite a presença dum familiar, a não ser na Pediatria. (...) Ou um familiar representa esse papel, prestador de cuidados e portanto, em parceria com o enfermeiro ou então, uma pessoa que é contratada para esse fim. Prestar cuidados de saúde não têm que necessariamente ser feito por um enfermeiro. Por um enfermeiro têm que ser feitos os cuidados de enfermagem. Cuidados de bem-estar, de conforto, de alimentação ou de outro nível, que não de enfermagem, podem ser prestados por outras pessoas que são formadas para isso. Não tanto pelo auxiliar, o auxiliar de enfermagem é uma figura que ainda existe, em alguns países, mas sempre com a associação de prestadores de cuidados, sempre com a tutela de um enfermeiro de referência que nós, por exemplo, aqui na nossa realidade social em Portugal, não temos” (Ent. 69F)

Apesar da diversidade de posições assumidas pelos enfermeiros entrevistados, emerge uma crítica geral à crescente delegação de funções nos auxiliares de acção médica e uma forte resistência à introdução de um novo grupo ocupacional. Quando esta delegação é admitida, são colocados limites fortes à acção dos auxiliares. Procura-se, assim, assegurar o controlo da supervisão pelos enfermeiros, que devem decidir o que lhes é ou não permitido, por forma a que sejam mantidas as fronteiras jurisdicionais ligadas aos requisitos e exigências das actividades que desempenham, o que, no fundo, traduz uma estratégia de defesa do campo profissional da enfermagem (Allen, 2000).

5 Legitimação Externa da Profissão

Associámos a ideologia profissional à agilização e construção de conhecimento especializado (científico e técnico), o que configura a ideia de perito/técnico (Caria, 2005) e pressupõe a existência de um corpo de conhecimento próprio (Freidson, 1971) reivindicado por cada grupo profissional. A noção de autonomia profissional, que decorre do controlo do acesso a este conhecimento e do controlo de recrutamento e avaliação pelos pares, assim como as fontes de poder organizacional e social, surgem, igualmente, como dois pilares importantes da ideologia profissional e da estruturação dos campos profissionais (Abbott, 1988). São estes dois pilares que descrevem a categoria que designámos como legitimação externa da profissão, e que analisa, por um lado, em que medida o quadro de referência profissional dos actores é afectado pelo reconhecimento organizacional e social do seu estatuto e práticas profissionais e, por outro, a possível interferência das medidas de reestruturação do SNS neste processo de reconhecimento.

O conjunto de temas que classificámos nesta categoria referem-se a estes dois últimos elementos da ideologia profissional, correspondendo à autonomia, reconhecimento social e legitimação pela Ordem. A nossa perspectiva é a de que a NGP influencia o estatuto e as práticas dos profissionais de enfermagem e, por essa via, produz efeitos na formação da sua ideologia profissional.

5.1 *Autonomia*

A autonomia constitui, para autores como Freidson (1983), um dos factores básicos que permitem classificar uma dada ocupação como profissão. Na sua análise específica da organização do trabalho na medicina, o autor realça o facto da força de trabalho na saúde estar baseada numa hierarquia profissional em que a medicina controla completamente a divisão do trabalho. Embora esta hierarquia ocupacional seja vulnerável a mudanças, a autoridade da medicina no diagnóstico e prescrição coloca-a numa posição de primazia interocupacional (Freidson, 1971).

Esta primazia é amplamente reconhecida por vários enfermeiros, ao analisarem, numa perspectiva crítica e distanciada, a forma como o grupo profissional da enfermagem representa e pratica a autonomia na relação com o grupo profissional médico:

“Não vê nenhuma profissão falar de autonomia como os enfermeiros e isso é um sintoma negativo porque isso é uma obsessão dos enfermeiros. Em lugar de trabalharem como se fossem autónomos, questionam a autonomia em vez de a praticarem. (...) Isto só funciona quando os enfermeiros desrespeitarem, com toda a sua capacidade, a receita médica. E começarem também a entrar nessa área porque, ao contrário, isto não funciona porque estamos a lidar com um grupo de pessoas que vê no enfermeiro, o seu criado directo, um criado para todo o serviço, normalmente” (Ent. 52F)

“Depois também, uma coisa arrasta a outra, as pessoas acabam por ao descuidar esses aspectos e essa independência começam a ficar cada vez mais dependentes de outros profissionais e de outros pares (...) O que faz com que não sejam capazes de se impor e de tornar visível a nossa profissão com a autonomia que ela merece e que ela tem e exige. E desviar, de certa forma, a própria função do enfermeiro que acaba por ser, por vezes, um mero executor de ordens prescritas por outros quando ele tem muito mais para além disso.” (Ent. 33C)

“Porque até determinada altura, historicamente nós sabemos que é assim, a enfermagem era qualquer coisa de auxílio do médico. Eu apanhei aquela fase em que houve a separação do acto médico em si para o acto da enfermagem. E, neste momento, parece-me que começamos a retroceder outra vez. Algumas coisas, que já eram autónomas e que se faziam em termos de enfermagem, agora começamos a declinar, parece-me a mim.” (Ent. 41D)

Estas posições não são, no entanto, universais, ou melhor dizendo, nem todos os entrevistados manifestam uma visão crítica sobre os constrangimentos à sua autonomia resultante da sua relação com o grupo profissional dos médicos. Assumem antes essa autonomia tentando delimitar o campo específico da enfermagem por comparação com o campo médico.

Antes de mais, o domínio específico da intervenção independente destes profissionais é justificado pela prática:

“Há actividades independentes na área de enfermagem que só um enfermeiro sabe e pode fazer e há as outras interdependentes que têm sido ao longo das décadas desempenhadas pelo enfermeiro. Portanto quer nessas acções independentes, quer nas interdependentes há actividades que só o enfermeiro sabe desenvolver. Nomeadamente, começando pelas interdependentes, a administração da terapêutica, a organização de alguns pensos, algumas vigilâncias, sendo prescritas pelo médico ou pelo enfermeiro e nas acções independentes todo o processo de cuidar do doente, de saber lidar com o doente, saber ouvir o doente.” (Ent. 7A)

Em relação a esta delimitação, um outro argumento, que emerge com frequência nas entrevistas, baseia-se na relação de proximidade com o paciente, característica dominante da nova enfermagem, como temos vindo a salientar. Dada a falta de relação de confiança e a subjugação ao modelo médico, a autonomia é, para estes profissionais, identificada com as vantagens da proximidade ao paciente no trabalho de enfermagem. A responsabilidade perante o paciente é assumida na perspectiva de que o profissional representa o papel de seu ‘advogado de defesa’

perante a organização. O confronto inter-profissional pela legitimidade da representatividade do paciente na organização é, como referimos anteriormente, potenciada com a ideologia da orientação para o consumidor típica da NGP (du Gay & Salaman, 1996):

“O enfermeiro é um técnico mais próximo do doente, é um técnico que acompanha 24 horas o seu utente, o seu doente, o seu cliente e é essa um bocado a diferença dos outros. Que nós é um bocado complicado de ver que se não fossemos nós o doente tem sempre só, nós somos a muleta do doente, todos os actos que se pratica à volta do doente, nós somos a muleta dele. Estamos sempre preocupados “mas não foi feito isto...” porque não é acto nosso, é do outro mas a gente não fica bem se não for junto do outro “olhe, esqueceu de fazer isto ou é preciso fazer aquilo”...é um bocado complicado ser enfermeiro mas é muito agradável. Costumo dizer que nós somos os apaga-fogos.” (Ent. 35D)

Neste contexto, os enfermeiros tendem a enfatizar a noção de autonomia como a forma mais eficiente de assegurar a prestação de cuidados no ambiente hospitalar, tentando, simultaneamente, clarificar as fronteiras de intervenção a este nível em relação ao domínio de intervenção dos médicos:

“Se o doente precisar de vir ao hospital porque tem uma ferida ou porque tem a diabetes descontrolada concerteza que aí os enfermeiros são capazes de resolver muitas situações, mas nós não operamos doentes, não fazemos diagnósticos, não prescrevemos terapêuticas e não fazemos admissões nem damos altas. Mesmo quando é só porque o doente precisa apenas de cuidados de enfermagem. Lá está isto é completamente medicocêntrica: é o médico que admite, é o médico que faz o diagnóstico e depois os enfermeiros fazem os seus diagnósticos.” (Ent. 26C)

Mas, por outro lado, os enfermeiros também estão conscientes da necessidade de negociar politicamente a autonomia, quer ao nível da decisão governamental,

“Mais tarde a profissão teve condição para afirmar o seu espaço autónomo, e precisaria de ter também o controle sobre a sua profissão para poder garantir aos cidadãos os cuidados de saúde de enfermagem de qualidade e conseguiu ter essa compreensão por parte dos governantes e felizmente isso foi feito (...) Tornar as pessoas criativas no sentido das respostas que é preciso serem dadas e não esperar por exemplo que na actual lei de bases se desse oportunidade em, pleno processo de negociação com o senhor ministro esperava que fosse necessário os processos de luta e ter imensas reuniões, e sensibilizar também a assembleia da republica para defender a autonomia técnica e científica dos enfermeiros ao fim destes anos todos, com provas dadas no terreno.” (Ent. 54H)

quer ao nível organizacional, neste caso numa verdadeira perspectiva de estabelecer uma “ordem negociada” (Allen, 2000; Strauss, 1988; Strauss et al., 1964; 1985) ao nível local para determinar as fronteiras ocupacionais:

“É os enfermeiros serem vistos dentro do hospital como uma classe profissional que complementa as outras porque nós estamos aqui num meio em que a complementaridade é essencial e não haverá complementaridade se a distribuição de poderes não for igual e há classes profissionais que têm o poder e aqui no nosso hospital tem-se visto isso, porque quando essa classe, que são os médicos, pretendem alguma coisa conseguem pôr o Conselho de Administração fora e isto não acontece com a enfermagem.” (Ent. 43E)

“Não considero assim, eu considero que se nós quisermos temos porque não é o dizer ou o fazer porque eu costumo dizer “o poder é-nos dado, a autoridade é adquirida”. E portanto nós temos autoridade se nós fizermos para isso, trabalharmos para isso e é nessa

perspectiva de intervencionista, não eu dizer “eu sou enfermeira supervisora e aqui quem manda sou eu!” A intervenção tem de ser, como diz o meu enfermeiro director “é como a ferrugem, a intervenção é a ferrugem”, não se faz de hoje para amanhã, tem de se actuar e vai-se actuando nos serviços mudando a estratégia, mudando as possibilidades de intervenção e orientando.” (Ent. 69F).

Estes resultados, aparentemente contraditórios, estão de acordo com a ausência de consenso que parece existir em relação a esta questão nos estudos realizados sobre a profissão de enfermagem em Portugal. De facto, se autores como Graça Carapinheiro (1998) ou Noémia Lopes (2001) sublinham a existência real desta falta de autonomia, outros, como Telmo Caria (2005) ou Manuela Frederico (2005), mostram a existência de uma percepção menos marcada sobre a ausência de autonomia por parte dos enfermeiros portugueses, sobretudo quando comparados com os médicos. Julgamos que esta diferença se deve à importância da desejabilidade social associada ao valor concedido pelos enfermeiros à imagem social, que é mais fácil de ‘escalpelizar’ em estudos empíricos qualitativos.

Os enfermeiros que constituem a nossa amostra sentem, ainda, que o seu trabalho não é institucionalmente reconhecido:

“Quando chegam é sempre numa situação aflitiva, porque se analisar em termos de prestação de cuidados, estou a falar de prestação de cuidados de saúde multidisciplinarmente, os enfermeiros são os que gastam mais horas a tratar. Quem é que esteve a tratar do doente desde que saiu do bloco até que tem alta clínica? Quem passou mais tempo com ele? Quem é que o acompanhou 24 horas? E esta cortina de fumo que se cria à frente das coisas que as pessoas não querem ver, porque somos os que estão por trás da cortina, aqueles que vêm as pessoas despidas, sem emblemas, está ali na dependência e quando eles conseguem arribar há que esconder esta realidade.” (Ent. 67F)

“Depois também, uma coisa arrasta a outra, as pessoas acabam por ao descurar esses aspectos e essa independência começam a ficar cada vez mais dependentes de outros profissionais e de outros pares. O que faz com que não sejam capazes de se impor e de tornar visível a nossa profissão com a autonomia que ela merece e que ela tem e exige. E desviar, de certa forma, a própria função do enfermeiro que acaba por ser, por vezes, um mero executor de ordens prescritas por outros quando ele tem muito mais para além disso.” (Ent. 33C)

Estes dados, analisados à luz da teoria de Freidson (1983, 1986, 1988, 1994), contrariam um dos pressupostos que temos vindo a assumir desde o início deste trabalho – a enfermagem é uma profissão. Assumindo a centralidade da autonomia técnica, este autor defende que uma profissão só pode ser definida enquanto tal se o grupo ocupacional controlar uma área separada do corpo central da medicina e desenvolver a sua prática sem contacto rotineiro com a profissão de medicina. Dito de outra forma, por mais bem formados que os seus membros sejam, ou por mais competências que demonstrem os seus líderes, a enfermagem nunca será considerada uma profissão enquanto a medicina mantiver a autoridade de supervisionar as suas actividades (Freidson, 1986).

No entanto, como sublinhámos antes, o conceito que adoptamos de profissão possui um âmbito mais alargado e, neste sentido, as relações interprofissionais são particularmente importantes para a sua definição, na medida em que nos permitem analisar a forma como as mudanças técnicas, intelectuais e organizacionais influenciam a luta pela jurisdição profissional no terreno (Abbott, 1988).

Tal como vários autores sublinham (Abbott, 1988; Allen, 2000) a natureza das actividades nos hospitais não é fixa, e a definição e significados atribuídos às áreas de actividades e tarefas são objecto de conflito (Allen, 2000). Os enfermeiros procuram confinar os médicos a áreas técnicas e defendem-se com a forma distinta do seu ‘saber-estar’, criticando a presença parcial dos médicos que não vivenciam as instituições nem a relação próxima com os pacientes. Esta estratégia é potenciada devido à introdução de mecanismos de NGP, que torna mais evidente a percepção de perda da autonomia conquistada nos últimos anos. Os enfermeiros entrevistados resistem a uma concepção da profissão dependente da profissão dos médicos e acentuam a sua contribuição única para os cuidados, baseados na concepção holística característica do paradigma da nova enfermagem.

5.2 Reconhecimento Social

Retomando os desenvolvimentos teóricos defendidos por Andrew Abbott (1988), importa lembrar que a opinião pública constitui um dos três campos onde é possível verificar-se a disputa da jurisdição (sendo os outros dois o sistema legal e a situação de trabalho). Assim sendo, ao procurar analisar o potencial impacto da NGP nos enfermeiros portugueses com base no nosso quadro conceptual, surgiu-nos como pertinente a inclusão de um tema sobre a percepção dos enfermeiros relativamente ao reconhecimento social da profissão, opção que foi depois corroborada no confronto da teoria com o material discursivo proporcionado pelas entrevistas.

Os conflitos e ambiguidades identificados no caminho escolhido para a profissionalização acabam por se repercutir na percepção que os entrevistados manifestam do reconhecimento social da profissão. Há a consciência de que as competências científicas/técnicas são mais facilmente valorizadas pela sociedade, os outros grupos profissionais e o Estado, do que o trabalho mais tácito e invisível que decorre das actividades ligadas aos cuidados, eventualmente apenas mais perceptíveis para os pacientes.

A codificação da profissão torna mais fácil o seu reconhecimento e legitimação, mas o conhecimento ligado aos cuidados é mais difícil de codificar. Por outro lado, esta codificação é sempre insuficiente para a actualização e reconhecimento ao nível das práticas. A NGP dificulta ainda mais este processo ao insistir no que é visível ao nível das práticas, e no que pode ser objectivado em indicadores de desempenho ligados à eficiência e ao racionalismo económico. As

tarefas técnicas são as mais fáceis de medir e estas são partilhadas com os médicos, que detém um estatuto social e uma posição na hierarquia de poder mais reconhecida e socialmente visível.

Em termos gerais, podemos afirmar que os enfermeiros entrevistados assumem uma interpretação negativa das representações sociais da enfermagem na sociedade em geral. Alguns sublinham mesmo uma ausência de visibilidade social da profissão:

“Sim, depende muito de cada um. E esta visibilidade para a sociedade inclusivamente depende muito do papel que cada um tiver ao nível do seu trabalho, a nível da sua profissão, não pode ser a nível sindical, ou a nível superior que se determinem as coisas se de facto depois na prática isso não tem peso, nem tem visibilidade (...) Essa visibilidade é aquela que tem sempre muito mais peso a nível da sociedade e do hospital. Vou mais por aí e penso que é aqui que por vezes eu sinto alguma decepção. Não é dizer que deve ser, não é dizer que está mal, é sim mostrar que está mal.” (Ent. 2B)

“Eu penso que a profissão de enfermagem evoluiu bastante, em termos sociais acho que não teve essa visibilidade. Já conseguimos uma Ordem acho que isso em termos sociais é extremamente importante, tem muito peso, nós já nos conseguimos organizar ao ponto de ter essa representação, e acho que temos crescido bastante.” (Ent. 77J)

Esta falta de reconhecimento social é sentida, de forma particular, no que concerne à componente científica da profissão, especialmente quando se tem por referência o reconhecimento oposto que é conferido à profissão dos médicos:

“Eu acho que a enfermagem, a profissão nem toda a gente dá valor ...ouvir o que se ouve, estar a fazer o que se faz ninguém faz ideia (...) Eu acho que ainda ninguém conseguiu verificar que o nosso trabalho é muito complexo, é muito exigente, físico, psicológico, emocional. Isto para dizer que as pessoas tem que pensar um bocadinho melhor na nossa actividade.” (Ent. 74I)

“Nós trazemos essa cultura, é uma cultura que dá...essencialmente, também a forma como a sociedade vê os enfermeiros e nessa sociedade, inseridos portanto, os outros profissionais das outras áreas da Saúde que rapidamente, por exemplo, incorporaram muito bem os nutricionistas, as medicinas dentárias, as...eu sei lá...as assistentes sociais e os enfermeiros continuam a ter, digamos que quase um estatuto de menoridade social que não se adequa (...) É assim, eu não sou a enfermeira que eles pensam, que têm na mente. Decididamente, nunca fui portanto há uma deficiente representação da imagem social do enfermeiro que não corresponde ao real. Eu, por exemplo, se perguntar a qualquer pessoa o que é que é o médico, mais ou menos, encaixam por aqui ou por ali. O enfermeiro, não. O enfermeiro tem uma imagem muito redutora, muito pequena e, a mim, entristece-me isso, não é, mas sei que mudar isso vai demorar muito tempo.” (Ent. 8A)

A percepção de ausência de reconhecimento da componente científica da formação fica a dever-se a um fosso entre a imagem que os nossos entrevistados identificam como socialmente dominante da profissão, estruturada em torno da subordinação à profissão médica e da relação estreita ao campo feminino, e a realidade que, para muitos enfermeiros, corresponde a uma maior autonomia. A este propósito um dos actores refere o seguinte:

“Acho que a profissão de enfermagem progrediu bastante nos últimos anos, se quiser nas últimas duas décadas, ou melhor nos últimos 15 anos para ser um pouco mais preciso, se eu pudesse mudar, mas essa história não se pode mudar, mas se eu pudesse mudava a imagem que a sociedade tem do enfermeiro. O enfermeiro é visto na sua globalidade,

como o enfermeiro do penso, o enfermeiro da medicação ou o enfermeiro é visto mais como a mão direita do médico e não é vista como uma profissão autónoma, é vista como uma pessoa assalariada e que não tem a imagem que neste momento merecia de reconhecimento público e de reconhecimento social que neste momento não tem (...) A imagem social da enfermagem está também ligada ao facto de ser uma profissão essencialmente feminina (...) Isto é, a sociedade tem tratado mal algumas profissões que são identificadas com as mulheres e acho que, embora não tenha dados para dizer isto, mas acho que se reflectiu e se repercutiu também na imagem que a enfermagem tem e no estatuto que a profissão foi adquirindo ao longo dos tempos.” (Ent.7A)

O que parece emergir, para alguns enfermeiros é, então uma representação social distorcida da profissão, que corresponde a um estereótipo baseado nos momentos e características mais marcantes da história da enfermagem (tal como é percebida por cada um):

“Pronto, a enfermagem no tempo em que eu escolhi era assim, tinha uma visão completamente diferente daquilo que temos hoje dum enfermeiro. É assim, naquela altura eu acho que a enfermagem não era muito bem vista ainda e mesmo hoje se calhar não é assim tão bem vista, na altura era e acho que é assim, acho que tem progredido bastante (...) Não, apesar de na altura ter uma imagem um bocadinho diferente, eu acho que é assim, que a enfermagem tinha uma imagem negativa e continua a dar uma imagem do enfermeiro um pouco, passo a expressão, um pouco confundido com sopeira, com empregada de médico, mas acho que se conseguiu afirmar muito bem essa ideia já saiu da mente, as pessoas querem ir para enfermagem hoje escolhem livremente, eu acho que mudou um pouco.” (Ent. 66F)

Os enfermeiros reconhecem, no entanto, que existe uma falha na sua participação no espaço público, que poderá contribuir para o diferencial entre o que sentem sobre o que é a profissão e o que reconhecem como sendo o sentimento geral da sociedade. Significa isto que parece existir alguma consciência, por parte dos enfermeiros, acerca da forma como esta falta de visibilidade pública se pode traduzir numa falta de poder da profissão, no contexto da relação entre as profissões:

“Eu penso que actualmente se os enfermeiros se basearem naquilo que fazem e tentarem divulgá-lo mais, penso que conseguiríamos alterar isso e melhorar a relação com o exterior que, até agora, não temos tido. Enquanto que a parte médica nesta relação sempre foi chamada muitas vezes, enquanto os enfermeiros poucas vezes são chamados. Poucas entrevistas se vê de enfermeiros, quer na área da televisão, quer na área jornalística, a não ser nos jornais científicos de enfermagem, enquanto a parte médica sempre se ouviu muito mais.” (Ent. 57G)

À ausência (ou quase-ausência) de participação pública, acresce também a consciência destes enfermeiros sobre a falta de interesse e de reconhecimento da profissão por parte dos políticos, que é acompanhada, em alguns casos, pela ideia de que seria ao nível externo, nas instituições profissionais, que os enfermeiros deveriam travar a sua luta para alcançar o reconhecimento público da profissão:

“Mas também acho que a nível social, a nível das instâncias políticas o reconhecimento da comunidade científica também ainda não existe, porque não vêem a autonomia da profissão e temos alguns entraves na nossa entrada e na nossa independência (...) As pessoas ainda lhes custa a acreditar que o enfermeiro seja capaz de ter um papel na sociedade benéfico, produtivo e autónomo e é isso que me decepciona e que às vezes me

apetece desistir e acabamos por dar muito, muito do nosso tempo e de nós e que não é pago, não é reconhecido e eu já nem digo monetariamente mas o reconhecimento do esforço que as pessoas fazem.” (Ent. 33C)

“Embora a minha profissão tenha um estatuto próprio, eu luto em sede própria o sindicato, a Ordem (que eu estou inscrita nesses sítios todos) é aí que se deve criticar.” (Ent. 46E)

Podemos então concluir a análise deste tema referindo que o processo pouco linear de profissionalização da enfermagem, ainda hoje vivido de forma ambígua e conflituosa, deu origem a um sentimento de alguma falta de visibilidade social deste grupo. Os enfermeiros consideram, no fundo, que existe um diferencial no âmbito do reconhecimento institucional da profissão que não permite cabalmente concretizar o seu fechamento social em termos de reconhecimento público e político.

5.3 Legitimação pela Ordem

A criação e a consolidação de uma Ordem profissional representam um passo importante no reconhecimento social de um grupo ocupacional como profissão. As competências da Ordem, particularmente no que se refere à autorização que conferem aos seus membros para exercer a profissão e ao controlo disciplinar que sobre eles exercem, constituem uma componente fundamental do fechamento social que lhe é concedido e consentido pelo Estado (Larson, 1977). Como sublinha um enfermeiro:

“Em termos da Ordem dos Enfermeiros os objectivos são altos, e já temos definidas um quadro de competências na área dos cuidados gerais, sei que querem definir as competências do enfermeiro especialista. Há caminhos e querem assegurar as competências dos enfermeiros, temos um órgão que garante essa qualidade de cuidados, e o exercício legal da profissão, e eu acredito que com os órgãos que temos a profissão dos enfermeiros esteja assegurada.” (Ent. 80J)

Decorrente deste facto, não é estranho que os nossos entrevistados considerem a constituição da Ordem como um marco importante no processo de profissionalização do seu grupo ocupacional. Na esteira de Freidson (1986), esta criação materializa a capacidade destes profissionais para se tornarem num grupo organizado independente, quer das organizações, quer de outras ocupações que lhes estão associadas:

“Depois consolidaram isso, no ensino superior, o estatuto da Ordem, antes no REP na carreira de enfermagem, e hoje nas práticas e espero concretizar ainda mais, no sentido daquilo que são os resultados de programas de intervenção dos enfermeiros junto das famílias e comunidades, onde os resultados são muito efectivos (...) Aliás foi isso que presidiu uma certa fase da vida que é encarada e que prezo muito isso a minha experiência na área laboral enquanto responsável sindical mais tarde e ainda agora recentemente a responsabilidade no plano associativo na Ordem dos Enfermeiros que é uma outra área de resposta para o desenvolvimento da profissão que eu acho que é essa possibilidade de contribuir, independentemente de estarmos ao nível estratégico ou operacional.” (Ent. 54H)

A criação da Ordem não é, por si só, um mecanismo suficiente para garantir a profissionalização da enfermagem, mas os enfermeiros consideram que lhe cabe igualmente um papel activo na luta política pela afirmação da profissão:

“Felizmente que temos uma Ordem que eu penso que apareceu no momento exacto com muitas dificuldades porque veio provavelmente no momento mais conturbado em termos de políticas de saúde.” (Ent. 3C)

“Vai, sem dúvida, ser preciso trabalhar muito e portanto, em Portugal, nós também tínhamos que ter um aliado forte nesse aspecto que era a Ordem. E depois tínhamos de ter também em termos da...do reflexo disso a nível político também.” (Ent. 8A)

Este papel atribuído à Ordem assume uma especial relevância num contexto em que os enfermeiros sentem a sua profissão ameaçada com a entrada em vigor de medidas políticas enquadradas na NGP:

“Agora até temos uma Ordem de enfermagem que se conseguiu há tão pouco tempo, espero que eles consigam mudar este quadro estão a tentar, estamos realmente a voltar ao antigo e melhorámos com a Licenciatura, agora estamos a perder.” (Ent. 34D)

No entanto, há também quem considere que este contexto exige, mais do que a intervenção da Ordem, a intervenção dos sindicatos, enquanto representantes do grupo profissional nas relações com o Estado.

Ao longo das nossas entrevistas, emergiu uma certa ambiguidade, e alguma confusão, na distinção de papéis entre estas duas instituições – Ordem e sindicatos (esta ambiguidade, surgiu também como uma preocupação da actual bastonária da Ordem, aquando a realização da entrevista exploratória):

“Eu acho que estamos a viver um período muito crítico, um período de incertezas muito grandes. Nada está definido. Nada está assente nem mesmo tendo uma Ordem...porque a Ordem não garante nada. A Ordem está no princípio dos princípios e não tem força nenhuma, quer queira quer não. Na minha opinião, quem tem força são os Sindicatos.” (Ent. 65F)

“Houve outra situação que também não compreendi muito bem que foi quando se criou a Ordem dos Enfermeiros como havia obrigatoriedade de pertencer à ordem para exercer a enfermagem e tinha de se pagar, muitos enfermeiros acharam que a Ordem tinha funções iguais às dos sindicatos e começaram a sair dos sindicatos e isto diminui a força dos sindicatos.” (Ent. 43E)

Em guisa de comentário geral aos resultados obtidos com esta categoria, podemos afirmar que a análise das percepções dos enfermeiros em qualquer um dos temas que a integram, configura uma imagem pouco positiva da profissão. Os enfermeiros sentem que detêm pouca autonomia em relação aos médicos e que o reconhecimento social da sua actividade não tem correspondência na definição formal e conceptual dos contornos da profissão. Contudo, os enfermeiros estão de certa forma conscientes das estratégias necessárias para inverter o estado actual da situação, nelas

incluindo a reserva de um papel mais activo para a Ordem e a assunção de posições, igualmente mais activas, de afirmação da autonomia na organização hospitalar, ligadas, sobretudo, à negociação local com os médicos.

6. A Manutenção das Ideologias: O Surgimento de Novas Estratégias de Adaptação Local

A análise do discurso dos actores revela que o cuidar permanece como o conceito ideológico chave em torno do qual se estrutura a identidade profissional. A expressão desta centralidade assume, todavia, significações distintas, tendo sido possível circunscrevê-las em torno de três ideologias profissionais que reagrupam conjuntos de concepções diferentes dos actores face à profissão de enfermagem.

Os dois grupos menos significativos são constituídos por enfermeiros com funções de gestão cujas concepções acerca da profissão parecem revelar a presença do que designámos, num caso, por ideologia da vocação e, noutro, por ideologia *managerialista*. No primeiro caso, as concepções dominantes centram-se em redor da associação de género da profissão e em valores tradicionalmente a ela ligados, como o altruísmo, provavelmente apresentando-se num campo simbólico que é o resultado das reminiscências das raízes humanistas nas quais a enfermagem se fundou e que ainda hoje permanece no ‘código genético’ da profissão. No segundo, o que parece estar em causa é a sobrevalorização de competências e experiências desenvolvidas no campo da gestão, embora marginalmente, ou pelo menos não reconhecidas formalmente (quer pela instituição quer pela própria sociedade), como forma de sustentar ou até potenciar o campo e o domínio da profissão.

O discurso ideológico dominante sobre a profissão no nosso grupo de entrevistados emerge, no entanto, num quadro que designámos por ideologia profissional. A maioria destes actores defende a legitimação da profissão com base no cuidar, embora lhe atribua significados diferentes e nele valorize dimensões igualmente distintas. A esta ênfase da centralidade dos cuidados, como actividade estruturante da profissão, acresce ainda a sua possível combinação com o conhecimento científico, no sentido da institucionalização de um corpo específico de saberes profissionais que fixem as referências da profissão. Porém, a este nível foi possível detectar algumas ambivalências no discurso dos actores que nos permitem reparti-los em dois sub-grupos. Os actores que valorizam o conhecimento científico como meio de legitimar a exclusividade das competências de cuidar – ideologia profissional científica – e os actores que secundarizam a aquisição de competências científicas e sustentam que o desenvolvimento do conhecimento sobre os cuidados deve assentar na reflexão sobre a especificidade e singularidade das práticas de enfermagem – ideologia profissional reflexiva.

O predomínio da ideologia profissional nos discursos poderá significar que os enfermeiros entrevistados continuam, maioritariamente, a acreditar num projecto de profissionalização semelhante ao desenvolvido pelo grupo profissional dos médicos. Esta hipótese é, também, sustentada pela análise das posições que os entrevistados assumem sobre o papel da Ordem na procura de legitimação externa da profissão.

A transversalidade da importância concedida ao conceito de cuidar (apesar das pequenas diferenças que podem ser salientadas) poderá traduzir um certo paradoxo no confronto com a NGP. De facto, se a interacção com o paciente (dimensão mais valorizada dos cuidados) pode ser perspectivada como um factor importante para responder a um dos requisitos retóricos da NGP – a satisfação do cliente – toda a lógica da gestão que se procura implementar, centrada na eficiência, no aumento da produtividade e na contenção de custos, traduz-se numa redução do tempo disponível para estas práticas.

O projecto de profissionalização que os actores valorizaram também não parece estar em consonância com as novas tendências de gestão no contexto das organizações hospitalares, particularmente no que se refere à desvalorização das competências profissionais adquiridas em favor das competências de gestão.

As inferências que podemos retirar das posições assumidas pelos profissionais (enfermeiros com funções de gestão) face à submissão da enfermagem, cruzadas com as conclusões retiradas da análise da primeira dimensão, permitem-nos descrever uma situação em que é possível sustentar a existência de uma tendência para a diminuição do seu poder e autonomia no contexto das instituições hospitalares. No entanto, como temos vindo a salientar, os projectos de profissionalização não podem ser analisados apenas tendo por referência o que está contido na formulação das políticas e nas acções institucionais desenhadas para a sua implementação. A construção destes projectos envolve também negociações ao nível micro político entre os diversos profissionais ‘interessados’ numa dada área jurisdicional (Abbott, 1988). Assim sendo, é necessário questionarmo-nos também se se verifica no terreno uma redefinição do poder dos enfermeiros face aos dois grupos com que tradicionalmente se confrontam – médicos e auxiliares – e de que forma estão a lidar com a entrada na arena organizacional de um novo grupo – os gestores gerais.

Numa primeira aproximação, seríamos levados a concluir que os enfermeiros com funções de gestão que integram a nossa amostra, manifestam um conjunto de posições face à profissão que indicia a existência de alguma perda de poder face aos restantes grupos. Porém, uma análise mais atenta permite-nos compreender que estes enfermeiros também procuram desenvolver estratégias de vária ordem no sentido de assegurar a sua autonomia e poder profissional. O quadro que apresentamos a seguir sintetiza estas estratégias identificadas no discurso dos actores.

Quadro nº 13

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros com funções de gestão no sentido de ‘proteger’ a sua área jurisdicional

ÁREA	ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS
Género	- Salientam a contribuição das ‘características femininas’ para melhorar a gestão. - Apoiam a carreira dos homens enfermeiros e a sua ascensão a cargos de gestão.
Gestão	- Reivindicam a gestão como fazendo parte da área jurisdicional da enfermagem. - Incorporam/estimulam a introdução de novas formas de auto-controlo. - Sobrevalorizam as competências científicas na área da gestão. - Sobrevalorizam as experiências quotidianas na gestão.
Relação com outros profissionais	- Procuram aumentar o poder, informalmente, através da realização de tarefas ou papéis de gestão formalmente atribuídos aos médicos. - Sobrevalorizam os estereótipos relativos às atitudes dos médicos perante o trabalho e as organizações hospitalares. - Procuram confinar a actuação dos médicos a áreas técnicas. - Colocam em oposição ideologia profissional e ideologia de gestão, realçando a importância fulcral dos cuidados no contexto hospitalar. - Não reconhecem a legitimidade do controlo de gestão e propõem divisões claras de papéis ou de áreas de actuação para os dois grupos. - Procuram, simultaneamente delegar actividades menos reconhecidas e valorizadas institucionalmente, para os auxiliares e, simultaneamente, colocar entraves à valorização do seu estatuto.
Legitimação externa	- Enfatizam o papel da Ordem no reconhecimento social da profissão pelo papel activo que deve estabelecer com o Estado.

Em suma, da análise desta dimensão é, então, possível encontrar vários elementos de resposta para pelo menos duas das questões que formulámos no início da pesquisa, nomeadamente:

- Quais os potenciais efeitos das mudanças promovidas no âmbito da NGP no grupo dos enfermeiros com funções de gestão?
- É possível verificar algum tipo de alteração nos valores e ideologias profissionais dominantes nos enfermeiros com funções de gestão?

No que diz respeito à primeira questão, a análise dos resultados obtidos nesta dimensão torna possível corroborar algumas das nossas conclusões formuladas para a dimensão anterior. A introdução de uma maior orientação para a gestão parece traduzir-se, de facto, em desvantagens para o grupo profissional dos enfermeiros (em especial os que exercem funções de gestão). Estas desvantagens resultam, de forma particular, da perda de poder e autonomia concomitante ao aumento de poder e de controlo externos exercido pelo novo grupo de gestores hospitalares, assim como resultam da atribuição de novos poderes de gestão ao grupo dos médicos.

Por outro lado, constata-se a intrusão de um conjunto de valores e processos de gestão que, frequentemente, chocam com a identidade profissional dos enfermeiros, e que parecem contribuir

para a desestruturação das carreiras tradicionais (na medida em que substituem a hierarquia profissional pela hierarquia de gestão). Em resposta a este conjunto de alterações os enfermeiros entrevistados parecem não abdicar do seu projecto tradicional de profissionalização.

Assim, no que concerne à segunda questão, embora exista uma pequena minoria de actores cujas ideias acerca da profissão são passíveis de entroncar na ideologia *managerialista* – estudos anteriores efectuados no contexto nacional já haviam denotado a sua presença (Lopes, 2001) – o discurso da grande maioria tem por referência concepções da profissão bastante próximas da ideologia profissional. O facto da ideologia *managerialista* se manter residual (a par da ideologia da vocação) conduz-nos a formular a hipótese de que os enfermeiros entrevistados optam por proceder a uma redefinição do campo profissional ao nível local, em particular, através da construção de estratégias que lhes permitam negociar no terreno a sua posição face aos restantes grupos profissionais (em particular médicos, auxiliares e gestores).

CAPÍTULO 7

PAPÉIS PROFISSIONAIS E DE GESTÃO



PAPÉIS PROFISSIONAIS E DE GESTÃO

O conjunto de categorias que integram esta dimensão é construído com o objectivo de analisar as concepções manifestadas pelos enfermeiros, com funções de gestão, a propósito da relação entre os papéis de gestão e os papéis profissionais que desempenham no contexto das suas práticas quotidianas nos hospitais.

Esta é uma temática que tem começado a suscitar algum interesse de investigação no âmbito da influência da NGP sobre as práticas dos profissionais de enfermagem (Allen, 2000; Bolton, 2004a,b,c; 2005a,b; Hewison & Stanton, 2002). Com efeito, a análise desta relação constitui um elemento fundamental para compreender melhor as tentativas deste grupo profissional para alargar e definir de forma mais clara as fronteiras e a jurisdição do seu trabalho na saúde, e, assim, afirmar a profissão. Esta análise é ainda mais pertinente nos enfermeiros com funções de gestão, uma vez que é neste sub-grupo que se discute uma grande parte dessa afirmação, em particular, no confronto negocial com outros grupos profissionais.

A sua permanência quotidiana e constante nos hospitais, a posição que ocupam entre a gestão e os pacientes (Glouberman & Mintzberg, 2001) e o tipo especial de ligação que estabelecem com os restantes profissionais (Carapinheiro, 1998) no interior das organizações hospitalares, tornam os enfermeiros com funções de gestão, simultaneamente, testemunhas privilegiadas e actores vitais nos processos de reestruturação do sistema e das instituições de saúde.

A influência da NGP na reestruturação dos hospitais, que, como temos constatado, é visível nas tentativas de racionalização de custos, na implementação de medidas de desempenho individual e colectivo e na procura da eficiência, enfatiza mais os papéis de gestão do que os papéis de 'gestão profissional'. Apesar de ser possível identificar pressões para o aumento da qualidade dos cuidados, estas surgem fundamentalmente do *ethos* profissional, embora se desenvolvam sempre num quadro de controlo financeiro apertado (Bolton, 2005a,b).

Os papéis desempenhados pelos enfermeiros com funções de gestão são objecto de fortes juízos dissonantes, tendo em conta as posições contraditórias que estes actores ocupam na organização, entre a gestão de topo e as equipas de trabalho, e as diversas forças em jogo que as influenciam. Observam-se, igualmente, sinais contraditórios ao nível da cultura e dos valores organizacionais que contextualizam as suas actividades, particularmente visíveis no confronto entre o racionalismo económico, as noções de eficiência e eficácia operacionais e as actividades profissionais do cuidar (Halford et al., 1997; Walby et al., 1994). Como atrás referimos, apesar do interesse que o tema começou a suscitar, as tensões e paradoxos que decorrem da relação entre os papéis de gestão e os papéis profissionais na enfermagem, no âmbito hospitalar, constituem um campo de estudo ainda escassamente abordado pela investigação e pouco aprofundado (Hewison & Stanton, 2002).

A este propósito Allen (2000), sublinha que, enquanto lugar onde as jurisdições ocupacionais são reivindicadas e sustentadas, a arena da gestão nos hospitais e, mais especificamente, acrescentar-se-ia, da relação entre o desempenho dos papéis de gestão e de papéis profissionais, tem sido negligenciada nas análises, em particular nos estudos que se reclamam da orientação interaccionista. No fundo, o que está em causa é perceber como é que os enfermeiros dão conteúdo à divisão do trabalho, do ponto de vista do seu discurso sobre os diferentes tipos de papéis que assumem e da sua relação.

Apesar das dissonâncias observadas, a dicotomia gestores/profissionais é, na perspectiva de diversos autores (Bolton, 2005a,b; Exworthy & Halford, 1999; Halford & Leonard, 1999), uma forma simplista de analisar a relação entre papéis de gestão e papéis profissionais. Assumindo o ponto de vista de Allen (2000), Bolton (2005a,b) considera que o que está em causa é mais complexo, em particular se se tiver como referência a hipótese de que as estruturas formais da organização hospitalar constituem uma ordem negociada (Strauss, 1988).

Neste contexto, os estudos empíricos, efectuados em distintos contextos nacionais, têm realçado a forma como os enfermeiros com funções de gestão adoptam uma posição pragmática em relação às suas responsabilidades de gestão – entusiasmo, por um lado e, pelo outro, juízos críticos em relação aos cortes orçamentais e às medidas de desempenho – enquanto estratégia para manter e aumentar o seu poder dentro da estrutura organizacional (Blomgren, 2003; Bolton, 2005a,b; Molly & Cribb, 1999; Wiggins, 1997). Em suma, recordando o que, na esteira de Bolton (2005a,b), já havíamos afluído na análise da segunda dimensão, estes estudos realçam a ambiguidade da assunção dos novos papéis de gestão por parte dos enfermeiros: há aspectos da gestão que são assumidos com algum entusiasmo, mas também há fortes desconfianças em relação à gestão *hard* quando esta choca com os valores profissionais do serviço público de saúde.

O que se procura explorar, nesta terceira dimensão de análise dos resultados obtidos com as entrevistas, são as diferentes formas de assunção subjectiva dos papéis de gestão e da relação entre estes papéis e os papéis profissionais por parte dos enfermeiros com funções de gestão, assim como o modo como estas distintas assumpções são permeadas pelas influências da NGP. Interessou-nos, em particular, analisar e discutir se a ênfase é mais colocada nos papéis de gestão ou nos papéis profissionais, e a forma como os enfermeiros percebem a implementação destes papéis ao nível do processo de profissionalização e das actividades do cuidar.

Em termos mais específicos, interessa-nos, igualmente, procurar perceber se os gestores profissionais práticos, os gestores gerais com base profissional e os líderes profissionais (ver capítulo da metodologia): i) atribuem mais importância às suas responsabilidades de gestão, no domínio da realização dos objectivos da organização, ou no domínio dos cuidados profissionais e/ou liderança profissional; ii) percebem a existência de tensões entre os domínios profissionais

e de gestão, e a forma como estas tensões afectam o seu envolvimento na vida do hospital e nos processos de cuidar.

No fundo, em referência ao conjunto dos temas extraídos das entrevistas, distribuídos pelas quatro categorias que integram esta dimensão de análise, o foco do nosso interesse pode ser sumariado da seguinte forma: como é que os profissionais com funções de gestão entrevistados se situam num contínuo que se estende entre um pólo identificado com as responsabilidades de gestão – concentração do discurso nas questões operacionais e/ou estratégias – e um pólo correspondendo às responsabilidades profissionais – concentração do discurso nas questões profissionais. O primeiro, refere-se à produção de significados que expressam maioritariamente a adesão dos actores à ideia de ‘gestores/profissionais’, melhor dizendo as suas actividades e tarefas seriam primeiramente assumidas em função dos valores de gestão. O segundo, situa o discurso dos actores do lado oposto quando estes descrevem e interpretam o exercício das suas responsabilidades na esfera dos valores profissionais, assumindo-se, predominantemente, como ‘profissionais/gestores’.

O conceito de papel é, aqui, assumido como articulando elementos retirados das propostas de Goffman (1993) e de propostas mais funcionalistas (Parsons & Shils, 2001; Linton, 1959). No primeiro caso, os papéis desempenhados estão ligados à forma como os actores fazem a gestão das impressões quando confrontados com diversas situações sociais, ou seja, constroem a ‘fachada’ que se constitui como um tipo de desempenho que funciona regularmente de forma geral e fixa, com o intuito de definir as situações para aqueles que o observam. O actor coloca-se num cenário, ou determinada parte do cenário, e assume uma dada postura correspondente às especificidades da sua função ou categoria, representa essa postura do ponto de vista colectivo e representa-se a si próprio no papel de interacção que espera desempenhar nas situações com que se vai confrontar.

No segundo caso que, na nossa perspectiva, não contradiz os elementos anteriores, estão em causa as percepções dos enfermeiros sobre o conjunto de comportamentos, normas e valores associados a um dado perfil de enfermagem e das suas práticas. Na formação destas percepções entram atitudes, valores, motivações e a preparação para a profissão, assim como aspectos marcados pelos contextos organizacionais e políticos, pelas carreiras profissionais, e pelo mercado, da confluência das quais surgem tensões, conflitos, *stress*, ambiguidades e sobrecarga no desempenho de papéis.

Foi possível extrair da análise de conteúdo das entrevistas um conjunto de temas sobre o desempenho de papéis profissionais e de papéis de gestão que foram conceptualizados em quatro categorias: papéis de organização dos serviços, papéis de organização e regulação do trabalho profissional, papéis de coordenação e mediação e relação entre papéis de gestão e de enfermagem. Passamos, em seguida, a analisar cada uma destas categorias e os temas nelas integrados.

1. Papéis de Organização de Serviços

Esta categoria resulta da classificação de um conjunto de temas que englobam actividades que configuram um conjunto de papéis desempenhados em torno da obtenção e manutenção de recursos fundamentais para a organização dos cuidados de saúde nas enfermarias. Ou melhor, como afirmámos antes, esta categoria agrega os diversos temas que expressam a forma como os enfermeiros entrevistados asseguram a mediação entre as várias componentes que mantém o sistema organizacional em funcionamento. São então três os temas que serviram de base à conceptualização desta categoria: organizador de rotinas administrativas, organizador de projectos e manutenção de infra-estruturas.

A análise destes temas permite-nos, em termos gerais, classificar as actividades destes profissionais de acordo com a expressão ‘papel de facilitador’. Tal significa que os enfermeiros com funções de gestão procuram proporcionar os recursos humanos e materiais necessários para que os processos e actividades hospitalares, desenvolvidos em torno do paciente, decorram de acordo com as rotinas pré-estabelecidas. Mas, significa, ainda, que é aos enfermeiros com estas funções que cabe organizar o ambiente facilitador do trabalho de todos os profissionais e das condições positivas oferecidas aos pacientes durante o tempo de permanência na instituição hospitalar. Porém, em muitas destas acções, uma grande parte das actividades desenvolvidas configuram uma gestão reactiva, sendo que o imprevisto e a gestão do imediato constituem a norma no dia-a-dia destes profissionais.

1.1 Organizador de Rotinas Administrativas

Ao longo das entrevistas foi possível perceber que os enfermeiros entrevistados manifestam a posição de que os seus papéis de gestão foram estendidos no âmbito da gestão operacional quotidiana, isto é, na organização e avaliação das rotinas administrativas quotidianas. Não se trata, propriamente, de papéis que têm uma relação directa com o processo de cuidar, mas antes o envolvimento na resolução quotidiana de questões logísticas e administrativas, percebidas como indispensáveis para o funcionamento dos serviços, embora distantes do processo de cuidar.

Os enfermeiros entrevistados registam a existência de um aumento da intensidade do trabalho administrativo quotidiano, conduzindo ao desempenho de uma multiplicidade de papéis ao nível operacional que os enfermeiros têm dificuldade em caracterizar. Estes papéis sucedem-se em catadupa e parecem produzir um impacto negativo nas percepções sobre a forma como são desempenhados. Os enfermeiros saltam de uma sequência de actividades para outra, muitas vezes sem perceberem uma ligação lógica entre os papéis desempenhados em cada uma, o que provoca

tensões, conflitos, ambiguidades e sobrecarga de papéis. Esta desconexão poder ser ilustrada com as seguintes afirmações de dois enfermeiros:

“O enfermeiro-chefe é como que, olhe, quando havia aquelas esquadras grandes eu dizia que era as super esquadras, é assim, é uma super esquadra, é o faz tudo, o enfermeiro-chefe faz tudo (...)” (Ent. 68F)

“(...) faço habitualmente... variadíssimas coisas: desde despachar documentação, as horas extraordinárias, aqueles pedidos todos de trabalhadores estudantes, fazer horários, atendimento ao público, ou seja, público funcionários: auxiliares e enfermeiros, isto são cerca de mil e poucos, e tudo o que esteja relacionado com o tratamento do doente, isto é muito complicado; situações problemáticas ou mais difíceis de resolver, fogem um pouco da orientação dos princípios da instituição e que nós teremos de resolver; conflitos interpessoais; programas de formação, portanto é variadíssimo.” (Ent. 5E)

É possível detectar, também, tensões emergentes, sentimentos de frustração e de sobrecarga de papéis, provavelmente causados pelo grande número de conflitos de obrigações sentidos pelos enfermeiros, em parte decorrentes das pressões exercidas pela organização:

“ Isto empata-nos muito, no meu dia-a-dia eu faço a gestão do material, gestão de recursos materiais, gestão de recursos humanos, faço visita médica, elaboro horário de pessoal, planos de férias, reuniões, avaliação mensal do pessoal também no nosso dia-a-dia.(...) Ora bem, o que nos dá aqui imenso trabalho é a elaboração de horários e os horários são a nossa tortura e depois passa por não se conseguir fazer o serviço, eu pelo menos não consigo. (...)” (Ent. 39D)

“(...) temos que avaliar (...), se todos estão a fazer as suas funções, se não há falhas de nada, garanto que eles tenham todo o material para trabalhar, que estejam os enfermeiros certos no turno certo, gerir bem os horários, que a distribuição do pessoal seja uniforme (...) O que eu gosto menos de fazer é estar a contar as horas, mas também é uma coisa que se faz, até porque eu tenho o horário informatizado e rapidamente tenho acesso a essas informações, mas o fim do mês estar a conferir horários, fazer horários, as folhas de ponto, é aquele trabalho mais burocrático” (Ent. 40D)

No discurso dos enfermeiros, é manifesta a ambiguidade e conflitos no desempenho de papéis de rotina que decorrem da falta de clarificação das relações entre papéis e actividades, em particular ao nível da dificuldade em ligar estas actividades ao desempenho de papéis de gestão:

“Por isso é assim, eu quando cheguei a este hospital tive imensa dificuldade em ser enfermeira chefe (...) também tem de se dar conta do serviço em termos de instalações, equipamentos, máquinas, materiais, secretaria, sei lá, é isso tudo que se relaciona com todos os outros grupos dentro do hospital e tem sido extremamente difícil. É assim, não sabia pedir uma máquina, quando a máquina avariava não sabia a quem me dirigir, quando era preciso material vim habituada a um hospital que só tínhamos um armazém, aqui temos logo três, três pelo menos com material clínico e depois ainda temos mais, “meu Deus, como é que eu vou andar aqui?” (...) Faço montes de coisas, faço montes de coisas diariamente, especialmente durante a manhã é quase que um andar a apagar pequenos fogos em termos de organização. Isto não é um hospital organizado, é um hospital, um serviço com uma dinâmica muito grande, há muitas entradas de doentes, há muitas saídas de doentes, o tempo de permanência é muito curto, os doentes entram não estão estudados, é preciso estar com muita atenção para que as coisas corram, para que as coisas consigam rodar e que não se atrapalhe o trabalho dos enfermeiros (...) É assim, é um dia às vezes tento lembrar aquilo que faço e vejo que não faço nada. Depois chego ao fim do dia “o que é que eu fiz?!” ando eu nisto, coisas burocráticas que se calhar se estivessem organizadas de outra forma não

.....

davam este trabalho que dão, ou seja um trabalho de orientação e colaboração com os enfermeiros e o trabalho e acompanhamento com os doentes. O planeamento também. (...) O que me dá menos prazer são as coisas que são monótonas, que são a rotina, que são ter que conferir determinadas coisas, são coisas burocráticas. Ter de pedir a alimentação todos os dias, ter de estar com atenção, coisas que podiam ser feitas já de outra forma e pedir outra via, não ter que estar a escrever, é o que mais me desgosta, estas parte da papelada, a papelada toda.” (Ent. 66F)

Em certa medida, as dificuldades no desempenho de papéis de organização das rotinas administrativas são uma característica do fenómeno de hibridização de papéis, que decorre da articulação entre papéis profissionais e de gestão nos enfermeiros com funções de gestão. Este fenómeno foi também detectado por vários autores, em diferentes contextos nacionais (Ferlie et al., 1996), e está relacionado, de forma particular, com a nomeação para postos em estruturas organizacionais onde há falta de coesão e de clarificação, suscitando incertezas sobre o tipo de papéis que desempenham e os canais de responsabilização nos quais se devem inserir.

Um dos impactos mais evidentes decorrentes das reestruturações das instituições hospitalares, situa-se ao nível das alterações profundas na atribuição de tarefas e responsabilidades nos vários patamares das estruturas e processos organizacionais. Estas alterações provocam mudanças nos desempenhos de papéis, em particular no que respeita à sua extensão administrativa e operacional:

“...porque nós temos um... ..portanto, uma série de coisas às nossas costas que, às vezes; nós queremos resolver, temos vontade mas que não está nas nossas mãos resolver. Por exemplo a nível de hospital, eu sei que preciso para o meu Serviço de determinado equipamento para as coisas correrem bem, para se prestarem cuidados humanizados, para...uma série de coisas...eu faço os pedidos, eu justifico, eu argumento, eu faço tudo e mais alguma coisa mas depois, isso não está nas minhas mãos. Se não houver queixam-se de má vontade de quem está acima, especialmente das administrações...e agora nas SA é um pouco mais complicado ainda... ..quer dizer, a pessoa já fica... ..o nosso trabalho é quase como se fosse em vão (...) Era fazer a farmácia, fazer o horário e colaborava também com os colegas na prestação de cuidados. (...) Preencher papéis, fazer requisições, são os concursos de equipamento que demoram muito tempo a...contactar com...com algumas firmas por esclarecerem, já temos o apoio do Aprovisionamento...mas depois eles vêm cá e temos que falar com eles.....são os horários, os horários que nos ocupam imenso tempo, agora eram só os das...equipa de enfermagem, agora temos também os auxiliares...a nosso cargo.....é o pessoal que falta e temos que substituir, é o pessoal que...pronto, ainda há bocadinho tive que resolver um problema – uma criança que tem que ir ao hospital Pediátrico, eu tive que arranjar enfermeiro e depois ir. Eu tenho que arranjar, o médico só diz “esta criança precisa estar às 14 horas em Coimbra”. Eu tenho que estar preparada...se falta um enfermeiro, já é um problema portanto, são essas coisas...essas questões todas que não...que nos...” (Ent.17B)

Uma boa parte do tempo dos enfermeiros entrevistados é gasto na resolução de questões operacionais e administrativas, acção que, de uma forma mais ou menos directa, é importante para assegurar o funcionamento quotidiano dos hospitais e das actividades do cuidar:

“É preciso ver se está tudo a correr bem e se alguma coisa falha, eu faço isso. Agora há coisas que a gente tem de fazer que não são agradáveis e com as quais passo muito tempo. Passo imenso tempo ao telefone “Olha ó fulana o material que era para vir hoje para o bloco

ainda não veio.” Isso a mim cansa-me.(...) Em tudo desde a aquisição de materiais, a escolha de materiais, a distribuição de salas por cirurgia, a problemas no operatório, a problemas dos mais diversos a resolver. Fazem-me participar em tudo. (...) Como a maior parte dos serviços e dos hospitais há relações que não podem ser boas, quando eu preciso de materiais e de coisas que não me chegam eu tenho de dizer: “não pode ser. Estou farta de pedir e não chegam, não pode ser, amanhã tenho cirurgias marcadas e como é que eu faço? Não pode de maneira nenhuma ser. Eu não posso aguentar isto” Há assim arrufos, digamos porque eu também sei que o stock do hospital não pode ser o stock do bloco, eu entendo isso, é muita gente a gastar e o hospital também não pode ter muitas quantidades porque depois sujeita-se a deixar passar os prazos, mas também têm de assegurar que quando eu preciso há resposta imediata.” (Ent. 13A)

Os enfermeiros parecem sentir-se desconfortáveis com a alteração destes papéis de organizadores de rotinas, visível na forma como significam os ritmos, muitas vezes sincopados, de passagem entre actividades e tarefas muito diversificadas. Não só o trabalho parece ter aumentado, trazendo consigo novos desempenhos de papéis adicionais, como também a concepção e o domínio do tempo consagrado a este tipo de funções se alterou profundamente.

Contudo, este desconforto não é partilhado por todos. Alguns enfermeiros assumem os papéis de organização das rotinas administrativas com um sentimento de satisfação, embora manifestem reservas em relação às rotinas mais burocratizadas:

“ Sinto-me muito bem com o que estou a fazer só que tenho muito mais trabalho, é um trabalho muito mais burocrático e às vezes possante porque muitas vezes para se conseguir uma coisita pequena há burocracias terríveis, há empecilhos terríveis.” (Ent. 42E)

“Gosto realmente daquilo que faço. Acho que há alguns aspectos, nomeadamente, as requisições de materiais e de equipamentos que poderiam perfeitamente ser feitos por outros serviços, quer pelos serviços farmacêuticos, quer pelo armazém, pelo aprovisionamento e que poderiam deixar o enfermeiro para estar mais junto das pessoas ... que eu acho que é muito difícil.” (Ent. 72I)

Verifica-se, assim, a existência de um aumento da intensidade do trabalho que origina a extensão de papéis. A jurisdição do trabalho profissional passa a conter mais tarefas de rotina administrativa, que pressupõem, não só uma certa reconceptualização das formas de organizar o trabalho, mas também, e talvez mais importante, a activação do ‘fazer’. Tal pode ser considerado como um fenómeno ligado à pressão da ideologia e dos processos da NGP, no sentido do aumento de produtividade e da eficiência e eficácia das instituições e dos profissionais de saúde.

Diversos factores terão contribuído para a intensificação do trabalho burocrático ao nível da enfermagem, alguns dos quais já foram sublinhados na análise dos dados na primeira dimensão: aumento das tarefas burocráticas, decorrentes do aumento da responsabilidade de gestão perante entidades exteriores; introdução de mecanismos de regulação e controlo dos enfermeiros, que conduz ao crescente recrutamento de mais profissionais de gestão; alterações nas ligações tradicionais entre os diferentes canais de comunicação. Finalmente, a crescente implementação de processos de certificação da qualidade, quer ao nível da organização, quer dos serviços e das

práticas profissionais, contribuiu, de igual modo, para este aumento da burocracia. Estas conclusões são comuns a estudos realizados no Reino Unido onde, em função das alterações nas políticas de saúde, se assistiu a um aumento do trabalho administrativo dos enfermeiros com responsabilidades de gestão ao nível da enfermagem (Keen & Malby, 1992).

1.2 *Organizador de Projectos*

Vários enfermeiros entrevistados declaram assumir papéis activos de gestão do ponto de vista da sua implicação em processos de planeamento, percepcionando-se como agentes activos da organização planeada dos serviços. Eventualmente, tal traduz uma tentativa de se posicionarem em lugares de intermediação entre a gestão topo e o ‘centro operacional’. Mas, esta assunção de papéis parece situar-se mais no plano da gestão em abstracto (gestão global) do que propriamente no plano da gestão profissional. O discurso destes enfermeiros apoia-se na retórica típica da NGP, assumindo a gestão com um carácter ‘universal’ e ‘transorganizacional’, sem qualquer referência, ou assinalável diferença, entre as instituições em causa. A título de exemplo, vejamos a posição manifestada por uma enfermeira ‘líder profissional’:

“Nós temos já um documento construído, estamos a trabalhar, temos aqui aquilo que nós entendemos e consideramos que é a nossa missão, os valores que presidem, aquilo que queremos ser no futuro, a forma como nos vemos no futuro (...) Temos neste momento construído, que eu estou a fazer as ultimas correcções, eu na qualidade de presidente da comissão técnica. Depois estes documentos vão a conselho e eu tenho que explicar, portanto estamos a fazer este trabalho e temos estas orientações, e é a partir daqui que os serviços e as equipas de enfermagem, vão organizar e vão planear os seus cuidados para responder aquilo que são os objectivos gerais.” (Ent. 55I)

Este envolvimento nos processos de planeamento ao nível dos serviços não ocorre de um modo uniforme. Alguns enfermeiros assumem-no numa perspectiva ‘*bottom-up*’, partindo das expectativas individuais dos enfermeiros sob a sua responsabilidade:

“A dificuldade é não termos uma estrutura quando assumimos este cargo, claro que há o impacto do espaço de trabalho ser maior, mas penso que isso não foi uma dificuldade, a dificuldade maior foi não existir um plano global, não existirem algumas medidas de sustentabilidade. (...) Depois gosto de fazer trabalho de planeamento e acompanhamento, agrada-me gerir as coisas a esse nível e tentar sistematizar essas coisas, ir ver as minhas correspondências para dar algumas respostas. (...) Nós temos uma lógica de planeamento e filosofia cá dentro que parte da parte operacional ao nível individual, ao nível da pessoa e depois do serviço, por isso há este acordo de planeamento que se constrói os planos de serviço através da expectativa do próprio enfermeiro e das necessidades das pessoas.” (Ent. 54H)

A maioria enquadra, no entanto, a sua participação no planeamento numa perspectiva ‘*top-down*’:

“Quando se faz um planeamento em recursos humanos tem de ser a longo prazo, o grande problema para o planeamento em enfermagem é darem-nos os recursos humanos necessários, eu fiz um planeamento de recursos humanos de acordo com o número de referência para a

enfermagem que não é real mas fi-lo e depois demonstrei que não é real porque não está incluído nesse número de referência por determinados parâmetros que são necessários. Portanto, eu fiz o planeamento com as orientações que vieram do conselho de administração, que é como tenho de e fazer, mas no entanto fiz algumas observações, atenção que isto está planeado para isto, isto e isto, mas falta isto, isto e isto.” (Ent. 11A)

Como já amplamente sublinhámos, este tipo de situações parece dar corpo a um cenário de perda de poder destes profissionais, que são afastados do processo de tomada de decisão de gestão e se limitam a procurar, *a posteriori*, influenciar a decisão de acordo com critérios ‘mais profissionais’. De qualquer forma, parece ser possível inferir das posições manifestadas pelos actores, a propósito do seu envolvimento no planeamento, que existe alguma pré-disposição para, neste campo, activar e expandir os papéis de gestão que desempenham, ou esperam desempenhar, assumindo posturas mais ‘pró-activas’ numa perspectiva do exercício da gestão ‘previsional’:

“Procuo recolher indicadores no sentido de que os recursos estão adequados às necessidades não só em termos de quantidade mas também em termos de competências fazendo de alguma forma, e neste momento penso que já o consigo fazer, fazendo alguma gestão previsional. Isto é, no final deste ano, nós temos recursos ou não temos, no final deste ano temos enfermeiros com competências para. Isto é, enquanto que até aqui para mim era difícil fazer isso porque conhecia muito pouco cada um dos serviços neste momento já começo a ter indicadores que me permitem fazer esse tipo de avaliação.” (Ent. 7A)

“E esta mudança de atitude é fundamental, o doente aqui tem de estar o menos tempo possível mas para estar o menos tempo possível tem de ter, temos que o perspectivar e tem que haver um planeamento, portanto o planeamento é isso, a perspectiva. (...) Portanto teria que haver e fiz um levantamento de situações, fiz um determinado planeamento para perceber quais as necessidades mais importantes, como é lógico e tive de fazer um e em função disso fui actuando.” (Ent. 69F)

Estes resultados, embora dizendo respeito apenas a um pequeno grupo de enfermeiros que se expressaram sobre este tema, contrariam as conclusões do estudo de Mintzberg (1994), sobre o desempenho de papéis de gestão pelos enfermeiros, onde este autor destaca o facto dos enfermeiros se orientarem mais para a recriação de papéis, focada no fazer e no ‘aqui e agora’, do que para a planificação do trabalho e a resolução de problemas.

Provavelmente, sob a influência da NGP, os resultados conseguidos com as nossas entrevistas, mostram que, em alguns casos, há orientações mais ‘pró-activas’ na tentativa de implementar os objectivos definidos na organização (gestão de topo) e/ou de incrementar a qualidade nos serviços, acompanhada do desejo de participar na definição e participação em estratégias perspectivadas a mais longo prazo, e isso mais do que manter esquemas de reprodução do sistema de gestão e de cuidados.

Por outro lado, em alguns dos hospitais autónomos e empresarializados analisados, de acordo com os testemunhos de vários enfermeiros, parece não existir qualquer tipo de planeamento que sirva de fio condutor para a gestão:

“Uma coisa que não faço aqui e que sempre fiz nos serviços onde estive em funções é planeamento. Não consegui ainda passar esta mensagem para os membros do CA. É indispensável que se planeie, que se criem objectivos a médio, a curto e a longo prazo, e que exista um fio condutor na gestão, não, vivemos muito ao redor de situações pontuais no dia-a-dia que nos vão surgindo.” (Ent. 3C)

Ou mesmo que o planeamento se constitua como instrumento para aumentar a produtividade e introduzir a eficiência operacional nos actos médicos:

“Aqui não existe esse tipo de planeamento, (...) E aqui é um bocadinho ao sabor das vontades... Eu nem diria que é ao sabor da vontade, eu acho que é anárquico quase, é quase anárquico. É assim, é lógico que se eu quiser ir ali dentro e dizer “o doente pode ter uma cirurgia para a semana” se calhar dizem logo que sim mas o doente não tem. O doente normal não tem esta possibilidade de fazer, de ligar para aqui e dizer assim “estou na lista de espera e eu estou em que lugar, quando é que vou ser operado?” Ninguém é capaz de dizer isto, depende basicamente do director de serviço, tem a sua lista consigo e segundo os critérios que ele define vai chamando as pessoas. (...) para nós enfermeiros era importante a gente saber quantos doentes é que vai receber no dia seguinte, era importante ter comida para eles caso eles fossem internados, era importante saber se eles eram diabéticos ou não por causa de pedir uma comida adequada, era importante ter já as unidades preparadas o mais depressa possível para serem bem acomodados e pronto, como nada disso se sabe a gente vai gerindo em cima do joelho, tenho pena mas é assim. (...)” (Ent. 66F)

Como vimos, as vivências dos enfermeiros com funções de gestão são bastante diversificadas, mas o discurso destes profissionais denota, de qualquer maneira, a existência de tentativas de extensão de papéis através do envolvimento em projectos de gestão operacional que, algumas vezes, resultam da sua própria iniciativa:

“Acho que não é que eu seja ambiciosa mas, por exemplo, acho que consegui construir uma ideia de projecto, de plano de trabalho que era bem aceite. Neste momento, por exemplo, já consigo concluir que não consegui atingir os objectivos todos, vou ter de baixar a fasquia, pois vou.(...) Faz-me bem concretizar, digamos assim, ou ver operacionalizar alguma mudança que eu propus ou que veio à discussão e que foi possível propor e que foi possível implementar. Aquilo que mais insatisfeita me deixa são as grandes resistências.” (Ent. 8A)

“A partir daí foi-se desenvolvendo o grupo nesse sentido e as pessoas começaram a achar que também iam poder fazer trabalhos científicos. Comecei a pesquisar, comecei a dar-lhes temas, fiz vários grupos de trabalho por especialidades, as pessoas trabalhavam dentro das áreas de especialidades, comecei a dar-lhes temas de trabalho, a ajudá-las na parte escrita e começaram a surgir trabalhos, elaboração e relatórios. (...) Nós na altura tivemos também no projecto da qualidade um projecto de humanização, que candidatámos à comissão nacional de humanização e que nos foi financiado.” (Ent. 57G)

Este conjunto de tomada de posições parecem querer significar a apropriação, por parte de alguns enfermeiros, de um papel próximo do gestor empreendedor, que constitui, como vimos, a ideia dominante de gestor veiculada pela NGP (du Gay, 1996; Ferlie et al., 1996). No entanto, também parece ser possível observar alguma diferença entre o discurso dos profissionais em função da sua vinculação a hospitais empresarializados ou a hospitais autónomos. Enquanto nos primeiros esta perspectiva empreendedora se define pela ideia de projecto organizacional, como forma de

promover o alcance dos objectivos pré-definidos, nos últimos, este espírito empreendedor parece enquadrado no papel de educador que inclui o auto-desenvolvimento e a educação dos enfermeiros e dos próprios pacientes.

Em suma, neste tema, é possível observar várias situações diversificadas no que respeita aos papéis assumidos pelos enfermeiros enquanto ‘organizadores de projectos’:

- a existência de papéis de gestão desempenhados de forma reactiva e fragmentada e, por vezes, de forma impessoal, como resposta imediata às necessidades do dia-a-dia da organização e dos cuidados;
- a emergência de papéis de gestão desempenhados na perspectiva do controlo do trabalho a curto, médio e longo prazo com base em objectivos mais claros, mais consensuais e melhor situados no tempo, fenómeno que Hewison e Stanton (2002) designa por esforço de racionalização e controlo.

Em qualquer destes casos pode, eventualmente, existir uma certa influência da NGP, quer externa, através das alterações introduzidas no ambiente organizacional do trabalho dos enfermeiros, quer interna, de ordem subjectiva, através da assunção pessoal dos princípios retóricos da ‘gestão racional’.

1.3 Manutenção das Infra-estruturas

Ao longo do processo de análise de conteúdo das entrevistas, foi possível, também, identificar o desempenho de um conjunto de papéis de gestão pelos enfermeiros ligado a actividades e tarefas de manutenção de algumas infra-estruturas hospitalares.

Num registo de assunção de papéis de gestão ao estilo ‘artesanal’ (Mintzberg, 1994), alguns enfermeiros com funções de gestão envolvem-se activamente na resolução de problemas ligados à manutenção e/ou reordenamento de espaços físicos nos serviços:

“Depois assumi em pleno quando vim para aqui e quando vim para aqui vim montar esta unidade, vim para aqui com isto em tijolo e cada caminha, cada incubadora, cada monitor, cada máquina foi tudo montado por mim, eu estive aqui completamente só a montar esta unidade, tudo o que está aqui.” (Ent. 33C)

Estas situações surgem-nos como exemplos claros do potencial poder informal que estes enfermeiros detêm nas enfermarias, e que estão longe de corresponder ao que lhes é atribuído pelo lugar que ocupam na hierarquia organizacional, ou até pela descrição formal das suas funções, o que aliás já havia sido detectado noutros estudos (Carapinheiro, 1998). Contudo, este poder é sempre negociado e resulta de concessões atribuídas pela classe que formalmente detém o poder nas instituições hospitalares – os médicos.

Neste contexto, a distribuição dos espaços físicos pelos profissionais é também objecto de conflitos com o grupo profissional dos médicos. A ocupação dos espaços, para além da sua

dimensão simbólica, parece fazer também parte da ordem negociada ao nível local (Strauss, 1988), atravessada pelas percepções sobre o poder detido pelos diferentes grupos profissionais (Lopes, 2001). Nesta negociação é usual os enfermeiros recorrerem à sua proximidade com os doentes para contestarem potenciais alterações nos espaços que favoreçam os médicos:

“Trouxeram para aqui a neurocirurgia e a neuropediatria e vieram para a área da pediatria e nós tivemos de nos remodelar e de encaixar. Por um lado melhorou muito a qualidade dos cuidados prestados ao nível técnico, e humano, talvez, também. Mas, ao nível do espaço piorou muito. Mas se uma pessoa perguntar a um pai: “O que é que prefere, uma sala lúdica ou melhores cuidados?” Eu não tenho dúvida nenhuma de que o pai vai dizer que quer melhores cuidados. (...) O problema é que aqui valoriza-se muito os espaços médicos. O que não é nada eficaz. Não está aqui a crítica em relação a eles mas em relação a quem deixa que isso aconteça. É uma sala para isto e mais uma sala para aquilo e vão-se expandindo e o espaço para o doente vai diminuindo. Nós, para as enfermeiras, só temos uma sala de trabalho e nós não temos mais nada. Gostávamos de ter uma sala para as crianças estarem, para os pais lancharem, podia estar uma televisão ali fora para os pais poderem ver sem incomodar ninguém.” (Ent. 71F)

As características e a gestão dos espaços, assim como dos equipamentos, são percebidos como condições fundamentais para melhorar as relações entre profissionais e o ambiente geral em que os cuidados são prestados:

“...primeiro que as coisas andem...é um ano de trabalhos porque eu não posso, por vezes, exigir mais aos enfermeiros da minha equipa porque não posso também dar condições de trabalho porque, a partir do momento em que eles têm condições de trabalho, melhora tudo. É que melhora as relações interpessoais, melhoram as relações com o utente e os familiares e isso, pronto, é meio caminho andado e melhora também a motivação para a pessoa se poder movimentar à vontade numa sala, de saber que pode contar com aquele equipamento... isso é poder fazer o seu trabalho...” (Ent. 17B)

Talvez, por isso, vários enfermeiros declaram envolver-se activamente em projectos de concepção e alteração dos espaços físicos ao nível dos serviços. Como sublinha um desses enfermeiros:

“Depois todos os arranjos que é preciso, todas as modificações que é preciso fazer nos serviços. Neste momento quase há um ano tenho andado com alguns projectos que tenho lá no serviço para modificar lá uma série de estruturas. São coisas tão pequeninas que se faziam num mês e estou há um ano para resolver aquilo. (...) É preciso reestruturar muito, organizar em termos de serviços, em termos de espaço etc. Aquele serviço tinha erros de fabrico que não foram corrigidos, estou a corrigir agora sete anos depois, estou a corrigi-los agora e em vez de demorar três dias como eu estava a pensar estão-me a demorar mais de um ano, os tais problemas.” (Ent. 42E)

A análise dos resultados obtidos com os temas incluídos nesta categoria, permite-nos extrair três grandes conclusões a propósito dos papéis dos profissionais entrevistados na organização dos serviços a que estão vinculados nos hospitais:

1º - os enfermeiros concedem um lugar importante no seu discurso à dimensão operacional dos papéis de administração-gestão que desempenham. Os papéis de administração são

identificados com o trabalho administrativo (rotinas) e de suporte à prestação de cuidados: horários, organização das agendas de serviço, planeamento do trabalho, planeamento organizacional (implementação/execução), gestão de *stocks* e facilitação do suporte logístico para os cuidados. Neste âmbito, há uma intensificação do trabalho que provoca uma extensão de papéis assumida pelos enfermeiros, mas esta extensão também é vivenciada sob a forma de *stress*, tensões, ambiguidades, incertezas e conflitos de papéis (falta de tempo para uma maior envolvimento em actividades de suporte aos cuidados ou mesmo na prestação directa de cuidados). As características dos papéis desempenhados, em alguns casos, são mais ‘artesanal’, a curto prazo, e fragmentadas, do que, propriamente, planeadas e concretizadas, no sentido da criação de cenários futuros de desenvolvimento (embora em algumas entrevistas tenham sido detectados esforços para planear os serviços a um prazo mais longo);

2º - as actividades de gestão restringem-se, quase sempre, aos territórios dos serviços/unidades, e muito raramente ao hospital como um todo: os territórios internos de gestão são mais valorizados que os territórios organizacionais externos; esta ênfase nos territórios internos dos serviços/unidades pode surgir em resultado de um aumento da intensidade do trabalho e, conseqüentemente, de uma sobrecarga de papéis de gestão administrativa, o que, em grande parte, é devido ao efeito de reestruturação dos hospitais (principalmente dos hospitais empresarializados). Os enfermeiros estão sob pressão para desempenhar papéis de gestão administrativa no quadro de constrangimentos nos recursos humanos e nos custos;

3º - as actividades da organização dos serviços, porque mais ligadas à administração do que à gestão propriamente dita, também configuram alguma perda de poder, uma vez que estes actores se encontram afastados da tomada de decisão, pelo menos ao nível central, o que resulta numa diminuição da autonomia ao nível profissional. Como afirmam Kirkpatrick et al.:

Apesar de não ser correcto afirmar que os enfermeiros foram sistematicamente excluídos da tomada de decisão ao nível político, o seu envolvimento está agora limitado em comparação com os níveis detidos na “gestão de consenso” durante os anos 1970 (Kirkpatrick, et al., 2005, p. 95).

2 Papéis de Organização e de Regulação do Trabalho Profissional

A inclusão desta categoria na análise das entrevistas resulta da detecção, no discurso dos actores, de referências a actividades relacionadas com os papéis de coordenação e/ou de regulação do trabalho dos restantes profissionais do mesmo grupo. Trata-se da expressão de sentidos a propósito do desempenho de papéis de suporte ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e do desempenho de papéis ligados à gestão de pessoas.

Estes papéis, embora relacionados com a administração de profissionais no seio das instituições hospitalares, não podem ser confundidos com as políticas de gestão de recursos humanos, já que, como teremos oportunidade de constatar, estes enfermeiros estão arredados do processo de tomada de decisão a este nível, e a sua acção restringe-se, apenas, a coordenar e regular o trabalho dos profissionais que lhe estão subordinados.

A separação de temas que integram esta categoria é artificial e apenas serve o propósito de clarificar a análise. Podemos considerar que estes temas se articulam estreitamente entre si, remetendo para significados ligados às tentativas de estruturar internamente sistemas de coordenação e de regulação/controlado das práticas de enfermagem com base em papéis de mediação.

2.1 Formação

A formação é, em geral, percebida pelos enfermeiros entrevistados como um factor de motivação e recompensa pelo desempenho. Mas, os papéis que os enfermeiros com funções de gestão desempenham neste processo são perspectivados de forma diferente pelos profissionais entrevistados. Estas percepções alinham-se desde uma visão da formação ligada ao alargamento da autonomia do grupo profissional dos enfermeiros – o actor da formação é um colectivo profissional, ou um grupo, que assume colectivamente a sua formação, com base nas necessidades percebidas – até uma visão que submete inteiramente a formação aos objectivos da organização.

Assim, em termos dicotómicos, emergem percepções nos actores que equacionam a formação:

i) Como um processo, por vezes informal, centrado no grupo profissional situado no interior do território dos serviços/unidades no qual o enfermeiro com funções de gestão se dilui:

“Havia vários elementos, começamos a dinamizar os grupos, as pessoas começaram a fazer trabalhos que começamos a apresentar e a fazer acções de formação sobre o trabalho que era desenvolvido no bloco, promovíamos visitas e acções de formação fora e, é engraçado que depois nos concursos que houve para especialistas os enfermeiros que já tinham perto de 30 anos de serviço começaram, como já tinham trabalhos e essas coisas, a entrar. (...) Todas as sextas-feiras temos reunião de serviço, portanto, o bloco não funciona entre as 08:00 e as 10:00 da manhã porque temos reunião de serviço ou actividade de formação, de maneira que as pessoas estão sempre à altura para a cirurgia que vão acompanhar” (Ent. 57G)

ii) Como um processo centrado nas necessidades do hospital enquanto organização – a formação é imposta do “exterior” (aos serviços/unidades), sendo os seus contornos definidos pelo CA, e os enfermeiros com funções de gestão são, neste caso, os mediadores entre os objectivos da organização e os profissionais:

“Mensalmente reunimo-nos, temos um plano de formação anual porque há um enfermeiro responsável pela formação e eu tento, digamos, de acordo também com os objectivos da instituição, adaptar ou o plano de formação ou os assuntos a tratar nas reuniões de acordo com orientações que vêm do Conselho de Administração.” (Ent.27C)

Entre estas duas perspectivas surgem também posições mais centradas no papel que a formação académica pode desempenhar ao nível da qualificação profissional e individual dos enfermeiros. Deste modo, alguns dos enfermeiros entrevistados vêem-se como mediadores desta formação e estimulam os outros profissionais para nela se envolverem:

“Posso-lhe dizer que tenho executado nestes anos que estou como chefe nesta unidade, tenho trabalhado muito e investido muito na área da formação e tenho puxado toda a equipa nessa área e projectos que temos feito, desde trabalhos de investigação e o meu nome não aparece em lado nenhum, aparece o grupo da unidade.” (Ent. 33C)

Esta perspectiva pode ser identificada como a tradução prática dos princípios da ideologia profissional. De facto, relembando a teoria de Abbott (1988), o desenvolvimento da investigação académica é uma peça importante para sustentar uma linguagem científica comum imprescindível para afirmar e até alargar o campo de jurisdição da profissão.

Alguns enfermeiros, por outro lado, assumem posições críticas em relação aos obstáculos que o sistema de gestão das organizações hospitalares representa em relação ao desenvolvimento da formação. Estas críticas podem ser identificadas com o facto da gestão economicista não valorizar a formação como factor que pode contribuir para o aumento da qualidade do trabalho:

“Preciso de formar mas temos pouco tempo para isso, é outro problema da gestão economicista da saúde, só pensa no trabalho diário e não pensa naquilo que está por detrás, naquilo que é preciso para que o trabalho seja efectivo, seja bom. Nós temos muito pouco tempo para formar pessoal e isso é um problema com que me debato porque não podemos sistematicamente andar, estar à espera que as pessoas de sua livre vontade, no seu tempo de lazer, no seu tempo que deveria ser para a família, venham para o hospital fazer formação sistematicamente” (Ent. 42E)

Decorrente desta desvalorização, a responsabilidade pela formação é devolvida, pela gestão dos hospitais, para o nível individual:

“Outra coisa é a formação do pessoal, quer dizer, a nível da formação do pessoal precisávamos de mais que a instituição nos desse um pouco mais de espaço para formação, que nos desse tempo. Andamos, fazemos tudo nas nossas horas e as pessoas também...” (Ent. 17B)

São também identificadas pelos actores formas mais indirectas da organização e gestão dos hospitais que constituem um entrave à formação. A forte mobilidade dos enfermeiros, decorrente das alterações nas suas condições de trabalho, é identificada, por alguns, como um claro exemplo de um obstáculo colocado à formação profissional:

“O que me tem acontecido é definir objectivos e depois não os concretizar, porque outros definiram doutra maneira, nas coisas mais simples estou a falar por exemplo da formação em serviço, porque tenho realizado uma formação na área de repente tenho num ano uma mobilidade de pessoal muito grande e não foi possível concretizar.” (Ent. 77J)

Finalmente, é também identificado como um obstáculo (indirecto) ao empenhamento dos enfermeiros em relação à formação, a inexistência de incentivos para os profissionais que se envolvem nestes processos:

“Têm que fazer, têm que fazer aqui as 35 horas de certeza, como estava enquadrado. E têm de pagar uma propina de cerca de 60 contos por mês. E depois, há outro problema. Como, neste momento, eu espero que isto muito brevemente venha a ser mudado, como neste momento, os concursos não existem...isto quer dizer que o enfermeiro faz um esforço acrescido para ter uma especialidade...faz um esforço económico para ir tirar a especialidade e regressa à instituição. Vai desempenhar as funções de enfermeiro-especialista da área onde se formou mas, a nível económico, mantém-se como enfermeiro com a categoria que tinha anteriormente.” (Ent. 18B)

Estas críticas traduzem uma visão dual entre os valores e ideologias que são percebidas como dominantes na gestão e os valores e a cultura que procuram sustentar o desenvolvimento profissional. Por outro lado, parecem querer significar também o que identificamos no primeiro capítulo como a tendência da NGP para adoptar uma versão *hard* da GRH, já que o processo de formação é perspectivado mais como uma forma de atingir os resultados organizacionais e menos como um meio para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

2.2 Avaliação do Desempenho

Um dos impactos mais visíveis da NGP na reestruturação do sector da saúde e das organizações hospitalares é a assunção da avaliação do desempenho como uma tecnologia central de controlo, de regulação e de vigilância (Reed, 1999) das práticas profissionais dos enfermeiros. Esta tecnologia tem contribuído substancialmente para a erosão das bases da gestão ‘tradicional’, que alguns autores designam de custódia ou consensual (Ackroyd, 1995), em parte baseada na associação entre o regime burocrático e o poder profissional (Clarke & Newman, 1997; Reed, 2002).

A NGP enfatiza acentuadamente a necessidade de definir padrões de medida, maioritariamente quantitativos, na gestão do desempenho, assim como a necessidade de definir objectivos e metas mensuráveis na esfera profissional (Hood, 1991; 1995; Hunter, 1996; Pollit, 1993, 2003a,b). Mas, é um facto que este conjunto de aspectos está, normalmente, centrado nos ganhos de eficiência operacional e no controlo de custos.

A avaliação do desempenho (dos serviços e/ou individual) é apresentada como um instrumento ao serviço das noções de eficiência e do ‘valor do dinheiro’, noções essas que pressupõem um controlo de gestão mais apertado dos processos de trabalho dos profissionais. Através desta avaliação, ligada à contratação individual e aos incentivos de produtividade, geram-se mecanismos para controlar a autonomia ocupacional dos enfermeiros, ou, melhor dizendo, tentativas para ganhar o controlo sobre o processo de trabalho na enfermagem.

Em princípio, os enfermeiros são objecto de exercícios variados de controlo da produtividade, possibilitados pela avaliação do desempenho do seu trabalho. A ‘autonomia operacional’ dos enfermeiros é cerceada por aquilo que a avaliação representa do ponto de vista do aumento dos mecanismos de controlo pela gestão de topo. Esta avaliação de desempenho pressupõe a diminuição das relações de confiança entre a gestão e os profissionais. A codificação e formalização de critérios transformam estas relações numa relação meramente contratual ou quase-contratual.

Podemos considerar que as posições expressas pelos enfermeiros entrevistados também podem, em relação a este tema, ser localizados num contínuo entre dois pólos:

- um relacionado com a avaliação tradicional, de cariz mais formativa, que assenta em relações de confiança com base nas quais os participantes, aparentemente, partilham objectivos e valores. Haveria nesta partilha, pelo menos em termos ideais, um sentido de assunção de obrigações a longo prazo, sem intromissão do curto prazo na expectativa do retorno imediato, um estilo de comunicação mais aberto e a admissão da dúvida e do erro.

- outro, estruturado em torno da avaliação *managerialista*, centrada essencialmente nos resultados, assenta mais em pressupostos de baixa confiança, baseados na visão de que os actores avaliados têm objectivos divergentes dos avaliadores, e de que as expectativas de produtividade devem ser recíprocas. Os cálculos dos custos e benefícios de qualquer acção, que ambas as partes prevêem desenvolver, surgem na lógica desta perspectiva. A comunicação é mais restrita, de acordo com a percepção da existência de interesses divergentes, e há desconfianças em relação aos erros e falhanços que podem comportar sanções.

No caso dos elementos do discurso dos enfermeiros, reagrupados em torno de uma maior proximidade em relação ao primeiro pólo, as posições manifestadas indiciam que estes profissionais identificam os modelos ‘tradicionais’ de avaliação (avaliação formativa centrada nos processos) como os mais pertinentes para a regulação do trabalho profissional. A avaliação do desempenho é, essencialmente, representada como um instrumento que deve ser colocado ao serviço do desenvolvimento profissional, quer numa perspectiva individual, quer numa perspectiva colectiva. Por outro lado, é apresentada como um processo negociado, consensualizado e colectivamente contratualizado, e os incentivos que dela podem decorrer são igualmente colectivos e devem ser remetidos para a melhoria dos serviços e/ou para o desenvolvimento da formação. A este propósito, um dos entrevistados, com responsabilidades num hospital público, sublinha:

“Eu acho que essa avaliação de desempenho, é um processo que os enfermeiros têm outros profissionais da saúde poucos têm, é um excelente processo e penso que a gente só precisa de ser avaliado correctamente se servir como instrumento de desenvolvimento profissional. E mais do que isso do que outra coisa qualquer do que grelhas de avaliação de performance, isso podemos avaliar outras coisas se o hospital produziu muito ou produziu pouco, mas se isto for feito assim é possível depois estabelecer níveis de reconhecimento. Eu tenho um

sistema de reconhecimento e recompensas no serviço de enfermagem que aprovei no conselho de administração há dois anos que temos colocado no ar, mais para lembrar que há responsabilidades colectivas, e individuais e que as de desempenho podem ser evidenciadas mesmo em colectividade (...) Não passa pela remuneração, se quisermos eu tenho um processo de contratualização de recursos humanos, faço um processo de contratualização de serviço a serviço, e que desta forma me permite ter uma performance de todos os serviços, qualidade, produção, comissão de recursos e etc. Negoceio com as equipas as prioridades em conjunto, as equipas comprometem-se a atingir objectivos e depois no final avaliamos. Quando chega ao final do ano por área de supervisão que em dez doze serviços tenho atribuído a um serviço um prémio simbólico são mil euros, não do hospital mas de verbas que eu consigo rentabilizar através dum revista que temos entre outras coisas (...) Não são dados directamente aos enfermeiros mas são verbas que são investidas depois na equipa no plano das condições dos doentes, naquilo que é a melhoria dos serviços, nas oportunidades de formação também algumas chegarão à mão dos enfermeiros por essa via do aprovisionamento contínuo mas, são prémios sempre colectivos.(...)” (Ent. 54H)

Mas, a avaliação também pode ser assumida como um processo consensualizado, ao nível individual, integrando várias dimensões do desenvolvimento profissional enquanto projecto individual de formação:

“(...) Eu criei o processo individual de cada um. Tenho um exercício...e mesmo o meu, eu posso ser avaliado. Nesse processo individual de cada um, o que é que cá consta? Consta aquilo que está previsto na nossa carreira, o projecto do triénio ou seja, o projecto que as pessoas querem desenvolver no triénio. E depois consta três entrevistas: uma anual, eventualmente, constará uma entrevista extraordinária a meu pedido ou a pedido deles. O que consta mais? Consta a formação toda que eles fazem por ano, que eu quero saber (...) Não, a gente aqui vai ver. Eu aqui vou chegar. Por exemplo, aqui, problemas, tenho aqui um: por exemplo, a pessoa em riscos de vida...aqui um...a pessoa foi buscar...foi fazer essa formação, não é? Eu vou perguntar porquê? E ela vai ter que me justificar. Se foi fazer, algum interesse por trás. E eu ponho isso no registo...da avaliação do desempenho, na fundamentação da entrevista.....para depois chegar ao fim do triénio e fazer...a avaliação (...) Para que é que é esta entrevista? E ele o dirá. Se ele não disser, eu ajudo porque ele, se vai ser entrevistado, deve ter...deve ter uma ideia porque é vai ser entrevistado. Se não tiver ideia, eu ajudo e construo com ele. E depois, está aqui o resumo da entrevista e depois é assinado. Isto é o que está aqui. Já tenho duas feitas.” (Ent. 65F)

No que se refere aos elementos do discurso reagrupados numa maior proximidade em relação ao segundo pólo, correspondendo, em termos gerais, aos novos sistemas de avaliação introduzidos nos hospitais empresarializados, as posições que deles podem ser inferidas apontam para uma maior adesão a um tipo de avaliação com características predominantemente sumativas, típicas da NGP: ênfase nos resultados e nos incentivos salariais. Os argumentos desenvolvidos pelos profissionais podem ser sintetizados como se segue:

i) a legitimação das desigualdades de desempenho através da ideologia do mérito e do esforço:

“Apesar de alguma margem de erro, nós não somos todos iguais e os melhores merecem ser premiados por isso e não deve ser do tipo: pronto, tem satisfaz passou (...) A distribuição tem de ser a partir de 10 até ao 20, apesar disso a correcção a haver que seja efectiva, que não seja só no papel, operacionalizá-la, porque o conceito está lá e está lá tudo,

provavelmente e não conheço sistema de avaliação de desempenho melhor do que o que está expresso. Não é que na prática possa não ser assim, mas o que está expresso no despacho e aquilo que neste momento me parece que seja necessário corrigir é que não somos todos iguais e o satisfaz terá de ir entre o 10 e o 20, se assim se quiser, ou seja, entre o satisfaz, o satisfaz muito e o satisfaz bastante ou coisa que o valha. De forma que só alguns e aí concordo em absoluto que não todos, porque alguns trabalham só para ter o seu vencimento, é que merecem mais do que isso.” (Ent. 7A)

ii) a necessidade de alinhar, numa perspectiva empresarial, a avaliação com o estabelecimento de objectivos ligados à produtividade da organização, dos serviços e dos profissionais individuais, podendo os seus resultados serem conectados com os incentivos (monetários ou não):

“Penso que se deveria fazer uma avaliação de desempenho com base nos objectivos e para os resultados. Seria a possibilidade de aplicar no hospital o tipo de avaliações que se fazem noutras empresas, através de um programa informático que era necessário estabelecer objectivos para a organização, para o serviço e depois para o indivíduo e depois ligado a incentivos que podem não ser monetários (...) A avaliação de enfermagem, neste momento, não convence ninguém. Acho que devia haver uma avaliação mais quantitativa, tudo menos o satisfaz e não satisfaz.” (Ent. 43E)

iii) a possibilidade de ligação da avaliação à progressão na carreira e, simultaneamente, a sua utilização como um instrumento de controlo e regulação do trabalho dos enfermeiros:

“Portanto, é natural que os enfermeiros venham a ter duas avaliações paralelas: a avaliação do desempenho que lhes permite progredir na carreira ou não, que é importante para fins de concursos, e uma avaliação que será feita mais vezes, se calhar mensalmente, no sentido de dizer assim: “este enfermeiro relativamente a estes critérios em avaliação, portou-se bem este mês e se melhora, então vai ter incentivo para o próximo mês. Neste aspecto a, b, c, não correspondeu, não tem incentivo (...) Temos que indicar alguns indicadores. Indicadores de desempenho, indicadores objectivos...aliás há alguns hospitais que têm esses indicadores: o hospital X, por exemplo. Eles fazem uma avaliação mensal de todos os enfermeiros com 10, 12 indicadores muito objectivos, muito claros. E se as pessoas não correspondiam a um desses indicadores portanto, nesse mês (...) são penalizados. Penso que temos que ir por aí. (Ent. 18B)

iv) a concepção da avaliação como um dispositivo susceptível de produzir efeitos ao nível das contratações:

“Tenho um critério de avaliação que vem de encontro às normas e critérios que temos para os enfermeiros da nova contratação. Há uma avaliação que é feita no final e que decide se se renova ou não renova o contrato. Mas a base é na mesma qualitativa, com critérios técnico-científicos, uma área relacional, portanto, tenho a informação dos enfermeiros chefe que não entra no processo de avaliação já que os contratados não entram no processo de avaliação, só os enfermeiros do quadro, mas que nós fazemos na mesma (...) Quando eu faço uma mudança é mais no sentido punitivo, percebe? Para a pessoa perceber que o caminho em que estava não era o correcto.” (Ent. 53G)

v) a avaliação como um mecanismo de regulação do trabalho de enfermagem, no sentido de se obter a conformidade dos profissionais em relação às regras e objectivos da organização e dos serviços, normalmente definidos em função de critérios de gestão e de racionalidade económica:

“É mais objectivos da unidade, isto custa-me muito, e estou a tentar embora seja difícil mudar, porque em primeiro nós temos avaliações aos contratados mensais, e um dos critérios de avaliação é a economia e gestão, é o cuidar dos materiais, são muitas coisas no fundo o que o hospital quer, os objectivos da instituição os outros têm muita dificuldade em chegar lá, os funcionários públicos que só têm avaliação de três em três anos, têm muita dificuldade em lá chegar.” (Ent. 29C)

No contínuo entre os dois pólos por nós estabelecidos surgem no discurso dos actores tentativas de conciliação dos dois sistemas de avaliação e dos sistemas de papéis que os enfermeiros desempenham neste contexto. As posições manifestadas são mais matizadas e expressam, de forma mais saliente, a ambiguidade, as tensões e os conflitos de papéis vividos pelos profissionais. Provavelmente, esta situação resulta do impacto das mudanças introduzidas na gestão dos hospitais, sob a égide da NGP, que induziu a extensão dos papéis de regulação do trabalho no interior da enfermagem, acompanhando os objectivos de reestruturação organizacional.

Assim, por exemplo, à utilização dos resultados da avaliação no diagnóstico das necessidades de formação e de desenvolvimento dos profissionais, são acrescentados aspectos sancionatórios, relacionados com a ideologia do mérito e do esforço. Neste último caso, os resultados da avaliação, obtidos com o recurso a indicadores quantitativos de desempenho, devem servir para introduzir esquemas de remuneração diferenciada em função da produtividade individual:

“Como é que ela era feita? O sentido principal desta avaliação de desempenho não era o conhecimento. Era mais a necessidade de reconhecer as necessidades de formação para as poder colmatar. Era um pouco dizer: “Tu não estás a trabalhar bem precisas de ‘afinar aqui’.” E, era neste sentido, pelo que conseguir dar um não satisfaz era possível, foi feito várias vezes mas, era raro porque aquilo que se visava, essencialmente, era analisar as necessidades em formação. Era uma avaliação em termos pedagógicos. Nós temos de ter pessoas que vêm aqui trabalhar não por rotina mas que tenham uma atitude crítica.(...) Mas agora o que é necessário é, não só, ver as necessidades que há em formação, e nós, com a evolução da medicina, vamos ter sempre necessidades de formação, portanto, é necessário, na mesma que a avaliação de desempenho verifique as necessidades de formação mas o que acho é que também deve reconhecer quem trabalha e quem produz. E isso de facto é outro modelo (...) Há a necessidade de quando eu começar a ter indicadores para saber como, de facto, os enfermeiros A, B ou C estão a produzir então há hipótese de ter um sistema justo e dizer não tu trabalhas mais e mereces mais.” (Ent. 1A)

Por outro lado, outros enfermeiros entrevistados manifestaram a sua adesão a um sistema “misto” de avaliação, baseado em indicadores quantitativos de desempenho, ligados a objectivos de produtividade e a incentivos, mas que necessitam de ser completados com indicadores de qualidade mais orientados para os objectivos das práticas de cuidar e para o diálogo interdisciplinar com os outros profissionais.

Este conjunto de posições é ilustrativo dos conflitos subjectivos provocados pela dualidade de papéis – entre a gestão e os cuidados, com a separação dos indicadores de gestão dos

indicadores dos serviços – que os enfermeiros são chamadas a desempenhar enquanto gestores e profissionais:

“O que eu vejo na nova política de saúde em relação à avaliação e desempenho acho que vai melhorar bastante os incentivos às pessoas, porque antes era satisfaz ou não satisfaz, agora é se as pessoas atingem ou não os objectivos. E são avaliações mensuráveis, quantitativas, acho que tem que haver da parte do avaliador uma certa justiça e isenção, e tem que haver um grande acompanhamento por parte dos avaliados, se não vai haver injustiças na avaliação (...) Mas acho que devia de haver indicadores de qualidade, eu pretendo que os enfermeiros consigam atingir estes objectivos, e depois tinha vários níveis: ou atingiu plenamente ou não para eu poder quantificar, isso ajudava muito mais na avaliação (...)” (Ent. 48E)

É possível observar, ainda, outras posições de relativização do impacto da avaliação nos profissionais, nomeadamente ao nível da utilização de indicadores mais consensuais e, por isso mesmo, menos susceptíveis de provocar divisões e mal-estar. Um desses indicadores é a assiduidade e os outros deveriam ser definidos numa maior proximidade em relação às práticas de cuidados ao nível do ‘factor humano’.

“Ainda não está definido, mas nós criámos critérios que nos vão permitir saber qual é o comportamento de cada um: a vertente humana, em primeiro lugar, em segundo, um ponto muito importante, na minha óptica, que é a assiduidade, portanto, eu estes dois pontos não perdo. Depois há também a vertente humana.” (Ent. 6A)

Por último, alguns dos enfermeiros entrevistados assumiram uma postura crítica face à implementação do novo sistema de avaliação nos hospitais empresarializados. Mas estes juízos críticos apresentam igualmente várias tonalidades:

i) a rejeição de indicadores de desempenho quantitativos, ligados aos objectivos definidos pela unidade de missão (estrutura intermédia criada pelo governo para regular os hospitais empresarializados), e a adesão a um tipo de avaliação mais qualitativa e, provavelmente, mais centrada no trabalho de enfermagem:

“A quantidade tem risco e quando nós escolhemos dois ou três objectivos de acordo com as orientações da unidade de missão, obviamente que nos médicos é muito fácil medir a quantidade. Há riscos se se mede só a quantidade, e muitos, mas nos outros profissionais temos de ir mais por indicadores de desempenho. Uma avaliação mais qualitativa do que quantitativa.” (Ent. 2B)

ii) o reconhecimento da dificuldade, ou mesmo da impossibilidade em quantificar de acordo com os objectivos pré-definidos, em abranger a totalidade do campo de acção dos enfermeiros e em evitar conflitos entre profissionais:

“Eu estou um bocado céptica também em relação ao nosso sistema de avaliação porque acho que as coisas não são devidamente acauteladas. Os objectivos não são devidamente mensuráveis nem devidamente transparentes e nós temos, à partida, de cumprir objectivos do tipo X% tem de ter excelente, X% tem de ter muito bom, e não podemos ser justos porque temos de encaixar tudo e depois não há coisas minimamente mensuráveis (...) Onde é que

estão as coisas mensuráveis, como é que se vão criar estes mecanismos de avaliação. Isso é que me preocupa. Acho que vai haver muita injustiça nisso (...) ainda estou muito céptica, até porque os objectivos ainda não estão traçados e há uma série de coisas que fazem surgir muitos conflitos ligados à avaliação de desempenho” (Ent. 24B)

iii) a interferência da avaliação no relacionamento entre os enfermeiros quando estão em jogo incentivos monetários:

“Isso a mim é uma coisa que me está a preocupar imenso, e eu, aqui há tempos, disse mesmo assim “se eu pudesse, ia já para a reforma”. Não quero assumir essa responsabilidade, vai ser extremamente complicado. De momento, é aquilo que me preocupa (...) é a mudança da avaliação de desempenho e...porque interfere com o relacionamento, não é?...pronto e com incentivos e com...com dinheiro.(...) Nós vamos ter que definir indicadores de produtividade até ao final de Setembro, indicadores comportamentais e objectivos ...para cada Serviço e eu penso que, depois, os enfermeiros não andarão muito longe disso.” (Ent. 17B)

iv) a complexidade e exequibilidade do novo sistema de avaliação que impõe avaliações mensais para os enfermeiros recrutados segundo modalidades de contratualização individual:

“É assim, neste momento, a avaliação de desempenho tem a ver com os incentivos, porque têm incentivos de produtividade em que os enfermeiros que estão com contrato individual de trabalho, enfermeiros e não só, e auxiliares, é feita uma avaliação mensal que eu acho que é um bocado complicada, é muita gente para fazer uma avaliação. Então é assim se eu fosse fazer a avaliação como deve ser a avaliação tem vários parâmetros: não satisfaz, satisfaz e satisfaz plenamente, eles para terem os incentivos têm que ter todos os itens satisfaz. Portanto, eu parto do princípio que satisfazem todos, se eu não dou satisfaz plenamente no dia em que eu me sentar com cada um e ver item por item onde é que eles satisfazem plenamente, então eu também tenho que ver o não satisfaz, são 70 pessoas todos os meses. Quero dizer, o tempo não me chega para isso é impraticável mesmo, só que há situações em que realmente eles têm que mudar, e quando realmente as coisas ultrapassam aquilo que eu acho que é o limite do bom senso e que realmente acho que não deve ser aquilo que eles estão a fazer.” (Ent. 40D)

Em síntese, as principais questões com as quais os enfermeiros com funções de gestão se confrontam no desempenho dos seus papéis de regulação e controlo do trabalho profissional, com base na avaliação, são as seguintes:

- a complexidade dos sistemas de avaliação, sobretudo quando, como no caso dos hospitais empresarializados, coexistem dois sistemas ligados ao estatuto profissional dos enfermeiros (função pública e novo regime de contrato individual de trabalho);

- a submissão da avaliação aos objectivos da organização, normalmente definidos no campo da gestão, que podem ser contrastantes em relação aos objectivos dos serviços e/ou das actividades de cuidar;

- a dificuldade em lidar com os factores de perturbação no grupo profissional, decorrentes da implementação da avaliação (avaliação dos resultados ligada a incentivos e à contratualização);

- a existência de reinterpretações e/ou de modelos individuais de avaliação que podem entrar em conflito com os modelos organizacionais e de gestão;

- a contradição e/ou desfasamento entre os indicadores de gestão – dominantes na avaliação pelos resultados – e os indicadores ligados à qualidade dos cuidados (menor valorização ou mesmo desvalorização destes indicadores).

A forma como os sistemas de avaliação são abordados e apreendidos pelos enfermeiros com funções de gestão reflecte a forma como cada profissional interpreta os seus papéis. Há reprodução de papéis, de acordo com as expectativas formuladas por parte da organização (gestão de topo), mas, também, se observa uma tentativa de extensão e a reinterpretção de papéis, e das responsabilidades de gestão e profissionais que a acompanham, processo que constitui sempre uma potencial fonte de conflitos e de tensões entre papéis.

2.3 *Socialização Profissional*

Embora, como se viu antes, em particular no caso dos hospitais empresarializados, a influência da NGP tenha, eventualmente, abalado a hierarquia tradicional da enfermagem, esta continua a estar presente nas práticas organizacionais e a constituir um dos elementos estruturantes da jurisdição da profissão nos cuidados.

Os enfermeiros, situados nos patamares hierárquicos superiores da profissão, exercem um poder visível de regulação e vigilância sobre o trabalho dos outros membros da profissão, em particular o poder de intervir activamente na socialização dos novos profissionais. Trata-se de um processo de extensão de papéis, com a assunção de responsabilidades pela integração destes novos profissionais (embora no quadro das tradições da profissão) nos contextos do trabalho hospitalar. Tal significa, também, a existência de tentativas para manter um papel importante na educação/formação em serviço na enfermagem.

Os papéis que os enfermeiros procuram manter e/ou desenvolver na socialização profissional podem comportar dimensões informais – apoio através de interacções informais e de *feedback* sobre a profissão em que os enfermeiros assumem papéis de mentores e de *coaching* – e dimensões formais relacionadas com a formação certificada desenvolvida em serviço.

Em geral, os enfermeiros entrevistados afirmaram assumir um papel activo na socialização profissional dos enfermeiros mais novos, quer ao nível da integração organizacional e da ‘iniciação’ à profissão, quer como mediadores no relacionamento entre as várias gerações de profissionais e/ou facilitadores da criação de um bom ambiente de trabalho nos serviços e nas equipas.

No primeiro caso – integração e ‘iniciação’ profissional – alguns enfermeiros insistem, com alguma ênfase, na ideia de partilha de experiências e na necessidade de se apresentarem como um modelo de referência para os enfermeiros mais novos, ou ainda para outros enfermeiros oriundos de outros serviços com formas diferentes de trabalhar:

“É a pessoa que à partida deve saber mais do que qualquer outro enfermeiro porque anda ali para orientar, é o enfermeiro-chefe que organiza e ajuda nos projectos de investigação, que ajuda os mais novos, as pessoas que vão iniciar a profissão, que os alerta para determinadas coisas, que os informa.” (Ent. 68F)

No segundo caso – mediação entre gerações e facilitação de um bom ambiente de trabalho – o estabelecimento de novos processos de trabalho e de gestão, resultante da mudança do estatuto dos hospitais públicos para empresarializados, parece ter interferido na forma como os papéis de socialização profissional são desempenhados. Neste contexto, trata-se de uma re-socialização num novo quadro organizacional e de gestão, que comporta tentativas de mudar as culturas profissionais anteriores de ‘hospital público’ e reconfigurá-las para novas culturas de cariz mais empresarial. Não se está aqui em presença de um discurso crítico sobre este processo de mudança e do seu impacto na desestabilização das culturas profissionais ‘tradicionais’, mas antes de um discurso acrítico sobre as resistências geracionais e funcionais aos novos processos de gestão e de trabalho:

“Esses é que foram mais complicados, nós nem sentimos isso porque abrimos um hospital novo com pessoal novo, que pouco foi o pessoal velho, o pessoal novo está mais nos hospitais...nunca absorveram bem o que é um hospital da função pública e foi muito mais fácil nós conciliarmos tudo, desde as novas gestões empresariais porque eles quase nem se aperceberam (...) É um bocado, é fácil ver que deve ser complicado trabalhar num hospital da função pública agora transformado em SA, deve ser muito complicado. A gente não mudou a mentalidade, 90% dos funcionários foram gente nova, de alguma forma foi prejudicial porque os mais velhos também ensinam muita coisa aos mais novos em termos de atitude, etc.(...) Eu, como tive um tempo grande, consegui que eles fizessem formação teórica e prática, nesta sala precisamente e que ainda alguns se mantêm aí e que foram multiplicadores desta informação porque a mobilidade prejudica um bocado nesse sentido.” (Ent. 35D)

“O que acontece agora é que nós temos muitos serviços com muitos jovens e poucos menos jovens, é uma coisa impressionante eu tenho até essas tais listas que faço, tenho também os anos de serviço. No meu departamento, noutros sei que a coisa é invertida, mas eu, tenho, para aí, uns 70% de profissionais de 8 anos para menos e se for de 1 ano eu tenho para aí, 60% dos meus serviços. Portanto, para nós isto tem as duas vertentes. Tem a vertente de que podemos fazer mudanças, que neste momento temos de implementar também no que respeita à enfermagem que tem novos métodos de trabalho a ser implementados e aí facilita um pouco porque as pessoas são mais jovens e mais abertas, ainda há pouco tempo acabaram de estudar e têm as coisas mais presentes.” (Ent. 9A)

Uma das formas mais poderosas, que configura estes processos de socialização, expressa-se nos modelos de referência de papel (*role modelling*), que assumem que as competências, conhecimentos e comportamentos são adquiridos através da observação do comportamento dos que já estão inseridos na profissão. É também este processo que permite a perpetuação das normas e valores profissionais, com base num processo de interiorização dos valores dos modelos de referência de papel (Abreu, 2001; Mackintosh, 2000). Alguns dos nossos entrevistados demonstram a vontade de desempenhar este papel de referência, como as seguintes afirmações ilustram:

“Tenho um grupo na medicina que é um grupo muito jovem em que a maior parte dos enfermeiros está a sair da escola ou tem dois, três anos de serviço, o que eu quero é adaptá-los à profissão e integrá-los. Eu quero que eles se sintam capazes de desempenhar, ter um espírito crítico e reflectir naquilo que estão a fazer que eu acho que é muito importante, para caracterizar a nossa profissão.” (Ent. 79J)

“E, às vezes, é desgastante. E as pessoas mais novas, aquilo que eu procuro muitas vezes, é que as mais velhas protejam as mais novas, têm obrigação disso. Têm obrigação de proteger no sentido em que têm outra experiência. Não só para lhes dar apoio se elas necessitam, perante uma situação, e que têm que pôr uma situação a nível clínico, a nível de observação da criança, aquilo que elas acham e como também, às vezes, do reverso, de achar que é um bocado indiferente, que as pessoas não lhe ligam.” (Ent. 70F)

É este papel de modelo, como Smith e Gray (2000) ou Wilson Abreu (2001) concluíram, que faz com que os formadores, no contexto de trabalho, desempenhem um papel mais determinante na forma como os alunos exercem, mais tarde, a sua profissão, do que o papel desempenhado pelos professores que intervieram na sua formação académica inicial.

Em suma, no que respeita aos enfermeiros que deram alguma ênfase a este tema, alguns assumem-se, claramente, como agentes de mudança, no quadro do novo modelo de gestão hospitalar implementada nos hospitais. Tal como em estudos anteriores, também aqui se conclui que os enfermeiros com funções de gestão percebem a sua posição como de modelo de referência de papel, facilitador e agente de mudança (Simms, Price & Pfoutz, 1985). Mas, é necessário não perder de vista que, em resultado da reestruturação dos serviços, os enfermeiros com funções de gestão são chamados a supervisionar um número maior de profissionais, o que é susceptível de induzir pressões para acelerar a transição (e os conflitos) entre as tarefas ‘tradicionais’ e as ‘novas’ tarefas.

2.4 Gestão e Mediação de Conflitos

A gestão e a mediação de conflitos emergem no discurso dos enfermeiros com funções de gestão como uma das suas preocupações mais em evidência em relação à organização dos serviços e dos cuidados. Estes enfermeiros declaram passar uma boa parte do seu tempo quotidiano envolvidos neste tipo de processos nas organizações hospitalares, considerando-o como sendo uma componente fundamental do seu desempenho de papéis no âmbito da gestão de recursos humanos.

A este nível da sua intervenção, há tensões que se manifestam no relacionamento com os outros profissionais, e que parecem constituir um obstáculo importante para o desenvolvimento quotidiano do trabalho em conjunto, tensões que decorrem, em parte, do facto das actividades desempenhadas por estes enfermeiros se inserirem num contexto de administração de rotinas. Regra geral, este contexto não contempla uma ‘gestão previsional’ e, por isso mesmo, a

imprevisibilidade e a incerteza das decisões tomadas são mais elevadas, quando estas resultam de tentativas de resolver incidentes críticos no dia-a-dia envolvendo o 'factor humano':

“Há muitos problemas de relacionamento e nós passamos muito do nosso tempo a tentar resolver isso, ou porque foi a enfermeira que foi agressiva com a outra, ou porque fez isto, ou porque vem fazer queixa disto e agora vem fazer queixa daquilo.” (Ent. 36D)

“Nós, por exemplo, se há pessoas que faltam nós temos de cobrir as faltas, porque não se pode ficar desfalcado em termos de serviço, é gerir essas incompatibilidades, é gerir conflitos entre eles, depois coisas que não estejam bem, as pessoas não estão satisfeitas, gerir a insatisfação, é muito complicado (...) Tenho de ponderar e ser mais autoritária, tenho de desenvolver a minha autoridade, penso eu. Tenho de desenvolver essa competência. Gerir conflitos é muito complicado e eu tenho de tentar desenvolver essa área de aptidão. Tenho de investir.” (Ent. 58G)

Apesar da gestão e mediação de conflitos surgir como a actividade que a quase totalidade dos entrevistados percepciona como sendo a que ocupa a maior parte do seu tempo, no caso dos hospitais empresarializados parecem desenvolver-se factores que potenciam esta situação. É possível que uma boa parte dos conflitos, com a sua raiz nas tensões vividas no quotidiano nestas instituições, possa ser endossada às alterações introduzidas na sua organização e racionalidade de gestão, com consequências evidentes para a distorção dos canais habituais de comunicação e dos procedimentos burocráticos:

“A gestão de conflitos, lidar com as pessoas é muito difícil, não é pedir materiais, não é organizar um serviço em termos de equipamentos, é os conflitos constantes dentro duma equipa.(...) Há sempre a resistência à mudança, há sempre o não colaborar, e isso é muito complicado, este desgaste é muito complicado, e é uma constante, quando pensamos que os problemas acabaram há sempre outra coisa que surge.” (Ent. 80J)

Por outro lado, as tentativas de extensão de papéis, que resultam de um maior envolvimento dos enfermeiros na gestão de recursos humanos, podem contribuir também para a erosão do trabalho relacional com os pares e outros profissionais. A intervenção activa dos enfermeiros na gestão de conflitos é ilustrativa da dificuldade em enfrentar situações de ambiguidade e de sobrecarga que decorrem dessas tentativas de extensão de papéis. Mas, surgem, também, como resultado das clivagens internas que a introdução de uma nova cultura de gestão promove na profissão, e ainda, invariavelmente do aumento da competição entre serviços:

“Conflitos, ora bem, se calhar não são conflitos, se calhar não é bem este o termo. Por vezes não são conflitos, são pessoas que não querem estar num serviço e que querem ir para outro. Mas há conflitos internos entre serviços e nós temos de racionalizar, outras vezes, orientar as chefias para fazer planos de trabalho, como deverão aproveitar melhor as pessoas.” (Ent. 6A)

Alguns dos enfermeiros procedem a distinções importantes entre os conflitos inerentes ao funcionamento dos hospitais enquanto organização e os que traduzem entropias. Como sublinham dois enfermeiros (hospitais empresarializados):

“Isso obriga-nos depois a tomar opções no nosso dia-a-dia, não é? Mesmo quando nós estamos a estudar, nunca é possível o Serviço, dar aquilo que poderíamos ter por Lei.

Portanto, temos que estar sempre a negociar e estou a dizer isto como.....como aluna e agora como gestora, no fundo, do Serviço que temos que estar constantemente a negociar. É um negócio permanente... estamos em negócios permanentes quer como profissionais quer agora na outra, na outra posição, acho que isso é o que é mais preocupante enfim.” (Ent. 31C)

“Ou eu estou bem e aceito, numa boa regra democrática aceito a decisão, apesar de não concordar com ela, ou então quando houver alguma coisa que esteja em desacordo com a minha forma de estar e que entre em desacordo com a minha dignidade profissional, a minha dignidade pessoal, que esteja em absoluto desacordo com os meus princípios, nesse mesmo momento eu saio do departamento. O conflito a existir, podemos ter opiniões diferentes e eu tenho de aceitar as dos outros e os outros as minhas, mas o conflito, a existir, no seu ponto mais extenso deixará de existir.” (Ent. 7A)

Mas, para outros actores os conflitos emergem porque, fundamentalmente, reflectem um conjunto de interesses divergentes que se desenvolvem no interior do grupo profissional de enfermagem ou na relação inter-grupos profissionais. Neste contexto, os papéis de mediação de conflitos abrangem a manifestação de diferentes posições no interior do grupo profissional e na relação inter-grupo, apresentando-se, desta forma, também como uma oportunidade de alargamento da jurisdição profissional:

“Há dias que estão claramente preenchidos com uma agenda muito cheia e que não dá para nada e que tem de se distribuir aquilo que já não se cumpre, a parte dos conflitos é a mais complicada de gerir, pode ser que agora com o processo de acreditação alguns desses problemas possam desaparecer. Estes conflitos não são inter-pessoas, são inter-serviços e inter-profissionais. Os problemas surgem muito entre as profissões dos médicos e dos enfermeiros por causa das áreas cinzentas.” (Ent. 4D)

“É talvez, dentro do meu dia-a-dia aquilo que mais faço é gerir recursos humanos, é gerir conflitos, se calhar 70 a 80% do meu tempo, o que eu faço é gestão de conflitos. Porque há realmente conflitos a gerir (...). Sei lá, eu acho que é mais preponderante a questão dos recursos humanos, mas a gestão de materiais e outro tipo de conflitos também me diz respeito. É muito amplo e vasto o meu campo de actuação. Também estou no hospital há muitos anos e sou a pessoa no conselho que mais conhece o hospital, os outros elementos não conhecem tão bem a realidade. (...) Se o hospital pretende mudar a sua estrutura tem de envolver os enfermeiros, ninguém faz nada sem enfermeiros mas também nenhum enfermeiro faz nada sem o médico mas, também, nenhum médico faz nada sem o enfermeiro, é um trabalho de equipa e, pelo menos até ao momento, não tenho sentido que isso seja difícil.” (Ent. 2B)

Em síntese, talvez o significado mais relevante que pode ser extraído do discurso dos enfermeiros sobre o papel de mediação de conflitos se relacione com o facto de estes terem de se envolver em negociações constantes sobre a reinterpretação, por um lado, das novas estruturas profissionais impostas pela nova gestão e, por outro, das transformações organizacionais ocorridas nos hospitais, em particular nos empresarializados. Nesta reinterpretação parecem emergir comportamentos de resistência mas, também, de acomodação em relação às mudanças reais e simbólicas que decorrem dessas transformações. A forma como os enfermeiros lidam com estas mudanças, ao nível do seu desempenho de papéis, manifesta-se na assunção discursiva de

comportamentos relacionados com, por exemplo, o estabelecimento de um diálogo de proximidade com os outros profissionais, a sua exposição como modelo, ou a ‘oferta’ de modelos pessoais de boas práticas, e o poder de identificar e diagnosticar as necessidades de desenvolvimento profissional do seu grupo.

2.5 Líder Profissional

No conjunto de entrevistas analisadas, foi também possível detectar que uma parte dos enfermeiros com funções de gestão continuam a valorizar o papel de líder profissional, visível no seu envolvimento activo no ambiente da prestação de cuidados nas enfermarias. Estes actores acreditam que o seu *background* de prática clínica lhes permite adquirir alguma legitimidade perante os seus subordinados, organizar os serviços de forma adequada e serem os representantes ou a voz dos outros enfermeiros para o exterior (Simms et al., 1985).

Com efeito, a maioria dos entrevistados identifica, como parte das suas atribuições, a assunção de um papel de líder que resulta de expectativas cruzadas com os profissionais que estão em posição de subalternidade. A incorporação da liderança surge, sobretudo, por referência ao conceito de ‘modelo de papel’, a que fizemos menção anteriormente (Mackintosh, 2000).

Esta interiorização de papéis apoia-se, frequentemente, no estatuto profissional adquirido de ‘enfermeiro especialista’ no âmbito de uma dada disciplina ou especialidade. O papel de coordenação de cuidados, que os enfermeiros dizem querer continuar a desempenhar, é legitimado pela sua aquisição de conhecimentos e competências especializadas que, enquanto especialistas, sentem a obrigação de disseminar e de mobilizar na organização dos cuidados.

Do enfermeiro especialista espera-se (em particular os outros membros da profissão), que também lidere, numa óptica profissional, os serviços pelos quais é responsável, para além das suas funções administrativas e de gestão. Coloca-se, então, a questão de saber se os enfermeiros com funções de gestão mantêm como referência os valores do processo de cuidar, e se esta identidade de valores conflitua com a sua posição na hierarquia de gestão dos hospitais.

Em várias entrevistas é possível perceber no discurso a vontade de manter ou de expandir os papéis de liderança profissional na organização dos cuidados, isto é, de procurar ser o porta-voz dos colegas e, até do próprio serviço:

“Quando estava como enfermeira especialista prestava os meus cuidados e depois pensava: “prestei os meus cuidados, o doente ficou bem, passei o turno ao meu colega, o colega agora assumiu” mas como chefe temos outras responsabilidades porque temos de dar a cara pelo serviço todo, na altura só dava pelos doentes pelos quais eu era responsável, agora tenho de dar a cara pelos colegas, pelo serviço inteiro e a gente preocupa-se.” (Ent. 58G)

Mas, em alguns dos casos analisados, essa liderança pode não estar alicerçada no conhecimento e no “saber-fazer” profissional, mas no conhecimento e no “saber-fazer” da gestão.

“O meu objectivo era a especialidade porque o meu sonho era ser uma enfermeira com valor, não uma enfermeira com aquele reconhecimento social das grandes personalidades, não para proveito próprio individual, mas muito mais que o meu trabalho passasse despercebido mas que dignificasse a profissão, não a pessoa individualmente mas a profissão. (...) Depois recrutei uma equipa para liderar com muitas dificuldades porque era algo de novo e as pessoas tinham medo de vir trabalhar com bebés tão pequeninos e tão exigentes.” (Ent. 33C)

Contudo, muitos enfermeiros têm a consciência de que as funções de gestão que desenvolvem os afastam dos outros profissionais, e este afastamento é subjectivamente vivido de forma conflitual. Um dos enfermeiros sublinha mesmo que se sente mediador e/ou amortecedor das mudanças ocorridas nos hospitais:

“Não está o chefe cá em cima e o resto por baixo, não é como na minha altura que havia uma grande distância entre nós e o chefe, se o chefe dizia que era assim nós mesmo se não concordássemos tínhamos que acatar. (...) O meu gabinete acaba muitas vezes por ser um confessional, isso depende das pessoas, da equipa e do chefe, mas, também, funcionamos muito como conselheiros, independentemente de problemas aqui funcionamos muito com bom senso. (...) Normalmente a primeira reacção deles é saber se eu tenho conhecimento das novas mudanças, como eu tenho semanalmente reunião com eles que é à quinta-feira, dia da nossa reunião, vou expondo mais ou menos dentro daquilo que sei. Nós sabemos que resistir à mudança é próprio do ser humano, e as pessoas ficam sempre muito preocupadas com o que lhes vai acontecer, normalmente se nós sabemos dizemos que aconteceu isto ou aquilo mas que tenham calma que as coisas vão ser resolvidas, não se precipitem e acaba por acalmar” (Ent. 36D)

Neste contexto, as preocupações manifestadas por alguns destes profissionais são, então, a necessidade de reconstruir a liderança profissional em torno das equipas e da aceitação pelos outros colegas.

“Quando tirei a especialidade já estava a pensar em exercer alguma liderança de equipas em termos de competências técnicas e científicas. A liderança de serviço aconteceu porque, não sei bem (...) Uma das maiores dificuldades foi o reconhecimento como líder, porque eu como já trabalhava no bloco, é muito difícil para as pessoas assumirem-me como colega que trabalha ao lado e depois inverter-se, de um momento para o outro, e aparecer o líder que não é só o chefe e essa transição tive de a gerir.” (Ent. 57G)

Algumas destas posições parecem indiciar que a procura de aceitação e legitimação das funções destes enfermeiros passa, eventualmente, pelo desempenho de papéis de inter-ajuda – pessoal e profissional – de facilitação e de motivação, que o relato da experiência do seguinte enfermeiro reforça:

“Saber se eles realmente fizeram os registos, como é que comunicam, tenho de atender os enfermeiros que são muitos, são 70 e tal, têm as suas necessidades e têm de conversar comigo, expor os seus problemas. Sou muito solicitada e perco muito tempo e uma grande parte a falar com eles. (...) Às vezes vou para casa e penso realmente não tive filhos, mas tenho uma família muito grande porque mesmo os desabafos pessoais eles abrem-se muito e eu tento resolver dentro das minhas possibilidades porque também já lá estou há muitos anos e eles tocam-me fundo (...) Um líder ou um chefe que está na gestão também tem de ter em conta se o pessoal que está nos serviços, se se sente bem, que não esteja a trabalhar contrariado, que sintam que apesar de nós lhe exigirmos também lhe damos apoio e também os ajudamos até na sua vida particular e na vida profissional, quando trabalham noutro lado a

gente tenta conciliar, gerir as coisas de forma a que eles se sintam satisfeitos para não termos absentismo.” (Ent. 10A)

A liderança profissional pressupõe também, preservar a organização interna do trabalho de enfermagem em relação a possíveis interferências externas, quer ao nível político, quer ao nível organizacional.

“Eu acho que tenho algum perfil para a liderança e gosto. Tenho já alguma experiência porque tenho trabalhado com grupos de jovens e considero que tenho algum perfil, não direi o ideal, mas tenho algum perfil para a liderança.(...) Hoje em dia, o que eu considero mais difícil na liderança de um serviço é mesmo a GRH. É conhecer as pessoas, trabalhar com as pessoas, é fazer com que as pessoas todas trabalhem de acordo com o mesmo objectivo, é muito difícil às vezes conseguir isso.(...) Porque há sempre coisas que se vão implementando e eu não tenho reuniões com a equipa toda todos os dias e é neste espaço da manhã que converso com eles sobre novidades, discutimos também coisas sobre o que se passa na comunicação social sobre a saúde, sobre taxas moderadoras e essas coisas que se têm vindo a discutir. (...) Mas eu continuo a acreditar que isto é uma fase e que tudo se vai resolver, vamos continuar a desenvolver a profissão e tenho motivado a equipa nos últimos tempos sobre aquilo que se tem escrito para poder vir a ser posto em prática nas SA para toda a gente estar preparada para poder fundamentar e discutir se formos chamados para isso. (...)” (Ent. 32C)

Em suma, os enfermeiros entrevistados parecem continuar a atribuir uma grande importância às interações nos serviços, embora tal seja mais evidente no que respeita aos membros do seu grupo profissional do que em relação a outros profissionais, particularmente os médicos e gestores. Procuram, sobretudo, ser líderes num grupo de pares. Em termos concretos, o exercício dos papéis de liderança apoia-se em várias modalidades de interação: incentivo para a realização de reuniões formais e informais entre profissionais, retorno construtivo de informação sobre a gestão e a organização dos cuidados e desempenho de papéis de mentor nos diversos contactos quotidianos estabelecidos com os outros enfermeiros.

2.6 Trabalho em Equipa

A organização e regulação do trabalho profissional integra, também, um conjunto de situações, descritas pelos enfermeiros, que denota a existência de papéis de coordenação ao nível das equipas de trabalho. A concretização destes papéis assume uma importância considerável para estes profissionais. Verifica-se, de facto, que alguns enfermeiros entrevistados valorizam predominantemente a importância concedida às equipas de trabalho como meio privilegiado de organizar os cuidados. Esta valorização poderá ser interpretada como uma tentativa para reconstruir um sistema de regulação e controlo do trabalho profissional próximo de formas mais tradicionais identificadas com a colegialidade.

Por vezes, estas equipas são idealizadas através da enfatização do discurso em expressões relacionadas com a comunhão de interesses e a ausência de conflitos, o que denota a preocupação destes enfermeiros em criar um ambiente de cuidados apoiante e harmonioso (Bellman, 2001):

“(...) temos que pensar que estamos dentro duma equipa, que temos que ter um bom relacionamento dentro da equipa porque não é só trabalhar cá dentro. (...) Não faças isso, resolve desta forma, acabamos por ser muito conselheiros, para além de que a equipa precisa muito de nós, quer quase todas as classes que estão cá dentro e depois todo o resto de gestão que nos exige. (...) e quando temos uma equipa que nos ajuda e que reconhece o nosso trabalho é bom para nós porque no fundo o facto de nós envolvermos a equipa na gestão de uma forma participativa também acabamos por tirar alguma vantagem disso. Tenho um grupo muito bom que me ajuda, e eu também procuro ajudá-los o mais que posso, acabo por ter um relacionamento com eles muito bom, é o serviço que tem mais pedidos de transferência para aqui dentro do hospital.” (Ent. 36D)

Mas, emergem, também, algumas ambiguidades na coordenação das equipas de trabalho, em particular no que respeita ao seu funcionamento interno. As dinâmicas colectivas anteriores, mais assentes na colegialidade e na partilha dos problemas e da decisão, parecem, em alguns dos casos, ter sido substituídas por uma maior concentração de poder no ‘líder’ da equipa;

“Perdeu-se muito o sentido de equipa que as pessoas tinham adquirido e que neste momento perderam porque vêm a pessoa não como antigamente como com o anterior director de serviço que era um líder, era a pessoa a quem poderiam recorrer e que sabia o que estava a fazer e que defendia o serviço.(...) Aquilo antes era mais como um órgão colegial onde havia observação e análise e, neste momento, elas identificam-no mais como alguém que tem o poder.” (Ent. 57G)

ou por um recuo na participação dos profissionais na discussão e no processo de tomada de decisão ao nível local (serviços);

“Sempre foram estas e aliás ainda hoje sinto, porque eu tenho muita dificuldade em fazer um trabalho que não seja em grupo, e nem tudo, a maior parte das vezes as chefias que mais tempo levam são as que têm menos trabalho em grupo. É esta a experiência que eu tenho, e isso é o desgaste maior do enfermeiro-chefe quando ele não tem capacidade de trabalhar individualmente, quando precisa de grupo para trabalhar, acho que é essa a maior dificuldade.(...) Isto é assim, nós nesta altura temos que fazer as nossas opções, negociar o melhor possível os contratos e depois passar assim desta forma ligeira se é que é, sei que é assim que temos que trabalhar, e essa é a parte mais difícil das chefias que são chefias de carreira, estão habituados a estabelecer com a sua equipa uma boa relação do trabalho.” (Ent. 37D)

Por outro lado, surgem também vários juízos críticos a propósito da dificuldade encontrada pelos enfermeiros em organizar as equipas, tendo em conta a excessiva mobilidade dos enfermeiros, a inadaptação de alguns, a existência de escassos incentivos e a diversidade da composição das equipas:

“Os meus grandes objectivos nesta fase que estou agora, que estou numa fase de consolidação, um bocadinho, da equipa. Querer ter uma equipa estável porque infelizmente há uma entrada e saída frequente de enfermeiros, ou porque não se adaptam, é em todo o Hospital, ou porque não se criam incentivos às pessoas para estarem cá...nós temos uma entrada frequente de enfermeiros e eu gostava de primeiro tentar consolidar. Ter equipa fixa

e depois queria dinamizar a equipa em termos de trabalho, grupos de trabalho. (...) Há projectos de serviço, há projectos da instituição, além do incentivo individual que é dado a cada enfermeiro ou a cada profissional e eu quero dinamizar a equipa nesse sentido, mas também estou à espera de saber um pouquinho mais sobre essa proposta, não sei como é que vai ser sobre os incentivos mas nesta fase queria consolidar um bocadinho as coisas, depois avançar para isso.(...) O facto de nós pegarmos nisto e começarmos a divulgar isto noutras hospitais cria uma unidade na equipa e isso tem ajudado a manter alguns valores” (Ent. 28C)

A organização destas equipas constitui um factor importante da profissionalização sobretudo tendo em atenção o seu impacto no desenvolvimento de processos participativos no contexto organizacional (Silva, 2004).

Por último, alguns enfermeiros assumem uma visão pragmática sobre o trabalho em equipa, provavelmente induzida pelos contextos específicos dos serviços onde estão inseridos, já que se trata de serviços onde o trabalho em equipa é essencial para a organização dos cuidados:

“Quando assumi o cargo, eu assumi os objectivos de conseguir ter uma equipa motivada para estar na Urgência e, para isso, eu teria que me encarregar de conhecer as suas necessidades, o que é que esperavam de mim também? Mas sinto que consegui que a equipa fosse uma equipa motivada e conseguir que essa equipa, aos poucos e poucos, dentro de vários aspectos, fosse caminhando no sentido de o doente se sentir satisfeito e ter os melhores cuidados dentro do Serviço de Urgência porque é um Serviço à partida problemático em todos os hospitais. O Serviço de Urgência é nevrálgico a esse ponto. A Urgência é o ponto nevrálgico do hospital e sermos capazes de conseguir ter um bom atendimento, que o doente seja se sinta satisfeito com os cuidados que prestamos e que reconheça o nosso trabalho foram assim aspectos importantes.” (Ent. 31C)

Em termos gerais, podemos concluir que o trabalho em equipa parece constituir um esteio para os enfermeiros na resolução de várias dificuldades provocadas pelas novas mudanças introduzidas na organização e funcionamento dos hospitais, em particular nos hospitais empresarializados. O apelo às relações de ajuda interpessoais e as intenções manifestadas de proceder a algumas transferências horizontais de tarefas, tendo em vista a procura de uma certa harmonização organizacional, constituem exemplos ilustrativos dessas tentativas, pelo menos discursivas, de resolver dissonâncias e restabelecer equilíbrios no desempenho dos papéis pelos enfermeiros com funções de gestão.

2.7 Supervisão de Cuidados

Temos vindo a salientar, ao longo deste trabalho, o papel fundamental dos cuidados e das actividades de cuidar na estruturação das ideologias e do trabalho dos enfermeiros. O que se verifica na prática, e que este tema traduz, é que mesmo quando ocupam funções de gestão os enfermeiros têm a percepção que a maior parte do seu tempo é ocupado com funções de ‘cuidados clínicos’, sendo este conceito eleito como o principal referencial para guiar todas as funções destes profissionais nas diversas actividades que desempenham (Bolton, 2005a,b; Drach-Zahavy &

Dagan, 2002). Assim, é possível que a principal referência das práticas dos enfermeiros com funções de gestão continue a ser o cuidar. Drach-Zahavy e Dagan afirmam a este respeito:

(...) como os enfermeiros em posições de gestão são profissionais com uma extensiva experiência clínica, possivelmente trazem com eles para os papéis de gestão uma forte tendência para continuarem a funcionar como no passado. Além disso, estas funções estão impregnadas num conjunto de valores como o envolvimento humano nos cuidados, a cooperação, a preocupação, a empatia e uma orientação para a qualidade dos cuidados que são centrais para as suas percepções acerca do trabalho, e que continuam a guiar a sua forma de funcionar como gestores (Drach-Zahavy & Dagan, 2002, p. 25).

Em parte, este envolvimento nas actividades de cuidar decorre, igualmente, da visão que os enfermeiros entrevistados constroem sobre as expectativas dos restantes enfermeiros da equipa, que são, aliás, salientadas quando, por diversas vezes, nos afirmam que a legitimidade das funções que exercem se devem basear no maior conhecimento de uma dada área específica. Tal poderá traduzir a existência de uma cultura na profissão que valoriza a prática clínica em relação a outras práticas na enfermagem, o que se justifica por referência à persistência do domínio do modelo biomédico.

Transparece, da análise das entrevistas, que os enfermeiros incluídos na nossa amostra tomam a iniciativa de participar directamente na organização dos cuidados, talvez com o objectivo de garantir a sua qualidade. Neste contexto, estes enfermeiros podem apresentar-se como um modelo de desempenho, também, nos papéis clínicos. Com este propósito realizam com frequência visitas às áreas clínicas onde, por vezes, ‘dão uma mão’ em situações especiais, como a falta de pessoal ou o excesso de trabalho. No fundo, procuram manter a sua visibilidade na área clínica, estendendo os seus papéis de supervisão à realização dos cuidados:

“Eu tento que isso não aconteça, por norma monitorizo sempre os registos de enfermagem, os cuidados, eu colaboro com eles na prestação de cuidados, de vez em quando durante o turno da manhã, vou colaborar nos cuidados com eles. Vejo sempre com o enfermeiro responsável erros de terapêutica, confiro sempre com o médico de serviço os registos e consigo monitorizar os cuidados que eles prestam aos doentes.” (Ent. 49E)

Mas, as actividades de gestão e planeamento de cuidados mantêm-se dominantes e a intervenção directa nos actos clínicos, durante os processos de supervisão, constituem uma excepção. A afirmação a seguir apresentada ilustra bem este trabalho de supervisão:

“Eu não faço só enfermagem. Aí é que está a minha dificuldade e o meu grande preço e a minha sobrecarga (...) Faço de enfermeiro porque giro, faço a gestão dos enfermeiros que tenho a meu cargo e faço a gestão dos enfermeiros pelas salas porque eu tenho uma técnica própria. (...) Faço de gestor de cuidados de qualidade porque ando sempre atento aos doentes que entram, aos doentes que saem, procuro saber os cuidados de enfermagem que eles estão a ter, se estão ou não adequados, tenho pensos, eu vou ver os pensos, vou ver o plano traçado dos pensos, se está bem, se está mal...se pode ser melhorado ou não. E falo com eles e troco e mudo e isso. Falo com os doentes e pergunto se estão satisfeitos, se não estão, se têm dores,

se se queixam, se não se queixam, independentemente de saber que depois, os médicos também vão perguntar. Mas uma coisa são os médicos a perguntar, outra coisa sou eu. Eu também preciso saber por isso também faço aí de enfermeiro.(...) Fiz de manhã das oito até às nove, um bocadinho de Enfermagem que foi passar a visita a todos os doentes e de saber... Todos os dias eu faço isso.” (Ent. 65F)

Os ‘modelos’ pessoais de supervisão detectados nos discursos apresentam alguma diversidade, mas todos remetem para o desempenho de uma certa multiplicidade de papéis e de competências que os enfermeiros, por vezes, sentem dificuldade em articular e objectivar: gerir pessoas, gerir cuidados, comunicar com doentes e assegurar a continuidade dos cuidados:

“A maior parte do tempo é a gerir pessoas, e cuidados também, porque, de facto, nós temos pessoas a cuidar, utilizar as características das pessoas para chegarmos onde nós queremos é o que me ocupa mais tempo. (...) É estar juntamente com os enfermeiros ao pé dos doentes, ensiná-los a fazer coisas, rentabilizar materiais, prestar cuidados, é trabalhar em equipa é o que eu gosto mais de fazer e é o que eu acho que devo fazer.” (Ent. 79J)

Observam-se, igualmente, tentativas dos actores para estabelecer distinções entre a supervisão directa, que corresponde à orientação dos enfermeiros durante a prestação de cuidados, e a gestão, incluindo a gestão de recursos humanos, identificada, por exemplo, com actividades como o planeamento, os horários e o aconselhamento nas práticas:

“(...) a questão da chefia, não é uma questão de poder, nem é estar ali a comandar uma tropa, é uma questão de liderança e de coordenação e a gente para ter isso precisa de estar em sala, também, é preciso o trabalho de observar e de estar e é muito difícil com a carga que a gente faz e ainda com o trabalho que levamos para casa, porque não temos sucesso no serviço para trabalhar, porque há determinados trabalhos que exigem concentração, como a elaboração de horários, que precisamos de estar concentrados sem ninguém a interferir e ali não conseguimos. (...) Acabamos por dar menos atenção a outras áreas, uma que é a gestão dos cuidados de enfermagem, e essa só se consegue com a supervisão directa e estar sempre junto das equipas, e outra é a gestão de recursos humanos que a gente faz em termos de planeamento de horário, em termos de métodos de trabalho, já delegamos nas especialistas e depois a própria relação com a equipa. (...)A de coordenação é a que está mais em cima das equipas, a supervisionar a parte de funcionamento do bloco diário, e também o apoio aos doentes.(...) Depois temos práticas que definimos e recomendamos e depois temos de fazer supervisão, quando em sala há alguma coisa que eu veja que não está a ser bem feita chamo a pessoa e depois conversamos.” (Ent. 57G)

Mas, há, também, a consciência de que a gestão afasta os enfermeiros da prestação de cuidados, embora, para alguns profissionais, esta seja uma actividade mais aliciante:

“Mas basicamente, e eu gostava de ter mais tempo para a área da supervisão, mesmo da prestação de cuidados, (...) A parte que mais me alicia, gosto de desafios novos na gestão, gosto sem dúvida dos recursos humanos em si, do diálogo com o profissional, da troca de impressões, do cuidar do dia-a-dia e o acompanhar deles no dia-a-dia é sem dúvida a parte que eu gostaria mais de fazer. Eu sei que na área da gestão nós ficamos um bocadinho aquém da prestação dos cuidados e do andarmos diariamente a acompanhar os colegas, mas sem dúvida que era essa parte que mais me agradaria.” (Ent. 81J)

Em guisa de conclusão, podemos afirmar que o conceito de cuidar representa um referencial importante para estes profissionais. O exercício das funções de gestão não é concebido

sem a inclusão da supervisão, e mesmo, por vezes, da execução das tarefas de cuidar. Parte da justificação para esta ligação aos cuidados decorre do facto da legitimidade das funções emanar da autoridade profissional. Dito de outro modo, o predomínio de ideologias profissionais, sustentadas no cuidar como referente ideológico central, traduz-se numa maior aceitação da presença de profissionais ‘especialistas nos cuidados’ no exercício das funções de gestão.

3 Papéis de Coordenação e Mediação

Nas nossas entrevistas, foi também possível identificar um conjunto de papéis assumidos pelos enfermeiros que se centram na relação que estabelecem com outros actores envolvidos nos processos de cuidar em meio hospitalar. Com esta categoria procuramos dar conta das actividades que são desenvolvidas neste âmbito, tendo por referência, sobretudo, a interacção com as famílias e com outros profissionais. A interacção com outros profissionais é um tema que surge aqui com contornos bem distintos dos que apresenta a categoria ‘Redefinição do campo profissional’ analisada na dimensão anterior. De facto, o que pretendemos apreender não é tanto a forma como as mudanças organizacionais se traduziram em alterações de forças entre as profissões no campo organizacional, mas antes de que forma as interacções com os restantes actores envolvidos na organização constituem uma componente relevante do trabalho destes enfermeiros e, mais do que isso, de que forma as narrativas construídas em redor destas experiências nos permitem retirar inferências acerca da evolução das concepções de profissão e da influência da NGP nesta evolução.

3.1 *Interacção com as Famílias*

A interacção com a família traduz algumas das contradições e das tensões que identificamos no capítulo teórico entre a NGP e a Nova enfermagem. A nova enfermagem baseia-se na tentativa de promover a autonomia, o estatuto e poder da profissão através do cuidar holístico e do estreitamento da relação com o paciente. Já observamos, anteriormente, que esta é uma das perspectivas ideológicas dominantes nos enfermeiros entrevistados. A interacção com as famílias resulta de uma extensão da ‘preocupação com o doente’. Isto é, aderir a uma concepção holística do cuidar implica uma centração no paciente enquanto ser humano, englobando, por isso, uma preocupação com tudo o que o rodeia, de que a família constitui uma parte fundamental. Esta preocupação pode ser constatada nas seguintes posições manifestadas pelos enfermeiros que definem a inclusão da família quase como parte do próprio processo terapêutico do paciente:

“Depois tenho de ligar à família, a família vem-me cá, aqui reunidos, expõe-me os problemas, depois ligo para o Centro de Saúde da área da residência para falar com a enfermeira-chefe e depois com a enfermeira que faz aquela área de residência com a assistente social, pronto.(...) O que é que eu faço mais? Mais...faço de telefonista...os familiares às vezes querem falar com os doentes ou os doentes querem falar com os familiares. Não têm telemóvel. Dão-me o número de telefone, eu lá ligo para casa, lá levo na

cadeira de rodas, lá falam, lá expõem, muitas vezes têm problemas...agora o cão que está sozinho em casa e eles preocupam-se...(...)” (Ent. 65F)

Da mesma forma que os cuidados surgem como o elemento diferenciador em relação às restantes profissões, também a interacção com a família, enquanto componente do cuidar holístico, serve este propósito:

“Eu penso que sim, é o contacto com os doentes e com os familiares, aquele apoio psicológico que nós damos, eu acho que isso é fundamental e que distingue a enfermagem e é pena que se esteja a perder um bocadinho porque os jovens de hoje ligam mais a outras vertentes e a relacional é muito importante, embora eles depois na prática se vão apercebendo que realmente é importante e começam a ganhar aquela experiência” (Ent. 10A)

Mas, as restrições impostas pela NGP, particularmente no que concerne a uma eficiente gestão das camas, por forma a diminuir o tempo de permanência dos pacientes, melhorar a produtividade e diminuir os custos, faz com que os enfermeiros acabem por relegar para um segundo plano as preocupações com os problemas sociais que subjazem à permanência dos pacientes nas instituições hospitalares. Tal é particularmente notório nas enfermarias de medicina (onde se incluem, muitas vezes os problemas oncológicos) e nos pacientes mais idosos. Assim, diríamos que, em algumas situações, os enfermeiros deixam de ser ‘advogados dos pacientes’ (no sentido de os defenderem perante a organização) para passarem a ser juízes dos familiares (julgam as suas atitudes e comportamentos como contrárias aos ideais que procuram atingir, sem a preocupação de analisar criticamente as questões sociais que lhe subjazem). Wong (2004) havia já salientado esta realidade ao afirmar: “os pacientes são, então, tratados pelos enfermeiros, não como sujeitos individuais, mas como casos com certas condições médicas e qualidades funcionais no sentido *managerialista*” (Wong, 2004, p.7).

É esta ideologia que faz com que os enfermeiros adoptem, muitas vezes sem questionar, a posição de que os pacientes, e as suas famílias, devem ser os responsáveis pela sua própria recuperação, expressando, desta forma, o que diversos autores identificam como uma das consequências da introdução da NGP na saúde: a transferência da responsabilidade pela promoção e defesa da saúde para o cidadão (Clarke & Newman, 1997).

“Tenho alguns crónicos aí que é assim: sai e voltam a entrar passados dois dias mas é porque a família não lhes dá a medicação ou, não lhes dá alimentação e depois dão-lhes as hipoglicémias mas, nesse caso, eu também chamo-os aqui para ter uma conversa com eles.(...) Resulta. Digo que vou apresentar queixa deles. Porque posso fazê-lo. Porque se um doente é diabético, cumpre o regime de medicação e lhe é dada a alimentação, não há justificação para que entre em hipoglicémia. Se é uma vez, tudo bem. Duas vezes, mais ou menos. Três vezes, não. Eu agora apresento queixa no Serviço Social. Desculpe mas eu tenho que apresentar porque é um doente que está a sofrer. E, eles mudam.” (Ent. 65F)

“Principalmente com os familiares porque, às vezes como os nossos doentes vão para casa muito dependentes são rejeitados. Não é bem rejeição, é aquela pressão para ele ficar cá mais tempo e, quando vê que não resulta nada gera-se algum descontentamento porque a família pensa que nós o estamos a empurrar e nós sentimos que eles estão a pensar isso e nós

tentamos explicar que o doente não vai ter melhoras e que pode demorar um mês, um dia ou um ano e que não pode estar um ano internado no hospital, mas as pessoas têm muitos medos” (Ent. 63G)

Este discurso dos enfermeiros traduz alguma pressão para reencaminhar os pacientes para casa, o que representa, de alguma forma, uma tradução das tecnologias de controlo utilizadas pelos hospitais. Como afirma Wong:

Ao darem este passo, tanto os pacientes como os enfermeiros estão a ser reconfigurados para perspectivarem as camas e o tempo de estadia como parte de uma tecnologia política utilizada pelas autoridades hospitalares para perseguir certos objectivos e resultados (...) (Wong, 2004, p. 8).

O discurso dos actores mostra que o papel dos enfermeiros gestores não é apenas o de preparar os familiares para receber os pacientes, mas estende-se, também, à capacidade de introduzir os membros da família numa nova ordem social que os faça aceitar a responsabilidade de cuidar do paciente. É esta nova ordem que traduz uma redefinição das noções socialmente dominantes de doença e da própria instituição hospitalar. Assim, os idosos acamados e até os doentes crónicos deixam de ser configurados como ‘doentes’; por outro lado, assiste-se a uma redefinição dos objectivos e finalidades das instituições hospitalares, que passam a restringir-se ao processo clínico e relegam para outras instituições sociais (como os lares e as instituições de solidariedade) a legitimidade para acolher e ‘tratar’ estes doentes. A expressão desta tendência parece traduzir-se numa penetração e colonização da ideologia *managerialista* na saúde superior à verificada noutros sectores, em particular, no ensino superior (Santiago & Carvalho, 2004; Santiago et al., 2005).

Estas tentativas de ‘reencaminhar o paciente para casa’ e, simultaneamente, alterar as concepções dominantes acerca das instituições hospitalares, podem traduzir-se, na prática, no que Lash e Urry (1994) definiram como a comercialização e a domesticação.

A comercialização expressa a tendência para aplicar a lógica do mercado a serviços antes perspectivados como sendo prestados apenas pelo seu valor social intrínseco (Lash & Urry, 1994), o que se traduz, em última análise, em mudanças na tomada de decisão dos profissionais, no sentido da atribuição de um maior peso às questões da eficiência e do controlo de custos. As prioridades passam a ser os custos e o desempenho, em vez da equidade e do impacto social, como acontecia no regime burocrático-profissional (Colling, 2001).

A domesticação resulta desta lógica de mercado e da tentativa de devolução dos cuidados à família, que poderá traduzir-se no deslocamento do trabalho da esfera pública para a esfera privada, como trabalho não pago, regra geral, efectuado pelas mulheres, o que poderá significar uma

legitimação e reforço do papel tradicional da mulher na sociedade (Clarke & Newman, 1997; Lash & Urry, 1994).

Julgamos que esta reconfiguração poderá, no longo prazo, acarretar algumas desvantagens para a profissão de enfermagem. A tendência que se verifica parece ser a de reaproximar os cuidados do domínio feminino, o que, como tivemos oportunidade de referir na revisão da literatura, é uma das causas do estatuto menor da profissão na divisão social do trabalho na saúde e que a NGP poderá potenciar.

Os enfermeiros que abordam este tema nas entrevistas percebem o seu papel, neste âmbito, como de mediação, entre o doente e o hospital, sustentada na família. Como sublinha Bolton (2004a), a percepção abrangente dos cuidados holísticos pode constituir uma forma de desvio da divisão Taylorista do trabalho nos hospitais, tal como esta divisão tem sido estruturada pela NGP.

3.2 Interação com Outros Profissionais

O desempenho de papéis de coordenação e da gestão das actividades de cuidados pressupõe o estabelecimento de mediações com outros profissionais. A posição intermédia que os enfermeiros com funções de gestão ocupam nos hospitais pode contribuir para o ganho de espaço nas práticas e na profissão. A este respeito, como referem os enfermeiros entrevistados:

“O doente tem de acreditar em nós porque nós somos o filtro de todos os outros trabalhos. Nós filtramos as coisas para ir ao médico e dizer que eventualmente o doente necessita disto ou então ao técnico que lhe vem prestar algum cuidado nós vamos apresentá-lo, nós vamos apoiá-lo porque eles também não o conhecem. Nós somos um pouco o mediador de todos estes actos interdisciplinares e funcionamos aqui um bocado como sinaleiros, nós somos os mediadores de todas estas áreas e o doente ressent-se muito mais se encontrar no enfermeiro ou no técnico, que está mais permanentemente com ele, esse mediador. (...) Se isto fosse partilhado, não, se fosse compartimentado havia, de alguma forma o doente sentia que era um objecto nas mãos dos técnicos e nós enfermeiros somos um bocado o mediador desses comportamentos de todos os técnicos que giram ali à volta do doente.” (Ent. 35D)

“Eu quanto a mim acho que nós devíamos ter um papel mais pró-activo e mais intermediário entre a gestão ou administração do hospital e a gestão dos serviços. Portanto, nós funcionamos quase como o fiel da balança. Temos ordens de cima que temos que qualificar para baixo porque se vierem de cima para baixo nós não somos ouvidos, não são feitas, não se atingem, mas se tiverem assim esta quebra a meio, este filtro a meio do caminho e como somos mais próximos deles conseguimos fazê-los entender.” (Ent. 9A)

Segundo os nossos resultados conseguidos com este tema, podemos considerar que os enfermeiros desenvolvem várias estratégias para alargar o seu espaço de intervenção com base em tentativas:

i) de coordenação do trabalho com outros profissionais fora da esfera do seu próprio grupo, eventualmente na perspectiva de estabelecer relações de parceria,

“Hoje antes de vir fazer a entrevista fui marcar a divulgação do plano de emergência, tive de falar com o gestor de risco, tive de falar com a coordenadora da comissão de catástrofe, tive de

ir à formação marcar o auditório para o dia. Reuni depois com a secretária da qualidade que está a fazer um trabalho de preparação dos dossiers da qualidade para auto-avaliação e tive de lhe dizer qual era o trabalho que ela tinha de fazer hoje, depois tive de ir aos cuidados intensivos porque a enfermeira de lá me disse que tinha umas questões para me pôr. Estive lá até há bocadinho. Quando vinha a sair dos cuidados intensivos encontrei o director da medicina com quem tenho de marcar uma reunião e já fui com ele à medicina para combinar também com outra pessoa lá.” (Ent. 26C);

ii) de abrir canais formais e/ou informais de relação para além do ‘território’ dos serviços/unidades e de construir redes de interacção entre vários grupos profissionais, incluindo a assunção de papéis de mediação entre as unidades/serviços e a gestão de topo:

“Eu não há dia nenhum em que eu não tenha reuniões com A, com B e com C e acho-as extraordinariamente importantes e dou-lhes primazia acima de tudo, na gestão de alguns conflitos que vão surgindo como mediadora. No fundo, sinto um papel como mediadora entre os enfermeiros chefes e alguma gestão intermédia, enfim, procurando sempre que as partes estejam presentes, não aceito, de maneira nenhuma, ouvir só uma pessoa a expor o problema e a outra que está directamente envolvida nele não estar presente. (...) Também tenho feito algumas reuniões promotoras dessa aproximação e dessa gestão partilhada com nomeadamente o director dos cuidados intensivos. (...) Isso é uma coisa que não faço e que me perturba, como pessoa, não fazer. O que o gosto mais é da gestão partilhada que faço com as colegas que estão na direcção de enfermagem e depois a ponte que conseguimos com os serviços por áreas específicas” (Ent. 3C)

Outros enfermeiros assumem que os papéis de ligação que podem desempenhar nos contextos organizacionais constituem uma característica específica do seu grupo profissional “vedada” aos médicos:

“Está tudo tão interligado por causa das equipas médicas, o funcionamento menos ajustado, às vezes, da equipa médica, o não conhecer determinadas regras influencia o trabalho da equipa de enfermagem e da qualidade que nós prestamos.....por exemplo, o ter que estar.....nós, quando...nós, profissionais, muitas vezes temos que estar e que somos enfermeiros, integramos.....somos um elo de ligação para diferentes fontes. E como somos um elo de ligação, temos que estar constantemente a ‘chegar’ o que é que já está, o que não está nos diferentes profissionais e então, andamos nisto. Quer dizer, perdemos tempo a fazer coisas que escusávamos de as fazer, o aligeirar de algum tipo de burocracias, era muito importante que se conseguisse.” (Ent. 31 C)

“...o médico, pronto, tem mais mas, por exemplo no Serviço de Internamento, tem mas depois há muita coisa que depois, o médico vira costas e quem...quem fica somos nós, quem vai depois ter que...saber porque é que vai fazer aquela medicação, porque é que fica mais um dia, porque é que não teve alta hoje, porque é que só vai ter alta daqui a não sei quantos dias portanto, essas coisas...somos nós que apoiamos... ...que estamos ali ao lado e que...fazemos, ao fim e ao cabo, a ligação entre, penso eu, fazemos a ligação entre os vários técnicos, entre a Radiologia, entre o Laboratório, somos nós que...que ligamos, pode ser agora, pode não sei o quê...são essas coisas todas que fazem...a diferença (Ent. 17B)

O que estas posições parecem traduzir é a existência de um papel importante assumido por estes enfermeiros na interligação entre todos os profissionais e com o próprio meio exterior das instituições. Se adicionarmos, a este papel de mediação, o papel de coordenação e administração dos serviços e de regulação do trabalho profissional do seu grupo, percebemos que, na realidade, os enfermeiros entrevistados detêm um poder informal que é muito superior ao poder que lhes é

formalmente atribuído pelo lugar que ocupam na estrutura organizacional e na relação com os outros profissionais, como analisámos na dimensão anterior.

Este diferencial, entre a autoridade formal e os papéis desempenhados na prática, já havia sido detectado noutros estudos (Carapinheiro, 1998), significando, em concreto, que a forma como os hospitais se organizam e estruturam depende fortemente das actividades dos enfermeiros com funções de gestão, embora este trabalho acabe por não ser institucionalmente reconhecido. Formalmente, a maioria dos seus papéis são confinados à administração de rotinas e, desta forma, contribuem para os afastar dos principais processos de tomada de decisão na gestão.

Na esteira de Carpenter (1993), parece ser possível supor, em contraste com a sua tradicional imagem, que os enfermeiros desempenham cada vez mais o papel de coordenadores dos cuidados com os pacientes, num contexto mais complexo de divisão do trabalho, o que os aproxima muito mais do papel de gestor institucional que exerce o seu poder para além daquilo que formalmente lhes é atribuído.

4 Relação entre Papéis de Gestão e de Enfermagem

Vimos, nas análises anteriores, que os enfermeiros com funções de gestão desempenham papéis múltiplos e heterogéneos, tanto no âmbito da organização das actividades de cuidados como no da gestão/administração. A aplicação dos 'ingredientes' da NGP à gestão hospitalar pressupõe o desenvolvimento de tentativas para a redistribuição de papéis na enfermagem, no sentido de conduzir os profissionais a assumir um maior número de tarefas no âmbito da sua responsabilização operacional pela execução e controlo orçamentais e, também, na regulação, controlo e vigilância do trabalho dos outros profissionais de enfermagem. Este fenómeno tem igualmente sido observado em vários países como, por exemplo, a Suécia (Blomgren, 2003), Singapura (Wong, 2004) e o Reino Unido (Bolton, 2005a,b; 2004a,b,c; Hewison, 1999; Kirkpatrick et al., 2005; Molloy & Cribb, 1999; Traynor, 1999).

Para além dos papéis tradicionalmente ligados aos cuidados, a NGP vem acrescentar papéis relacionados com as tentativas de transformação dos enfermeiros em 'líderes gestores', aproveitando, num certo sentido, o campo já aberto pela assunção de papéis administrativos que estes profissionais sempre tradicionalmente procuraram incluir no processo de construção do seu projecto profissional (Bolton, 2003).

A atribuição de novas responsabilidades na gestão operacional dos serviços, que parece corresponder a uma perda de poder ao nível da decisão estratégica no topo, coloca a questão de se saber quais os impactos desta extensão de papéis na profissão, ou, por outros termos, quais os impactos nas percepções dos enfermeiros a propósito do lugar que a gestão ocupa na profissão de enfermagem e nas práticas quotidianas no hospital.

Os enfermeiros foram envolvidos na filosofia e nas práticas da gestão geral, mas espera-se também deles que combinem este envolvimento com responsabilidades ao nível da gestão de cuidados (Hewison & Stanton, 2003). Esta situação faz surgir vários dilemas aos profissionais, mas, o principal de entre eles é, provavelmente, o de saber se o que deve ser mais valorizado é a dimensão profissional da sua actividade – organização e prestação de cuidados – ou a dimensão da gestão.

A abordagem destes dilemas é sempre complexa para os enfermeiros, se atendermos ao facto de os hospitais se apresentarem como organizações dinâmicas onde as fronteiras ocupacionais são constantemente negociadas (Allen, 2000; Bolton, 2004a; 2005b; Strauss, 1988).

Bolton (2005a) problematiza esta questão ao salientar, num dos seus estudos, que o comportamento dos enfermeiros face à gestão não é “linear” nem obedece a uma racionalidade única, qualquer que ela seja. De facto, o grupo de enfermeiros estudado adopta uma posição pragmática em relação às suas responsabilidades de gestão. Embora, como atrás vimos, adiram com entusiasmo a alguns aspectos da NGP nos processos de reestruturação, em relação a outros mostram uma atitude crítica, em particular no que respeita ao exagero dos controlos orçamentais e às medidas de desempenho (Bolton, 2005a,b). Por outro lado, procuram, muitas vezes, mediar os excessos da NGP, mas mantêm-se igualmente distantes em relação a alguns ingredientes que esta apresenta como soluções, com destaque para os projectos que interferem com valores profissionais fundamentais e que são percebidos como podendo afectar a qualidade dos cuidados (Bolton, 2005a,b). Esta tendência poderá significar, como temos vindo a referir, a existência do que alguns autores definem como sendo uma posição dual dos profissionais, que, simultaneamente, repudiam as medidas da NGP e procuram apoiar-se nelas para promover o fortalecimento do seu estatuto e poder profissional (Blomgren, 2003; Exworthy & Halford, 1999; Ferlie et al., 1996; Hanlon, 1998; Kurunmäki, 1999; Traynor, 1999).

Neste contexto, algumas propostas da NGP podem ser também assumidas numa perspectiva estratégica, com o intuito, como vimos antes, de marcar a distinção em relação a outros grupos profissionais, nomeadamente ao grupo dos médicos. Esta assunção provoca uma extensão de papéis que cobre a redistribuição de mais responsabilidades e tarefas, operada, principalmente, ao nível local dos serviços. Alguns autores caracterizam esta situação como sendo uma combinação de *fordismo* e *pós-fordismo* (Bolton 2004a,b; Hewison & Stanton, 2002), significando com estas expressões a incorporação de elementos novos nos papéis dos enfermeiros – descentralização, responsabilização, diversificação das actividades e tarefas (polivalência) – mas que é acompanhada de um controlo mais apertado do trabalho profissional, através da avaliação do desempenho e de uma grande pressão para a eficiência e produtividade. (Kirkpatrick et al., 2005; Walby et al., 1994).

No quadro do nosso estudo, tentamos analisar com esta categoria, e os temas que nela classificámos, a forma como os profissionais coordenam e assumem, em termos pessoais, a relação entre as diferentes funções que, em simultâneo, são chamados a desempenhar. Melhor dizendo, tentamos compreender qual o tipo de relações que estabelecem entre os dois sistemas de papéis do ponto de vista da valorização de um ou outro, ou da sua integração. Neste sentido, propomos quatro temas para esta análise que pensamos que abarcam a totalidade do campo de percepções manifestadas pelos enfermeiros que participam na nossa amostra: integração de papéis, domínio dos papéis de gestão, domínio dos papéis profissionais e conflito de papéis.

Em termos gerais, as posições expressas pelos enfermeiros da nossa amostra não são homogêneas. Existe, de facto, uma variação considerável na forma como os papéis são percebidos, assim como na sua implementação, tal como ela é descrita pelos enfermeiros, o que poderá decorrer do facto dos impactos profissionais das reestruturações não serem uniformes e do próprio grupo profissional também não ser homogêneo (Blomgren, 2003; Bolton, 2003).

4.1 Integração de Papéis

Este tema cobre o discurso dos enfermeiros sobre a possibilidade de reconciliar e fazer convergir papéis que são percebidos como contrastantes. De facto, surgem tentativas para reconciliar e articular valores de sinais opostos no trabalho dos enfermeiros com funções de gestão, ou seja, de equilibrar diferentes racionalidades que suportam os papéis desempenhados – a racionalidade da gestão, identificada com objectivos dos serviços e/ou da organização, e a racionalidade profissional, identificada com a responsabilidade dos cuidados. Este esforço de integração apresenta várias tonalidades:

i) uma estratégia de alternância, que consiste em accionar competências de acordo com a transição de cenários entre os contextos de gestão e os contextos profissionais. Esta estratégia pressupõe a interiorização de racionalidade e de jogos de papéis diferenciados;

“Pronto, aí tive assim um bocadinho dificuldade, no início havia saudades dos cuidados, ainda hoje eu presto cuidados, portanto eu acho que um chefe não deve só estar ligado à gestão, eu consigo conciliar as duas coisas, fazer gestão aqui e prestação cuidados ao mesmo tempo, sempre que me apetece eu presto cuidados. (...) Mais enfermeira ou mais gestora...metade/metade, deve ser para aí metade. Eu ainda gosto de andar no meio dos doentes, na enfermaria, gosto de passar visita, gosto de prestar cuidados. Eu há bocado disse quando me apetece e quando necessário às vezes já tem sido necessário, dá-me prazer. Não consigo só ser gestora, portanto, eu penso que haja um equilíbrio, não deixo na totalidade os cuidados, faço a gestão, é ela por ela.” (Ent. 41D)

ii) o apoio dos papéis de gestão nos papéis profissionais e/ou nos papéis de ‘gestão dos profissionais’ – as competências de enfermagem são necessárias para a gestão, em particular a gestão de recursos humanos,

“No meu serviço via o meu serviço, aqui não, aqui tenho a noção do serviço todo e quando as pessoas vêm e dizem “falta-me pessoal de enfermagem”, eu sei perante a minha experiência que às tantas não falta, quer dizer, não falta tanto pessoal de enfermagem como noutra serviço qualquer: “olha, há outros serviços que estão piores do que tu”, percebe? Não tinha essa percepção e isto só é possível porque eu sou enfermeira, porque se eu não fosse enfermeira eu não sabia se aquele serviço precisava de x enfermeiros ou não precisava. Mas como eu sou enfermeira eu sei quantas horas de cuidado aquele serviço necessita, a medicina necessita xis horas de cuidado, a cirurgia necessita xis horas de cuidado...portanto além de gestora também me sinto enfermeira porque estão os cuidados de enfermagem envolvidos.” (Ent. 65F);

iii) a integração da gestão, ou das competências da gestão geral, na profissão,

“Porque só influenciava aquela família ou aquela pessoa, enquanto chefe eu influenciava aqueles vinte ou trinta doentes que eu tinha permanentemente, e as suas famílias, os nossos colegas aquilo que era uma cultura que eu tinha de ver a gestão e a enfermagem, enquanto enfermeiro na área estratégica de topo. (...) Penso que essas competências de gestão devem ser valorizadas não como algo intrínseco dos enfermeiros, mas como temos competências para a área da gestão globais. Foi uma estratégia durante alguns anos os enfermeiros autonomizarem-se na área da gestão, penso que não tem que ser assim, agora penso que os enfermeiros devem ter para a área de administração de serviços de enfermagem competências específicas.” (Ent. 54H);

iv) a necessidade de estabelecer equilíbrios entre a gestão e os cuidados de enfermagem, com uma maior valorização destes últimos em relação à gestão,

“Neste momento se me dissessem assim “antes querias ser enfermeiro-chefe ou enfermeiro especialista?” é natural que eu voltasse a ser especialista, que é nessa área do cuidado que eu me sinto melhor, no entanto não é que não me sinta bem na chefia. (...) Às vezes digo assim “é muito raro fazer isto ou aquilo” porque eu estou na área da gestão, mas sinto-me bem a fazer, faço por prazer e não só por prazer porque eu acho que faz parte de mim também o acto, não só a gestão, o acto em si da enfermagem e não consigo separar as coisas.” (Ent. 35D)

Em termos de comentários gerais a estes resultados, diríamos que transparece do discurso dos enfermeiros uma tentativa de reconciliação de valores e de papéis contraditórios, entre os objectivos da organização e os cuidados profissionais. Há também o reconhecimento que o desempenho dos papéis de gestão necessita de se apoiar nos cuidados: o gestor com este apoio é um melhor gestor, com vantagens na gestão dos processos. Assim, como vimos anteriormente, os enfermeiros entrevistados parecem trazer para o desempenho dos papéis de gestão uma forte tendência para continuar a insistir nos cuidados. A extensão da experiência clínica à gestão contém uma orientação forte para perpetuar práticas do passado (Bolton, 2000b, 2004a; 2005a,b; Drach-Zahavy & Dagan, 2002).

Por outro lado, é possível que a importância que continua a ser concedida aos cuidados, no apoio aos papéis de gestão, surja em contraponto ao excesso de gestão, típico das propostas da NGP, ao mesmo tempo que se procura manter a visibilidade na área dos cuidados. De certa forma, talvez seja esta uma das interpretações possíveis para a ausência de conflitos de papéis nestes enfermeiros, que conseguem equilibrar a sua repartição.

4.2 Domínio dos Papéis de Gestão

Os resultados obtidos com algumas entrevistas mostram, também, que um grupo de enfermeiros privilegia os papéis de gestão em detrimento dos papéis profissionais. Este grupo assume estar mais envolvido em questões operacionais e na gestão dos recursos humanos do que nos processos dos cuidados – a ênfase é claramente colocada na ‘agenda’ da gestão:

i) gestão de equipas,

“Não sou enfermeira, gestora serei, porque estou a gerir, mas é uma gestão diferente da que eu gostaria de fazer, é gerir um grupo de pessoas que trabalha no meu campo, isso é que eu gosto.” (Ent. 6A)

ii) gestão operacional, ao nível da organização, controlo e supervisão de processos,

“Enfim...Eu sinto-me mais gestor do que enfermeiro. Ocupa muito mais do meu tempo do que a Enfermagem. Porque em enfermagem, eu vou-lhe dizer um segredo meu: enfermagem, eu faço a gestão da enfermagem, eu faço-a em casa quando saio daqui. A questão dos horários, a questão de cálculo de horas normais de serviço, horas extras, faltas, absentismos por qualquer motivo.....marcação de reuniões, agenda de reuniões, formações em serviço, faço tudo em casa. Nada faço em serviço. Portanto, tudo o que faço no serviço é gestão.” (Ent. 65F);

iii) como investimento pessoal,

“Eu sempre me senti um bocado gestora, não é mania mas é que eu desde sempre, por acaso, tive oportunidade de lidar com gestão.” (Ent. 20B)

“Enquanto eu me sentir capaz não deixo tão cedo a gestão, isto é uma área que me interessa, que eu gosto, que me dá energia.” (Ent. 39D)

Os entrevistados que assumem estas posições de preferência pelos papéis de gestão podem estar a acreditar, como sustenta Faugier (2004), que assumir papéis que tradicionalmente pertenciam a médicos e gestores está de acordo com uma profissão mais moderna. Mas, podem igualmente sustentar estas posições de forma mais pró-activa, numa estratégia que, como referimos na análise da dimensão anterior, procura aumentar o campo jurisdicional da profissão com base na assunção informal de uma área pública e socialmente pertencente aos médicos (Abbott, 1988; Witz, 1992).

Há ainda alguns casos analisados nas entrevistas em que os papéis de gestão são privilegiados, mas os enfermeiros declaram manter alguma ligação aos cuidados de enfermagem:

“Sinto-me mais gestora. O que não tem também evitado eu manter-me actualizada na área da enfermagem. É assim, nós para gerirmos os cuidados de enfermagem e os recursos humanos, temos que ter um suporte, porque se não quando chegamos aqui as pessoas levam-nos.” (Ent. 5E)

“É importante para a gestão ter a noção dos cuidados de enfermagem, mas eu sou essencialmente gestora.” (Ent. 53G)

A análise dos casos incluídos neste tema permite extrair as seguintes conclusões. A primeira relaciona-se com o facto de neste grupo de enfermeiros existir uma maior procura de

especialização na gestão do que nos cuidados, com a assunção dos papéis de gestão a tornar-se mais relevante em relação aos papéis profissionais. A segunda, assenta na constatação de que a influência dos ingredientes da gestão é bem recebida e a extensão e/ou transformação de papéis não parece ter sido problemática para estes enfermeiros – que se apresentam mais como ‘gestores/profissionais’ do que como ‘profissionais/gestores’. Em suma, este grupo de enfermeiros associa-se ao conceito de gestores, sentem-se preparados para assumir papéis de gestão e aderem claramente aos valores de gestão, o que poderá traduzir, pelo menos em parte, o desenvolvimento de uma estratégia de profissionalização, que procura aproveitar o domínio da gestão para afirmar e formalizar um papel que tem sido informalmente atribuído a estes profissionais nas organizações hospitalares.

4.3 Domínio dos Papéis Profissionais

Um outro grupo de enfermeiros – mais numeroso – não assume o desempenho de papéis de gestão como um elemento estruturante das suas práticas nos hospitais, mas antes argumenta serem os seus papéis profissionais que as orientam.

Em termos gerais, estes resultados parecem ir ao encontro de outros conseguidos em estudos na mesma área (embora em contextos distintos), segundo os quais o núcleo de valores e papéis profissionais dos enfermeiros com funções de gestão não teria sido substancialmente afectado pela reestruturação do sistema e das organizações hospitalares (Bolton, 2004a,b; 2005a,b; Kirkpatrick et al., 2005; Traynor, 1999; Wiggins, 1997), apesar das alterações no seu ambiente de trabalho (Bolton, 2004a,b,c; Halford et al., 1997; Walby et al., 1994; Wong, 2004:).

Mas, por outro lado, também é um facto que muitos enfermeiros com funções de gestão passaram a desempenhar papéis híbridos que combinam referências aos valores profissionais do cuidar e aos valores de gestão (Hewison & Stanton, 2002). Muitos dos aspectos da gestão foram revertidos para a ‘gestão do cuidar’, em particular as questões relacionadas com a retórica da qualidade sobre as estruturas (meio ambiente dos cuidados), os processos (como são desenvolvidos os cuidados) e os resultados (satisfação do paciente). Tal não deixa de constituir um objecto de influência da NGP, mas também não deixa de surgir em oposição à gestão mais dura centrada no controlo de custos e na eficiência económica, como, por exemplo, Ferlie et al. (1996) a retratam no primeiro modelo – orientação para a eficiência (ver capítulo um).

Em suma, como argumenta Bolton (2004a,b,c), verificam-se transformações no trabalho dos enfermeiros, mas estas não atingem o núcleo dos processos de trabalho. Os enfermeiros continuam ligados à sua imagem como profissionais, ainda influenciados pelos princípios vocacionais e por uma forte motivação do ponto de vista profissional (Bolton, 2005a,b).

A análise do discurso dos enfermeiros, que podem ser localizados nos contornos gerais desta última perspectiva, mostra, por exemplo, que no caso dos hospitais empresarializados, onde a

maioria dos cargos de gestão são temporários e atribuídos por nomeação, muitos enfermeiros manifestam a vontade de voltar aos cuidados, ou, se quisermos, de retomar os seus papéis profissionais. A argumentação aduzida pelos entrevistados é diversa, mas enfatiza principalmente o seguinte:

i) o sentimento de realização na profissão e necessidade de restabelecer o contacto directo com os doentes, ao que são adicionadas algumas reticências em relação ao trabalho burocrático;

“Da prestação directa sim, pretendo voltar à prestação directa na minha área específica de reabilitação dentro de pouco tempo, mesmo que seja em *part-time*. Foi dentro da profissão aquela que me satisfiz mais, nomeadamente na reabilitação do doente cirúrgico, foi dentro da profissão de enfermagem, onde eu estive, onde me senti mais realizado.(...) Eu sou enfermeiro-gestor. Mas primeiro enfermeiro de certeza, sou enfermeiro(...) Sinto a necessidade do contacto directo com os doentes, foi bom passar por aqui, porque percebi melhor as queixas dos doentes, as queixas dos enfermeiros mas nem que seja duas horas por dia eu vou ter de trabalhar directamente com os doentes.” (Ent. 7A);

ii) a gestão surge desligada das actividades de cuidados, o que provoca desconforto nos enfermeiros,

“Embora esteja aqui a exercer funções de gestão nunca foi meu agrado vir gerir alguém em que eu não percebo muito daquilo que eles estão a fazer, apesar de eu não precisar de ser uma boa técnica em cuidados intensivos para ser uma boa gestora mas a mim faz-me um bocado de confusão. (...) Relativamente a objectivos para mim foi dedicar-me aos cuidados, e não falando da gestão, quando eu tiver a oportunidade de ter essas pessoas comigo, se eu conseguir ir para os cuidados, que era isso que eu mais desejava era ir trabalhar para o lado deles, aprender tanto como eles, esse é o meu grande objectivo aprender cuidados intensivos” (Ent. 29C);

iii) a valorização da especialização nos cuidados em oposição à gestão;

“Hoje estou arrependida porque gosto muito mais da prestação de cuidados directos e por exemplo, não é para me gabar mas acho que até tenho essa vertente de relações humanas e gosto muito do contacto com os outros. Quando vamos para a gestão ficamos muito mais fora da ligação com o utente, temos muita ligação com o ser humano, entre aspas, em termos dos profissionais que estão a nosso cargo, que é muito difícil. (...) Fiz a especialidade em saúde infantil e estou contente e a seguir fiz gestão, acho que devia ser assim. Fui especialista nos cuidados e depois decidi por gestão para um dia concorrer a chefe e isso acabou. Já não é nada assim mas é assim que eu concordo, que realmente a pessoa para gerir é especialista nos cuidados que gere, inclusivamente isso não é válido para os superiores agora.” (Ent. 83J);

iv) a ligação com os doentes e os outros enfermeiros,

“Como enfermeira supervisora não consigo ter isto, tenho de passar mais tempo no gabinete embora eu não goste muito de estar no gabinete, estou só o tempo necessário até porque eu também tenho de fazer a minha supervisão dos cuidados, embora não seja eu que tenha de fazer isso, mas gosto de ver como é que as pessoas funcionam, como é trabalhar, dar uma sugestão. (...) Mas depende das situações e conforme as situações assim temos de agir. Mas sinto muita falta da ligação com os doentes e com os enfermeiros da prestação porque eu estou mais ligada aos enfermeiros chefes. (...) Com os enfermeiros não tenho tanto essa proximidade o que decorre das minhas funções porque sou muito requerida para muitas reuniões e então eu até gostava de passar mais tempo nos serviços e assistir às passagens de turno mas não consigo porque todos os dias me solicitam para alguma coisa.” (Ent. 11A);

v) a rejeição da burocracia, que isola o enfermeiro do resto da realidade hospitalar,

“Faço a gestão dos cuidados e a gestão dos recursos humanos, técnicos e materiais. Eu sou muito executiva, eu não gosto de papéis por natureza, gosto é de estar com os doentes. Desde que chego até que saio eu estou permanentemente em contacto com os doentes. (...) Eu não gosto do trabalho de gabinete, não gosto de estar fechada, é o mínimo. Eu costumo dizer que com tudo o que é papéis eu perco muito pouco tempo. (...) Não faço prestação directa de cuidados mas estou sempre muito próxima, muito junto dos doentes, dificilmente estou fechada num gabinete porque por natureza não gosto e é uma forma de eu estar sempre em cima do acontecimento.” (Ent. 60G);

vi) a preferência pela gestão de cuidados, baseada na especialização, em relação à gestão global,

“(...) para mim é importante a gestão de cuidados, por isso é que eu digo que para estar numa passagem de turno eu tenho que conhecer o doente, por isso eu fico angustiada quando eu não consigo. Muitas vezes acontece quando ando a correr, e por vezes não vou a lado nenhum, e fico angustiada, porque para mim é importante estar presente e assegurar a qualidade dos cuidados e isso exige tempo, exige estar junto do doente. (...) Não, o meu projecto de vida não passa por aí. Aquilo que eu gostava mais era das especialidades dentro da minha categoria, e como enfermeira chefe será mais interessante.” (Ent. 80J)

A primazia concedida por vários enfermeiros à prestação directa de cuidados, identificados com os cuidados de ‘cabeceira’, e com a interacção próxima com os pacientes, também sobressai com força no discurso – a carreira ‘tradicional’ é valorizada com base na especialidade:

“Mesmo este é assim, ser enfermeira chefe nunca foi um objectivo prioritário. O meu objectivo sempre foi ser enfermeira de reabilitação. Neste momento objectivos em termos de progressão na gestão não tenho. Se calhar, muito bem, se não calhar, também não é esse o meu objectivo.” (Ent. 24B)

“Eu sinto-me muito enfermeira e lá porque me deveria sentir mais gestora. (...) porque estou mais perto da prestação de cuidados e como eu gosto muito da prestação de cuidados...eu já o facto de estar aqui, mas o meu gabinete está sempre aberto e estou perto e qualquer coisa eu vou ajudar também e isso também me ajuda a ver o que é que está bem. (...) Eu sou uma gestora por acidente e não quero desenrolar isso.” (Ent. 27C)

A ênfase nos papéis profissionais ligados à prestação de cuidados, incluindo os cuidados clínicos, contínua, como se viu, a deter um lugar central na definição dos papéis desempenhados pela maioria dos enfermeiros com funções de gestão, e isso, tanto nos hospitais empresarializados como nos hospitais autónomos. Estes enfermeiros tentam manter o desempenho desses papéis em termos ocasionais, durante as suas actividades de supervisão, visitas aos serviços ou sempre que têm uma oportunidade para o fazer em qualquer circunstância da sua actividade quotidiana. O desempenho de papéis profissionais parece, pois, continuar a proporcionar mais satisfação que o desempenho dos papéis de gestão, em particular no âmbito da gestão operacional – afectação de espaços e de camas e controlo de custos.

O trabalho de gestão é, muitas vezes, percebido a partir de ‘baixo’, das especialidades ou dos papéis profissionais desenvolvidos durante as actividades dos cuidados. As raízes dos papéis

de gestão situam-se no domínio do cuidar e baseiam-se no conhecimento local, do território da unidade e no domínio de uma especialidade.

A valorização destes papéis, a partir da especialidade, constitui, precisamente, como vimos antes, uma estratégia definida por este grupo de enfermeiros para manter o seu campo jurisdicional e, sobretudo, preservá-lo das tentativas de intrusão de um novo grupo profissional (de gestores), a quem, de acordo com os actores, falta o conhecimento especializado da organização e prestação de cuidados.

4.4 Conflitos de Papéis

Para alguns enfermeiros a relação entre os papéis profissionais e de gestão é vivida sob a forma de conflitos de papéis. São percebidas incongruências entre os papéis esperados e o tempo, recursos e capacidades necessárias para mobilizar o seu desempenho. Estes conflitos provocam situações de *stress*, acompanhadas de sentimentos de frustração e de tensão, provavelmente, com raiz nos seguintes factores:

i) multiplicidade de pressões exercidas pela organização,

“E, quer queiramos quer não, depois apresentamos projectos, melhorias de qualidade, indicadores de qualidade, essas coisas todas que é importante ter num serviço, satisfação do pessoal, satisfação dos utentes e deixa-me muito pouco tempo para me dedicar aquilo que eu gosto que é a relação com os doentes que praticamente não tenho, digo: “bom dia”. (...) E com as famílias também praticamente não tenho contacto e essa relação faz-me falta mas que sinceramente não consigo conciliar, não sei se os outros chefes conseguem eu não tenho tempo para isso, é impossível, não me chega o tempo.” (Ent. 77J);

ii) distanciamento dos cuidados,

“Portanto, eu gostei deste trabalho e porquê? Porque o que eu estava a ver era a vertente humana. Eu acho que de facto não podia ser outra coisa, eu gosto muito de enfermagem e gosto muito do contacto com o doente. Mas agora não posso desistir. Envolvi-me, envolvi outros e agora tenho responsabilidades e isso a mim dói-me, eu não tenho direito, mas às vezes é muito, muito difícil. (...) Porque nós perdemos a mão, eu era muito boa técnica e perdi muito da minha boa técnica, eu podia dizer que sou uma boa gestora mas isso não me consola.” (Ent. 6A);

iii) falta de clarificação dos deveres, autoridade e ‘modalidades’ de relação com os outros profissionais, o que configura uma clara ambiguidade de papel,

“Eu gostava mais de ser enfermeira de cabeceira e realmente tenho muitas saudades de não trabalhar com o doente, sinto muita falta.(...) Eu cheguei à urgência como enfermeira subchefe e digo sinceramente em dois ou três meses eu ia par casa a chorar, e sentia-me revoltada eu dizia assim: “Meu Deus mas para que é que eu concorri, eu não mereço o que ganho” andava perdida, também não fui assim muito bem orientada.” (Ent. 10A);

iv) dificuldade de conciliação entre gestão e enfermagem,

“As funções de chefia, apesar de eu ser uma entusiasta destas coisas, eu gosto muito da prestação directa. Gosto muito de estar junto do doente e do cuidar. Eu não sei, nem quero

falar muito nisto porque é uma coisa tão intrínseca a mim que eu nem sei. Eu acho que gosto do que estou a fazer mas acho que era mais feliz quando estava na prestação de cuidados e por isso estou um bocadinho sem saber o que fazer. (...)” (Ent. 71F);

v) oposição entre a racionalidade profissional – prestação de cuidados ligados ao utente – e a racionalidade de gestão (gerir números e desumanização) e a desconfiança em relação ao peso excessivo da gestão,

“Sou responsável por essa consulta, criei-a há uns anos e, portanto, agora também não quero abdicar, não é que o Hospital me tenha pedido isso, eu é que fiz questão de a manter e é uma maneira de eu ficar ligada aos utentes e é realmente aquilo que eu gosto, gosto muito e penso que é importante, é muito importante e acho que é por aí que mantenho a qualidade na prestação de cuidados. E por aí, também, eu consigo ter outra visão da gestão, não fico, “desumanizada” porque depois tenho de gerir, já são só números e eu tenho um bocado esse conflito. Entro em conflito com a gestão e a prestação de cuidados, muitas vezes eu tenho necessidade de pensar em números e depois, por outro lado, vem a questão humana de qualidade e que nem sempre são fáceis de juntar...(…) Compatíveis elas têm de ser, de alguma maneira têm de ser, não é fácil lidar com as duas em simultâneo e encaixar uma na outra. (...) Sinto as duas coisas, embora o peso da gestão tivesse aumentado muito e cada vez mais.” (Ent. 14A);

vi) sobrecarga das chefias com atribuição de responsabilidades simultâneas por vários serviços,

“Espero que em Março, que acaba o meu segundo mandato, eu não estou muito disponível para continuar. Isto tem a ver sobretudo com o facto de eu não me identificar com este trabalho de gabinete e com a papelada. (...) Não sei o que vai ser o meu futuro, continuar neste hospital não tenho dúvidas nenhuma. Em Março logo veremos, mas gostava de voltar à chefia de um serviço e preferencialmente de um serviço porque se for de três serviços vou continuar a ser um gestor.” (Ent. 3C)

Em suma, é essencialmente o resultado das propostas de mudança no âmbito da NGP, que procuram induzir uma cultura de gestão nos hospitais, percebida como oposta aos valores e cultura profissional, que origina nestes enfermeiros sentimentos de tensão e um conflito durante as tentativas de conciliação dos papéis profissionais e de gestão imposta pelas funções que exercem.

A análise dos resultados obtidos com esta categoria deu-nos a possibilidade de compreender melhor que a forma como os enfermeiros accionam o desempenho de papéis de enfermagem e de gestão depende, em última instância, do tipo de estratégia de profissionalização que advogam. A maioria dos entrevistados assume posições ideológicas próximas da ideologia profissional, e defende, na mesma lógica, a valorização dos papéis profissionais em relação aos papéis de gestão. Neste grupo é possível incluir também os enfermeiros que desenvolvem estratégias de integração de papéis.

Por outro lado, a enfatização da base profissional como matriz fundamental para gerir os hospitais poderá ser interpretada como uma estratégia de defesa da profissionalização. Na realidade, como Bolton (2005a,b) já havia destacado, a defesa das especificidades da profissão,

centradas nos aspectos ligados ao cuidar, assim como a defesa da imprescindibilidade da interligação entre os papéis de gestão e os papéis profissionais, surgem como uma forma de manter os gestores afastados deste domínio, preservando a área jurisdicional da enfermagem.

Uma pequena minoria de enfermeiros, eventualmente mais próxima da ideologia *managerialista*, identifica primordialmente o seu desempenho de papéis com a gestão. Mas, também neste caso, a defesa dos papéis de gestão é susceptível de ser interpretada como uma estratégia de profissionalização, na medida em que poderá traduzir uma tentativa de apropriação de uma área jurisdicional tradicionalmente pertencente aos médicos (Witz, 1992).

Contudo, as alterações ocorridas no contexto organizacional e profissional, ao promoverem a reconfiguração dos papéis profissionais, são percebidas, por alguns actores, como promovendo o confronto entre as duas culturas e sistemas de valores profissionais, o que expressa a existência de conflitos de papéis que estes parecem ter dificuldade em resolver.

5. Os Impactos da NGP na Reconfiguração de Papéis

A análise do conjunto de categorias inseridas nesta terceira, e última dimensão, suscita-nos algumas reflexões conclusivas sobre as percepções dos enfermeiros entrevistados a propósito da relação que estabelecem entre papéis de gestão e profissionais e, ainda, quanto à forma como estas percepções são alteradas pelas mudanças ocorridas no contexto da organização e gestão hospitalar e da prestação de cuidados.

Num primeiro nível de análise, podemos caracterizar os papéis que os actores constroem no exercício das suas funções como estando estruturados em redor de três eixos distintos: organização e administração dos espaços e processos organizacionais, regulação e controlo do trabalho profissional e, por fim, coordenação interprofissional. Vejamos agora, em pormenor, a discussão que é possível desenvolver em torno de cada um destes eixos.

5.1 Organização e Administração dos Espaços e Processos Organizacionais

Os enfermeiros entrevistados parecem desempenhar um conjunto de papéis, ligados à organização e manutenção dos serviços, que são estruturantes para as suas actividades. É possível identificar no discurso destes actores o desenvolvimento de diversas actividades centradas na resolução quotidiana de questões logísticas e administrativas, que, embora não estando directamente relacionadas com os cuidados directos ao paciente, referem-se a questões operacionais que são basilares para o funcionamento quotidiano dos processos de cuidar e das próprias instituições hospitalares.

As descrições que estes enfermeiros nos fornecem destas actividades permitem-nos conceptualizar um cenário de acções desenvolvidas de forma reactiva e fragmentada, as quais

emergem, maioritariamente, como resposta às necessidades quotidianas de organização dos espaços e processos organizacionais. Estas acções decorrem de um desempenho de papéis ligados à manutenção das infra-estruturas hospitalares, e configuram um estilo de gestão que Mintzberg (1994) designa como artesanal. Ou seja, na cena organizacional, os enfermeiros entrevistados incorporam um papel que se caracteriza pela fluidez e diversidade das suas acções, desenvolvidas com o objectivo primeiro de assegurar, a todo o custo, a manutenção do funcionamento quotidiano das instituições hospitalares. É neste âmbito que se insere a monitorização de rotinas administrativas, como a organização dos horários, a supervisão das agendas de serviço, o planeamento do trabalho, a manutenção do apoio logístico e o controlo do material, que inclui, por vezes, também o controlo do orçamento da enfermaria.

Apesar do predomínio destas descrições, surgem alguns enfermeiros que parecem tentar recriar os papéis que lhe estão tradicionalmente atribuídos, procurando, particularmente, planificar o trabalho de acordo com as directrizes emanadas da gestão de topo. Na realidade, para além de procurarem manter os esquemas de reprodução do sistema organizacional dos processos de cuidar, estes enfermeiros parecem empenhar-se, também, na implementação e concretização de objectivos perspectivados a longo prazo (quando estes existem ou são identificados) por outros profissionais com responsabilidades de gestão.

5. 2 Regulação e Controlo do Trabalho Profissional

A caracterização pelos enfermeiros dos papéis profissionais desempenhados no âmbito das suas funções de gestão permite-nos corroborar a nossa hipótese inicial de que estes actores constituem a principal fonte de influencia, num contexto micro, do desenvolvimento e da afirmação da jurisdição profissional da enfermagem. No essencial, esta assunção apoia-se no facto de uma das dimensões que estrutura, de forma mais notória, as actividades dos enfermeiros, poder ser identificada com a organização, controlo e regulação do trabalho dos seus colegas de profissão. A este nível, o discurso dos actores indicia que o seu desempenho de papéis abrange também áreas estreitamente ligadas à gestão de recursos humanos, em particular as que se situam nas esferas da formação, da avaliação de desempenho, do trabalho em equipa e da gestão e mediação de conflitos, mas que se estendem também à socialização, à liderança e à supervisão de actividades profissionais.

A intervenção nestas áreas parece obedecer à mesma lógica dicotómica a que nos referimos antes. Ou seja, os enfermeiros incorporam estes papéis de acordo com as expectativas externas formuladas para a sua actuação, desenvolvendo-as, assim, numa base quase intuitiva, com o propósito de assegurar a dinâmica interna da profissão. Porém, surgem, igualmente, algumas tentativas de ligar estes processos às dinâmicas de evolução 'homeóstática' da organização. No que

respeita à formação, por exemplo, os enfermeiros entrevistados procuram estimular o desenvolvimento desta prática, não só como forma de conferir legitimidade científica à profissão, mas, também, tendo por perspectiva a sua relação com o contexto organizacional mais específico em que se inserem.

Estes enfermeiros continuam a incluir a avaliação de desempenho como uma componente intrínseca dos seus papéis profissionais, o que poderá indiciar o desejo de preservar a autonomia profissional por forma a que esta não seja questionada. Contudo, as mudanças relatadas pelos actores expressam a possibilidade de ocorrerem, neste âmbito, alterações no carácter específico do papel que desempenham. Na realidade, sendo a avaliação de desempenho crescentemente centrada nos resultados, e associada a sanções e/ou incentivos ligados à remuneração, afastando-se do carácter pedagógico e socializador ligado ao desenvolvimento profissional, o papel do enfermeiro com funções de gestão desloca-se da ‘orientação de percursos profissionais’ para o ‘controlo e regulação de compromissos organizacionais’. A representação deste papel afasta-se, assim, também, do lado ‘profissional’ para se aproximar do lado da ‘gestão’.

É, no entanto, ao nível da descrição dos papéis pelos actores, no que concerne aos temas socialização e liderança profissional, que se parece expressar, com maior ênfase, o carácter determinante da sua acção no desenvolvimento interno da profissão. Os dados obtidos com as entrevistas permitem-nos revelar a importância assumida pelo desempenho de papéis relacionados com a socialização profissional dos elementos mais novos, com a mediação entre as várias gerações de profissionais e com a criação de um ambiente de trabalho harmonioso no contexto da profissão. Neste desempenho, os actores parecem assumir frequentemente a posição de mentores ou de modelos profissionais a imitar. A maioria dos enfermeiros identifica, como parte das suas atribuições, a necessidade de ter de desempenhar um papel de líder que decorre essencialmente da sua legitimidade como especialistas, em detrimento do uso do poder e da recompensa. Todavia, a estes papéis acrescem outros relacionados com o facto de terem de enfrentar algumas entropias, quer no contexto de diversidade interna da profissão, quer na sua relação com os elementos de outras profissões, situação que conduz estes actores a envolverem-se no desempenho de papéis de gestão e de mediação de conflitos.

Do conjunto de papéis identificados no discurso destacam-se, ainda, os que se relacionam, de forma mais directa, com o enquadramento dos processos da prestação de cuidados. Neste registo, foi possível identificar um conjunto de situações ligadas ao desempenho de papéis de coordenação, no âmbito das equipas de trabalho, e que pode ser interpretado como uma tentativa para recuperar e reconstruir formas mais tradicionais de gestão assentes na colegialidade.

Todos estes papéis são, contudo, desenvolvidos tendo sempre por referência o contexto dos cuidados. Ou, dito de outra forma, o conceito de cuidar continua a ser eleito como a principal

referência para guiar as acções dos enfermeiros nas diversas actividades que desenvolvem, o que, aliás, parece ser evidente nas indicações fornecidas pelos dados analisados na segunda categoria. De facto, também aí constatámos que, embora as concepções dos enfermeiros acerca da profissão sejam divergentes, em quase todas os cuidados emergem como o operador ideológico central.

5.3 Coordenação Inter-Profissional

Para além das funções estritamente ligadas ao contexto da profissão, surgem, também, decorrentes em grande medida dos papéis de organização e administração dos espaços e processos organizacionais, um conjunto de papéis que os profissionais dizem desempenhar e que podem ser classificados como papéis de coordenação e de mediação. Neste nível podem ser identificadas acções assumidas pelos profissionais que decorrem da sua proximidade em relação aos pacientes, posicionando-se, assim, como elementos de ligação entre os diversos níveis organizacionais e mesmo entre a organização e o exterior. De facto, é aos enfermeiros com funções de gestão que cabe o papel de ligação entre os pacientes e os restantes profissionais e entre a organização e o exterior, este representado como o meio familiar dos pacientes ou como o meio constituído por outras instituições com as quais o hospital interage.

Em síntese, os resultados da nossa análise conduzem-nos a sustentar, sem reservas, que a diversidade de desempenho de papéis pelos enfermeiros do nosso estudo extravasa, em muito, o conteúdo funcional das categorias que lhes correspondem. Podemos concluir, assim como outros estudos antes, que o poder informal que detém é muito superior ao que, formalmente, lhes é consignado (Carapineiro, 1998), e que as enfermarias podem ser categorizadas como o 'seu domínio' (Mintzberg, 1994).

Num segundo nível de análise, é possível detectar a influência das mudanças implementadas no âmbito da NGP no que respeita à representação dos papéis identificados pelos enfermeiros entrevistados. Na continuidade do que já havíamos salientado, nas dimensões anteriores, constata-se que a introdução de dinâmicas no âmbito da NGP promoveu um aumento do trabalho administrativo quotidiano, bem como um aumento da intensidade de trabalho e das rotinas. Tais mudanças têm reflexos negativos nas alterações dessas rotinas, das estruturas e dos processos tradicionais de comunicação no seio da organização e induzem uma multiplicação e complexificação dos papéis desempenhados. Este cenário traduz a emergência de papéis híbridos (Hewison & Stanton, 2002) que, acompanhado de um contexto geral de contenção de custos, induz fortes constrangimentos na actuação destes enfermeiros.

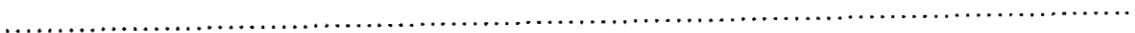
Por outro lado, a análise desta dimensão reforça a hipótese sobre a existência de uma forte tendência para os enfermeiros perderem algum poder e até autonomia profissional, visível, por

exemplo, no seu afastamento dos processos de tomada de decisão, já que o seu envolvimento no planeamento surge apenas *a posteriori* e, frequentemente, nas fases de operacionalização. Apesar de alguns destes enfermeiros procurarem assumir posturas mais pró-activas, aproximando-se do papel de empreendedores, verifica-se que, na maioria dos casos, a ênfase é claramente colocada nos territórios internos dos serviços, por oposição aos territórios organizacionais externos. Este contexto conduz a que estes enfermeiros se constituam, por vezes, como suporte da introdução de tecnologias de controlo, associadas à gestão, no contexto dos serviços.

A análise dos papéis desempenhados por estes enfermeiros, ao nível do controlo e regulação do trabalho profissional, permite-nos evidenciar, de igual forma, algumas desvantagens indirectas decorrentes da introdução da NGP no contexto das organizações hospitalares. Esta introdução ergue obstáculos ao desenvolvimento da formação e do próprio processo de socialização e de profissionalização, não só pela criação de um contexto de contenção de custos, mas, sobretudo, pelo excesso de carga de trabalho e a forte mobilidade a que submete os enfermeiros. Por outro lado, se é verdade que alguns papéis centrais se mantêm sob o domínio dos enfermeiros, tal como o processo de avaliação, estes são agora estrangidos pelo contexto de mudança na cultura organizacional, que transfere a avaliação do campo da promoção do desenvolvimento profissional para o campo do controlo organizacional.

Este conjunto diverso de alterações promove um aumento do conflito, das tensões e da sobrecarga de papéis desempenhados por estes profissionais. Contudo, a análise desta questão revela a existência de alguma capacidade dos enfermeiros para lidarem com a diversidade e heterogeneidade das situações com que se confrontam. De facto, apenas uma pequena minoria realça a existência de conflitos entre os papéis profissionais e de gestão. Os restantes optam, de forma maioritária, por valorizar os papéis profissionais ou por promover estratégias de integração dos dois. Por outro lado, também uma pequena minoria parece identificar-se de forma mais clara, com os papéis de gestão. Se ligarmos estes dados à minoria de actores, que, no que respeita à ideologia e valores da profissão, se situam numa maior proximidade em relação à ideologia *managerialista*, podemos concluir que a introdução da NGP alterou alguns valores, práticas e ideologias profissionais nos enfermeiros que constituem a nossa amostra, mas está ainda longe de se apresentar, indiscutivelmente, como um paradigma dominante e alternativo aos discursos, concepções e práticas tradicionais da enfermagem no contexto hospitalar.

CONCLUSÃO



CONCLUSÃO

Este trabalho assumiu deliberadamente uma abordagem global e multidisciplinar na análise do impacto das reformas, inspiradas na NGP, sobre os profissionais de enfermagem com funções de gestão. A razão que esteve na base das nossas opções teóricas e empíricas prende-se com o pressuposto de que só é possível construir e apreender o objecto de estudo em referência aos contextos políticos e organizacionais que envolvem o campo profissional dos actores. Tal equivale a reconhecer que qualquer tentativa para compreender a influência da NGP na profissão e nas práticas organizacionais de enfermagem, no âmbito hospitalar, passa pela necessidade de, articuladamente, se analisarem as diferentes 'forças' que contribuem para a estruturação deste mesmo campo: a nova postura do Estado no controlo e regulação do sector público, em geral, e do sistema de saúde, em particular; o impacto desta nova postura nas políticas de saúde e, por esta via, na reestruturação das instituições hospitalares; o papel mediador que as estruturas e sistemas de gestão hospitalares e os restantes grupos profissionais desempenham na mudança da cultura, identidades, práticas e papéis tradicionais da enfermagem.

A recepção e resposta das instituições e dos profissionais às políticas e às reestruturações que derivam da sua implementação, não emergem, porém, num registo meramente passivo e adaptativo. Por isso, o estudo empírico que desenvolvemos foi concebido no sentido de tornar possível, não só o seu confronto com as abordagens teóricas que seleccionámos, como, sobretudo, mostrar as discrepâncias entre as expectativas políticas das reformas e a sua tradução local pelas instituições e pelos profissionais. Uma boa parte do sucesso, ou do insucesso, da reestruturação do sistema de saúde joga-se na arena organizacional, através da forma como os diferentes grupos aí presentes respondem às políticas e negociam localmente a sua intervenção profissional e as suas margens de autonomia.

Tendo estes pressupostos por referência, retomamos agora as questões de investigação inicialmente formuladas, e relembramos, em jeito de síntese, as principais problemáticas que foram emergindo ao longo da nossa reflexão teórica no âmbito da revisão da literatura. Centramo-nos, a seguir, nas principais conclusões extraídas da análise dos dados recolhidos, também com o objectivo de estimular o debate teórico e, por fim, apresentamos algumas cogitações relativas a desenvolvimentos e pistas futuras de investigação.

Articular e sintetizar o conjunto de fenómenos e tendências, que emergiram da análise da literatura e dos dados empíricos extraídos do discurso dos actores, surge-nos como um trabalho árduo, dada a ambiguidade e complexidade das questões em causa na relação entre a NGP, as reformas e os profissionais de enfermagem com funções de gestão. Para isso, começamos por reavivar o que foram as interrogações de fundo desta investigação e que

orientaram todos os nossos esforços de combinação, integração e confrontação entre conceitos, modelos e teorias, assim como a análise de conteúdo do discurso dos actores:

- de que forma estão as instituições hospitalares a adoptar as medidas de NGP veiculadas pelos discursos e pelas políticas governamentais em Portugal?
- quais os potenciais efeitos das mudanças promovidas no âmbito da NGP no grupo dos enfermeiros com funções de gestão?
- existe algum tipo de alteração ao nível dos papéis desempenhados pelos profissionais de enfermagem com funções de gestão?
- é possível verificar algum tipo de alteração nos valores e ideologias profissionais dominantes nos enfermeiros com funções de gestão?
- de que forma as mudanças implementadas ao nível organizacional produzem efeitos no projecto de profissionalização do grupo dos enfermeiros?

Embora a distância que separa a declaração de intenções contida na introdução seja, de certa forma, mais alongada do que as expectativas iniciais de investigação, julgamos não existir uma grande discrepância entre os objectivos definidos e aqueles que foram alcançados.

Procurando, resumidamente, reviver o percurso delineado, retomamos os temas introduzidos na discussão teórica e que fomos desenvolvendo ao longo do trabalho. Neste processo, salientamos, principalmente, os conceitos chave eleitos para a análise e tecemos algumas considerações sobre as implicações advindas da sua aplicação no contexto nacional.

Assim, ao longo do primeiro capítulo abordámos várias problematizações do conceito de NGP. Apesar de alguma falta de consenso dos autores relativamente aos seus conteúdos, abrangência e pertinência teórica e heurística, julgamos possível identificar algumas características particulares comuns a este movimento ideológico, político e de gestão.

A NGP representa uma tentativa para reestruturar os serviços públicos, mudando a natureza da sua organização e gestão. Estas reformas não pretendem ser apenas incrementais ou estratégicas, mas transformacionais em relação ao sistema, às instituições e às culturas e práticas profissionais tradicionais. Trata-se, por isso, de um fenómeno bastante abrangente, e que, seja qual for o campo de estudo considerado, exige abordagens aprofundadas e contextualizadas que interrelacionem vários níveis de análise: sistemas, instituições, grupos profissionais e actores individuais.

Nos percursos teóricos que desenvolvemos, assumimos a NGP como um movimento, comum a vários países desenvolvidos, que traduz alterações profundas nas concepções do Estado. Estas alterações consubstanciam tentativas de substituição gradual do Estado Providência pelo Estado *managerial* (Clarke & Newman, 1997), visível nas mudanças que vão ocorrendo nas formas tradicionais de organização e gestão das instituições públicas com base na ideologia *managerialista*.

Porém, apesar da escassez de estudos sobre o impacto real da NGP no sector público, assim como sobre a comparação entre as políticas desenvolvidas em diferentes países, não permitir avançar com conclusões seguras, é possível verificar que as mudanças induzidas até ao momento não foram tão profundas quanto as expectativas iniciais o faziam prever. E isso, não só porque existem importantes diferenças nas medidas encetadas nos diferentes países (Hood, 1991; Pollitt, 2003b; Pollitt & Boukaert, 2000), mas, também, porque não se constatou um total afastamento do Estado do controlo e da regulação das instituições públicas, que surgiram, antes, sob novas formas. Autores como Pollitt (2001) ou Lynn (1998; 2001) afirmam, assim, que a NGP expressa, por detrás da retórica que a sustenta, apenas objectivos ligados à eficiência, correspondendo mais a uma moda do que a uma verdadeira alteração no paradigma tradicional da administração pública.

Tal não significa, todavia, que não se tenham constatado alterações nos modos de organização e funcionamento do sector público dos países desenvolvidos, como aliás revela a análise das reformas implementadas no sector da saúde dos países da União Europeia. O conjunto de medidas desenvolvidas nesta área pode ser claramente enquadrado no movimento da NGP, e traduz, como afirmam Ferlie et al. (1996) para o nível organizacional, a crescente substituição de uma gestão de manutenção por uma gestão da mudança. Às instituições hospitalares resta, muitas vezes, terem de lidar com mudanças que lhes são impostas do topo para a base. Esta imposição vai no sentido de aproximar os modelos de organização e gestão do sector público dos modelos dominantes no sector privado. O sucesso deste processo mimético objectiva-se na emergência de formas híbridas de organização e gestão hospitalar. Ham e Hawking (2003), ao analisarem as medidas políticas que procuram impulsionar esta transferência de modelos e valores, concluem pela emergência de três tipos de organizações hospitalares distintas: autónomas, empresarializadas e privadas.

Em Portugal, não obstante alguns autores considerarem que não é possível falar-se da existência de um verdadeiro Estado Providência (Santos, 1990; 2002), tal não significa que o país esteja imune à sua crise. Quer isto dizer que, embora não se tenha desenvolvido um Estado social forte, Portugal enfrenta, neste momento, os mesmos problemas e parece ir de encontro a soluções semelhantes àquelas que emergiram nos países que foram capazes de desenvolver e consolidar nos períodos pré e pós segundo conflito mundial. A influência da NGP, no contexto nacional, é particularmente visível no sector da saúde a partir da década de noventa com a implementação de medidas políticas crescentemente focalizadas nas instituições hospitalares. Neste contexto, em termos da diferenciação/diversificação institucional do sistema de saúde, podemos identificar no SNS, seguindo a classificação proposta por Ham e Hawkins (2003), a existência de instituições hospitalares de tipo autónomo e de tipo empresarializado, as quais, independentemente das diferenças, expressam, do ponto de vista das suas características

jurídicas, um afastamento do modelo tradicional público de organização hospitalar e uma aproximação aos modelos dominantes do sector privado (mais evidente no caso dos hospitais empresarializados).

A possibilidade de concretização desta transferência de modelos tem subjacente a discussão relativa à natureza específica das instituições públicas e privadas e à sua especificidade. Não obstante a forte discussão teórica que este tema tem suscitado nas últimas décadas, é inegável que as instituições públicas possuem características que as tornam singulares. Destas destaca-se, desde logo, o *locus* político da iniciativa e do poder de definir os objectivos a que se devem submeter, que continua a situar-se no Estado, assente em processos de legitimação e de responsabilidade democrática e tendo por referência a lógica da prestação de serviços públicos e não do lucro. Além disso, trata-se de instituições maioritariamente financiadas pelo orçamento público e que não podem seleccionar o seu mercado. Mas, acima de tudo, e como característica potencialmente mais marcante da sua singularidade, são caracterizadas pelo elevado número de profissionais que as constituem. De facto, o profissionalismo tem constituído um dos principais pilares do Estado Providência, e é por esta razão que também tem sido erigido como um dos principais alvos da crítica e da intervenção da NGP, em particular a sua estreita associação com os modelos racionais-burocráticos de estruturação da administração pública (Clarke & Newman, 1997).

Dentro dos grupos profissionais, as elites, consideradas aqui como os ‘sub-grupos’ que assumem posições formais de chefia nas organizações, desempenham um papel primordial no estabelecimento do sistema de valores dominante na profissão, sendo também conhecida a importante influência que podem exercer nos processos *top-down* de mudança. O empenhamento das elites com esta mudança é determinante na sua aceitação pelos restantes elementos. Neste sentido, constituem-se, simultaneamente, como agentes e como alvo das reformas e, por conseguinte, como objecto de análise privilegiada nos estudos sobre o impacto das mudanças *managerialistas* nos profissionais. Assim sendo, e tendo por referência o carácter recente das medidas impostas, bem como a importância dos líderes profissionais no jogo micro-político de sustentação da jurisdição profissional, os enfermeiros com funções de gestão emergem como objecto privilegiado de análise.

Contudo, partimos do princípio que, para prosseguir o nosso objectivo, e compreender de que forma a NGP pode afectar os profissionais e o seu profissionalismo, temos antes de perceber de que forma estão as organizações hospitalares a integrar as mudanças que lhes são impostas.

Na realidade, assumimos o pressuposto de que as medidas macro-políticas são traduzidas de forma distinta para o nível da micro implementação, o que foi aliás confirmado pelos nossos dados. Diversas variáveis conduzem a estratégias diferentes de implementação das

reformas, resultando deste processo modelos híbridos de organização passíveis de serem classificados num contínuo que se estende desde formas mais próximas da burocracia tradicional até formas mais chegadas à gestão privada.

As informações extraídas do discurso dos enfermeiros com funções de gestão permitem-nos identificar hospitais que parecem ter desenvolvido processos de mudança pouco profundos, que os mantiveram próximos das características dominantes da organização burocrática tradicional. Categorizamos o modelo emergente nestes hospitais como adaptação burocrática, significando este termo que as instituições apenas procuram introduzir mecanismos mais aperfeiçoados de eficiência que lhes permitam um maior controlo dos custos e das despesas. Estes mecanismos centram-se, primordialmente, na área da GRH, consubstanciando-se, de forma particular, nas seguintes ações: racionalização de efectivos, flexibilização e mobilidade no trabalho e uso de modalidades de contratualização individual, em paralelo com a precarização dos vínculos à organização.

Num segundo grupo de hospitais, as estratégias processuais de ajustamento às mudanças parecem ter assumido uma maior abrangência, com a articulação das alterações nas políticas e práticas institucionais de GRH e de gestão operacional (estas últimas orientadas para a gestão das operações e a implementação da gestão de *stocks*), trianguladas com tentativas de reconfigurar as estruturas organizacionais e os valores dominantes nos CA. Embora a lógica burocrática e administrativa permaneça dominante, a lógica da gestão parece ganhar-lhe algum terreno e assumir um papel mais relevante no funcionamento dos hospitais. Neste sentido, consideramos que estas instituições enveredaram por um processo de reformulação burocrática que, apesar da ocorrência de mudanças mais profundas, mantém como matriz de referência o modelo racional-burocrático.

No último caso, em referência aos hospitais que adoptaram modalidades de mudança transformacional, julgamos poder falar de uma reconstrução burocrática. As alterações verificadas nas configurações estruturais, nos processos de prestação de serviços e nas políticas de recursos humanos, assim como a tentativa de promover uma mudança cultural *top down*, no sentido da imposição de valores, normas e pressupostos mais próximos do ambiente de negócios, parecem-nos expressar intenções claras de substituição de um modelo de administração pública por um modelo de gestão mais marcadamente *managerialista*.

Enunciada a forma distinta como as organizações hospitalares lidaram com as mudanças, impostas a partir do próprio Estado, importa agora perceber o seu potencial impacto nos profissionais.

Na realidade, a relação entre os profissionais e as mudanças verificadas no contexto organizacional é complexa. Em certa medida, esta complexidade reproduz a verificada ao nível organizacional, o que reforça a tese da hibridização, já realçada em estudos anteriores (Ferlie et

al., 1996; Reed, 2002; Santiago et al., 2005). Por um lado, parece ser evidente que os profissionais de enfermagem, particularmente os que desempenham funções de gestão, perderam poder institucional com as reformas inspiradas na NGP. Esta perda decorre das alterações introduzidas na organização do trabalho e nas políticas de recursos humanos, mas advém, também, do aumento do poder de gestão dos restantes grupos, em particular médicos e gestores. Todavia, as dinâmicas de ganho e de perda de poder são bastante mais complexas do que algumas análises superficiais podem deixar entender. É sobretudo da interacção dinâmica e complexa com os outros grupos profissionais que surgem estratégias de resistência, as quais nos impedem de falar de um processo linear de desprofissionalização ou de proletarização.

Com base nos indicadores que seleccionámos e analisámos, é possível concluir que há uma tentativa de mudança de valores imposta às organizações hospitalares, mas esta está longe de transpor a barreira da adopção simples da linguagem para se impor como uma estrutura cognitiva dominante nos profissionais de enfermagem com funções de gestão. Independentemente da crescente introdução das medidas *managerialistas* nas organizações hospitalares, estes profissionais mantêm a ideologia profissional como dominante, centrada, essencialmente, nos cuidados, assim como parecem continuar a valorizar os seus papéis profissionais em detrimento dos papéis de gestão. No que concerne a esta última questão, não se observa um verdadeiro acréscimo no seu desempenho de papéis de gestão, mas antes de papéis de administração. Melhor dizendo, os papéis que desenvolvem estão longe da concepção para se aproximarem da execução. A este nível, é particularmente preponderante o desempenho destes profissionais na manutenção do funcionamento quotidiano das enfermarias, o que expressa, contudo, um diferencial importante entre as actividades e responsabilidades que formalmente detém e o poder e prestígio que informalmente adquiriram e procuram desenvolver e consolidar.

Não obstante as mudanças verificadas nos modelos e valores de gestão das organizações hospitalares, os enfermeiros, que constituem a nossa amostra, parecem maioritariamente continuar a privilegiar a via eleita anteriormente para a edificação do projecto de profissionalização da enfermagem: a especificidade das actividades e tarefas de cuidar na divisão do trabalho e a indispensabilidade da formação certificada ao nível superior para a sua execução. Contudo, na arena organizacional, é possível identificar estratégias de manutenção, e até de expansão da área jurisdicional da enfermagem, o que vai de encontro às teses que defendem que os processos de profissionalização também se jogam na confrontação e negociação local, entre diferentes grupos ocupacionais, e na conquista dos espaços 'sombra' e informais não clarificados na legislação e na gestão institucional.

Da análise empreendida ao longo desta investigação, e das conclusões que dela resultam, julgamos possível afirmar que este estudo produz alguns contributos inovadores para o conhecimento dos fenómenos sociais em análise.

Os resultados aqui expressos confirmam alguns dados da produção teórica existente, até ao momento, sobre a NGP. De facto, constatam-se implicações das mudanças no papel e nas funções do Estado ao nível organizacional. Estas alterações confirmam a tendência identificada antes, por outros estudos, no sentido da hibridização. Os sinais que nos foram fornecidos pela análise dos dados empíricos permitem-nos sustentar a criação de uma tipologia, ou melhor, a formulação de uma conceptualização teórica que nos parece constituir em si um acréscimo em relação às teorias existentes. Na realidade, apesar da literatura salientar a tendência das organizações para adoptarem modelos de organização híbridos, não existiam especificações que nos permitissem diferenciá-los e isolar variáveis relevantes para a sua classificação. A este nível, das variáveis que identificámos para proceder à classificação apresentada, a GRH surge em lugar de destaque, o que nos conduz a valorizar a ideia de que esta área está a ser utilizada como instrumento de regulação pelo Estado e, mais do que isso, que a NGP tem como propósito não só desconstruir o Estado Providência e as organizações que o suportam, mas, sobretudo, os profissionais que lhe dão corpo.

O enfoque principal desta investigação centrou-se, precisamente, a este nível. Ou seja, procurámos explorar as ligações entre a mudança nas formas de organização do Estado e a profissionalização, tendo por horizonte a experiência de trabalho. Neste âmbito, os contributos inovadores desta tese podem, também, ser enunciados por referência à literatura que tem assumido como objecto de preocupação o impacto da NGP nos profissionais e nas teorias sobre a profissionalização.

Os resultados da análise empírica empreendida revelam que as relações entre o Estado, as mudanças organizacionais e os profissionais são multifacetadas e indeterminadas, apontando para uma multiplicidade de sentidos que não é linear nem convergente. A adopção da ideologia *managerialista* nas propostas legislativas do Estado traduz-se numa desvalorização do estatuto que os profissionais tradicionalmente detinham. Esta desvalorização decorre, em grande parte, das mudanças constatadas no paradigma tradicional de GRH no sector público, mas vincula-se igualmente a outros factores entre os quais se pode destacar uma maior presença da gestão e dos gestores profissionais nas organizações hospitalares. A perda de poder dos profissionais consubstancia-se não só na precarização do emprego, na fragilização dos vínculos institucionais e nas alterações do ambiente de trabalho, mas, também, noutros factores à partida mais invisíveis e ocultados. A natureza das tarefas que desenvolvem emerge com novos contornos por via das tentativas de submeter as estruturas organizacionais à lógica da gestão, fenómeno que concomitantemente arrasta a intrusão de mais gestores na organização hospitalar. Assim, o trabalho dos profissionais com funções de gestão parece crescentemente acantonar-se em tarefas mais rotineiras que permitem a manutenção do funcionamento quotidiano dos serviços, mas que os afastam da decisão estratégica. Por outro lado, a acção dos gestores contribui, de igual forma

para cercear a autonomia dos profissionais, em particular através da introdução de mecanismos de controlo indirecto e do aumento da sobrecarga de trabalho o que poderá significar, em última análise, que a intervenção do Estado nos processos de profissionalização não é apenas directa (consubstanciada, por exemplo, na aprovação ou não das Ordens) mas, também, indirecta (através de alterações nas formas de controlo organizacional).

Não obstante, este estudo mostra a existência de processos de flexibilidade nos profissionais que assumem configurações distintas que medeiam entre comportamentos de resistência (latente ou manifesta) ou de adaptação aos novos cenários institucionais. Estas conclusões permitem acrescentar um dado importante às teorias sobre a profissionalização. De facto, este processo não traduz um movimento único de sentido ascendente, expresso no crescente aumento do poder e da autonomia das profissões, mas antes, desenvolve-se lado-a-lado com movimentos contraditórios que resultam, em grande parte, das interações desenvolvida no contexto local.

Nesta dinâmica complexa de ganhos e perdas dos grupos profissionais, a enfermagem vai seleccionando e incorporando no *ethos* profissional algumas regras, valores e normas associadas à NGP. Esta selecção ocorre de acordo com um critério específico – a tentativa de manter a legitimidade, autoridade e poder que historicamente foi sendo conquistada pela profissão. Em grande parte emergem, nestes profissionais, tendências contraditórias expressas na aceitação de uma boa parte da retórica da NGP e, simultaneamente, na rejeição da sua imposição enquanto cultura dominante no contexto organizacional. Estas tendências resultam da tentativa de expurgar a ideologia *managerialista*, dela retendo apenas os elementos que permitem manter a profissão em ‘consonância’ com o ambiente geral da organização sem, no entanto, colocar em causa os valores tradicionais. Outros estudos, realizados no contexto nacional, a propósito da adesão ou rejeição dos enfermeiros das práticas organizacionais (neste caso específico, a participação directa) concluíram que as atitudes perante estas práticas resultam “(...) da necessidade dos profissionais em dar resposta aos seus problemas nos contextos de trabalho, entre os quais os relacionados com a autonomia profissional” (Silva, 2004, 155).

Estas inferências suscitadas pela análise dos dados constituem, na nossa perspectiva, um contributo pertinente para o desenvolvimento do conhecimento nesta área. Mas, tal como é observável em todos os processos de análise científica, também este trabalho de investigação teve de enfrentar alguns obstáculos e desafios ao longo do seu desenvolvimento, os quais determinaram a existência de um certo desfasamento entre o projecto inicial e a sua concretização. Neste sentido, consideramos que este trabalho poderia beneficiar da utilização de outros métodos de análise qualitativa, em particular a análise documental e/ou a observação

directa, mas que as características dominantes do período político, vivido na altura da recolha de dados, tornaram inviável.

Talvez mais do que salientar conclusões, torna-se particularmente pertinente realçar alguns pontos que, em nossa opinião, levantam questões profundas merecedoras do interesse e da atenção da investigação num futuro próximo. Julgamos que este trabalho permite abrir portas importantes para posteriores desenvolvimentos de análises relacionadas com o processo de profissionalização dos grupos ocupacionais, em especial de grupos cuja profissão está em permanente discussão e reconstrução, e com os efeitos neste campo das reformas no sector público inspiradas na NGP. Importa que estas análises continuem a dar atenção à articulação entre o nível macro (o papel de controlo e regulação do Estado) e o nível micro (os valores, ideologias e práticas dos profissionais), tendo em vista a obtenção de uma compreensão mais profunda e global dos fenómenos envolvidos nos processos de profissionalização.

Os resultados conseguidos com a análise dos dados suscitam, igualmente, algumas reflexões mais laterais em relação aos objectivos específicos que traçámos inicialmente, mas que constituem outras tantas novas pistas de investigação no campo da saúde em Portugal, em particular no que concerne ao impacto da NGP:

- nas concepções socialmente dominantes de saúde, doença e do próprio estatuto social de doente;
- na qualidade dos serviços prestados aos pacientes e no acesso aos cuidados;
- no poder e autonomia dos grupos profissionais dominantes na saúde;
- na adaptação de novos elementos (particularmente os gestores profissionais) a um campo organizacional que tradicionalmente lhes é alheio.

Num âmbito mais geral, o estudo do impacto da NGP ao nível do género parece-nos também constituir uma via promissora e pertinente de investigação. De facto, os nossos resultados suscitam questões importantes relativamente aos efeitos que as mudanças nas reestruturações das instituições de saúde podem acalentar no que respeita ao papel da mulher na família e na sociedade, temática particularmente relevante num contexto nacional em que a família representa um núcleo central da sociedade providência. É importante tentar perceber se a introdução de medidas *managerialistas* traduz a imposição de uma cultura de gestão mais masculina e os potenciais efeitos que esta introdução implica em termos das dinâmicas de género nos contextos organizacionais.

É nossa convicção que as conclusões deste estudo traduzem uma nova aproximação à multidimensionalidade das mudanças que actualmente ocorrem no sector público e, de forma particular, nas profissões que o incorporam. Esperamos, desta forma, ter conseguido fornecer um contributo clarificador sobre os diferentes fenómenos implicados nestas mudanças e, simultaneamente, ter conseguido, ainda que de forma indirecta, assumir um papel de

clarificação social, realçando a dimensão e os ‘custos’ humanos, ao nível organizacional, provocados pelas propostas *managerialistas* das reformas do sector público da saúde.

BIBLIOGRAFIA

#

5



BIBLIOGRAFIA

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Abbott, P., & Wallace, C. (1998). *The sociology of caring professions*. London: Routledge.
- Abel-Smith, B. (1960). *A history of the nursing profession*. London: Heinemann.
- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: the diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-612.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Educa-Formasau.
- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society*, 4(2), 139-158.
- Acker, J. (1992). Gendering organizational theory. In J. Mills & P. Trancred (Eds.), *Gendering Organizational Analysis* (pp. 248-260). London: Sage.
- Acker, J., & Houten, V. (1974). Differential recruitment and control: The sex restructuring of organisations. *Administrative Science Quarterly*, 19(2), 152-163.
- Ackroyd, S. (1995). From public administration to public sector management. *International Journal of Public Sector Management*, 8(2), 19-32.
- Ackroyd, S. (1997). Don't care was made to care. In R. Hugman, M. Peelo & K. Soothill (Eds.), *Concepts of care* (pp. 19-35). London: Arnold.
- Ackroyd, S., & Bolton, S. (1999). It is not Taylorism: Mechanisms of work intensification in the provision of gynaecological services in a NHS hospital. *Work, Employment & Society*, 13(2), 369-387.
- Albrow, M. (1992). Sine Ira et Studio – Or do organizations have feelings? *Organization Studies*, 13(3), 313-329.
- Allen, D. (1998). Record-keeping and routine nursing practice: The view from the wards. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1223-1230.
- Allen, D. (2000). Negotiating the role of expert carers on an adult hospital ward. *Sociology of Health & Illness*, 22(2), 149-171.
- Alves, A., & Moreira, J. M. (2004). *O que é a escolha pública?* Cascais: Principia.
- Alvesson, M., & Billing, Y. (1997). *Understanding gender and organizations*. London: Sage.
- Amâncio, L. (2004). A(s) masculinidade(s) em que-estão. In L. Amâncio (Eds.), *Aprender a ser homem. Construindo masculinidades*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Amaral, A. (2003). *Proposta de plano estratégico para a formação nas áreas da saúde*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Educação Médica.

- Amaral, A.; Carvalho, T. (2004). Autonomy and change in Portuguese higher education. Barblan, A. (Ed), *Academic freedom and university institutional responsibility in Portugal*. Bologna: Bononia University Press.
- Amaral, A., Correia, F., Magalhães, A., Rosa, M., Santiago, R. & Teixeira, P. (2002). *O Ensino superior pela mão da economia*. Coimbra: FUP.
- Amaral, A., Jones, A., & Karseth, B. (2002). *Governing higher education: National perspectives on institutional governance*. Dordrecht: Kluwer.
- Amaral, A., & Magalhães, A. (2001). On markets, autonomy and regulation. The Janus head revisited. *Higher Education Policy*, 14, 7-20.
- Amaral, A., & Magalhães, A. (2002). The emergent role of external stakeholders in European higher education governance. In A. Amaral, A. Jones & B. Karseth (Eds.), *Governing higher education: national perspectives on institutional governance* (pp. 1-21). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Amaral, A., Magalhães, A., & Santiago, R. (2003). The rise of academic managerialism in Portugal. In A. Amaral, L. Meek & M. Larsen (Eds.), *The higher education managerial revolution?* (pp. 275-296). Dordrecht: Kluwer.
- Amaral, A., Rosa, M. & Teixeira, P. (2004). Is there a higher education market in Portugal?, In P. Teixeira, B. Jongbloed, D. Dill, & A. Amaral (Eds.) *Markets in higher education: Rhetoric or reality?* (pp.291-310). Dordrecht: Kluwer.
- Araújo, H. (1990). As mulheres professoras e o ensino estatal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 29, 81-103.
- Araújo, H. (1991). As professoras primárias na viragem do século: Uma contribuição para a história da sua emergência no Estado. *Organizações & Trabalho*, 5(6), 127-146.
- Armstrong, M. (1987). Human resource management: A case of the emperor's new clothes?. *Personnel Management*, 19(8), 30-35.
- Ashforth, B., & Humphrey, R. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88- 115.
- Ashforth, B., & Humphrey, R. (1995). Emotion in the workplace: A reappraisal. *Human Relations*, 48(2), 97-125.
- Ashburner, L. (1993). Women on boards and authorities in the national health service. *Women in Management Review*, 8(2), 10-16.
- Atkinson, J. (1987). Flexibility or fragmentation? The United Kingdom labour market in the eighties. *Labour and Society*, 12(1), 87-105.
- Atkinson, J., & Gregory, D. (1986). A flexible future: Britain's dual labour market. *Marxism Today*, 30(4), 12-16.

- Bach, S. (1994). Managing a pluralist health system: The case of health care reform in France. *International Journal of Health Services*, 24(4), 593-606.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barley, S., & Kunda, G. (1992). Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse. *Administrative Science Quarterly*, 37(3), 367-400.
- Barry, J., Berg, E., & Chandler, J. (2002a, June). *Intensifying work?: Gender, management and change in academe in Sweden and England*. Paper presented at the European Academy of Management (EURAM) 2nd Annual Conference, Stockholm, Sweden.
- Barry, J., Berg, E., & Chandler, J. (2002b, Mar.). *Nice work if you can get it? The changing character of academic labour in Sweden and England*. Paper presented at the EIASM International workshop, Crossing issues of gender and management in organisations, Brussels, Belgium.
- Bartlett, W., & LeGrand, J. (1993). The theory of quasi-markets. In J. LeGrand & W. Bartlett (Eds.), *Quasi-markets and social policy* (pp. 13-34). Basingstoke: Macmillan Press.
- Barzelay, M. (1997, June). *Researching the politics of the new public management: Changing the question, not the subject*. Paper presented at the Summer workshop of the International Public Management Network, Berlin/Postdam Germany.
- Barzelay, M. (2002). Origins of the new public management. An international view from public administration/political science. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 15-34). London e New York: Routledge.
- Bates, R. (1998). This proud profession must heal itself. *Medical Economics*, 75(20), 15-22.
- Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J., & French, S. (1999). Complaints against nurses: A reflection of the 'new managerialism' and consumerism in health care? *Social Science & Medicine*, 48, 363-374.
- Becker, G. (1965). A theory of the allocation of time. *The Economic Journal* (September), 493-517.
- Beechey, V. (1977). Some notes on female wage labour in capitalist production. *Capital and Class* (3), 45-66.
- Bell, D. (1973). *O advento da sociedade pós-industrial: Uma tentativa de previsão social*. São Paulo: Cultrix.
- Bellman, L. (2001). Courage, faith and chocolate cake: Requisites for exploring professionalism in action. *Educational Action Research*, 9(2), 225-241.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison Wesley.

- Benson, J. (1973). The analysis of bureaucratic-professional conflict: Functional versus dialectical approaches. *The Sociological Quarterly*, 14, 378-379.
- Bento, C. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem. Que identidade?* Lisboa: Fim de Século.
- Béresniak, A., & Duru, G. (1999). *Economia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blanchet, A. (1982). Épistémologie critique de l'entretien d'enquête de style non directif. Ses éventuelles distorsions dans le champ des sciences humaines. *Bulletin de Psychologie*, 358, 187-195.
- Blomgren, M. (2003). Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability and Management*, 19, 45-71.
- Boje, D. (2002). *Managerialist storytelling*. Retrieved December 17, 2002, from New Mexico State University, College of Business. Web site: <http://cbae.nmsu.edu/~dboje/managerialist.html>
- Bolton, S. (2000a). Emotion here, emotion there, emotional organisations everywhere. *Critical Perspectives on Accounting*, 11(2), 155-171.
- Bolton, S. (2000b). Nurses as managers: Between a professional rock and a HRM hard place? *Human Resource Development International*, 3(2), 229-234.
- Bolton, S. (2000c). Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580-586.
- Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 85-100.
- Bolton, S. (2002). Customer as king in the NHS. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 129-139.
- Bolton, S. (2003). Multiple roles: Nurses as managers in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*, 16(2), 122-130.
- Bolton, S. (2004a). A bit of laught: nurses' use of humour as a mode of resistance. In J. Barry, J. Chandler & M. Dent (Eds.), *Questioning the new public management* (pp. 177-189). Aldershot: Ashgate Publishing.
- Bolton, S. (2004b). A simple matter of control? NHS Hospital nurses and new management. *Journal of Management Studies*, 41(2), 317-333.
- Bolton, S. (2004c). Conceptual confusions: emotion work as a skilled work. In C. Warhurst, I. Grugulis & E. Keep (Eds.), *Skills that matter*. (pp. 19-37). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bolton, S. (2005a). *Emotion management in the workplace*. London: Palgrave.
- Bolton, S. (2005b). Making up managers: nurses or managers in the NHS? *Work, Employment & Society*, 19(2), 5-23.

- Bolton, S. (2005c). Women's work, dirty work: The gyneacology nurse as 'other'. *Gender, Work & Organization*, 12(2), 169-186.
- Bolton, S., & Ackroyd, S. (2002). Nursing and the New Public Sector Management. *International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 98-106.
- Bolton, S. & Boyd, C. (2003). Trolley dolley or skilled emotion manager? Moving from Hochschild's managed heart. *Work, Employment & Society*, 17(2), 289-308.
- Bone, D. (2002). Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 140-150.
- Boreham, P. (1983). Indetermination: Professional knowledge, organization and control. *The Sociological Review*, 31(4), 693-718.
- Boston, J., Martin, J., Pallott, J., & Walsh, P. (1996). *Public management: The New Zealand model*. Auckland: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- Boyce, R. (1997). Health sector reform and profession power, autonomy and culture: the case of Australian allied health professions. In R. Hugman, M. Peelo & K. Soothill (Eds.), *Concepts of care* (pp. 74-100). London: Arnold.
- Boyne, G. (1998). Public services under new Labour: Back to bureaucracy? *Public Money and Management*, July-September, 43-50.
- Boyne, G. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122.
- Boyne, G., Jenkins, G., & Poole, M. (1999). Human resource management in the public and private sectors: An empirical comparison. *Public Administration*, 77(2), 407-420.
- Bradley, H. (1989). *Men's work, women's work*. Cambridge: Polity Press.
- Bradley, H. (1997, July). *Feminization, equal opportunities and gender segregation*. Paper presented at the 3rd European Feminist Research Conference, Coimbra.
- Brewster, C. (1995). Toward a 'European' model of HRM. *Journal of International Business Studies*, 26(1), 1-21.
- Brewster, C., & Hegewisch, A. (1994). Human Resource Management in Europe: Issues and opportunities. In C. Brewster & A. Hegewisch (Eds.), *Policy and Practice in European Human Resource Management* (pp. 1-21). The Price Waterhouse Cranfield Survey London: Routledge.
- Brint, S. (1993). Eliot Freidson's contribution to the sociology of professions. *Work and Occupations*, 20(3), 259-278.
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (1998). Resisting the "new public management": Absorption and absorbing groups in schools and GP practices in UK. *Accounting, Auditing and Accountability*, 11(4), 403-424.

- Browne, A. (2001). The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nursing Inquiry*, 8(2), 118-129.
- Buchanan, D., Boddy, D., & McCalman, D. (1988). Getting in, getting on, getting out and getting back. In A. Bryman (Ed.), *Doing research in organizations* (pp. 53-67). London: Routledge.
- Bucher, R. (1988). On the natural history of health care occupations. *Work and Occupations*, 15(2), 131-147.
- Bucher, R., & Stelling, J. (1969). Characteristics of professional organizations. *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 3-15.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2004). *Do silêncio à voz*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Burnham, J. (1945). *The managerial revolution* (2nd ed.). New York: Penguin Books.
- Burrell, G., & Hearn, J. (1996). The sexuality of organization. In J. Hearn, D. Sheppard, P. Tancred-Sheriff & G. Burrell (Eds.), *The sexuality of organizations* (pp. 1-28). London: Sage.
- Burris, B. (1996). Technocracy, patriarchy and management. In D. Collinson & J. Hearn (Ed.) *Men as managers, managers as men – Critical perspectives on men, masculinities and managements* (pp. 61-77). London: Sage.
- Cabral-Cardoso, C. (2004). The evolving portuguese model of HRM. *International Journal of Human Resource Management*, 15(6), 959-977.
- Campos, A. (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. (1996). *Yellow light at the crossroads: Wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the portuguese NHS*. Lisboa: APES – Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Campos, A. (1999). *Hospitais: Panorama escuro com luzes ao longe, Problemas e propostas para o sistema de saúde*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Campos, A. (2002). *Confissões políticas da saúde. Auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (3ª ed.) Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (2004). O sector da saúde. Formas de hierarquização interna. In J. Freire (Ed.), *Associações profissionais em Portugal* (pp. 57-82). Oeiras: Celta.

- Carapinheiro, G., & Page, P. (2001). As determinantes globais do sistema de saúde português. In P. Hespanha & G. Carapinheiro (Eds.), *Risco social e incerteza. Pode o Estado social recuar mais?* (pp. 81-114). Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G., & Rodrigues, M. (1998). Profissões: protagonismos e estratégias. In J. Viegas & A. Costa (Eds.), *Portugal, que modernidade?* (pp. 147-164). Oeiras: Celta Editora.
- Caria, T. (2005). Trabalho e conhecimento profissional-técnico: Autonomia, subjectividade e mudança social. In T. Caria (Ed.), *Saber profissional. Análise social das profissões em trabalho técnico-intelectual* (pp. 17-42). Coimbra: Almedina.
- Carpenter, M. (1978). Managerialism and the division of labour in nursing. In R. Dingwall & J. McIntosh (Eds.), *Readings in the sociology of nursing* (pp. 87-106). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Carpenter, M. (1993). The subordination of nurses in health care: Towards a social division approach. In E. Riska & K. Weigar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the division of labour* (pp. 95-130). London: Sage.
- Carvalho, T. (2001). Políticas e práticas de gestão de recursos humanos em Portugal – A influência da variável género. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 7(2), 279-296.
- Cash, K. (1997). Social epistemology, gender and nursing theory. *International Journal of Nursing Studies*, 34(2), 137-143.
- Causser, G., & Exworthy, M. (1999). Professionals as managers across the public sector. In M. Exworthy & S. Halford (Eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (pp. 83-101). Philadelphia: Open University Press.
- Chandler, J.; Barry, J.; Clark, H. (2002). Stressing academe: The wear and tear of the New Public Management. *Human Relations*, 55(9), 1051-1070.
- Chauvenet, A. (1988). Les professionnels de santé publique de l'enfance: entre police administrative et éthique communicationnelle. *Sociologie et Sociétés*, XX(2), 41-54.
- Chiarella, M. (1990). Imaging nursing – reflecting and projecting. *Australian Health Review*, 13(4), 299-310.
- Chidambaram, M. (1993). Sex Stereotypes in women doctors' contribution to medicine: India. In E. Riska & K. Weigar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 13-26). London: Sage.
- Chinitz, D., Preker, A., & Wasem, J. (1998). Balancing competition and solidarity in health care financing. In R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 55-77). Buckingham: Open University Press.
- Clark, P., Clark, D., Day, D., & Shea, D. (2001). Healthcare reform and the workplace experience of nurses: Implications for patient care and union organizing. *Industrial and Labor Relations Review*, 55(1), 133-148.

- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The managerial state*. London: Sage.
- Clegg, S. & Palmer, G. (1996). Introduction. Producing management knowledge. In S. Clegg & G. Palmer. *The politics of management knowledge* (pp.1-18). London. Sage.
- Coinsidine, M. (2000). Contract regimes and reflexive governance: Comparing employment service reforms in the United Kingdom, the Netherlands, New Zealand and Australia. *Public Administration*, 78(2), 613-638.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Colling, T. (2001). Human resources in the public sector. In I. Beardwell & L. Holden (Eds.), *Human Resource Management: A comparative perspective* (pp. 654-679). London: Pitman.
- Collinson, D. & Hearn, J. (1996). Breaking the silence: On men, masculinities and managements. In D. Collinson & J. Hearn (Ed.) *Man as managers, managers as men – Critical perspectives on men, masculinities and managements* (pp. 1-24). London: Sage.
- Collinson, D., Knights, D., & Collinson, M. (1990). *Managing to discriminate*. London: Routledge.
- Common, R., Flynn, N., & Mellon, E. (1993). *Managing public services*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Connel, R. (2001). Introduction and overview. *Feminism and Psychology. Special issue on men and masculinities: Discursive approaches*, 11(1), 5-9.
- Conrad, C., & Witte, K. (1994). Is emotional expression repression oppression? Myths of organizational affective regulation. In S. Deetz (Ed.), *Communication Yearbook* (pp. 417-428). Thousand Oaks: Sage.
- Cooper, D.; Hinings, B.; Greenwood, R. & Brown, J. (1996). Sedimentation and transformation in organizational change: The case of Canadian law firms. *Organization*, 17(4), 623-647.
- Corrêa, B. (2002). *Imagens e memórias da escola técnica de enfermeiras 1940-1988*. Lisboa: Beatriz de Mello Corrêa.
- Coser, R. (1962). *Life in the ward*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Crompton, R. (1990). Professions in the current context. *Work Employment and Society (Special Edition, A decade of change?)*, 147-166.
- Crowell, D. (1996). The nurse executive as integrator: creating a field of health caring. *Nursing Administration Quarterly*, 21(1), 35-41.
- Crozier, M. (1964). *The bureaucratic phenomenon*. Chicago: University of Chicago Press.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Editions du Seuil.

- Cunha, M. & Marques, C. (1995). Portugal. In I. Brunstein (Ed.). *Human resource management in Western Europe*. (pp.231-258). Berlin: Walter de Gruyter.
- Cunha, M. (2005). Adopting or adapting? The tension between local and international mindsets in Portuguese management. *Journal of World Business*, 40, 188-202.
- Cunningham, R. (2000). From great expectations to hard times? Managing equal opportunities under new public management. *Public Administration*, 78(2), 699-714.
- Currie, G. (1997). Management development and a mismatch of objectives: The culture change process in the NHS. *Leadership & Organization Development Journal*, 18(6), 304-311.
- Cutler, T., & Waine, B. (1994). *Managing the welfare state: Text and sourcebook*. Oxford: Berg.
- Darbyshire, P. (1999). Nursing, art and science: Revisiting the two cultures. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 123-131.
- Davies, C. (1980). Introduction: The contemporary challenge in nursing history. In C. Davies (Ed.), *Rewriting Nursing History* (pp. 11-17). London: Croom Helm.
- Davies, C. (1983). Professionals in bureaucracies: The conflict thesis revisited. In R. Dingwall & P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions* (pp. 177-194). London: Macmillan.
- Davies, C. (1995a). Competence versus care? Gender and caring work revisited. *Acta Sociologica*, 38, 17-31.
- Davies, C. (1995b). *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Dawson, S., & Dargie, C. (2002). New Public Management: A discussion with special reference to UK health. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects* (pp. 34-57). London: Routledge.
- Daykin, N., & Clark, B. (2000). They'll still get the bodily care. Discourses of care and relationships between nurses and health care assistants in the NHS. *Sociology of Health & Illness*, 22(3), 349-363.
- de Vries, M. (2001). The attack on the state: A comparison of the arguments. *International Review of Administrative Sciences*, 67(3), 389-414.
- Deakin, N., & Walsh, K. (1996). The enabling state: The role of markets and contracts. *Public Administration*, 74(Spring), 33-48.
- Deem, R. (1998). 'New managerialism' and higher education: the management of performances and cultures in universities in the United Kingdom. *International Studies in Sociology of Education*, 8(1), 47-70.
- Deem, R., & Johnson, R. (2000). Managerialism and university managers: Building new academic communities or disrupting old ones? In I. McNay (Ed.), *Higher education and its communities* (pp. 65-84). Philadelphia: SRHE and Open University Press.

- Dekker, E. (1994). Health care reforms and public health. *European Journal of Public Health*, 4, 281-286.
- Denhardt, R. (2000). *Theories of public administration*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Denhardt, R., & Denhardt, J. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public Administration Review*, 60(6), 549-559.
- Dent, M. (1993). Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerialism. *Sociological Review*, 41(2), 244-273.
- Dent, M. (2002). Professional predicaments: Comparing the professionalisation projects of German and Italian nurses. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 151-162.
- Dent, M. (2005, July). *Changing jurisdictions within the health professions? Autonomy, accountability and evidence based practice*. Paper presented at the 4th International Critical Management Studies Conference, Cambridge University.
- Dent, M., Chandler, J., & Barry, J. (2004). Introduction: Questioning the New Public Management. In M. Dent, J. Chandler & J. Barry (Eds.), *Questioning the New Public Management* (pp. 1-4). Aldershot: Ashgate.
- Derber, C. (1982). The proletarianization of the professional: a review essay. In C. Derber (Ed.), *Professionals as workers: Mental labor in advanced capitalism* (pp. 13-33). Boston: G. K. Hall.
- DiMaggio, P. (1989). The System of Professions: An essay on the division of expert labor: A review. *American Journal of Sociology*, 95(2), 534-535.
- DiMaggio, P. & Powell, W. (1991). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. In W. Powell & P. DiMaggio (Ed.), *The new institutionalism in organizational analysis*. (pp.42-63). Chicago: The University of Chicago Press.
- Dingwall, R. & Allen, D. (2001). The implications of healthcare reforms for the profession of nursing. *Nursing Inquiry*, 8(2), 64-74.
- Dingwall, R. (1983). Introduction. In R. Dingwall & P. Lewis (Ed.), *The Sociology of the professions* (pp. 1-18). London: Macmillan Press.
- Dingwall, R., Rafferty, A., & Webster, C. (1988). *An introduction to the social history of nursing*. London: Routledge.
- Doherty, C. (2003). Modernization: The role of ward sisters and charge nurses. *Nursing Standard*, 17(52), 33-35.
- Domagalski, T. (1999). Emotion in organizations: Main currents. *Human Relations*, 52(6), 833-852.

- Dominelli, L. (1997). *Sociology for social work*. London: Macmillan.
- Domingues, L. (2003). *A gestão de recursos humanos e o desenvolvimento social das empresas*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Dopson, S., FiztGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidenced based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.
- Dopson, S. & Waddington, I. (1996). Managing social change: A figurational or process sociological approach to understanding organizational management within the NHS. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 525-550.
- Drach-Zahavy, A., & Dagan, E. (2002). From caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 19-28.
- du Gay, P. (1996). Making up managers: Enterprise and the ethos of bureaucracy. In S. Clegg & G. Palmer (Ed.). *The politics of management knowledge*. (pp.19-35), London: Sage.
- du Gay, P. (2000). *In Praise of Bureaucracy*. London: Sage.
- du Gay, P., & Salaman, G. (1996). The conduct of management and management of conduct: Contemporary managerial discourse and the constitution of the 'competent' manager. *Journal of Management Studies*, 33(3), 263-283.
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From old public administration to new public management. *Public Money & Management (July-September)*, 9-16.
- Eaton, S. (2000). Beyond 'unloving care': linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 591-616.
- Edwards, D. (2003). *Managerial influences in public administration*. Retrieved at January, 14, 2003 from University of Tennessee at Chattanooga, Department of Political Science Web site <http://www.utc.edu/~mpa/managerialism.htm>
- Edwards, S. & Liaschenko, J. (2003). On the quest for a theory of nursing. *Nursing Philosophy*, 4, 1-3.
- Edwards, S. (1999). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 563-569.
- Egeland, J. & Brown, J. (1988). Sex roles stereotyping and role strain of male registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 11(4). 257-267.
- Elston, A. (1993). Women doctors in a changing profession: The case of Britain. In E. Riska & K. Weigar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 27-61). London: Sage.

- Elzinga, A. (1990). The knowledge aspect of professionalization: the case of science-based nursing education in Sweden. In R. Torstendahl & M. Burrage (Eds.), *The formation of professions. Knowledge, state and strategy* (pp. 151-173). London: Sage.
- Enteman, W. (1993). *Managerialism*. London: The University of Wisconsin Press.
- Enthoven, A. (1985). *Reflections on the management of the NHS*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trusts.
- EOHCS. (2002). Health care systems in eight countries: Trends and challenges. London: European Observatory on Health Care Systems
- Erickson, R., & Wharton, A. (1997). Inauthenticity and depression: Assessing the consequences of interactive service work. *Work and Occupations*, 24(2), 188-213.
- Escobar, L. (2004). *O sexo das profissões. Género e identidade socioprofissional em enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento.
- Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization*. New York: The Free Press.
- EUROSTAT (2003). *Population and Social Conditions*. Retrieved August 13, 2003 Web site http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985
- Evans, J. (1997). Men in nursing: Issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 226-231.
- Exworthy, M. (1998). Localism in the NHS quasi-market. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 16(4), 379-504.
- Exworthy, M., & Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: Conflict, compromise and collaboration. In M. Exworthy & S. Halford (Eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (pp. 1-17). Philadelphia: Open University Press.
- Fagenson, E. (1990). At the heart of women in management research: Theoretical and methodological approaches and their biases. *Journal of Business Ethics*, 9: 267-274.
- Farnham, D., & Horton, S. (1996). *Managing people in the public services*. London: MacMillan.
- Faugier, J. (2004). Manging to care? The nurse director's dilemma. *Nursing Management*, 11(5), 18-22.
- Feldman, M., & Khademian, A. (2002). To manage is to govern. *Public Administration Review*, 62(5), 541-554.
- Ferguson, K. (1984). *The feminist case against bureaucracy*. Philadelphia: Temple UP.
- Ferlie, E. (1999). Organisation and management, archetype change in organisation and management of health care? In CH. Dargie (Ed.). *Policy futures for UK health*. (pp.9-38) London: The Nuffield Trust, (Technical series, nº 7).

- Ferlie, E., & Fitzgerald, L. (2002). The sustainability of the New Public Management in the UK. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects* (pp. 341-353). London: Routledge.
- Ferlie, E., & Mark, A. (2002). Organizational research and the New Public Management: The turn to qualitative methods. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects* (pp. 311-323). London: Routledge.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferreira, G. (1990a). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, V. (1993). Padrões de segregação das mulheres no emprego – Uma análise do caso português no quadro europeu. In B. Santos (Ed.), *Portugal: Um retrato singular* (pp. 232-257). Porto: Edições Afrontamento.
- Ferrera, M. (1996). The 'southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37.
- Figueras, J., Saltman, R., & Mossialos, E. (1997). *Challenges in evaluating health sector reform: An overview* (Discussion Paper 8). London: The London School of Economics and Political Science.
- Figueras, J., Saltman, R., & Sakellarides, C. (1998). Introduction. In R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 1-109). Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Fineman, S. (1993a). An Emotion agenda. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 216-224). London: Sage.
- Fineman, S. (1993b). Introduction. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 1-8). London: Sage.
- Fineman, S. (1993c). Organizations as emotional arenas. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 9-35). London: Sage.
- Fineman, S. (1996). Emotion and organizing. In S. Clegg, C. Hardy & W. Nord (Eds.), *Handbook of organization studies* (pp. 543-564). London: Sage.
- Fineman, S. (1999, Sep.). *Commodifying the "emotionally intelligent"*. Paper presented at the British Academy of Management Annual Conference. Managing Diversity. Manchester.
- Fineman, S., & Sturdy, A. (1999). The emotions of control: A qualitative exploration of environmental regulation. *Human Relations*, 52(5), 631-663.
- Fitzgerald, L. (1994). Moving clinicians into management. A professional challenge or threat? *Journal of Management in Medicine*, 8(6), 32-44.

- Flaming, D. (2004). Nursing theories as nursing ontologies. *Nursing Philosophy*, 5, 224-229.
- Flynn, N. (1997). *Public sector management* (3 ed.). Harlow: Prentice Hall.
- Flynn, N. (2002). Explaining the New Public Management. The importance of context. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 57-76). London e New York: Routledge.
- Flynn, N., & Strehl, F. (1996). Introduction. In N. Flynn & F. Strehl (Eds.), *Public sector management in Europe* (pp. 1-22). London: Prentice Hall.
- Flynn, R. (1999). Managerialism, professionalism and quasi-markets. In M. Exworthy & S. Halford (Eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (pp. 18-36). Philadelphia: Open University Press.
- Foster, D., & Hoggett, P. (1999). Changes in the benefits agency: empowering the exhausted worker? *Work Employment and Society*, 13(1), 19-39.
- Foster, P., & Wilding, P. (2000). Whither welfare professionalism? *Social Policy and Administration*, 34(2), 143-159.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the Self. In L. Martin, H. Gutman & P. Hutton (Eds.) *Technologies of the Self. A seminar with Michel Foucault*. (pp.16-49). London: Tavistock Publications.
- Fox, R., Fox, D., & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), 12-18.
- Frederico, M. (2003). O ensino da economia da saúde na formação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 7(1), 41-48.
- Frederico, M. (2005). *Empenhamento dos profissionais de saúde e novos modelos de gestão das unidades de saúde*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Freidson, E. (1971). *The professions and their prospects*. London: Sage.
- Freidson, E. (1973). Professionalization and the organization of middle-class labour posindustrial society. In P. Halmos (Ed.), *The sociological review monograph professionalization and social change*. Keele: University of Keele.
- Freidson, E. (1977). The futures of professionalisation. In M. Stacey, M. Reid, C. Heath & R. Dingwall (Eds.), *Health and the division of labour* (pp. 14-38). London: Croom Helm.
- Freidson, E. (1983). The theory of professions: State of the art. In R. Dingwall & P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions* (pp. 19-37). London: Macmillan Press.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The university of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine* (2 ed.). Chicago: The University of Chicago Press.

- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn*. Cambridge: Polity Press.
- Friedman, M., & Friedman, R. (1980). *Free to Choose*. Harmondsworth: Penguin.
- Fudge, C., & Gustafsson, L. (1989). Administrative reform and public management in Sweden and the United Kingdom. *Public Money and Management, Summer*, 29-34.
- Fulton, O. (2003). Managerialism in UK universities: unstable hybridity and the complications of implementation. In A. Amaral, L. Meek & I. Larsen (Eds.), *The higher education managerial revolution?* (pp. 205-229). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Gabriel, Y. (1995). The unmanaged Organization: Stories, fantasies and subjectivity. *Organization Studies*, 16(3), 477-501.
- Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. (1999a). NHS capital expenditure and the private finance initiative expansion or contraction? *British Medical Journal*, 319, 48-51.
- Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. (1999b). The politics of the private finance initiative and the new NHS. *British Medical Journal*, 319, 249-253.
- Gaffney, D., Pollock, A., Price, D., & Shaoul, J. (1999c). *The private finance initiative – The politics of the private finance initiative and the NHS*. [Electronic version] BMJ. Available: <http://bmj.com/cgi/content/full>.
- Galbraith, J. (1973). *O novo estado industrial*. Lisboa: Dom Quixote.
- Geri, L. (2001). New Public Management and the reform of international organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 67(3), 445-460.
- Gerrish, K.; McManus, M & Ashworth, P. (2003). Creating what sort of professional? Master's level nurse education as a professionalising strategy. *Nursing Inquiry* 10(2), 103-112.
- Gherardi, S., & Turner, B. (1999). Real men don't collect soft data. In M. Cunha & C. Marques (Eds.), *Readings in organization Science. Organizational change in a changing context* (pp. 323-360). Lisboa: ISPA.
- Giddens, A. (1992). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2000). *Capitalismo e moderna teoria social*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito. Teoria e prática*. Lisboa: Celta Editora.
- Glouberman, S. (2002). Structures, power and respect: The nurses dilemma. Canadian Nursing Advisory Committee. Unpublished paper.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – Part I. Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Goedegebuure, L., & Meek, L. (1998). Os padrões de relação governo-universidade. *Boletim da Universidade do Porto* 8 (32/33).
- Goedegebuure, L., Kaiser, F., Maassen, P., Meek, L., van Vught, F., & de Weert, E. (1994). *Higher education policy: An international comparative perspective*. Oxford: Pergamon Press.

- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Goldthorpe, J. (1982). On the service class, its formation and future. In A. Giddens & G. Mackenzie (Eds.), *Social Class and the division of labour* (pp. 162-185). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goleman, D. (1998). What makes a leader ? *Harvard Business Review*, 76(6), 93-102.
- Gomes, E. (2003). A influência dos modelos de gestão hospitalar no papel e satisfação profissional do enfermeiro gestor operacional em Portugal. *Tese de Mestrado não publicada*. ENSP. Lisboa.
- Gow, J., & Dufour, C. (2000). Is the new public management a paradigm? Does it matter? *International Review of Administrative Sciences*, 66(4), 573-597.
- Graham, H. (1983). Caring: A labour of love. In J. Finch & D. Groves (Eds.), *A Labour of love: Women, work and caring* (pp. 13-30). London: Routledge.
- Gray, A., & Jenkins, B. (1995). From public administration to public management: Reassessing a revolution. *Public Administration*, 73(1), 77-99.
- Gray, J. (2000). *Falso Amanhecer*. Lisboa: Universidade de Aveiro/Gradiva.
- Greenwood, R., & Hinings, C. (1993). Understanding strategic change: The contribution of archetypes. *Academy of Management Journal*, 21(4), 1052-1081.
- Greenwood, R., & Lachman, R. (1996). Change as an underlying theme in professional service organizations: An introduction. *Organization Studies*, 17(4), 563-572.
- Grimshaw, D. (1999). Changes in skills-mix and pay determination among the nursing workforce in the UK. *Work Employment and Society*, 13(2), 295-328.
- Gubrian, J. & Holstein, A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Guest, D. (1987). Human resource management and industrial relations. *Journal of Management Studies*, 24(5), 503-521.
- Guest, D. (1998). Beyond HRM: Commitment and the contract culture. In P. Sparrow & M. Marchington (Eds.). *Human Resource Management: The new agenda*. (pp.37-51). London: Financial Times/Pitman.
- Gummesson, E. (1991). *Qualitative methods in management research*. California: Sage.
- Gustafsson, C. (1983). Efficiency and related rules for organizational action. *International Studies of Management and Organization*, XIII(3), 62-68.
- Halford, S., & Leonard, P. (1999). New identities? Professionalism, managerialism and the construction of self. In M. Exworthy & S. Halford (Eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector* (pp. 102-120). Philadelphia: Open University Press.
- Halford, S., Savage, M., & Witz, A. (1997). *Gender, careers and organisations*. London: MacMillan.

- Halpern, S., & Anspach, R. (1993). The study of medical institutions – Eliot Friedson's legacy. *Work and Occupations*, 20(3), 279-295.
- Ham, C. (2003). Betwixt and between: Autonomization and centralization of U.K. Hospitals. In A. Preker & A. Harding (Eds.), *Innovations in health service delivery. The corporatization of public hospitals* (pp. 265-297). Washington: The World Bank.
- Ham, C., & Hawkins, L. (2003). Implementing organizational reforms to hospitals in the public sector. In A. Preker & A. Harding (Eds.), *Innovations in health service delivery. The corporatization of public hospitals* (pp. 79-103). Washington: The World Bank.
- Hamilton, D. & Trolie, T. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. Dovidio & S. Gaetner (Eds.) *Prejudice, discrimination and racism*. New York: Academic Press.
- Hamilton, P. (2004). Regeneration, rhetoric, and the NHS: The case of the vital connection. *International Journal of Public Sector Management*, 17(1), 8-23.
- Hanlon, G. (1996). "Casino capitalism" and the rise of the "comercialised" service class – An examination of the account. *Critical Perspectives on Accounting*, 7, 339-363.
- Hanlon, G. (1998). Professionalism as enterprise: service class politics and the redefinition of professionalism. *Sociology*, 32(1), 43-63.
- Harding, A., & Preker, A. (2003). A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals. In A. Preker & A. Harding (Eds.), *Innovations in health service delivery. The corporatization of public hospitals* (pp.23-78). Washington: The World Bank.
- Harrison, S., & Pollitt, C. (1994). *Controlling health professionals. The future of the work and organisation in the NHS*. Buckingham: Open University Press.
- Hart, E. (1991). Ghost in the machine. *Health Service Journal*, 101(5281), 20-22.
- Hartley, J. (1983). Ideology and organizational behavior. *International Studies of Management and Organization*, XIII(3), 7-34.
- Harvey, D., & Brown, D. (1992). *An experiential approach to organization development* (4 ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Haug, M. (1973). Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. In P. Halmos (Ed.), *The sociological review monograph (Professionalization and social change)* (pp. 195-211). Keele: University of Keele.
- Hawkins, L. (1999). *Organisational reform in health service delivery*. Paper presented at the Fórum de Lisboa de Administração de Saúde 3º Ciclo de debates 1999/2000, Lisboa.
- Hawkins, L. & Ham, C. (2003). Reviewing the case studies: Tentative lessons and hypotheses for further testing. In A. Preker & A. Harding (Eds.), *Innovations in health service delivery. The corporatization of public hospitals* (pp. 169-206). Washington: The World Bank.

- Hearn, J. (1993). Emotive subjects: Organizational men, organizational masculinities and the (de)construction of 'emotions'. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 142-166). London: Sage.
- Hegedus, K. S. (1999). Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1090-1096.
- Hendy, C., & Pettigrew, A. (1990). Human resource management: an agenda for the 1990s. *International Journal of Human Resource Management*, 1(1), 17-43.
- Henkel, M. (1991). The new evaluative state. *Public Administration*, 69(Spring), 121-136.
- Henkel, M. (2000). *Academic identities and policy change in higher education*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Herdman, E. (2001). The illusion of progress in nursing. *Nursing Philosophy*, 2, 4-13.
- Hespanha, M. (1993). Para além do Estado: A saúde e a velhice na sociedade-providência. In B. Santos (Ed.), *Portugal: Um retrato singular* (pp. 314-335). Porto: Edições Afrontamento.
- Hewison, A. (1994). The politics of nursing: a framework for analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1170-1175.
- Hewison, A. (1999). The new public management and the new nursing: related by rhetoric? Some reflections on the policy process and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1377-1384.
- Hewison, A. (2001). Values in the National Health Service: Implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 9, 253-258.
- Hewison, A., & Stanton, A. (2002). From conflict to collaboration? Contrasts and convergence in the development of nursing and management theory (1). *Journal of Nursing Management*, 10(6), 349-355.
- Hewison, A., & Stanton, A. (2003). From conflict to collaboration? Contrasts and convergence in the development of nursing and management theory (2). *Journal of Nursing Management*, 11(1), 15-24.
- Hicks, C. (1996). The potential impact of gender stereotypes for nursing reserach. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1006-1013.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart – Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hoff, T. (1999). The social organization of physician-managers in a changing HMO. *Work and Occupations*, 26(3), 324-351.
- Hoff, T., & McCaffrey, D. (1996). Adapting, resisting and negotiating. *Work and Occupations*, 33(2), 165-189.

- Hofstede, G. (1997). *Culturas e organizações. Compreender a nossa programação mental*. Lisboa: Edições Silabo.
- Hoggett, P. (1996). New modes of control in the public services. *Public Administration*, 74(1), 9-32.
- Hollway, W. (1996). Masters and men in the transition from factory hands to sentimental workers. In D., Collinson & J. Hearn, (Eds.). *Men as managers, Managers as men – Critical perspectives on men, masculinities and managements* (25-42). London: Sage.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(Spring), 3-19.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.
- Hood, C. (1998). *The art of the state*. New York: Oxford.
- Hood, C., James, O., & Scott, C. (2000). Regulation of government: Has it increased, is it increasing, should it be diminished? *Public Administration*, 778(2), 283-304.
- Hudson, B., & Melanie, H. (2002). Social care and the NHS: The final countdown? *Policy and Politics*, 30(2), 153-166.
- Hughes, E. (1981). *Men and their work* (2nd. ed.). Connecticut: Greenwood Press, Publishers.
- Hughes, O. (2003). *Public management and administration. An Introduction* (3rd. ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Hugman, R. (1994). *Power in the caring professions*. London: Macmillan.
- Hugman, R. (1998). Social work and deprofessionalisation. In P. Abbott & L. Meerabeau (Eds.), *The sociology of caring professions*, London: UCL Press.
- Hugman, R., Peelo, M., & Soothill, K. (1997). Introduction. In R. Hugman, M. Peelo & K. Soothill (Eds.), *Concepts of care* (pp. 3-18). London: Arnold.
- Hunter, B. (2001). Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 436-444.
- Hunter, D. (1996). The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Social Science and Medicine*, 43(5), 799-808.
- Hunter, D. (1997, July). *The meaning of health reforms in Europe*. Paper presented at the Forum de Lisboa de Administração de Saúde, Lisboa.
- Hunter, D. (2005). The National Health Service 1980-2005. *Public Money & Management*, 25(4), 209-213.
- Hunter, D., Vienonen, M., & Wlodarczyk, C. (1998). Optimal balance of centralized and decentralized management. In R. Saltman & J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reforms in Europe* (pp. 308-324). Buckingham: Open University Press.

- Issel, M., & Kahn, D. (1998). The economic value of caring. *Health Care Management Review*, 23(4), 43-53.
- James, N. (1992). Care= organisation+physical labour+emotional labour. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 488-509.
- James, N. (1993). Divisions of emotional labour: Disclosure and cancer. In S. Fineman (Ed.), *Emotions in Organizations* (pp. 94-117). London: Sage.
- Johnson, T. (1972). *Professions and power*. Londres: Macmillan.
- Johnson, T. (1982). The state and the profession: Peculiarities of the British. In A. Giddens & G. Mackenzie (Eds.), *Social Class and the Division of Labour*. (pp. 186-208). Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, T. (1989). Review of Abbott (1988). *Work, Employment & Society*, 3(3), 413.
- Jones, L., & Kettl, D. (2003). Assessing public management reform in an international context. *International Public Management Review*, 4(1), 1-19.
- Jorgensen, T., & Bozeman, B. (2002). Public values lost? *Public Management Review*, 4(1), 63-81.
- Kanavos, P., & McKee, M. (1998). Macroeconomic constraints and health challenges facing health systems. In R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 23-52). Buckingham: Open University Press.
- Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation* (2nd. ed.). New York: Basic Books.
- Kanter, R., Stein, B., & Jick, T. (1992). *The challenge of organizational change*. New York: Free Press.
- Katrougalos, G. (1996). The south European welfare model: The Greek welfare state. In search of an identity. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 39-60.
- Kearney, R., & Hays, S. (1998). Reinventing government, the new public management and civil service systems in international perspective. The danger of throwing the baby out with the bathwater. *Review of Public Personnel Administration*, Fall, 38-54.
- Keen, J., & Malby, R. (1992). Nursing power and practice in the United Kingdom National Health Service. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 863-870.
- Keen, L. (1996). Organisational decentralisation and budgetary devolution in local government: A case of middle management autonomy. *Human Resource Management Journal*, 5(2), 79-98.
- Keen, L., & Scase, R. (1996). Middle managers and the new managerialism. *Local Government Studies*, 22(4), 167-186.
- Kelly, R. (1998). An inclusive democratic polity, representative bureaucracies, and the new public management. *Public Administration Review*, 58(8), 201-208.

- Kirkpatrick, I., & Ackroyd, S. (2003). Archetype theory and the changing professional organization: A critique and alternative. *Organization, 10*(4), 731-750.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S., & Walker, R. (2005). *The new managerialism and public service professions*. London: Palgrave- MacMillan.
- Kitchener, M. (2000). The 'burocratization' of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. *Organization, 7*(1), 129-154.
- Kogan, M., Bauer, M., Bleiklie, I., & Henkel, M. (2000). *Transforming higher education: A comparative study*. London: Jessica Kingsley.
- Kokko, S., Hava, P., Orturn, V., & Leppo, K. (1998). The role of the state in health care reform. In R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 289-307). Buckingham: Open University Press.
- Kornhauser, W. (1962). *Scientists in industry*. Berkeley: University of California Press.
- Kraak, A. (2001). *Policy ambiguity and slippage: Higher education under the new state 1994-2001*. Retrieved December, 30, 2001, from CHET Commissioned paper, 30. Web Site: <http://www.chet.org.za/papers.asp>.
- Krantz, J. & Gilmore, T. (1990). The splitting of leadership and management as a social defense. *Human Relations, 43*(2), 183-204.
- Kruml, S., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor. *Management Communication Quarterly, 14*(1), 8-49.
- Kurunmaki, L. (1999). Professionals vs. financial capital in the field of health care: struggles for the distribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society, 24*(2), 95-125.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Kyle, T. (1995). The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 21*, 506-514.
- Lan, Z., & Rosenbloom, D. (1992). Public administration in transition? *Public Administration Review, 52*(6), 535-537.
- Lane, J. E. (1997). Introduction: Public sector reform: Only deregulation, privatization and marketization? In J.E. Lane (Ed.), *Public sector reform. Rationale, trends and problems* (pp. 1-16). London: Sage.
- Larson, M. (1977). *The rise of professionalism. A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lash, S., & Urry, J. (1992). *The end of organised capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Lash, S., & Urry, J. (1994). *Economies of signs and space*. London: Sage.

- Latimer, J. (1995). The nursing process re-examined: enrolment and translation. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 213-220.
- Lawler, E. (1986). High-involvement management. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Legard, R., Keegan, J. & Ward, K. (2003). In-depth interviews. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice: A guide for social science students and researchers*. (pp. 138-169), London: Sage
- Legge, K. (1995). Human resource management: Rhetoric, reality and hidden agendas. In J. Storey (Ed.), *Human Resource Management*. London: Routledge.
- LeGrand, J., & Bartlett, W. (1993). Introduction. In J. LeGrand & W. Bartlett (Eds.), *Quasi-markets and social policy* (pp. 1-13). Basingstoke: Macmillan.
- Leininger, M. (1984). *Care: The essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University.
- Leisyte, L. (2004, September). *Contextual and theoretical considerations for the international comparative study on the new public management reforms in public universities in Europe: The influence on research capacities*. Paper presented at the CHEPS Annual Conference, Enschede.
- Leung, A., & Clegg, S. (2001). The career motivation of female executives in the Hong Kong public sector. *Women in Management Review*, 16, 12-20.
- Leys, C. (1999). Intellectual mercenaries and the public interest: Management consultancies and the NHS. *Policy & Politics*, 27(4), 447-465.
- Light, D. (2001). Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 52, 1167-1181.
- Lima, L., & Afonso, A. (2003). *Reformas da educação pública, democratização, modernização, neoliberalismo*. Porto: Edições Afrontamento.
- Linton, R. (1959). *Les Fondements Culturels de la Personnalité*. Paris: Dunod.
- Litwak, E. (1961). Models of bureaucracy which permit conflict. *American Journal of Sociology*, 67.
- Lloyd, C., & Seifert, R. (1995). Restructuring in the NHS: The impact of the 1990 reforms on the management of labour. *Work, Employment & Society*, 9(2), 359-378.
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Lorber, J. (1993). Why women physicians will never be true equals in the American medical profession. In E. Riska & K. Wegar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 62-76). London: Sage.
- Lynn, L. (1998). The New Public Management how to transform a theme into a legacy? *Public Administration Review*, 58(3), 231-237.

- Lynn, L. (2001). The myth of the bureaucratic paradigm: What traditional public administration really stood for. *Public Administration Review*, 61(2), 144-160.
- Lynn, L. (2003). Public Management. In G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Handbook of Public Administration* (pp. 11-14). London: Sage.
- Maassen, P. (1996). *Governmental steering and the academic culture. The intangibility of the human factor in Dutch and German universities*. Utrecht: CHEPS.
- Maassen, P. (2003). Shifts in governance arrangements: An interpretation of the introduction of new management structures in higher education. In A. Amaral, L. Meek & I. Larsen (Eds.), *The higher education managerial revolution?* (pp. 31-54). Dordrecht: Kluwer.
- MacDonald, K. (1995). *The Sociology of the professions*. London: Sage.
- MacIntosh, J., & Dingwall, R. (1978). Teamwork in theory and practice. In R. Dingwall & J. McIntosh (Eds.), *Readings in the sociology of nursing* (pp. 118-134). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- MacKintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 232-236.
- MacKintosh, C. (2000). Is there a place for "care" within nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 37, 321-327.
- Maddock, S. (2002). Making modernisation work. New narratives, change strategies and people management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 15(1), 13-43.
- Maddock, S., & Morgan, G. (1998). Barriers to transformation beyond bureaucracy and the market conditions for collaboration in health and social care. *The International Journal of Public Sector Management*, 11(4), 234-251.
- Manfredi, C. (1996). A Descriptive study of nurse managers and leadership. *Western Journal of Nursing Research*, 18(3), 314-329.
- Manning, N. (2001). The legacy of the new public management in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 67, 297-312.
- Mantzoukas, St. (2002). Nursing images of the 19th century in the UK: The analysis and the lessons learned for the present and future of nursing. *ICUS and Nursing Web journal*, 10 (April-June).
- Maor, M. (1999). The paradox of managerialism. *Public Administration Review*, 59(1), 5-18.
- March, J. & Simon, H. (1956). *Organizations*. New York: John Wiley.
- Maroy, C. (1997). A análise qualitativa das entrevistas. In L. Albarello, F. Digneffe, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Marshall, C., & Rossman, G. (1989). *Designing qualitative research*. London: Sage.

- Martin, J., Knopoff, K., & Beckman, C. (1998). An alternative to bureaucratic impersonality and emotional labor: Bounded emotionality at the body shop. *Administrative Science Quarterly*, 43(2), 429-469.
- Martin, J., Knopoff, K., & Beckman, C. (2000). Bounded emotionality at the body shop. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 115-139). London: Sage.
- Martin, P. (1993). Gendering and evaluating dynamics: Men, masculinities and management. In D. Collinson & J. Hearn (Eds.), *Men as managers, Managers as men. Critical perspectives on men, masculinities and managements* (pp. 186-209). London: Sage.
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. New York: Macmillan.
- Mayo, E. (1947). *The political problems of an industrial civilization*. Cambridge: MA, Harvard University Press.
- McBeath, G., & Webb, S. (1997). Community care: a unity of state and care? Some political and philosophical considerations. In R. Hugman, M. Peelo & K. Soothill (Eds.), *Concepts of care* (pp. 36-55). London: Arnold.
- Mccourt, W. (2002). New Public Management in developing countries. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects* (pp. 227-242). London: Routledge.
- McLaughlin, K., & Osborne, S. (2002). Current trends and future prospects of public management. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 1-3). London: Routledge.
- McNutt, P. (1996). *The economics of public choice*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- McSweeney, P. (1991). The collapse of the conventional career. *Nursing Times*, 87(31), 26-27.
- Meek, L. (2003). Governance and management of Australian higher education: enemies within and without. In A. Amaral, L. Meek & I. Larsen (Eds.), *The higher education managerial revolution?* (pp. 179-202). Dordrecht: Kluwer.
- Merton, R. (1982). *Social research and the practicing professions*. New York: University Press of America.
- Metcalfe, L. (2001). Reforming European governance: Old problems or new principles? *International Review of Administrative Sciences*, 67, 415-443.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Miller, J. & Glassner, B. (1997). The 'inside' and the 'outside': Finding realities in interviews. In D. Silverman (Ed.) *Qualitative Research*. (99-112). London: Sage.
- Mincer, J. (1962). *Labour force participation of married women: a study of labour supply*. Princeton: Princeton University Press.
- Ministério da Saúde (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral das Saúde.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde um compromisso*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

- Mintzberg, H. (1994). Managing as blended care. *Journal of Nursing Administration*, 24(9), 29-36.
- Mintzberg, H. (1996). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- Molloy, J., & Cribb, A. (1999). Changing values for nursing and health promotion: Exploring the policy context of professional ethics. *Nursing Ethics*, 6(5), 411-422.
- Morgan, G. (1986). *Images of organization*. Newbury Park: Sage.
- Morgen, S. (1994). Personalizing personnel decisions in feminist organizational theory and practice. *Human Relations*, 47(6), 665-684.
- Morrison, P. (1989). Nursing and caring: a personal construct theory study of some nurses' self-perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 421-426.
- Mulgan, R. (2000). 'Accountability': An ever-expanding concept? *Public Administration*, 78(3), 555-574.
- Murphy, R. (1988). *Social Closure. The theory of monopolization and exclusion*. Oxford: Oxford University Press.
- Neave, G. (1998). On the cultivation of quality, efficiency and enterprise: An overview of recent trends in higher education in Western Europe, 1986-1988. *European Journal of Education*, 23, 1-2.
- Neave, G., & van Vught, F. (1994). *Changing relationship between government and higher education in Western Europe*. Oxford: Pergamon Press.
- Neves, J. (2002). Gestão de recursos humanos: Evolução do problema em termos dos conceitos e das práticas. In A. Caetano & J. Vala (Eds.), *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas*. Lisboa: Editora RH.
- Newman, J. (2002). The New Public Management, modernization and institutional change: disruptions, disjunctures and dilemmas. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects* (pp. 77-91). London: Routledge.
- Nichol, D. (1998, July). *Public health services management: from a bureaucratic model to a business model*. Paper presented at the Forum de Lisboa da administração da saúde, Lisboa.
- Nikos, M. (2001). Trends of administrative reform in Europe: Towards administrative convergence? *International Public Management Review*, 2(2), 39-53.
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género. Feminismo e perspectivas críticas na psicologia social*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

- OCDE. (1994). *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- O'Connor, J. (1973). *The fiscal crisis of the state*. New York: St. Martin Press.
- O'Leary, V., & Ikovics, J. (1992). Cracking the glass ceiling: Overcoming isolation and alienation. In U. Sekaran & F. Leong (Eds.), *Womanpower: Managing in times of demographic turbulence* (pp. 7-30). Newbury Park: Sage.
- Oliver, C. (1992). The antecedents of deinstitutionalisation. *Organisational Studies*, 13(4), 563-588.
- Oliver, S., & Harrison, J. (1996). A journey from bureaucracy to enterprise. *Health Manpower Management*, 22(1), 10-15.
- Oppenheimer, M. (1973). The proletarianization of the professional. In P. Halmos (Ed.), *The sociological review monograph* (pp. 213-227). Keele: Keele University.
- OPSS. (2001). *Relatório de primavera de 2001*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2002). *Relatório de primavera de 2002. O estado da saúde e a saúde do Estado*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2003). *Relatório de primavera de 2003. Saúde: Que rupturas?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2004). *Relatório de primavera 2004. Incertezas ... Gestão da mudança na saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2005). *Relatório de primavera 2005. Novo serviço público da saúde. Novos desafios*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government*. Massachusetts: A William Patrick Book.
- Osborne, S., & McLaughlin, K. (2002). The New Public Management in Context. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current trends and future prospects* (pp. 7-15). London e New York: Routledge.
- Over, M., & Watanabe, N. (2003). Evaluating the impact of organizational reforms in hospitals. In A. Preker & A. Harding (Eds.), *Innovations in health service delivery* (pp. 105-151). Washington: World Bank.
- Paley, J. (2001). An archaeology of caring knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 188-198.
- Parkin, F. (1979). *Marxism and class theory*. London: Tavistock Publications.
- Parkin, W. (1993). The public and the private: Gender, sexuality and emotion. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 167-189). London: Sage.

- Parsons, T. (1957). The mental hospital as a type of organisation. In M. Greenblatt, D. Levinson & R. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital*. (pp. 109-159). Chicago: Free Press.
- Parsons, T. (1972). Professions, *International Encyclopedia of the Social Sciences* (2nd ed., pp. 11-12). New York: Macmillan Free Press.
- Parsons, T. & Shils, E. (2001). *Toward a general theory of action: Theoretical foundations for the social sciences*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 487-495.
- Pereira, J., Campos, C., Ramos, F., & Reis, V. (1997). *Health care reform and cost containment in Portugal* (Working Paper 2/97): APES.
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Luís Filipe Pereira.
- Peters, G., & Pierre, J. (2003). Introduction: The role of public administration in governing. In G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Handbook of Public Administration* (pp. 1-10). London: Sage.
- Peters, T., & Waterman, R. (1995). *Na senda da excelência* (3^a ed.). Lisboa: D. Quixote.
- Pettigrew, A. (1992). On studying managerial elites. *Strategic Management Journal*, 13, 163-182.
- Phillips, A. (1992). Classing the women and gendering the class. In McDowell & Pringle (Eds.), *Defining women, social institutions and gender division* (pp. 93-106). Cambridge: Polity Press and Open University Press.
- Pierson, P. (2001). Introduction. Investigating the welfare state at century's end. In P. Pierson (Ed.), *The new politics of the welfare state* (pp. 1-17). Oxford: Oxford University Press.
- Pimentel, D., Completo, M., & Coelho, V. (1991). A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho. O caso dos profissionais de enfermagem. *Sociologia – Problemas e Práticas*(9), 13-56.
- Piore, M., & Sabel, C. (1984). *The second industrial divide: Possibilities for prosperity*. New York: Basic Books.
- Pires, A. (1997a). Épistémologie et théorie. In J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 3-80). Montréal: Gaetan Morin.
- Pires, A. (1997b). Échantillonnage et research qualitative: Essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds), *La Recherche Qualitative. Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*. (pp.113-167). Montréal: Gaetan Morin.

- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services* (2nd ed.). Cambridge: Blackwell.
- Pollitt, C. (2001). Convergence: The useful myth? *Public Management*, 79(4), 933-947.
- Pollitt, C. (2002). Clarifying convergence. Striking similarities and durable differences in public management reform. *Public Management Review*, 4(1), 471-492.
- Pollitt, C. (2003a). *The essential public manager*. Philadelphia: Open University Press.
- Pollitt, C. (2003b). Public Management reform: Reliable knowledge and international experience. *OECD. Journal on Budgeting*, 3(3), 121-136.
- Pollitt, C., & Boukaert, G. (2000). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C., Birchall, J., & Putman, K. (1998). *Decentralising public service management*. London: Macmillan Press.
- Pollitt, C., Harrison, S., Hunter, D., & Marnoch, G. (1991). General management in the NHS: The initial impact 1983-1988. *Public Administration*, 61(1), 61-84.
- Pollock, A. M., Player, S., & Godden, S. (2001). How private finance is moving primary care into corporate ownership. *British Medical Journal*, 322, 960-963.
- Pollock, A., Shaoul, J., Rowland, D., & Player, S. (2001). *Public services and the private sector. A response to IPPR*. London: Catalyst.
- Porter, S. (1992). Women in a women's job: the gendered experience of nurses. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 510-527.
- Poupart, J. (1997). Approches et techniques de recherche. In J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds), *La Recherche Qualitative. Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*. (pp. 173-206). Montréal: Gaetan Morin.
- Powell, G. (1990). Upgrading management opportunities for women. *Human Resources Management Magazine* (Nov.), 67-70.
- Price, A. (1997). *Human Resource Management in a Business Context*. London: International Thomson Business Press.
- Pringle, R. (1989). *Secretaries talk: sexuality, power and work*. London: Verso.
- Putnam, L., & Mumby, D. (1993). Organizations, emotion and the myth of rationality. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (1st ed., pp. 36-57). London: Sage.
- Puwar, N. (1997). Reflections on interviewing women MPS. *Sociological Research Online*, 2(1). Retrieved July 4, 2002, from <http://www.socresonline.org.uk/socresonline>
- Queirós, A., Silva, L., & Santos, E. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raelin, J. (1985). The basis for the professional's resistance to managerial control. *Human Resource Management*, 24(2), 147-175.

- Rafaeli, A., & Sutton, R. (1989). The expression of emotion in organizational life. In L. Cummings & B. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (pp. 1-42). Greenwich,: CI, JAI.
- Ragins, B., & Scandura, T. (1994). Gender differences in expected outcomes of mentoring relationships. *Academy of Management Journal*, 37(4), 957-971.
- Rainey, H. (2003). Introduction. In G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Handbook of Public Administration* (pp. 1-11). London: Sage.
- Reed, M. (1997). *Sociologia da gestão*. Oeiras: Celta Editora.
- Reed, M. (1999). From the 'cage' to the 'gaze'? The dynamics of organizational control in the late modernity. In G. Morgan & L. Engwall (Eds.), *Regulation and organizations. international perspectives*. (pp.17-49). London: Routledge.
- Reed, M. (2002). New managerialism, professional power and organisational governance in UK universities: A review and assessment. In A. Amaral, G. Jones & B. Karseth (Eds.), *Governing higher education: National perspectives on institutional governance* (pp. 163-185). Dordrecht: Kluwer University Publishers.
- Reichard, C. (2002). Marketization of public services in Germany. *International Public Management Review*, 3(2), 63-80.
- Reskin, B. & Padavic, I. (1994). *Women and men at work*. California: Pine Forge Press.
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Riska, E. (1993). Introduction. In E. Riska & K. Wegar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 1-12). London: Sage.
- Riska, E., & Wegar, K. (1993). Women physicians: A new force in medicine? In E. Riska & K. Wegar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 77-93). London: Sage.
- Robinson, J. (1992). Introduction: Beginning the study of nursing policy. In J. Robinson, A. Gray & R. Elkan (Eds.), *Policy issues in nursing* (pp.1-8). Milton Keynes. Philadelphia: Open University Press.
- Rocha, O. (2005). *Gestão pública e modernização administrativa*. Lisboa: INA.
- Rodgers, B. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330-335.
- Rodrigues, L., Ginó, A., Sena, C., & Dahlin, K. (2002). *Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Rodrigues, M. (2002). *Sociologia das profissões* (2 ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Rosener, J. (1990). Ways women lead. *Harvard Business Review*, Nov-Dec.(1), 119-125.

- Rueschemeyer, D. (1983). Professional autonomy and the social control of expertise. In R. Dingwall & P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions* (pp. 38-59). London: Macmillan Press.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello & F. Digneffe, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rutty, J. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 243-250.
- Saint-Martin, D. (1998). Consultants in government: An historical-institutionalist analysis of Britain, Canada and France. *Governance*, 11(3), 319-355.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 9(3). 185-211.
- Saltman, R. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 4, 287-293.
- Saltman, R. (1997, February). *Policy options for future health reform*. Paper presented at the Forum de Lisboa de Administração da Saúde, Lisboa.
- Saltman, R., & Figueras, J. (1997). *European health care reform. Analysis of current strategies* (72). Copenhagen: World Health Organisation (WHO).
- Saltman, R., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2), 85-108.
- Saltman, R., Figueras, J., & Sakellarides, C. (1998). Assessing the evidence. In R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 400-409). Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R., Joseph, F., & Sakellarides, C. (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Salvage, J. (1990). The theory and practice of 'new nursing'. *Nursing Times*, 86(4), 42-45.
- Salvage, J. (1992). The new nursing: Empowering patients or empowering nurses? In J. Robinson, A. Gray & R. Elkan (Eds.), *Policy Issues in Nursing* (pp. 9-23). Philadelphia: Open University Press.
- Sanderson, I. (2001). Performance management, evaluation and learning in 'modern' local government. *Public Administration*, 79(2), 297-313.
- Santiago, R., & Carvalho, T. (2004). Effects of managerialism on the perceptions of higher education in Portugal. *Higher Education Policy*, 17, 427-444.
- Santiago, R., Carvalho, T., Amaral, A., & Meek, L. (2006). Changing patterns in the middle management of higher education institutions: The case of Portugal. *Higher Education*, 52(2), 215-250.

- Santiago, R., Leite, D., Polidori, M., Leite, M., & Sarrico, C. (2003). Modelos de governo, gerencialismo e avaliação institucional nas universidades. *Revista Portuguesa de Educação, 16*(1), 75-99.
- Santiago, R., Magalhães, A., & Carvalho, T. (2005). *O surgimento do managerialismo no sistema de ensino superior português*. Coimbra: Fundação das Universidades Portuguesas.
- Santos, B. (1990). *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. (1993). O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: O caso português. In B. Santos (Ed.), *Portugal: Um retrato singular* (pp. 16-56). Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (2002). *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade* (8ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B.(2003). Introdução. In B. Santos (Ed.), *Conhecimento prudente para uma vida decente. Um discurso sobre as ciências revisitado*. (pp.15-54). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B., & Ferreira, S. (2001). A reforma do Estado-Providência entre globalizações conflitantes. In P. Hespanha & G. Carapinheiro (Eds.), *Risco social e incerteza: Pode o estado social recuar mais?* (Vol. 3, pp. 177-221). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, E. (2000). Conceção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In A. Queirós, L. Silva & E. Santos (Eds.), *Educação em enfermagem* (pp. 57-125). Coimbra: Quarteto.
- Schön, D. (1983). *The reflective practioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schwartz, H. (2001). Round up the usual suspects! Globalization, Domestic Politics, and welfare state changes. In P. Pierson (Ed.), *The new politics of the welfare state* (pp. 17-44). Oxford: Oxford University Press.
- Scott, P. (1995). *The meaning of mass higher education*. Buckingham: The Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Scott, R. (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Scott, W. (1969). Professional employees in a bureaucratic structure: Social work. In A. Etzioni (Ed.), *The semi-professions and their organisation* (pp. 82-140). New york: Free Press.
- Serrão, D., Abrantes, A., Veloso, A., Oliveira, G., Moreira, J., Delgado, M., & Sousa, M. (1998). *Recomendações para uma reforma estrutural*. Lisboa: CRES.
- Shaw, J. (2000). Teoria da escolha pública. In J. Neves (Ed.), *Enciclopédia de Economia* (pp. 187-192). Cascais: Principia.

- Shelly, J., & Miller, A. (1991). *Values in conflict. Christian nursing in a changing profession*. Illinois: Intervarsity Press.
- Shuler, S., & Sypher, B. (2000). Seeking emotional labor – When managing the heart enhances the work experience. *Management Communication Quarterly*, 14(1), 50-89.
- Silva, C. (2004). *O labirinto da enfermagem. Participação e profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- Silva, M. (1999). *A igualdade de género. Caminhos e atalhos para uma sociedade inclusiva*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os direitos das mulheres. Cadernos Condição Feminina, 53.
- Silva, P. (2002). O modelo de *welfare* da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 38, 25-59.
- Simms, L.; Price, S. & Pfoutz, S. (1985). Nurses executives: functions and priorities. *Nursing Economics*, 3(4), 238-244.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J., & Amâncio, L. (2004). Género e enfermagem. Um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 44, 71-81.
- Simões, J., & Lourenço, O. (1999a). As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. In P. P. Barros & J. Simões (Eds.), *Homenagem a Augusto Mantas* (pp. 99-134). Lisboa: APES.
- Simões, J., & Lourenço, Ó. (1999b). *As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos* (Working paper). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia.
- Simon, H. (1958). The administrator as decision maker. *Hospital administration*, 3, 26-41.
- Simon, H. (1997). *Administrative behavior*. (4^a ed.) New York: The Free Press.
- Sinclair, J., Ironside, M., & Seifert, R. (1996). 'Classroom Struggle?' Market oriented education reforms and their impact on the teacher labour process. *Work Employment and Society*, 10(4), 641-661.
- Skalén, P. (2004). New public management reform and the construction of organizational identities. *The International Journal of Public Sector Management*, 17(3), 251-263.
- Slater, S. (2001). Market orientation at the beginning of a new millenium. *Managing Service Quality*, 11(4), 230-232.
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 3, 339-358.
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing*. Hong Kong: MacMillan.
- Smith, P., & Gray, B. (2000). *The emotional labour of nursing: How student and qualified nurses learn to care: A report on nursing education, nursing practice and emotional*

- labour in the contemporary NHS*. Retrieved May 3, 2000 from South Bank University, London. Web Site: <http://www.health-fc.sbu.ac.uk/emlab/Emotional>.
- Soares, M. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: EDUCA, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Sozen, S., & Shaw, I. (2001). The international applicability of 'new' public management: Lessons from Turkey. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(6), 475-486.
- Sparrow, P. & Hiltrop, J. (1994). *European human resource management in transition*. London: Prentice Hall.
- Stack, S., & Provis, C. (2000, September). *The slide from public to private sector in-home care: some ethical concerns*. Paper presented at the inaugural conference of the international institute for public ethics, Ottawa.
- Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 147-156.
- Steinberg, R., & Figart, D. (1999). Emotional labor since the managed heart. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8-26.
- Stewart, J., & Ranson, S. (1988). Management in the public domain. *Public Money and Management*, 8(2), 13-19.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalização. A grande desilusão*. Lisboa: Terramar.
- Strauss, A. (1988). *Negotiations: Varieties, contexts, processes and social order*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Strauss, A. (1993). *Qualitative analysis for social scientists* (5th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczet, B., & Wiener, C. (1985). *The social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Surender, R., Locock, L., Chambers, D., Dopson, S., & Gabbay, J. (2002). Closing the gap between research and practice in health. *Public Management Review*, 4(1), 45-61.
- Swales, J., & Rogers, P. (1995). Discourse and the projection of corporate culture: The mission state. *Discourse and Society*, 6(2), 223-242.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Taylor, F. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper.
- Terry, L. (1998). Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement. *Public Administration Review*, 58(3), 194-200.
- Thomas, R. (2000). The feminization of american medicine. *Marketing Health Services*, 20(3), 12-18.

- Thomas, R., & Davies, A. (2002). Gender and the new public management. Reconstituting academic subjectivities. *Gender, Work & Organization*, 9(4), 372-397.
- Thompson, F., & Miller, H. (2003). New public management and bureaucracy, Versus business values and bureaucracy. *Review of Public Personnel Administration*, 23(4), 328-343.
- Tichy, N.; Fombrun, C. & Devanna, M. (1982). Strategic human resource management. *Sloan Management Review*, winter, 47-61.
- Tolich, M. (1993). Alienating and liberating emotions at work. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 361-381.
- Tonge, R., & Horton, S. (1996). Financial management and quality. In D. Farnham & S. Horton (Eds.), *Managing the new public services* (pp. 78-98). London: Macmillan.
- Torrington, D., & Hall, L. (1991). *Personnel management: A new approach*. New York: Prentice-Hall.
- Torstendahl, R., & Burrage, M. (1990). *The formation of professions. Knowledge, state and strategy*. London: Sage.
- Touraine, A. (1970). *A sociedade pós-industrial*. Lisboa: Moraes Editores.
- Traynor, M. (1994). The views and values of community nurses and their managers: research in progress – one person's pain, another person's vision. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 101-109.
- Traynor, M. (1996). A literary approach to managerial discourse after the NHS reform. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 315-340.
- Traynor, M. (1999). *Managerialism and nursing*. London: Routledge.
- Treweek, G. (1996). Emotion work, order and emotional power in care assistant work. In V. James & J. Gabe (Eds.), *Health and the sociology of emotions*. Oxford: Blackwell Publisher.
- Ungerson, C. (1983). Why do women care? In J. Finch & D. Groves (Eds.), *A Labour of love. Women, work and caring* (pp. 31-50). London: Routledge & Kegan Paul.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- van de Ven, W. (1997, December). *Models of competition in health care systems*. Paper presented at the Fórum de Lisboa de Administração da Saúde, Lisboa.
- Van Maanen, J., & Barley, S. (1984). Occupational communities: Culture and control in organizations. In B. Staw & L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior* (Vol. 6, pp. 287-365). Greenwich: JAI Press.
- van Vught, F. (1997). The effects of alternative governance structures. In B. Steunenberg & F. Van Vught (Eds.), *Political institutions and public policy* (pp. 115-137). Dordrecht: Kluwer.

- Vickers, J., & Yarrow, G. (1988). *Privatisation: An economic analysis*. Cambridge: MA: MIT Press.
- Vickers, M., & Kouzmin, A. (2001). New managerialism and Australian police organizations: A cautionary research note. *The International Journal of Public Sector Management*, 14(1), 7-14.
- Viegas, J. (1998). Elites e cultura política. Liberalização económica e políticas sociais no contexto da integração comunitária. In J. Viegas & A. Costa (Eds.), *Portugal, que modernidade?* (pp. 121-144). Oeiras: Celta.
- Vigoda, E. (2002). From responsiveness to collaboration: Governance, citizens, and the next generation of public administration. *Public Administration Review*, 62(5), 527-540.
- Volp, K. (1999, May 09). Ideologies and imperatives for nursing – A time for action and ideas. Retrieved May 9, 2003, from <http://www.qnu.org.au/volp.htm>.
- von Essen, L., & Sjudén, P. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.
- Waine, B. (2000). Managing performance through pay? In J. Clarke, S. Gerwitz & E. McLaughlin (Eds.), *New managerialism, new welfare?* (pp. 236-249). London: Sage.
- Wajcman, J. (1996). Women and men managers – Careers and equal opportunities. In R. Crompton, D. Gallie & K. Purcell (Ed.). *Changing forms of Employment – Organisation, skills and gender*. (pp. 259-277). London: Routledge.
- Walby, S., Greenwell, J., Mackay, L., & Soothill, K. (1994). *Medicine and nursing – Professions in a changing health service*. London: Sage Publications.
- Walsh, K. (1995). *Public services and market mechanisms*. London: Macmillan.
- Warwicker, T. (1998). Managerialism and the British GP: The GP as manager and as managed. *Journal of Management in Medicine*, 12(6), 331-348.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Watson, J., & Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461.
- Webb, J. (1999). Work and the new public service class? *Sociology*, 33(4), 747-766.
- Weber, M. (1999). *Economia e Sociedade* (Vol. 2). Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Weber, M. (2003). *Économie et Société. Les catégories de la sociologie* (3 ed.). Paris: Plon.
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Wharton, A. (1993). The affective consequences of service work. *Work and Occupations*, 20(2), 205-232.

- Wigens, L. (1997). The conflict between 'new nursing' and 'scientific management' as perceived by surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1116-1122.
- Wilding, P. (1982). *Professional power and social welfare*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Wilensky, H. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70, 137-158.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59.
- Wilkinson, M. (1995). Love is not a marketable commodity: New public management in the British National Health Service. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 980-987.
- Williams, D. (1989). Political theory and individualistic health promotion. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 14-21.
- Williams, G. (1996). Impact of health reorganization on nurses in New Zealand. *International Nursing Review*, 43(1), 13-16.
- Williams, K. (1978). Ideologies of nursing: Their meaning and implications. In R. Dingwall & J. McIntosh (Eds.), *Readings in the sociology of nursing* (pp. 36-46). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Williamson, O. (1986). *Economic organization: Firms, markets and policy control*. London: Wheatsheaf.
- Williams, S., & Bendelow, G. (1996). Emotions, health and illness: The missing link in medical sociology? In V. James & J. Gabe (Eds.), *Health and the sociology of emotions*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Wilson, W. (1887). The study of administration. *Political Science Quarterly*, 2(June), 1887-1222.
- Winters, J., & Ballou, K. (2004). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 533-535.
- Wise, L. (2002). Public management reform: Competing drivers of change. *Public Administration Review*, 62(5), 555-567.
- Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Witz, A. (1994). The challenge of nursing. In J. Gabe, D. Kelleher & G. Williams (Eds.), *Challenging medicine* (pp. 23-45). London: Routledge.
- Witz, A., & Savage, M. (1992). The gender of organizations. In M. Savage & A. Witz (Eds.), *Gender and Bureaucracy* (pp. 3-64). Oxford: Blackwell Publishers.
- Wong, W. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11(1), 2-13.
- Woodward, V. (1997). Professional caring: a contradiction in terms? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 999-1004.

Yanay, N., & Shahar, G. (1998). Professional self-control as emotional labor. *Journal of Contemporary Ethnography*, 27, 346-373.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Lei n.º 1/1976, de 10 de Abril
Lei n.º 19/1988, de 21 de Janeiro
Lei Constitucional 1/1989, de 08 de Julho
Lei n.º 5/1994, de 14 de Março
Lei n.º 27/2002, de 08 de Novembro
Lei n.º 10/2004 de 22 de Março
- Decreto-Lei n.º 31:345/1941, de 27 de Junho
Decreto-Lei n.º 31:366/1941, de 22 de Novembro
Decreto-Lei n.º 32612/1942, de 31 de Dezembro
Decreto-Lei n.º 31913/1942, de 12 de Março
Decreto-Lei n.º 36219/1947, de 10 de Abril
- Decreto-Lei n.º 44923/1963, de 18 de Março
Decreto-Lei n.º 413/1971, de 27 de Setembro
Decreto-Lei n.º 414/1971, de 27 de Setembro
- Decreto-Lei n.º 265/1983, de 16 de Junho
Decreto-Lei n.º 480/1988, de 23 de Dezembro
Decreto-Lei n.º 205/1989, de 27 de Junho
- Decreto-Lei n.º 145/1990, de 07 de Maio
Decreto-Lei n.º 437/1991, de 08 de Novembro
Decreto-Lei n.º 20/1992, de 14 de Agosto
Decreto-Lei n.º 10/1993, de 15 de Janeiro
Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro
Decreto-Lei n.º 161/1996, de 04 de Setembro
Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de Abril
Decreto-Lei n.º 151/1998, de 5 de Junho
Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de Maio
Decreto-Lei n.º 135/1999, de 22 de Abril
Decreto-Lei n.º 156/1999, de 10 de Maio
- Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro
Decreto-Lei n.º 294/2002, de 11 de Dezembro
Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto
Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro
- Portaria n.º 267/1994, de 25 de Outubro
Portaria 288/1999, de 27 de Abril

ANEXOS



ANEXO I

GUIÕES DE ENTREVISTA



GUIÕES DE ENTREVISTA

1. Guião de entrevista a gestores profissionais práticos

I. Profissão

1. Quais as razões que o(a) conduziram a escolher esta profissão?
2. Seria possível, para si, definir o que é um bom enfermeiro?
3. Na sua opinião, o que distingue o trabalho dos enfermeiros dos restantes profissionais de saúde?
4. Tendo em conta o seu percurso e experiência profissional, houve (ou há) algo na profissão e prática de enfermagem que o(a) tenha decepcionado?
5. Se pudesse mudar algo na sua profissão, o que mudaria?

II. Funções

6. Quais as motivações ou razões que estiveram na base da sua ‘ascensão’ ao desempenho destas funções?
7. Como é que me caracteriza o seu dia-a-dia?
8. De todas as actividades que fazem parte da sua função (actividades clínicas, de gestão e supervisão) com qual/quais despende mais tempo diariamente?
9. Quais são os aspectos que considera mais positivos no exercício destas funções? E os mais negativos?
10. Quais as maiores dificuldades que sente no desempenho das actividades que desenvolve?
11. Pensa que o facto de ser homem/mulher teve alguma influência na forma como exerce as suas funções? Porquê?
12. Sente algum tipo de dificuldade em cumprir as suas responsabilidades em relação aos seus superiores e aos seus colegas (subordinados)?
13. Na sua opinião, o que esperam de si os seus superiores nestas funções?
14. Corresponde ao que esperava encontrar?
15. O que espera dos enfermeiros que chefia?
16. Sente que os outros compreendem as responsabilidades e exigências do cargo que ocupa?

III. Reformas

17. Como é que vê as recentes reformas no sector da saúde em Portugal?
18. Sentiu algumas mudanças na sua organização nos últimos anos?
Que alterações trouxeram estas mudanças para o hospital onde exerce a sua actividade?
19. E, no caso concreto do seu serviço?
20. De que forma é que estas alterações se traduziram no seu trabalho quotidiano?
 - a) Passou, na prática, a ter novas responsabilidades ou deixou de ter algumas que possuía antes?
 - b) Em que tipo de decisões (clínicas e administrativas) é chamado(a) a participar?

21. Na sua opinião de que forma é que os enfermeiros do seu hospital estão a reagir às mudanças introduzidas?

IV. Gestão

22. Na sua opinião, qual é/são a(s) prioridade(s) da gestão deste hospital? De que forma é que isso se expressa?
23. Quem detém, na prática, as responsabilidades de gestão na sua unidade?
a) Pensa que deveria ser assim?
24. Que tipo de iniciativas de gestão da qualidade possuem? A quem compete assegurar o cumprimento dos processos de qualidade?
25. Como é que define a relação que estabelece com as restantes unidades hospitalares?
26. Fora da sua unidade de serviço, com quem contacta mais frequentemente dentro do hospital e porquê?
27. Sente que o trabalho burocrático/administrativo tem vindo a aumentar? É possível que isso tenha alguma influência no tipo de cuidados que são prestados?
28. Nota alguma diferença no comportamento dos pacientes? Em que sentido?
Se sim: Como reage a estas mudanças?
Se não: Pensa que deveria existir alguma mudança no seu comportamento? Em que sentido?

V. Cuidados

29. Sendo a qualidade dos serviços prestados uma das suas responsabilidades, pensa que se poderia proceder a alguma alteração no sentido da sua melhoria?
30. Quais são os maiores obstáculos à prestação de cuidados com qualidade no seu serviço?
31. Na sua opinião, o número de enfermeiros de que dispõem é suficiente para o trabalho que realizam?

VI. Questões pessoais

32. Sente-se satisfeito com o trabalho que desenvolve? Com o que é que se sente mais satisfeito(a) ou menos satisfeito(a)?
33. Se pudesse escolheria fazer outra coisa no hospital?
34. No futuro, estaria disposto(a) a aceitar novos cargos de gestão?
35. Como perspectiva o futuro da profissão no nosso país?

VII. Características sócio-demográficas:

Idade

Habilitações Académicas

Tempo de serviço

Tempo em cargos de gestão

Natureza do vínculo

2. Guião de entrevista a líderes profissionais

I. Profissão

1. Quais as razões que o(a) conduziram a escolher esta profissão?
2. Seria possível, para si, definir o que é um bom enfermeiro?
3. Na sua opinião, o que distingue o trabalho dos enfermeiros dos restantes profissionais de saúde?
4. Tendo em conta o seu percurso e experiência profissional houve (ou há), algo que o(a) tenha decepcionado na profissão e prática de enfermagem?
5. Se pudesse mudar alguma coisa na sua profissão, o que mudaria?

II. Funções

6. Quais as motivações/razões que estiveram na base da sua aceitação deste cargo?
7. Como é que me caracteriza o seu dia-a-dia?
8. Das diversas actividades que fazem parte da sua função com qual/quais despende mais tempo diariamente?
9. Quais são os aspectos que considera mais positivos no exercício deste cargo? E os mais negativos?
10. Quais as maiores dificuldades que sentiu ao assumir este cargo?
11. Pensa que o facto de ser homem/mulher teve alguma influência na forma como exerce as suas funções? Porquê?
12. Na sua opinião, o que esperam de si como enfermeiro(a)-director(a)?
13. O desempenho deste cargo corresponde ao que esperava?
14. O que espera dos enfermeiros com quem trabalha?
15. Sente que os outros compreendem as responsabilidades e exigências do cargo que ocupa?

III. Reformas

16. Como é que vê as recentes reformas no sector da saúde em Portugal?
17. Que alterações trouxeram estas mudanças para o hospital onde exerce a sua actividade?
Em termos de estrutura, foram introduzidas alterações no organograma do hospital?
18. De que forma é que estas alterações influenciaram o seu trabalho quotidiano?
Passou, na prática, a ter novas responsabilidades ou deixou de ter algumas que possuía antes? Em que tipo de decisões é chamado a participar?
19. Na sua opinião, de que forma é que os enfermeiros do seu hospital estão a reagir às mudanças introduzidas?

IV. Gestão

20. Quais são os princípios que presidem à elaboração dos planos de acção de enfermagem?
21. Na sua opinião, há alguma dificuldade na conciliação dos objectivos do hospital com os objectivos e filosofias da profissão de enfermagem?
22. Que tipo de iniciativas de gestão da qualidade possuem? A quem compete assegurar o cumprimento dos processos de qualidade?
23. Como é que define a relação que estabelece com os restantes membros do Conselho de Administração? No caso de existirem, poderia falar dos principais factores de discórdia/conflito?

V. Questões pessoais

24. Sente-se satisfeito(a) com o trabalho que desenvolve?
25. Se pudesse escolheria desenvolver outras actividades?
26. No futuro, estaria disposto(a) a aceitar novos cargos de gestão?
27. Como perspectiva o futuro da profissão no nosso país?

VI. Características sócio-demográficas:

Idade

Habilitações Académicas

Tempo de serviço

Tempo em cargos de gestão

ANEXO II

OFÍCIO A SOLICITAR DOCUMENTOS
SOBRE AS INSTITUIÇÕES





Maria Teresa Geraldo Carvalho
DEGEI
Campus Universitário de Santiago
Universidade de Aveiro
E-mail: mcarvalho@egi.ua.pt
Tel. 96 63 91 383

Exmº. Senhor Presidente do
Conselho de Administração
do Hospital ...

Assunto: Pedido de dados

O meu nome é Maria Teresa Carvalho, sou docente na Universidade de Aveiro e encontro-me, neste momento, a realizar um projecto de investigação, subordinado ao tema: “A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal”, com vista à obtenção do doutoramento. Para concluir com sucesso este trabalho necessitava de obter alguns dados do hospital, nomeadamente:

- Regulamento interno do hospital
- Plano estratégico para o ano corrente e dos três últimos anos
- Organograma actualizado (e anterior, caso exista)
- Grelha da avaliação de desempenho dos enfermeiros
- Reclamações dos utentes nos últimos três anos
- Nº total de trabalhadores por categorias profissionais
- Nº total de enfermeiros
- Nº total de enfermeiros por tipo de vínculo à organização
- Distribuição dos enfermeiros por categorias e sexo
- Dados da mobilidade interna e externa dos enfermeiros no último ano.

Pelo facto de se tratar de um trabalho científico comprometo-me a garantir sigilo absoluto e a total confidencialidade dos dados. Gostaria, ainda, de fazer notar que a conclusão deste trabalho depende da obtenção destes dados.

Desde já muito obrigado pela colaboração.

Cumprimentos,

Maria Teresa Carvalho

ANEXO III

QUADRO SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS



ENTREVISTAS A HOSPITAIS EMPREZARIALIZADOS

Carac. Entr.	Sexo	Idade	Tempo serviço (anos)	Tempo Gestão (anos)	Qualificações *	Categoria	Funções actuais
1 A	M	45	21	4	3	Chefe	Administrador
2 B	F	46	24	3	6	Especialista	Administrador
3 C	F	53	30	26	4	Chefe	Administrador
4 D	M	43	22	8	6	Chefe	Administrador
5 E	F	48	27	14	2	Chefe	Administrador
6 A	F	58	34	25	1	Chefe	Supervisor
7 A	M	48	23	5	5	Especialista	Supervisor
8 A	F	48	27	1,5	6	Especialista	Supervisor
9 A	F	52	31	19	3	Supervisor	Supervisor
10 A	F	61	34	24	1	Supervisor	Supervisor
11 A	F	54	33	32	7	Chefe	Chefe
12 A	F	48	24	5	2	Chefe	Supervisor
13 A	F	57	33	12	2	Chefe	Supervisor
14 A	F	42	20	1	4	Chefe	Supervisor
15 B	M	49	28	3	2	Especialista	Chefe
16 B	F	47	26	9	3	Especialista	Chefe
17 B	F	43	23	11	3	Chefe	Chefe
18 B	M	48	25	1,5	3	Especialista	Chefe
19 B	F	49	29	13	2	Chefe	Chefe
20 B	F	47	25	6 MÊS.	2	Especialista	Chefe
21 B	F	40	18	2	2	Especialista	Chefe
22 B	F	48	21	10	2	Chefe	Chefe
23 B	F	44	21	6	2	Especialista	Chefe
24 B	F	39	20	2	2	Especialista	Chefe

25 C	F	55	35	30	2	Supervisora	Supervisor
26 C	F	41	21	6	7	Supervisora	Supervisor
27 C	F	44	21	7	2	Chefe	Chefe
28 C	M	33	11	4 MESES	2	Chefe	Chefe
29 C	F	38	16	1	2	Chefe	Chefe
30 C	F	45	21	4	3	Chefe	Chefe
31 C	F	39	14	3	4	Chefe	Chefe
32 C	F	39	17	8	2	Chefe	Chefe
33 C	F	45	22	13	2	Chefe	Chefe
34 D	F	40	20	7	2	Especialista	Chefe
35 D	M	54	32	26	3	Chefe	Chefe
36 D	F	41	18	6	2	Chefe	Chefe
37 D	F	50	30	18	2	Especialista	Chefe
38 D	F	48	27	6	2	Especialista	Chefe
39 D	F	43	21	5	2	Graduada	Chefe
40 D	F	42	16	2	1	Chefe	Chefe
41 D	F	50	27	14	3	Chefe	Chefe
42 E	M	46	24	1	2	Chefe	Chefe
43 E	M	46	26	1	2	Chefe	Chefe
44 E	F	49	26	8	2	Chefe	Chefe
45 E	F	54	35	11	3	Chefe	Chefe
46 E	F	38	18	1	2	Chefe	Chefe
47 E	F	46	25	11	2	Chefe	Chefe
48 E	F	46	26	12	2	Chefe	Chefe
49 E	M	49	24	10	2	Chefe	Chefe
50 E	F	48	28	22	3	Chefe	Chefe
51 E	M	48	27	14	2	Chefe	Chefe

ENTREVISTAS A HOSPITAIS AUTÓNOMOS

Carac. Entr.	Sexo	Idade	Tempo serviço (anos)	Tempo Gestão (anos)	Qualificações *	Categoria	Funções actuais
52 F	M	67	42	38	6	Supervisor	Director
53 G	F	53	32	25	5	Supervisora	Directora
54 H	M	47	23	11	5	Supervisor	Director
55 I	F	46	28	14	6	Supervisora	Directora
56 G	F	40	18	8	2	Chefe	Chefe
57 G	F	41	18	8	2	Chefe	Chefe
58 G	F	38	15	2	2	Chefe	Chefe
59 G	F	44	24	11	2	Chefe	Chefe
60 G	F	52	30	9	2	Chefe	Chefe
61 G	M	43	20	6	2	Chefe	Chefe
62 G	F	54	31	20	1	Chefe	Chefe
63 G	F	46	26	13	3	Chefe	Supervisora
64 G	F	44	24	20	3	Supervisora	Supervisora
65 F	M	36	14	5	5	Especialista	Chefe
66 F	F	45	24	8	3	Chefe	Chefe
67 F	M	46	24	4	2	Chefe	Chefe
68 F	F	49	26	18	2	Chefe	Chefe
69 F	F	50	26	8	5	Chefe	Chefe
70 F	F	48	25	8	2	Chefe	Chefe
71 F	F	39	17	2	3	Especialista	Chefe
72 I	F	44	24	7	3	Chefe	Chefe
76 J	F	45	24	2	2	Chefe	Chefe
77 J	F	43	22	1	6	Chefe	Chefe
78 J	F	50	29	22	2	Chefe	Chefe

79 J	F	44	23	6	3	Chefe	Chefe
80 J	F	42	21	3	2	Chefe	Chefe
81 J	F	41	18	6	5	Chefe	Chefe
82 J	F	59	32	30	2	Chefe	Chefe
83 J	F	47	24	5	2	Chefe	Chefe

*Códigos utilizados para designar as qualificações:

1. Licenciatura
2. Licenciatura e especialização
3. Licenciatura, especialização e CESE
4. Licenciatura, especialização e Parte curricular do mestrado
5. Licenciatura, especialização e Pós-graduação
6. Licenciatura, especialização e Mestrado
7. Licenciatura, especialização, CESE e mestrado

ANEXO IV

EXEMPLOS DE ENTREVISTAS



ENTREVISTA 13A

Q. Gostaria de começar por lhe perguntar como é que decidiu escolher esta profissão?

Como é que se tornou enfermeira?

R. Eu escolhi ser enfermeira porque desde que eu me conheço, desde que tenho noção de mim, mesmo muito miúda que gostava de trabalhar com doentes e num hospital.

Na altura do liceu quando tive de decidir decidi ser enfermeira porque gostava de trabalhar com doentes.

Na altura contrariei até a minha família que não queriam que eu fosse enfermeira de maneira nenhuma.

E hoje, se tivesse de escolher de novo, não voltava atrás escolhia de novo esta profissão. Tem coisas boas e coisas más, mas eu gosto muito.

Q. Mas há alguma coisa que a tenha decepcionado na profissão? Alguma coisa que se pudesse mudar, mudaria?

R. Decepcionada não. Há problemas como em todas as profissões, que a pessoas tem de analisar e que depois se ultrapassam.

A saúde é uma coisa muito complicada e que nos afecta a todos, nós nem sempre podemos fazer tudo o que gostaríamos e nem sempre os resultados do que fazemos são os melhores mas, por vezes, não podemos mesmo fazer mais.

Decepcionada não. Há coisas que se podiam modificar mas não sei se é culpa do sistema, porque nós às vezes culpamos o sistema para podermos fazer menos, porque não somos capazes de mudar o mundo baixamos os braços, mas eu acho que nós devemos dar sempre o máximo de nós.

O fim para que nós estamos aqui é para tratar o doente e temos de dar o melhor de nós para conseguirmos atingir esse resultado, fazer os possíveis e os impossíveis, não é porque o sistema está mal, não é por eu não ter o número de enfermeiros de que preciso que eu vou deixar de fazer o que tenho a fazer.

Não posso deixar de fazer o que tenho a fazer porque somos poucos.

Eu, quando vou para casa, tenho de ir de consciência limpa e até hoje, graças a Deus, ainda não deixei de dormir por causa disto.

Q. Hoje o que é que considera para si que é um bom enfermeiro?

R. É um enfermeiro que sabe estar na área em que trabalha, que é capaz de se pôr do outro lado, é o que eu digo sempre aos meus enfermeiros: “Hoje é ele, mas amanhã posso ser eu que estou ali ou algum dos meus”. Nós temos de tratar bem o doente, porque eles já vêm em sofrimento com a sua dor e, por vezes, com medos, porque nem sempre as coisas lhe foram explicadas como deve ser, porque nós somos todos diferentes, e o que me pode dizer a mim nem sempre é igual ao que se pode dizer ao outro.

Mas, como eu trabalho no bloco, todos os doentes vão com medo e, por isso, é que eu acho que é muito importante nós estarmos atentos ao doente.

Eu dou muita importância ao que nós chamamos recepção ao doente no bloco.

Nós não conhecemos o doente de lado nenhum a maior parte das vezes, é um local de passagem, e, às vezes, a primeira imagem para o doente é importante porque é aquilo que nos fica.

Se eu for agradável ou simpática para ele.

Se eu me apresentar e disser: “eu sou fulana de tal, sou eu que o vou acompanhar, enquanto o senhor estiver aqui no bloco sou eu que vou estar com o Senhor, vamos fazer isto e aquilo e aquilo” e explicar-lhe aquilo que podemos explicar.

Eu acho que o doente já fica um bocadinho mais sossegado. Eu dou muita importância a isso.

Q. O que é que considera que distingue o trabalho dos profissionais de enfermagem dos restantes profissionais de saúde?

R. Sem dúvida que é isto. Eu acho que nós devemos tratar o doente num todo.

Não é tratar a perna ou o braço ou o que seja, é tratar um todo. Isso é o que qualquer máquina faz, eu tenho de ver que o doente que tem um braço partido, e também tem uma cabeça que trabalha bem.

É difícil, às vezes, eu compreendo que são muitas horas no dia e nós também somos humanos e temos as nossas quebras também.

Mas, acho que devíamos fazer todo um sacrifício para não nos deixarmos influenciar demasiado pelo sofrimento ao ponto desse sofrimento nos impedir de tratar bem o doente, devemos tratar bem o doente de forma que ele perceba que nós estamos a tratar bem dele.

Não é ele estar a falar connosco e nós a falarmos do filme que vimos ontem porque isso choca, claro, mas, também, de maneira que não nos deixemos nós envolver demasiado.

Primeiro nós sofremos e a nossa família sofre e também não é isso que está correcto e, por outro lado, também talvez não tenhamos tanta disponibilidade para tratar do doente.

Eu acho muito importante isso.

Q. Neste momento quais são as suas funções dentro do hospital?

R. Eu sou enfermeira chefe do bloco operatório.

Q. E que motivações estiveram na base da sua ascensão a este cargo?

R. Eu por feitio não sou uma pessoa de galões, não dou importância a isso porque nunca dei.

Isto tem a ver com a carreira, eu fui subindo naturalmente, fui tirar a especialidade de médico-cirúrgica, porque eu sempre gostei de aprender.

Eu sempre achei que devia estar no topo do topo, não em termos de carreira, mas em termos de conhecimentos.

É engraçado que eu na altura até dizia que não queria ser chefe, queria ser especialista, já tinha adquirido conhecimentos para aquilo que eu queria.

Mas depois as pessoas diziam-me: “mas porque é que tu não concorres? sempre era uma bocadinho mais” e eu concorri e fiquei.

Q. Quais foram as maiores dificuldades que sentiu quando assumiu as suas funções?

R. Olhe, na altura perguntaram-me isso, porque na altura a direcção de enfermagem chamou-me, porque no bloco havia duas chefes e eles perguntaram-me: “Tu agora és chefe, queres continuar no bloco ou estás interessada em sair?” Eu calei-me, porque não estava à espera dessa pergunta, porque já havia enfermeira chefe no bloco e o lógico era sair eu.

E eu disse “eu não estou a entender a pergunta, o quadro do bloco já está preenchido” Ela disse-me: “eu só te perguntei se querias ou não ficar no bloco” e eu disse: “eu queria continuar no bloco mas não acho sequer correcto que me faça essa pergunta”.

Eu gostaria de ficar no bloco, mas como o quadro está preenchido eu não quero que alguém saia para eu ficar, isso de maneira nenhuma.

Mas o que acontece é que a enfermeira chefe já tinha pedido transferência e eu fiquei.

De maneira que, no princípio, eu tive assim alguns problemas mas problemas que eu ultrapassei porque quando eu tenho alguma coisa a dizer, digo logo.

Mas problemas por isto. Eu era enfermeira de bloco há muito tempo, depois que tirei a especialidade continuei no bloco tal como quando concorri ao bloco.

Não era por minha culpa que eu, às vezes, até me apagava mais para ela brilhar, mas ela não aceitou bem mas depois ultrapassou-se.

Quando as pessoas são adultas e profissionais não há problema e tudo se ultrapassada.

Q. E neste momento existe mais alguém a chefiar o bloco?

R. Não, apesar de ser um serviço muito grande porque eu tenho 130 enfermeiros.

Há empresas que não têm tantos trabalhadores.

Eu tenho comigo 5 especialistas e o bloco não é todo no mesmo local, eu tenho um bloco na parte antiga, tenho um bloco na parte central e tenho outro na parte nova, mas noutra local, o que é muito complicado porque fisicamente estão muito distantes.

Quando saíram as outras duas enfermeiras chefes perguntaram-me se eu ficava sozinha no bloco e eu disse que era complicado.

Só ficava se eu tivesse poder para organizar o bloco como eu entendesse.

Então eu distribuí os especialistas de forma a poder ter os blocos assegurados e a poder delegar.

Mas tinha estes especialistas até há algum tempo atrás porque eles não querem especialistas só, como eles dizem, (e eu acho piada) só responsáveis, querem especialistas a desempenhar funções junto do doente e eles desempenham.

Q. Como é que caracteriza o seu dia-a-dia?

R. É complicado, mas tem de se levar com muita paciência e muita calma, sobretudo porque tenho de gerir os conflitos.

Conflitos eu não posso dizer que existem conflitos, embora os conflitos devam existir sempre, porque nem toda a gente gosta de toda a gente.

Num serviço tão grande é sempre complicado fazer a vontade a toda a gente e, depois, também há pessoas de todo o género e algumas delas só pensam em si.

Como é um bloco muito grande eu tento sempre pôr as pessoas nos mesmos sítios que é para garantir que corre tudo bem, mas, às vezes, se é necessário mudar alguém, ficam logo todas zangadas.

Q. Então a maior parte do tempo ocupa-o precisamente com essas questões mais ligadas aos recursos humanos?

R. É preciso pôr as salas a funcionar, estando a funcionar tenho o problema resolvido porque se o bloco não funcionar o problema é muito grave.

Gerir o bloco é muito complicado, é preciso fazer os pedidos, ver se as pessoas estão a horas, ver se o doente está em condições de ser operado e se a sala está com todos os requisitos para receber o doente, é o dia-a-dia como se fosse uma casa, vamos lá, mas uma casa muito grande.

Q. De todo o trabalho que realiza, nestas funções, o que é que gosta mais de fazer e o que é que se pudesse não faria sequer?

R. O que gosto mais de fazer é de estar no bloco, é do ambiente da sala de operações, de estar lá com o doente que é onde cada vez estou menos, embora passe pelas salas. Quase sempre no início, no meio e no fim, eu passo pelas salas.

É preciso ver se está tudo a correr bem e se alguma coisa falha, eu faço isso.

Agora há coisas que a gente tem de fazer que não são agradáveis e com as quais passo muito tempo.

Passo imenso tempo ao telefone “Olha ó fulana o material que era para vir hoje para o bloco ainda não veio.”, isso a mim cansa-me.

O que eu penso é eu preciso deste envelope para o bloco, então se eu o peço é porque preciso dele e preciso em tempo útil. Eu estou sempre à espera e não vem hoje, não vem amanhã, e eu perco uma grande parte do meu tempo nisso, o que me cansa muito.

Mas, também sei que isto é uma casa muito grande e que ainda estão a organizar o aprovisionamento.

Tenho uma reunião marcada com o administrador para analisar estes problemas.

Eu ando muito atenta porque não pode deixar de ser feita uma cirurgia só porque deixou de haver um determinado material, isso não. Mas cansa.

Q. De alguma forma as funções que desempenha neste cargo já correspondem ao que esperava vir a encontrar?

R. Sim, sim, sem dúvida, não tive surpresas.

É um serviço muito grande e muitas colegas minhas diziam-me: “ai eu não sei como é que tu consegues” mas eu tenho muita experiência de bloco, há sempre dificuldades como em todo o lado, mas temos de as ultrapassar e não me posso queixar porque são todos muito colaboradores e bons profissionais, muito humanos e não me posso queixar disso.

Q. E como é que na sua opinião tem evoluído a mobilidade dos enfermeiros dentro do seu departamento?

R. Isso nota-se mais, mas eu não sou das mais afectadas por isso.

Nota-se mais porque isso se justifica a nível do país e não só a nível do meu departamento que é por causa dos contratos.

As pessoas têm um contrato individual de trabalho durante seis meses e já começa a haver falta de emprego, de maneira que as pessoas concorrem para diversos sítios.

Isso aconteceu-me com uma enfermeira a semana passada, ela ainda estava a ser integrada ia trabalhar sozinha agora em Outubro, mas era da Madeira e, como a chamaram de lá, ela foi, embora com muita pena.

Nota-se que tem entrado muito mais gente mas, também há muito mais gente que sai.

A mim aconteceu-me poucas vezes mas, quando sai alguém, e especialmente no bloco, é muito complicado e oneroso para o hospital porque uma pessoa quando sai da licenciatura não faz nada.

Nos primeiros tempos só dá trabalho porque está a aprender e nós estamos a pagar, portanto, nós andamos a integrar pessoas para depois ir embora e era necessário, pelo menos, integrar algumas pessoas que dessem a mínima garantia de que ficam.

Porque, se não, quem perde é o hospital.

Q. Nos últimos anos surgiu diversa legislação que veio alterar a forma de funcionar dos hospitais, como é que olhou para essas alterações?

R. Bem, não acho mal.

Como lhe digo, há sempre algumas coisas com que a gente não concorda muito; primeiro, eu sou uma pessoa que, quer concorde, quer não concorde, desde que a Lei passe, eu não sou uma à margem da Lei, posso discordar e digo que discordo mas cumpro e faço com que as pessoas cumpram.

Mas eu vi bem porque na minha maneira de ser e de estar não mudou nada, como eu gosto muito de trabalhar não me afectou em nada.

Eu continuo a ser a mesma, já fazia assim e continuo a fazer, mas reconheço, que no sentido mais lato do hospital, acho que havia necessidade disto, claro que os SA redução de custos e aumento da produtividade, aumento das cirurgias, mas isto só mesmo quem não souber como é que se vai aumentar as cirurgias e diminuir os custos?

Que se tente reduzir os gastos ao estritamente necessário tudo bem, agora reduzir custos numa fase em que a saúde está cada vez mais cara (como tudo), se eu compro material para o bloco este ano, para o ano compro o mesmo material muito mais caro.

A sala de operações aberta todo o dia tem custos, agora há algumas mentalidades que são os velhos do Restelo e que quando vêm mudar alguma coisa ficam logo aflitos.

Eu, pessoalmente, não me afectou e não vi mal nisso, até acho que, para algumas pessoas, era preciso isso, porque não é por eu ter tudo ali que eu vou esbanjar.

No meu serviço e julgo que até no hospital, mas isso já tenho mais medo em afirmar porque não vejo, acho que o doente não sofreu com isso.

Só num aspecto é que eu acho que o doente tem vindo a sofrer que é com os internamentos, de resto, eu, pessoalmente, acho que dão as altas demasiado cedo mas não é pelo que observo todos os dias porque eu não tenho internamentos.

É evidente que desde que nos tornámos SA é operar e depois estar o mínimo tempo no hospital e depois vai para casa e, às vezes, ainda nem está em condições porque isto tem custos.

Aí eu acho que talvez esteja... de resto o que nos exigem é que justifiquemos bem, muito bem, tenho que justificar tudo e dantes não havia tantas justificações, agora tem de se justificar mais, até porque dantes não havia tantos administradores, agora em cada departamento há um administrador de maneira que exige-se mais, porque ele também tem de dar contas à administração.

Q. E como é que os enfermeiros do bloco reagiram a estas mudanças?

R. Um grupo grande mal, mas depois de verem que no dia-a-dia do seu trabalho não mudou muito.

Quer dizer, estamos sempre a ouvir que temos de reduzir custos, reduzir aquilo e aqueloutro, mas depois de ser tudo explicado com muita calma, muitas conversas em grupos e depois as pessoas vão compreendendo.

O que é pior é a personagem administrador de departamento, porque a maior parte deles são muito jovens que vêm dos seus cursos, sem o mínimo de conhecimento dos departamentos e depois dizem assim eu quero assim e é assim, e, às vezes, sai disparate autêntico e quando as pessoas sabem fazem galhofa.

Eu cheguei a dizer: “Oh, Sr.^a Dr.^a se não quer fazer figura ridícula não leve isso para a administração.

Pense melhor, vá para casa pensar e depois decida, de maneira que as pessoas viram um bocado mal esse personagem. Mas fez mais confusão no início, agora está um bocadinho melhor.

Às vezes, também depende um bocadinho da maneira como nós nos apresentamos.

Agora, também já conhecem melhor o hospital, porque cada hospital tem as suas mentalidades, este é um hospital com história, não pode agora comparar este hospital com outro que é particular, por exemplo.

Q. E como é que funciona o conselho de gestão?

R. O bloco não é departamento, mas tem uma direcção de bloco, que é constituído pelo administrador, pelo enfermeiro chefe e pelo adjunto do director clínico e esteve muito tempo

como director do bloco o director clínico, que antes de ser director clínico já era director do bloco e depois continuou a ser.

Depois, quando se criaram os departamentos, para mim era muito complicado porque eu não gosto de chatear as pessoas, mas havia coisas que tinham de ser resolvidas com ele, ora o director de serviço, sendo o director clínico, para mim era complicado porque, ora estava numa reunião, ora estava noutra sítio, e eu tinha que fazer um esforço muito grande para saber quais eram as questões que tinha de colocar ao director clínico e ao director do bloco.

Eu às vezes ligava e dizia: “Dr. quero uma reunião com o director clínico ou quero uma reunião com o director do bloco”, às vezes era complicado.

Ele, como tinha muito que fazer, nomeou os seus adjuntos para diversas áreas e para a área de bloco também. Fazemos reuniões semanalmente, ou então quando um de nós achar necessário.

A administradora eu não conhecia, o director conhecia-o enquanto cirurgião, o que é muito diferente, mas sempre tive um bom relacionamento com ele.

Nunca notei da parte deles nenhuma reacção do tipo sou eu que mando, aqui sou, eu não te metas na minha área.

Não, de maneira nenhuma, damo-nos muito bem os três porque o que a gente quer é que o serviço funcione, toda a gente dá sugestões e respeitamo-nos mutuamente.

Nesse aspecto acho que tive sorte, não vejo um a querer ser mais do que o outro o que vejo é todos preocupados com o serviço, vemos o serviço como um todo.

Até hoje não tenho queixa nenhuma e acho que funcionamos muito bem.

Q. Em que tipo de decisões é chamada a participar?

R. Em tudo desde a aquisição de materiais, a escolha de materiais, a distribuição de salas por cirurgia, a problemas no operatório, a problemas dos mais diversos a resolver. Fazem-me participar em tudo.

Q. Foi a presença do administrador que trouxe mais confusão ao bloco?

R. No início. Só no início, para as pessoas, porque elas não assistem à reunião e eu para o serviço levo só aquilo que eu acho que devo de levar.

Há coisas que se passam que as pessoas não têm de saber os pormenores.

Mas eu tive necessidade de falar mais e, se calhar, o problema até era meu, era culpa minha, porque eu achava que havia coisas que não tinha de levar para lá.

Por exemplo, eu se comprei este gravador e se foi complicado ou não, eu não achava que tinha de levar para lá, achava eu. Levava só o sumo.

Eu às vezes chegava lá e dizia: “preciso de mais papel, por exemplo” este é um péssimo exemplo porque eu nunca digo isto.

E ela dizia-me “mas para que é que isto é preciso?” Não sei como mas as pessoas lá em baixo sabiam disto e depois começavam os comentários: “o que é que ela percebe disto para estar a falar assim?”

Ela logo no princípio disse que nós estávamos a gastar muito soro fisiológico e que não podia ser.

Eu não sei como é que isto chegou cá abaixo, mas pronto. Entretanto eu também comecei a levá-la mais para o bloco, para ela se ambientar mais e, agora as coisas já estão a correr melhor. Continuam a existir problemas, mas esses são menores, e nós acabamos por os resolver, vão-se ultrapassando.

Ela quando veio trazia no espírito a intenção de reduzir os custos e tentou fazê-lo naquilo que podia e que não podia.

Claro que nós aparecíamos logo a dizer que não podia ser e os processos foram mais morosos.

O material de que necessitávamos, em vez de vir numa semana, demorava um mês ou mais, porque estava em cima da secretária para ela decidir se despachava ou não despachava.

Q. Na sua opinião, quais são os grandes objectivos deste CA?

R. O que eles pretendem é aumentar a capacidade de resposta aos doentes, está também a qualidade, querem aumentar o número de cirurgias, acho que são os grandes objectivos que pretendem atingir.

Querem melhorar os serviços, estão, neste momento, a procurar melhorar as instalações.

Há obras em praticamente toda a parte velha porque sentem necessidade de aumentar o número de tratamentos e, para isso, têm de melhorar as instalações, a parte velha em alguns serviços já estava obsoleta.

Acho que estão sobretudo empenhados em aumentar a capacidade de resposta e a qualidade.

Uma das coisas que me foi posta desde logo no início foi fazer um esforço muito grande de sensibilização, primeiro para que as pessoas chegassem a horas. Às 08:00 toda a gente tem de estar no bloco, eu própria fiz questão de estar no bloco às 08:00 com tudo pronto para começar a operar o doente.

Eu devo-lhe dizer que, hoje com algumas excepções, as cirurgias começam todas às 08:00, no máximo às 08:15, 08:30 e quando não estão, a maior parte das vezes é culpa das enfermarias que não têm os doentes preparados, o que não quer dizer que a gente também não tenha falhas.

Um dos grandes objectivos foi aumentar o número de cirurgias por dia e, para isso, tivemos de reduzir os tempos mortos e, para isso, tivemos de começar logo de manhã, portanto, mais cedo na sala e mais cedo no serviço para operarmos mais, e acabamos também cada vez mais tarde.

Nós trabalhamos das 08:00 às 20:00. Das 08:00 às 19:00 com cirurgias, das 19:00 às 20:00 a preparar as salas para no outro dia começar.

Claro que a maior parte das vezes são 19:30 e nós ainda estamos a trabalhar. Mas, teoricamente, é assim, quando temos urgências é que é mais complicado.

Nós podemos programar tudo muito bem, mas se há alguma alteração desestabiliza tudo.

Penso que nós estamos a atingir os objectivos que nos propusemos, mas houve uma greve dos médicos que veio desestabilizar tudo.

A culpa foi dos médicos, não foi dos enfermeiros.

Para mim foi muito complicado, porque eu não sabia se eles vinham ou não e tinha de ter tudo pronto.

Portanto, os enfermeiros vinham e depois não eram precisos porque não havia médicos.

Foi muito difícil para mim, eles vinham e eu, como não os podia dispensar, perguntava: “Queres ficar no serviço ou queres ir dar uma curva?”

A maior parte das pessoas aceitaram, o que foi muito bom para mim, porque me ficaram a dever horas e eu já estava a pensar nas férias. As pessoas queriam era ir embora e eu já estava a ver que ia aproveitar essas horas para as férias.

Conclusão: com isso perdeu-se um bocadinho a noção de chegar a horas, não tanto nos enfermeiros mas mais nos médicos, o cirurgião vinha mais tarde porque não sabia se o anestesista estava, o anestesista vinha mais tarde porque não sabia se o cirurgião vinha e, depois, eu queria começar a trabalhar e não conseguia e fui dizendo: “Eu espero que estes hábitos que estão a criar não se venham a perpetuar”, mas agora já está tudo mais ou menos na normalidade, mas, apesar disto, conseguimos, de facto, aumentar o número de cirurgias.

Depois, também temos tudo informatizado e é mais fácil perceber quanto tempo demora cada cirurgia e do tempo que havia disponível, se a pessoa o gastou todo ou se ultrapassou, e se não o utilizou todo e o porquê.

Nesse aspecto melhorou muito.

Q. Como é que me define a relação que estabelece com os restantes serviços no hospital?

R. É uma relação boa. Posso dizer, não digo muito boa, mas boa.

Como a maior parte dos serviços e dos hospitais há relações que não podem ser boas, quando eu preciso de materiais e de coisas que não me chegam eu tenho de dizer: “não pode ser.

Estou farta de pedir e não chegam, não pode ser, amanhã tenho cirurgias marcadas e como é que eu faço? Não pode de maneira nenhuma ser. Eu não posso aguentar isto”.

Há assim arrufos, digamos, porque eu também sei que o *stock* do hospital não pode ser o *stock* do bloco, eu entendo isso, é muita gente a gastar e o hospital também não pode ter muitas quantidades porque depois sujeita-se a deixar passar os prazos, mas também têm de assegurar que quando eu preciso há resposta imediata.

Há pessoas que são especialistas em stocks e sabem perfeitamente fazer isso.

Mas, de forma geral, posso dizer que o relacionamento é bom.

Q. Fora do seu serviço com quem é que contacta mais dentro do hospital?

R. Direcção de enfermagem, direcção clínica com eles sobretudo. Farmácia...

Q. Quando tem algum problema no seu dia-a-dia com quem é que contacta?

R. Isso também mudou. Isto é assim.

Com os SA isto mudou, o que eu fazia há três anos em relação a esses contactos hoje não faço e isso custou-me um bocado a perceber, porque, também, não foi bem explicado aquilo que dependia de quem.

Com a mudança, aquilo que eu sabia que até ao momento era tratado com a direcção de enfermagem hoje não é tratado com a direcção de enfermagem e até acho que isso não está bem definido.

Há coisas que eu tenho dificuldade. Às vezes penso: “Eu mando isto a quem? Eu falo com quem?”

E, como conheço as pessoas, às vezes até pergunto: “Olhe tenho isto assim, assim, com quem é que eu falo? É consigo?”

Eu tenho alguma dificuldade nesse aspecto. Estou-me a recordar, por exemplo, que me apareceu há tempos uma transferência de uma enfermeira para outro serviço.

A mim ninguém tem de me pedir transferência, têm de pedir é à direcção de enfermagem.

E essa enfermeira pediu à direcção e eu não recebi nada a dizer que a partir de determinada data as coisas eram diferentes. Mandaram-me uma informação.

Recebi um pedido de informação vindo da administração.

Eu chamei a enfermeira e disse: “Olha pediste a transferência a quem? Ah eu não sabia, mas ela trabalha aqui há muitos anos e sabia perfeitamente a quem pedir a transferência.

Então é assim, ela fez isto à margem da direcção de enfermagem.

Como eu sabia que antes os enfermeiros eram transferidos por enfermeiros, não dei a minha informação.

Eu pensei para mim e fui ao director e disse: “Olhe eu precisava de falar consigo. Não vou demorar mais de três minutos”.

Ele mandou-me entrar e eu disse: “Olhe, estou com um problema: a enfermeira pediu transferência, já tem aqui o parecer da administradora e em lado nenhum tem o do director, que eu saiba enfermeiros eram transferidos por enfermeiros, o que é que eu faço a isto?”

Já falei com a enfermeira em causa e agora vim aqui com este papel porque talvez as coisas mudassem e esqueceram-se de me avisar, não sei se avisaram os meus outros colegas, mas a mim não me avisaram, nem me lembro de ter visto nada escrito.

Não tenho nada contra isso, ou melhor, até tenho, mas isso quem tem que reagir não sou eu mas é o Senhor” Ele reagiu assim a modos que a querer fugir à pergunta. Agora é como digo, eu sei que no fundo tudo depende da senhora, mas há uma carreira, há toda uma hierarquia.

Porque é que a mandaram para mim? Mandavam para ele, ou será que estão a tentar fazer as coisas pela porta do cavalo? A mim não me enganam.

Ele não me disse nada. Mas se fosse eu não reagia assim, o que é isso? Até a torre dos clérigos vinha abaixo, mas o que é isto? Está escrito, é de Lei, a responsabilidade de cada um.

Eu sei o que foi, no fundo ela quis arranjar uma cunha, mas não pode ser, porque amanhã vem outro que também quer e ultrapassa tudo e todos.

Está para resolver, não é nada comigo. Está ali o papel. Mas isto só para dizer que o relacionamento com o SA é, por vezes, um bocado confuso.

A gente não sabe como é que isto funciona, mas dá a ideia que os administradores querem tomar conta de todo o hospital, em todos os aspectos, e ignorar os técnicos.

Era só o administrador e não era preciso mais ninguém, os técnicos só faziam o seu trabalho e eles tomavam conta disto, não tem sido tão fácil como eles pensavam que ia ser.

Porque há sempre reacções, mas isso no início foi um problema para o hospital, porque andava tudo descontente e as pessoas diziam “eu ia já embora ontem” em todo o hospital e por parte de todos os técnicos, quando vieram os administradores, mas foram os efeitos da mudança política, que eu discordo completamente.

Eu acho que deve haver administradores, sem dúvida, agora o que não podem é pensar que tomam conta do hospital sob pena de o doente sofrer.

Q. Pensa que os pacientes já notam as mudanças que entretanto ocorreram no hospital?

R. Não. Nos serviços continua-se a trabalhar da mesma maneira; eu posso ter mais dificuldade em adquirir determinado material para que a cirurgia seja feita, mas isso não chega ao doente.

O doente pode sentir, isso sim, nas consultas ou na urgência. Eu ouço nos corredores.

Enquanto eles vêm à urgência com o processo de Manchester antes de SA, um doente que estivesse com um diagnóstico com hemorragia, ou sem estar muito bem curado, não ia para casa e agora vai para casa, ou está muito mal e fica, ou então vai para casa. A esse nível eu acho que os doentes já notam alguma coisa.

Acho que sim. Mas não tenho conhecimento real porque eu não trabalho nas consultas, mas o facto de ter aumentado o número de consultas já diz alguma coisa.

Eu acho que tudo quanto seja para dar lucro... na saúde não pode haver lucro, quem vem das empresas não está a ver bem.

Pode ser considerada uma empresa, mas uma empresa com características próprias.

Um hospital pode ser uma empresa mas é uma empresa que trata de pessoas, não pode dar lucro, isso só se for uma clínica privada, lá paga-se por um centímetro² de álcool o que paga por um frasco. Aqui não é assim.

Que nós tenhamos todos a noção de que aqui também está o nosso dinheiro acho que devíamos ter, mas nós ainda não temos uma cultura muito instalada que é mais do tipo “é do hospital não é meu”, mas nós também pagamos isto.

Os impostos nós todos pagamos. Acho que devíamos ter todos a consciência, não é de que temos de poupar, mas que temos de saber gastar, porque não podemos poupar ao doente, é gastarmos melhor, isso acho que é uma consciência que todos os portugueses deviam ter.

Mas, em geral, o que pensam é que tudo o que seja público é para gastar à grande e à francesa, agora daí até dar lucro ainda vai um grande passo.

Isso eu vejo um bocado com preocupação, a noção de que tem de dar lucro, não pode ser.

Q. Também é responsabilidade sua a qualidade dos cuidados no serviço. Neste momento consegue-me identificar quais são as dificuldades para a melhoria da qualidade dos cuidados no bloco?

R. Uma das minhas preocupações é com o pessoal auxiliar, tenho de ter sempre muito cuidado.

Não tenho problemas nenhuns com esta classe, mas acho que no caso do bloco há uma falta de liderança da pessoa que lá têm.

Eu tenho de andar em cima de tudo no bloco. Se eu não andar sempre em cima delas acontecem as coisas mais mirabolantes, acredita?

Por isso, eu gostaria muito de ver essa parte melhor, mas a administradora já sabe disso.

As pessoas vêm novas e eu, ultimamente, não tenho tido tempo, nem para a integração nem para a formação, que é muitíssimo importante nestes casos porque estas pessoas quando vêm não estão minimamente preparadas para trabalhar num bloco.

Mas este ano já disse às pessoas que tinham de fazer formação, eu tenho de perder algum tempo com isso.

Outro problema que tenho é que ainda não tenho o CIPE a funcionar.

De resto, o que acho é que nos falta também alguma formação em sala, mas não temos tido tempo.

Q. Como é que vê o seu futuro em termos profissionais?

R. Não queria ser enfermeira supervisora porque gosto muito do contacto directo com o doente e, depois, só tenho contacto com eles através dos enfermeiros-chefes.

Mas a categoria de enfermeiro supervisor acabou, não tinha conhecimento disso? Não existe mais, na carreira, não existe supervisora acabou.

Não há mais, as que estão, estão, estão no topo da carreira e não há mais o que existe é depois os adjuntos. Nós só temos duas enfermeiras supervisoras, as que ali estão não são. São enfermeiras adjuntas e estão lá enquanto estiver o director.

Portanto, eu penso que vou acabar a ir para a reforma como enfermeira chefe.

Q. Como é que vê a evolução da profissão de enfermagem em Portugal?

R. Eu não quero ser pessimista. Acho que há muito bons jovens e com muito valor.

Acho que a profissão de enfermagem não tem nada a ver com o que era há 20 anos atrás.

As pessoas hoje têm muito mais conhecimentos porque nessa altura as enfermeiras faziam mas não sabiam o que estavam a fazer.

A enfermeira dava uma injeção naquele sítio mas nem sabia o que era a injeção.

A maior parte das pessoas não sabiam, não tinham sequer formação para isso.

Eu vejo com bons olhos apesar de tudo. Eu acho que há muitos jovens com muito valor, muito motivados, muito interessados e que investigam.

Estão mais bem preparados e eu não vejo mal o futuro da profissão por causa disso, antes pelo contrário.

Q. O que é que pensa da reabilitação da figura do auxiliar de enfermagem?

R. Eu acho péssimo. Quando eu tirei o curso havia dois cursos, o curso geral e o curso de auxiliares de enfermagem.

O que acontecia é que as pessoas faziam tudo na mesma e depois cometiam erros.

Agora quanto a mim não é preciso criar cursos de auxiliares para libertar os enfermeiros há muitas coisas que eu faço na enfermagem e que posso delegar noutras pessoas.

Mas as coisas que podem ser feitas pelo auxiliar de acção médica têm de ser supervisionada pelo enfermeiro.

Há coisas que o enfermeiro sabe que ele pode fazer e outras não. Portanto, não acho bem voltar atrás.

Porque depois o que é que acontece? Se houver um curso de o que vai haver é um aumento de conflitos, as pessoas depois já se acham que tendo um canudo: “Eu sou tanto como ela o que é que ela quer? Eu não faço” Eu não vejo isso com bons olhos.

O que eu acho é que há muitas actividades que podem ser mandadas fazer aos auxiliares com a supervisão dos enfermeiros.

Nós temos imensos materiais bastante delicados e nós temos uma esterilização que faz apenas esterilização, toda a restante parte dos kits e da embalagem é feita no bloco, o que é complicado para mim.

Esse trabalho no bloco é feito pelo enfermeiro, ou seja, tenho um enfermeiro a tratar disso, a arrumar os instrumentos quando saem da máquina, a embalar os kits, a mandar para a esterilização.

Não está certo, se calhar fica demasiado caro para o hospital ter um enfermeiro a fazer isso e eu ensinei os auxiliares que cá estavam, e eles fazem melhor ainda que os enfermeiros, porque estão todos contentes por estarem a fazer a função de um enfermeiro, não me importa nada com isso, o que me importa é que eles façam e eu dou-me lindamente com isto, porque eles dão-me resposta ao que eu necessito.

Lá está, já não tenho um enfermeiro ali, tenho um auxiliar que não é um auxiliar de enfermagem, é uma empregada que limpa o chão, mas também trata dos materiais e não é preciso um curso.

A mim não me preocupava nada, não me tiravam galões nenhuns em ter o curso, mas não vejo que isso fosse bom.

Q. E acha que é possível nós caminharmos para uma situação em que estes cargos dos enfermeiros com gestão venham a ser ocupados apenas por profissionais de gestão?

R. Olhe o que se pretende é isso, honestamente acho que é. Não acho bem, evidentemente, mas não acho bem e eu não sou por temperamento nenhum velho do Restelo, não sou muito avessa à mudança, porque não sou.

Às vezes eu penso muitas vezes nisso. O que eu acho é que os administradores querem tomar conta do hospital e isso já inclui também os enfermeiros, e isso aparece quando uma transferência não passa pelo director, entende?

Quando, por exemplo, nós temos também alunos em estágio, quando se atrevem, o que acho intencional, a mandar X alunos para o serviço tal, e nós com planos de serviço sem dar importância ao chefe que está lá, sem saber em que altura é melhor, é porque, na minha maneira de ver, querem tomar conta de ...

O que, na minha maneira de ver é mau, nem os alunos têm um bom estágio depois porque apenas fica no papel que fizeram um estágio porque é assim, se me mandassem para lá 50 alunos eu ignorava-os e eles eram enganados.

Tentaram fazer-me isso e eu perguntei: “Quem são os senhores?” “Nós somos alunos”. E eu fiquei!!! Por mim tudo bem, mas eu vou escrever aqui que vocês são responsáveis por tudo, desde materiais a tudo o que se passar.

Eu sei que também aconteceu isso noutros serviços, mas é a necessidade de tomar conta de... não é uma crítica que eu estou a fazer, mas uma constatação.

O que me parece é que nas SA, se todos forem como nesta aqui, a tendência é dominarem tudo.

Idade – 57

Curso geral

Especialização em médico-cirúrgica

Tempo de serviço – 33

Tempo em cargos de gestão – 12

ENTREVISTA 54 H

Q. Gostaria de começar por lhe perguntar como é que decidiu escolher esta profissão?

R. Eu penso que é preciso ter algum gosto particular pela área da saúde, digamos pela área do apoio, também, da ajuda às pessoas, fundamentalmente são questões de valores, considero que em qualquer área será possível ter esses valores e desenvolvê-los, a solidariedade, o altruísmo, a justiça e, obviamente, juntar isto a alguma coisa que seja de fazer com que o mundo seja melhor e também a saúde, estilos de vida saudáveis, talvez boas práticas de vida.

Nitidamente não foram questões do tipo financeiro, não foram questões de qualquer ordem de estatuto social, foram mais questões de reconhecimento digamos das pessoas que, de qualquer forma, passará pelo estatuto social, mas que é um estatuto não assimilado. Na altura que terei feito a opção, e poderia ter sido outra opção, era uma opção da área da saúde, tive outras especialidades e fiquei na enfermagem por aquilo que é mais a componente da relação com os outros.

Cheguei a ter a possibilidade de fazer um curso de medicina, inclusive no estrangeiro, e optei pela enfermagem e, aliás, já depois de ser enfermeiro, já tive uma inscrição na faculdade de Direito, mas optei depois por aprofundar os meus conhecimentos no âmbito da enfermagem, mais na área da gestão, da especialização, uma pós-graduação a outros níveis mais fora da enfermagem na economia e gestão da saúde, na altura em que foi colocada a questão tive a oportunidade de ir para a área da gestão, e ainda digo que devia ir mais longe, não ver a gestão só na dimensão dos cuidados de enfermagem, ver a gestão na enfermagem na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

Q. Depois dessa opção, e destes anos todos, o que é que considera, para si, um bom enfermeiro?

R. Eu penso que o bom enfermeiro é aquele que consegue interpretar de forma correcta o que são as necessidades das pessoas, e sinaliza a necessidade de ter esses meios necessários para dar resposta às pessoas, tendo uma atitude muito pró activa e no sentido daquilo que é o projecto de saúde de cada pessoa.

Mais do que responder, também é necessário responder às situações assistenciais, em cada um dos momentos de dependência dos doentes, das pessoas, da família, das comunidades.

O enfermeiro tem que ser alguém que trabalha na prevenção da doença, na progressão da saúde, no bem-estar, na reintegração social, uma pessoa que trabalha para uma sociedade com mais saúde, numa vida saudável.

Por isso, o ser bom enfermeiro é aquele que consegue identificar bem as necessidades da população e da comunidade, aquele que reúne os meios necessários, ou que organiza os meios necessários ou sensibiliza quem tem essa responsabilidade de dar os meios.

Ponderando sempre as questões de ciência, questões de ordem económica, de qualidade, mas que assume depois as escolhas e de certeza que consegue fazer a melhor escolha e definir as prioridades em função dos recursos que tem na mão e aquilo que as pessoas precisam, porque há um défice entre aquilo que são as necessidades reais e o que nós oferecemos às pessoas.

Q. E essas boas escolhas têm a ver sobretudo com essa gestão dos recursos?

R. As boas escolhas têm muito a ver com a capacitação do quadro de competências.

As competências, no meu ponto de vista, concretizam-se na acção, quero dizer, uma pessoa pode ter competências, pode ser competente mas não conseguir desenvolver tudo o que precisa porque não tem meios, não tem enquadramento contextual.

E, por isso, quando digo que essas boas escolhas que é preciso fazer, é algo que é feito numa parceria do enfermeiro com o doente, ou com o cidadão, ou com a família, muitas vezes na comunidade, e com uma atitude responsável perante a organização.

Ou seja, o trabalho de enfermagem é um trabalho autónomo, tem um espaço autónomo importante, há respostas que só ao enfermeiro compete diagnosticar e planear o que tem a planear.

Mas tem um trabalho, também hoje menos do que no passado, quando a enfermagem estava muito subordinada a uma resposta fundamentalmente interdependente aqui há umas décadas.

Mas o essencial é a resposta em termos autónomos que o enfermeiro tem que ter e aliás é o motor para o desenvolvimento do conhecimento e do saber que nos leva depois outra vez à reflexão com o relacionamento com as pessoas.

Ir ao mais fundo, ver as necessidades, ir ao encontro do que eles precisam para responder a listas de espera, para responder a consultas, para responder a internamentos, ou para responder a outra coisa deste tipo.

Q. Depois de todos estes anos na profissão, há alguma coisa na prática da enfermagem que o tenha decepcionado, ou alguma coisa que gostaria de ver mudado na profissão?

R. Eu penso que não existem coisas na profissão que me tenham decepcionado, acho que a profissão de enfermagem nos últimos anos e mais, antes do 25 de Abril, com um marco importante nos anos 60/70, a enfermagem marcou um rumo de uma afirmação técnica e científica muito significativa, sem desvalorizar a componente relacional.

E, por isso, estou certo que foi um percurso afirmativo de uma enfermagem dum só nível, desenvolvendo uma relação com um só grupo, para a frente, para fazer investigação, para desenvolver saberes e executar.

A enfermagem assumiu um percurso de grande unidade, desenvolvendo-se em equipa em interligação com a sua identidade, com o seu espaço de autonomia, consolidando isto. Numa perspectiva desenvolvimentista e, depois, assumir a formalização mais tarde, e os enfermeiros fizeram isto.

Depois consolidaram isso, no ensino superior, o estatuto da Ordem, antes no REP na carreira de enfermagem, e hoje nas práticas e espero concretizar ainda mais, no sentido daquilo que são os resultados de programas de intervenção dos enfermeiros junto das famílias e comunidades, onde os resultados são muito efectivos.

Eu costumo diferenciar o que é que são resultados em saúde e quais são os resultados da saúde, porque eu preconizo que, em termos de enfermagem, esta é a grande preocupação de que os cuidados de enfermagem devem centrar-se em ganhos para as pessoas e não só em produzir mais uma consulta, mais uma cirurgia.

Isso, nós não temos na tabela de actos de saúde, nem temos como vocação produzir esta estatística só por si.

Nós temos muitas intervenções que são muito giras em termos de resultados, temos muitas interacções de responsabilidade colectiva ao fazermos um trabalho de continuidade e a prevenção.

Por exemplo, duma atitude de mobilidade dum doente, tornando o doente mais autónomo, não depende só de mim se eu proporcionar uma movimentação de posição hoje à tarde, depende de mim hoje à tarde, depende do meu colega hoje à noite, do outro amanhã de manhã, depende do estado de ânimo que o doente tem.

Isto é feito por equipas de enfermagem e, por isso, nós procuramos este bem-estar colectivo da pessoa, e esta autonomia das pessoas e, neste aspecto, eu entendo que aquilo que se passou nestes anos na enfermagem foi positivo.

A profissão dinamizou-se associativamente, os sindicatos estavam a fragmentar-se, a profissão caiu no sindicato nacional mais forte, a profissão não foi atrás da possibilidade de ter um estatuto universitário há vinte e tal anos.

Disse que não queria um estatuto universitário em duas ou três universidades do país, queria ser um ensino consistente.

Mais tarde, a profissão teve condição para afirmar o seu espaço autónomo, e precisaria de ter também o controle sobre a sua profissão para poder garantir aos cidadãos os cuidados de saúde de enfermagem de qualidade e conseguiu ter essa compreensão por parte dos governantes e, felizmente, isso foi feito.

A única coisa que eu posso dizer é que aconteceu tudo muito rápido, os enfermeiros precisavam de mais dois anos para trabalhar serenamente, nesta fase, esta parte é o aspecto negativo que eu retenho, negativo para os enfermeiros.

Por outro lado, também digo que é uma oportunidade daquilo que é um constrangimento poder tornar numa oportunidade.

Penso que é uma oportunidade porque obriga a repensar o trabalho dos enfermeiros naquilo que são os cuidados de enfermagem, e encontrar novas estratégias.

Tornar as pessoas criativas no sentido das respostas que é preciso serem dadas e não esperar, por exemplo, que na actual lei de bases se desse oportunidade, em pleno processo de negociação com o senhor ministro, não esperava que fosse necessário os processos de luta e ter imensas reuniões, e sensibilizar também a assembleia da república para defender a autonomia técnica e científica dos enfermeiros ao fim destes anos todos, com provas dadas no terreno.

Nós temos os melhores indicadores que eu conheço em termos europeus de mortalidade infantil, problemas da nossa saúde materno-infantil que são conhecidos onde os enfermeiros tiveram um papel notável de saúde pública.

Nós acompanhamos o desenvolvimento da ciência médica, e da medicina, das ciências da saúde e penso que hoje somos um grupo privilegiado nesta relação.

Sem preconceitos, assumindo, ao nosso nível, aquilo que são questões da partilha de decisão.

É isso a única coisa que eu penso que tenha sido menos lucrativo nos últimos anos, foi não existir um processo na saúde de transformação que acompanhasse este pensamento positivo dos enfermeiros e afirmação dos enfermeiros.

Porque os enfermeiros viveram para o serviço público de saúde nos últimos anos, hoje, conhecendo o tecido político actual e as propostas de saúde, talvez fosse pena que os enfermeiros não ficassem mais alerta para aquilo que é a sua resposta noutras alternativas ao sistema público, sistema cooperativo, sistema social, sistema privado.

E daí os enfermeiros perderam criatividade, porque concentraram toda a sua acção numa resposta pública e hoje há que repensar isso, porque na área de resposta ao lazer, ao desporto e nessas coisas, temos hoje o trabalho em que os enfermeiros têm um papel importante, mas penso que deviam ter um papel muito, muito superior nas áreas de dependência do domicílio, da terceira idade etc.

Q. E é por isso que se referiu há bocadinho à questão da orientação para a comunidade?

R. Claro, temos uma grande vocação para isso, prevê-se isso mesmo na actual legislação, e bem, porque de alguma forma nós temos que continuar a fazer esse trabalho de aprofundamento das nossas respostas à comunidade.

Para irmos ao encontro das necessidades das pessoas e trabalhar com as pessoas, aquilo que nós defendemos, o seu projecto de saúde, e a preocupação dos enfermeiros não é a doença, é a pessoa.

Nessa perspectiva, nós não estamos preocupados com a doença, mas sim com a pessoa que está doente, com os níveis de dependência em diferentes grupos.

Se eventualmente se alimenta, se se alimenta, se dorme bem, se tem o seu problema social resolvido, ou a sua integração na comunidade, ou se tem apoio depois em casa para a sua autonomia.

Um dos modelos que temos fala em 14 necessidades mais básicas, outra das nossas correntes de pensamento de uma senhora enfermeira, que fala que o cliente, a pessoa, é o centro da atenção.

Nós temos muito trabalho feito, pensado por aí, e penso que em relação aos últimos anos foi mais por defeito do que por alteração da rota e foi mais uma perda de companheiros que nos ajudassem a fazer o serviço público de saúde, o grande serviço que penso que é mas tem debilidades, tem défices.

E tem pessoas que foram aproveitando o sistema de saúde de forma diferente, não para o fazer crescer, mas para se aproveitar do sistema de saúde, penso que os enfermeiros não fazem parte.

Q. Nos últimos anos em Portugal (e uma vez que estamos a falar um bocadinho do contexto político) existiram diversas alterações ao nível da legislação da saúde, e especificamente na gestão hospitalar, provavelmente a mais visível foi a criação dos hospitais S.A. Como é que olhou para estas alterações?

R. Eu olhei para essas alterações como uma necessidade de se intervir, de repensar o modelo actual. Sentia que era necessário investir na maior eficiência do sistema, na maior articulação do sistema, quando digo sistema digo as instituições, dos serviços, na maior agilização, na flexibilização em algumas áreas da gestão.

Agora entendo que a forma que foi encontrada, foi uma forma que, eventualmente, não foi muito discutida, não foi muito partilhada.

E não permitiu, pela velocidade que apareceu, compreende-se que os anos de legislatura são curtos, não levou os governantes a fazerem uma reflexão detalhada sobre as experiências anteriores que eram experiências interessantes.

Penso que isso foi uma estratégia importante, depois, a outra questão, eu tenho ideia de que a forma encontrada não foi, provavelmente, a mais certa.

A proporção, o tamanho da amostra penso que foi muito forte, quero dizer, terá tido um tamanho importante para fazer um impacto forte no sistema, compreendo isso.

Mas impacto por impacto pode ser um impacto que traga grandes desvarios, não nos interessa um tremor de terra para se rachar as casas.

Se calhar é melhor um tremor de terra pequenino para percebermos que temos que fazer as casas de forma consolidada, com boas arquitecturas, com estrutura, para se um dia se vier um abalo complicado nós estarmos seguros de que a casa não cai.

O que foi feito, além das questões financeiras e económicas, foi pouco. No plano cultural não existem grandes coisas, como compreende, o ano passado ainda 50% dos hospitais S.A não tinham planos contratualizados, não estava nada em curso no plano concreto, especialmente cultural.

Depois, eu tenho ideia e não sou eu que digo, são muitas pessoas, que podíamos ter medidas de racionalização económica interessantes dentro dos próprios hospitais, naqueles e noutros, e não teríamos a necessidade de ir para sociedades anónimas.

Que acho que é uma mistificação, uma caricatura daquilo que é interessante ter, porque na saúde uma sociedade anónima não consegue desenvolver-se e ter um espaço de desenvolvimento adequado.

E por esses aspectos penso que foi uma aposta menos interessante.

Em relação à ideia de recentrarmos hoje nas nossas unidades de saúde a nossa atenção para a eficiência acho essencial, achei que era melhor existir, talvez, uma maior atenção nas questões da equidade e da qualidade.

Que penso que ficaram descuradas, e a questão da contenção só macro económica se quisermos, penso que só pode acontecer se articulada com as outras duas ou três, com a eficiência micro direccional, e com as questões da equidade e da qualidade, se não acontecer...

Isso acontece, o que eventualmente estamos a ver, estão a carecer os homens de áreas onde há o número mais significativo de pessoas sem apoio, de grande carência, já não temos hoje áreas de risco, temos pessoas de risco.

É verdade, temos pessoas que não podem sequer aceder aos serviços se colocarmos numa situação extrema este modelo, e a situação extrema digo eu, porque estes hospitais S.A compreende-se que não é o final de linha.

O PSD fez esta opção e lembro-me que, por exemplo, a Maria José Nogueira Pinto fê-lo à minha frente e, em alguns momentos, defendeu que a melhor opção seria privatizar logo não os trinta mas privatizar vinte e cinco.

E era a solução, porque um dia destes vamos para lá e não nos percebem, não se percebe porque o presidente da entidade reguladora diz-nos que podem perfeitamente serem privatizados.

Se existir um quadro que informe os cidadãos sobre esta matéria, e acho que é complicado, parece-nos que os resultados que aparecem hoje sinalizados nos S.A são mais por organização

interna dos próprios serviços que existiam do que, propriamente, em produção acrescida, de reorientação cultural, ou por outro qualquer processo.

Agora temos nos últimos meses um exemplo muito crítico do que é a ausência de descentralização dos SA, que é toda a política de recursos humanos no que se refere à contratação de pessoal, mesmo em matéria de substituição.

Aliás, acontece também no SPA, que passou também para o departamento de recursos humanos, por isso, a meu ver, esta medida foi importante para ter impacto, para ter um alerta.

Mas, foi uma medida perigosa porque, eventualmente, pode trazer perdas de equidade e da qualidade dos serviços e pode trazer a ruína de alguns desses hospitais. E há outras entidades, ou grupos económicos, o capital financeiro, que estão perfeitamente a olhar, muito atentos, já com candidaturas, a tentar fazer pela via financeira aquilo que eu preferia que fosse feito pela via social.

Era fazer uma unidade local de saúde, com centros de saúde com regras, tudo feito devidamente com articulação inter serviços; agora vamos fazer numa forma empresarial, vamos arranjar um centro de saúde, eventualmente arranjar consultas e, provavelmente, não percebo nestes projectos que se vá investir no que é essencial para os enfermeiros e para os cidadãos, que é a tal prevenção da doença, progressão da saúde e trabalhar em conjunto para uma vida saudável.

Se forem feitas essas opções, tanto me faz que seja pela parte privada como pública, é igual, isso é uma questão secundária, desde que exista uma grande responsabilidade que é a nossa capacidade em termos organizativos do país que leve a que as pessoas que tenham lucros e ganhos paguem numa forma importante, se não acontecer isso, é pena.

Porque, provavelmente, as pessoas que vão entrando na saúde vão querer ter lucros muito rapidamente e corremos o risco de, eventualmente, em vez de termos ganhos em saúde vamos ter um esquema público, vamos ter lucros na saúde que provavelmente não vão ser distribuídos de forma equitativa para os cidadãos.

Se o sistema de gestão não funcionar e outras peças tão importantes como isso, não tenho nada contra o sistema privado ou corporativo das regiões, acarinho-os muito, acho que o sector social tem um papel importantíssimo dentro de algumas áreas, penso que deviam ter uma competitividade saudável, com regras claras, sem mistificações.

E se a intenção é privatizar, acho que concordo com a privatização, não andamos a perder tempo e depois discutíamos a experiência disto, acho que devíamos olhar bem com atenção para os países donde dizemos que estamos a importar essa experiência, que como sabe, em alguns sítios foram muito negativas.

E tenho dúvidas de quando os hospitais que agora vão ser construídos, ou que vão ser adquiridos pelos grupos privados, tiverem já com as suas torneiras sem deitar água, ou as suas paredes cheias de buracos, e com os equipamentos já desgastados se, eventualmente, na altura,

não nos oferecem os hospitais de volta e os cidadãos doentes a dizer que é preciso haver um programa de saúde pública outra vez no país.

Assim como os americanos e outros estão a tentar fazer, porque o grupo já é tão grande que nem dá para pagar seguros.

E, por isso, essa é a minha questão: haver equilíbrio entre a política social, a política económica, o sistema distributivo em termos da justiça também financeira e justiça social, de resto a minha apreensão é deste tipo, acho que foi despropositado o tamanho e a metodologia adequada à medida.

Q. Digamos que em termos de modelo da gestão tem uma maior preferência, digamos, pelo modelo da ULS?

R. Eu tenho a ideia, e claro é a minha preferência, que os serviços se organizem de forma articulada, com bom investimento em sistemas de informação e de agilização daquilo que são hoje os processos da criação, de compras.

E se esta articulação for feita de forma efectiva, não tenho inconveniente que seja feita pela via do capital, ou pela via da responsabilidade social.

E defendo que era importante, para nós, que a saúde se tornasse um direito para os cidadãos, assim como a educação e outras áreas, devia de haver uma responsabilidade pública importante de gestão e, por isso, inclino-me, numa forma clara, para que esta responsabilidade do Estado também seja concretizada numa lógica de prestador.

Porque acho que não há incompatibilidade.

Eu defendi numa primeira linha quando muita gente foi contra médicos, Ordem dos médicos muita gente, eu defendi, enquanto responsável pela Ordem, a criação de planos de regulação da saúde logo no aparecimento dos S.A.

Não é que não houvesse regulação da saúde noutras áreas, é que entendia que era importante que se fizesse esse tipo de controlo uma vez que se abria o mercado privado.

E por isso, a meu ver, desde que existe uma entidade reguladora que garanta, não sei se esta tem todas as condições para garantir, mas se existir uma entidade reguladora que garanta aquilo que é o funcionamento do mercado.

Entendo que a saúde não deve ser lançada só a um mercado, mas há áreas que podem ser lançadas ao mercado, tem é que existir uma resposta pública significativa, que, aliás, era muito deselegante, e pouco ético, que os governantes assumissem que ficava só no serviço público.

Penso que é aquilo que é custo e que se eu colocasse o que é hoje proveitos, e o que é matéria de retorno no sector privado, era muito deselegante passarmos transplantes, passarmos a diálise, como já passámos, a noventa e tal por cento e outros sectores para a privada e ficarmos só com a

parte terminal de oncologia, ou com a SIDA ou com outros sectores que ninguém vai querer comprar porque não há nenhuma seguradora que faça a cobertura disto.

Por isso, acho que era preferível não ficar só no sector público este patamar, e ficar no sector público, com certeza, a prevenção e progressão na saúde; não identifico grande vocação para este investimento no sector privado a não ser que grandes transformações viessem a acontecer a responsabilidade social e empresarial, e a responsabilidade social das colectividades e das pessoas.

Q. Em relação a esse caso específico fala-se muito, de facto, que o que acontece com alguns desses hospitais S.A é que se desvalorizam determinadas especialidades e determinado tipo de doentes, que passam depois obviamente para outros hospitais, que são reencaminhados para os hospitais públicos. Sentiu de alguma forma isso aqui no hospital?

R. Nós já temos sentido isso numa forma explícita, já dissemos ao Sr. ministro da saúde há um ano ou dois; no princípio dissemos que não tínhamos sentido, mas hoje nota-se que há um reencaminhamento muito mais forte do que existia no passado, não para o reencaminhamento normal, mas para suprir défices de recursos em alguns períodos.

Antigamente isto acontecia em períodos de férias, ou quando tinham doentes a mais, o que é compreensível.

Hoje, acontece perante alguns medicamentos mais caros, perante meios de diagnóstico que é preciso fazer e as pessoas não têm condições para investir lá, ou não querem investir, e corremos o risco mesmo da própria selectividade, e chegar mais longe ao ponto das patologias, é mais rentável certo acto cirúrgico, então fazemos este e não fazemos o outro porque realmente será mais visível.

Nós conhecemos isto muito bem, tivemos muita dificuldade em convencer alguns clínicos, enfermeiros, alguns médicos em aderir ao programa, porque o programa era mal pago.

Numa instituição que tem a possibilidade de escolher os programas que quer fazer, se não têm fundamentalmente uma lógica de lucro, de rentabilidade financeira, não tenho dúvidas de que se eu fosse gestor numa unidade dessas ou teria em cima da mesa uma grande condição social e de valores, que tenho, e talvez conseguisse convencer o topo de que não queria tanto lucro mas queria ter uma boa imagem social, um hospital amigo do ambiente e amigo da comunidade e investia muito na responsabilidade social dessa instituição.

Ou, provavelmente, sacrificava mais um bocadinho o ranking mais acima dos hospitais para aparecer no jornal a dizer que estou em primeiro ou em segundo e com isto tirar um dividendo mais tarde e afectar cada vez menos recursos e investir nas patologias mais rentáveis.

Quando estou a falar nas mais rentáveis estou a falar no plano financeiro, nem sequer estou a falar em casos clínicos, ou para estudo ou investigação. Com um hospital como este, o nosso investimento pode ser no sentido de ter patologias ou ter pessoas com grau de dependência de maior complexidade.

E isto pode-nos alimentar uma cadeia de investigação que nós podemos ter com uma articulação com o sector privado, ou com o sector corporativo, com a indústria, coisa que não temos hoje, infelizmente.

Porque um hospital como este devia de ter uma forma mais efectiva, mas esse investimento não passa por situações mais diferenciadas, passa por situações que não gastem tanto dinheiro.

Porque os hospitais hoje não têm uma contratualização, muitos não têm uma contratualização real, não tiveram um orçamento zero, e hoje nota-se que, ao fim de um ano ou dois de funcionamento, têm os seus défices acumulados e o Estado tem que pagar novamente as dividas dos medicamentos, e de tudo o resto e o crescimento das despesas continua na casa dos 15, 20% e mais a divida farmacêutica, o que é claro é que só as políticas de racionalização por si não são suficientes.

Há um crescendo brutal nestas áreas, e a política é uma política macro que se tem que fazer, temos que trabalhar é para que as pessoas sejam mais saudáveis, e que tenham menos acidentes de trabalho e que tenham consciência de que se devem expor menos a factores de risco.

Isto não se faz em um legislatura, faz-se em duas ou três gerações, e é preciso fazê-lo em qualquer altura e começar a fazê-lo, e essa é uma área dos enfermeiros, e não só dos enfermeiros, de muita gente.

Q. Que motivações é que estiveram na base da sua ascensão a este cargo?

R. Eu penso que o que me convenceu mais a vir para aqui, é porque eu fui convidado para ir para a direcção de enfermagem do conselho de administração ainda numa altura que não havia eleições.

Fui convidado para ir para o Hospital X como membro do Conselho de Administração.

Foi fundamentalmente a oportunidade de poder trabalhar de uma forma mais macro, se quisermos, no nível estratégico na perspectiva de analisar aquilo que era o tecido em termos hospitalares e as necessidades das pessoas na comunidade.

O modelo de trabalho assenta muito numa lógica que eu penso que não estava a presidir na altura, uma lógica de melhoria contínua, de uma lógica sistemática de organização de processos. Quero dizer, foi outra possibilidade de com um grupo alargado de pessoas fazer um trabalho, inventariação do que é preciso fazer e eu perceber que tinha essas condições enquanto enfermeiro director, diferente do serviço onde eu era chefe, ou da minha área só de prestador.

Porque só influenciava aquela família ou aquela pessoa; enquanto chefe eu influenciava aqueles vinte ou trinta doentes que eu tinha permanentemente, e as suas famílias e os nossos colegas; aquilo que era uma cultura que eu tinha de ver a gestão e a enfermagem, enquanto enfermeiro na área estratégica de topo.

Eu fiquei com esta perspectiva de que podia ir mais longe, mais no sentido de influenciar os outros, mostrando a generosidade que eu tinha para a enfermagem.

Aliás, foi isso que presidiu uma certa fase da vida que é encarada, e que prezo muito, isso a minha experiência na área laboral, enquanto responsável sindical, mais tarde e ainda agora, recentemente, a responsabilidade no plano associativo na Ordem dos Enfermeiros que é uma outra área de resposta para o desenvolvimento da profissão que eu acho que é essa possibilidade de contribuir, independentemente de estarmos ao nível estratégico ou operacional.

Se os modelos nos permitirem trabalhar numa lógica de projecto, como nós aqui no hospital H preconizamos, por exemplo, eu sentia-me perfeitamente bem hoje a ser um prestador no hospital H.

Na altura entendi, senti-me bem a ser prestador, podia estar a contribuir mais forte, as pessoas empurraram-me para aí, eu não fui à procura de nada.

A julgar pelo que as pessoas têm dito, eu estava naquele sitio, na hora certa e, depois de começar a fazer um trabalho, penso que as pessoas têm sido generosas também avaliando algum trabalho que temos feito, e têm-me reconduzido a dois processos eleitorais como única lista no hospital H, o que é interessante, uma vez que tem 1500/1600 enfermeiros e agora ultimamente atravessei dois ciclos políticos, com dois partidos políticos, ou com duas correntes políticas diferentes, não é bom nem é mau é difícil, é duro porque são outras pessoas, outro método de trabalho mas eu gosto dos desafios.

Na gestão estou não como enfermeiro só, como estou na área da saúde e gosto da área da saúde e por isso a minha motivação é tentar ao outro dia fazer alguma coisa sempre melhor, sempre diferente, e perceber se aquilo que eu fiz tem algum impacto, o que é que as pessoas esperavam de mim.

Eu acabei há bocadinho de avaliar aqui uma acção da semana passada sobre o manual de qualidade que fizemos sobre a avaliação de desempenho, para saber como é que correu o seminário, aquele programa, o que é que as pessoas têm como expectativa, o que é que vamos fazer já em Janeiro sobre este assunto em termos de lógica de continuidade.

A minha motivação é tentar fazer cada vez melhor no dia a seguir e estar disponível para fazer o que me solicitarem, naturalmente eu sou um simples funcionário da função pública, e estou disponível para cooperar onde for necessário.

Q. E quais foram as maiores dificuldades que sentiu quando assumiu este cargo?

R. As dificuldades é não termos uma estrutura fundamentalmente quando assumimos este cargo, claro que há o impacto do espaço de trabalho ser maior, mas penso que isso não foi uma dificuldade, a dificuldade maior foi não existir um plano global, não existirem algumas medidas de sustentabilidade, por agora são insuficientes.

As pessoas acham de grande generosidade ou importância e depois não há a possibilidade de contratualizar o projecto.

Aliás, existe um processo dos últimos cinco anos sobre contratualização interna de recurso humanos, que passa pela produção qualidade e outras coisas.

Porque entendi que só faz sentido trabalhar nestas áreas com uma lógica de contrato, quero dizer, temos que ter um contrato com as pessoas.

A maior dificuldade que eu senti foi que no topo, a nível de topo estou a falar no âmbito da governação nunca se assumiu facilmente, e hoje continua-se a não assumir um contrato forte com o hospital H no sentido de dizer assim: vocês podem trabalhar nesta regra, e são reconhecidos desta forma, são pagos desta forma.

Ainda hoje a própria administração pública dentro do próprio Estado é das entidades que mais mal paga ao hospital e leva a que o hospital esteja várias vezes em situações bem difíceis no plano financeiro mas, também, no plano de reconhecimento público penso que não houve essa possibilidade.

Aqui no meu mundo da enfermagem estão 2600 pessoas, 1600 enfermeiros e oitocentos e tal auxiliares. Neste mundo é que eu tenho um departamento à minha responsabilidade, não digo diariamente só, mas a trabalhar no funcionamento contínuo, nas questões da melhoria da qualidade, em todo um processo de garantia para que os serviços funcionem.

Um espaço organizado com pensamento cultural, com uma estrutura de qualidade, um modelo de gestão e de cuidados e que alinhado na missão do hospital H que não existia de forma explícita mas era implicitamente conhecida e penso que as coisas funcionam.

O problema maior numa casa como esta é a falta desses contratos e desse reconhecimento a montante, não tive dificuldade na base de existir pouca cultura nessa matéria que as pessoas aderiram numa forma muito generosa ao meu projecto de trabalho.

Senti falta de apoio na tomada de decisão em termos de informação, claro, e sinto que numa área destas perdemos mais tempo e esse é mesmo perdido em reuniões necessárias para a tomada de decisão, correndo o risco de no momento da tomada de decisão, já estarmos atrasados, já não vale a pena tomá-la.

Isso é talvez dos maiores erros que a população teve, de ainda não ter percebido que na saúde há custos, despesas, que são custos, investimentos e é um investimento reprodutivo, e acho que

valia a pena existir uma frente muito mais forte de investimento nos sistemas de informação e em criar condições de agilização de processos.

Transversalidade dos processos, homogeneização de alguns processos de maneira que não existam pequenas capelas a fazerem diferentes coisas.

Encaro este meu processo dinâmico de direcção de enfermagem como uma entidade própria, foi só um processo do primeiro mandato, no segundo mandato assumi políticas de transversalidade, trabalhei por exemplo para a certificação do primeiro serviço de esterilização do país, acabei eu por ser o promotor do projecto e que hoje está certificado.

Está certificado como processo de esterilização e outros propostas que fizemos como um processo de proposta transversal, em que fomos os pioneiros a trabalhar no tratamento de resíduos, e juntei aqui neste conjunto com os outros directores, sete ou oito áreas de responsabilidade doutra direcção, por isso o meu grande desafio foi trabalhar com os outros, numa lógica integrada, sobre o que era preciso fazer.

Mas no primeiro mandato, o trabalho foi concentrado em mim e no grupo de direcção.

Demos uma grande identidade, afirmamos um grupo de trabalho, por exemplo uma das coisas que vamos lançar na quinta-feira que há bocado estava a falar, estivemos cinco anos no espaço que é da cidadania, porque entendíamos que fazia falta reflectir sobre as coisas da cultura no serviço de enfermagem para ajudar a compreender a cultura do hospital ou até para promover outros serviços.

Por isso dificuldades, dificuldades, foram mais as dificuldades na área da sustentabilidade do que propriamente as pessoas, as pessoas não foi problema.

Q. Digamos que parece que sentiu alguma necessidade de uma maior flexibilidade ao nível dos recursos humanos?

R. Sim, a flexibilidade a meu ver não é aquilo que hoje está em cima da mesa, aquilo que está em cima da mesa, na minha opinião, é uma alteração paradigmática, é a segurança do trabalho, e passou-se para o paradigma da incerteza, ou pretende-se passar para o paradigma da incerteza.

Eu não entendo que as pessoas tenham necessidade de estar no paradigma da incerteza para serem bons, aliás as pessoas podem estar no paradigma da segurança.

Tem a ver com a forma como eu vejo os outros, acho que as pessoas são boas por natureza, se tiverem erros têm que ser corrigidos.

Na ida à lua a rota esteve permanentemente a ser corrigida, se não nunca se tinha chegado à lua.

Eu acho que essa avaliação de desempenho, é um processo que os enfermeiros têm, outros profissionais da saúde poucos têm, é um excelente processo e penso que a gente só precisa de ser avaliado correctamente se servir como instrumento de desenvolvimento profissional.

E mais do que isso do que outra coisa qualquer, do que grelhas de avaliação de performance, isso podemos avaliar outras coisas se o hospital produziu muito ou produziu pouco, mas se isto for feito assim é possível depois estabelecer níveis de reconhecimento.

Eu tenho um sistema de reconhecimento e recompensas no serviço de enfermagem que aprovei no Conselho de Administração; há dois anos que temos colocado no ar, mais para lembrar que há responsabilidades colectivas, e individuais e que as de desempenho podem ser evidenciadas mesmo em colectividade.

Q. E como é que funciona esse sistema de recompensas?

R. Funciona, elegemos algumas áreas que achamos que devíamos assinalar, as pessoas que tiveram contributo são as equipas.

Q. Mas como é que os reconhecem? Porque, em termos de remuneração não me parece possível...

R. Não passa pela remuneração, se quisermos eu tenho um processo de contratualização de recursos humanos, faço um processo de contratualização de serviço a serviço, e que desta forma me permite ter uma performance de todos os serviços, qualidade, produção, comissão de recursos, etc.

Negoceio com as equipas as prioridades em conjunto, as equipas comprometem-se a atingir objectivos e depois no final avaliamos.

Quando chega ao final do ano por área de supervisão que em dez, doze serviços tenho atribuído, a um serviço um prémio simbólico são mil euros, não do hospital mas de verbas que eu consigo rentabilizar através duma revista que temos, entre outras coisas.

Q. São dados directamente aos enfermeiros?

R. Não são dados directamente aos enfermeiros mas são verbas que são investidas depois na equipa, no plano das condições dos doentes, naquilo que é a melhoria dos serviços, nas oportunidades de formação, também algumas chegarão à mão dos enfermeiros por essa via do aprovisionamento contínuo mas, são prémios sempre colectivos.

Há pequenos reconhecimentos, por exemplo a assiduidade, que eventualmente pode ponderar nestes aspectos, contributos para a inovação e qualidade.

Por exemplo, eu criei uma equipa que lhe chamamos flexibilidade dos cuidados de enfermagem, é uma equipa que está disponível a mudar de serviço de três em três meses todos os enfermeiros

e que apoiam os serviços que têm necessidade acrescidas com picos de produção ou por défices de pessoas.

Q. Digamos que isso é um esquema que não funciona para o hospital todo é só uma equipa que é diferencial nesse sentido?

R. Claro, é uma equipa que, com esta flexibilidade, apoia os outros serviços, e esta equipa, por exemplo no primeiro ano em que as pessoas aceitaram o desafio, um projecto aprovado pelo conselho de administração nesta matéria, a quem eu atribui condições especiais atribuição do regime regressivo que são mais 40% do salário, etc.

Atribui-lhe o prémio de inovação e qualidade no serviço de enfermagem nessa altura em 2002, são assim umas coisinhas que passam por cima que fazem parte dessa brincadeira, pequenas lembranças na lógica do sistema de recompensas mais intrínseco; não venho com dinheiros porque não tenho essa possibilidade para reconhecer as pessoas.

Acho, ontem tive aqui os enfermeiros chefes e avaliadores da avaliação de desempenho mais de cento e tal pessoas que são os responsáveis pela avaliação de desempenho no hospital, duas ou três pessoas por serviço, reuniram-se na semana passada com experiências da privada: do grupo de Aveiro, daqui e do centro cirúrgico das outras áreas, e com as experiências que nós temos.

E o reconhecimento do grupo colectivo é que não são os incentivos que nos vão motivar na dinâmica dos cuidados de enfermagem para a resposta às pessoas, tem que ser mais do que isso.

Claro que as pessoas têm que ter o nível das necessidades satisfeitas e o resto por aí adiante, mas penso que, em qualquer circunstância, as condições de trabalho, as formas como se relacionam com as chefias, são oportunidades para a organização.

Naturalmente as oportunidades depois também proporcionam o desenvolvimento, tudo isso conta, são fundamentais, concordo numa forma clara que devíamos ter uma maior política de reconhecimento no plano macro, não só no plano micro organizacional.

E esse é um défice da própria organização do ministério da saúde, que tem uma lógica elitista, por vezes hoje de olhar para indicadores que são mais indicadores de produção, às vezes não chegam a reflectir a produtividade e fica como uma situação perversa porque pode levar a um desvario das pessoas trocarem a competição saudável, por uma competição desenfreada, e disso não sou adepto.

Q. Essa equipa que me está a falar como é que funciona em termos de hospital, qual o resultado da criação dessa equipa?

R. Eu fiz o seguinte, fiz isso para uma equipa de auxiliares, e para uma equipa de enfermeiros.

Eu descobri que na altura alguns serviços tinham um excesso de homens e outros tinham uma situação deficiente.

Numa primeira fase fui buscar alguns auxiliares que estavam dispensados dos serviços que não precisavam lá duma jornada inteira de trabalho, oito horas, trouxe-os para essa equipa e, depois, fui oferecer a essa mesma equipa, donde vieram os auxiliares, as horas que eles precisavam, duas horas, três horas o que eles precisavam, e, com isso, criei uma bolsa de auxiliares nesta matéria, não fui buscar mais ninguém à rua.

Nos enfermeiros não, havia um défice, em termos de horas ainda hoje há, o hospital H é um dos que tem uma rácio mais baixo em termos de enfermagem face às necessidades das pessoas.

E, nessa altura, assumi que era preciso ter uma equipa suplementar, para além de contratar, não me agrada a ideia de contratar uma pessoa e ao fim de três meses suspender-lhe o contrato, mandá-la embora.

Então assumimos uma pessoa que estava numa equipa e que de três em três meses ia substituir outro colega que estava ausente e que era imprescindível na prestação de cuidados naquele momento naquele serviço.

E foi essa equipa que trabalhamos aqui numa dinâmica de projecto, fiz um projecto que apresentei ao Conselho de Administração; superou aquilo que eu pensava em termos de impacto, e também aquilo que tínhamos em termos de custos, e foi aprovado.

Mesmo assim, quero dizer que esta equipa que temos hoje responde a 50% das nossas necessidades do hospital, isto significa que se eu quisesse responder a 100% das necessidades efectivas desses serviços eu precisava de duplicar esta equipa.

Aspecto que naquilo que são as necessidades do hospital, não considero prioritário, considerava prioritário mas, como não é possível no plano das tomadas de decisões do Conselho de Administração...

Q. Como é que me caracteriza a sua relação com os outros membros do Conselho de Administração?

R. Acho que é excelente, sabe que desde muito cedo nos outros Conselhos, já tenho uns cinco ou seis Conselhos de Administração, assumi que no dia a seguir quando eu era eleito deixava de ser o representante dos enfermeiros e passava a ser um membro do conselho de administração.

Hoje mesmo não sendo eleito tenho essa cultura, embora tenha a responsabilidade, de ser o responsável pela direcção técnica do serviço de enfermagem, e aí eu tenho que responder pela assistência dos cuidados de enfermagem.

Mas, depois, tenho responsabilidades colectivas no âmbito do hospital, e aí cada um de nós partilha na tomada de decisão aquilo que é a sua parte mais forte de responsabilidade institucional.

Se calhar com as alterações recentes e como enfermeiro sinto que estou em menos áreas de responsabilidade global do hospital, sinto que estou mais remetido à minha área de enfermagem. Se quer que lhe diga não sei se é bom se é mau, penso que é uma oportunidade para mim e para os enfermeiros.

Q. Digamos que está mais voltado para defender os enfermeiros?

R. Não de defender os enfermeiros, mas de repensar mais os processos de enfermagem e tentar que a enfermagem seja cada vez melhor.

Embora entenda que estando no conselho de administração, só é possível que isto seja efectivo desde que esteja permanentemente no conselho de administração, eu ou qualquer enfermeiro, se todas as actividades relevantes forem partilhadas.

Se existir grande transparência nas tomadas de decisão, na preparação das tomadas de decisão, na partilha das alternativas, antes de chegarmos à tomada de decisão, e aí é uma questão de metodologia de funcionamento do Conselho.

E eu conheço Conselhos que são notáveis que neste momento funcionam bem, o nosso é um conselho que funciona satisfatoriamente bem, com certeza podia funcionar melhor, mas penso que funciona de forma aceitável, com uma boa relação de trabalho, com respeito mútuo daquilo que são as funções de cada um: há uma partilha para o colectivo, e há conselhos que não funcionam bem com este modelo porque, eventualmente, as pessoas não conseguiram responsabilizar-se colectivamente pelo grande objectivo do hospital.

E perceberem qual é a área de cada um e não assumiram a distribuição das responsabilidades desde o primeiro dia que começaram.

Eu conheço Conselhos em que o enfermeiro é responsável por toda uma política de gestão da área hoteleira, tem esse dossier e a questão dos enfermeiros eventualmente nem sequer comprova aquilo que a legislação diz, em relação à coordenação de recursos humanos de auxiliares de acção médica, que em termos funcionais é essencial para a sua actividade.

Porque são nesses grupos que os enfermeiros podem delegar algumas das suas actividades, tarefas, se entenderem que a pessoa está capacitada para o efeito e que o contexto específico o permite, porque só nesse contexto é que se pode decidir.

Isto para dizer que tem mais a ver com o estilo do que propriamente com o modelo, embora o modelo penso que, só por si, não é impeditivo de fazer bom trabalho, agora os estilos às vezes prejudicam os modelos.

Q. Quando o Sr. enfermeiro apresentou esse projecto que tem vindo a dinamizar aqui no hospital, eles foi simplesmente avaliado pelo Conselho de Administração ou requereu algum trabalho prévio de negociação com os outros membros?

R. Eu acho que a negociação com os outros elementos é saudável, e eu penso que os enfermeiros, tanto nas instituições como na sociedade civil, têm que trabalhar muito mais, serem muito melhores, ser bons, muito bons para conseguir vender os seus projectos do que propriamente outros que são menos bons e conseguem que lhos comprem quase sem os apresentarem.

Por isso pode ser uma modéstia da minha parte em relação aos enfermeiros, mas penso que é verdade.

Em relação ao hospital H, eu gosto de apresentar os projectos e que estes sejam argumentados, eu acho que eles ganham outra solidez outra consistência, e os projectos têm sido acarinhados.

Quando apresento qualquer projecto penso que em certas fases do projecto têm cinco áreas funcionais, um grupo de pessoas com áreas de projecto muito próprias, mas penso que foi preciso fazer isto no hospital H, uma grande mexida geral nas consciências, embora o hospital tenha uma grande dimensão.

Devia ter uma estrutura mais ampla, eu só tenho três adjuntos com um hospital que tem mil e seiscentos enfermeiros, e tenho os mesmo três adjuntos para as mesmas três áreas de pensamento, eu acho que se precisaria de mais gente para apoiar.

Eu criei aqui uma lógica de gestores de projecto e de assessores para certas áreas e continuo a ter pessoas que são responsáveis por certas áreas; tenho, por exemplo, o gestor da administração do desempenho, o gestor do manual da qualidade, que por sinal começou numa das nossas reuniões de reflexão num hotel, que se faz anualmente.

Faz-se uma reunião de trabalho com esta direcção, faz-se duas ou três por ano, e saltou a necessidade de reflexão de cinco ou seis projectos centrais.

Um dos processos centrais era a avaliação de desempenho, trabalhamos nisto durante dois anos com equipas muito abrangentes e com diferentes categorias dos serviços. Como concluímos agora o manual, penso que é uma coisa nova que provavelmente vai ser criticada, que será bom para nós porque prevê um desempenho individual dos enfermeiros, a componente da responsabilidade colectiva da equipa.

O que é que eu quero dizer? Que para atingir o desempenho final no enfermeiro, há que proceder ao apuramento de quanto é que vale o seu contributo.

Eu já hoje consigo definir o nível de desempenho por percentagem; aqui, dentro de cinco graus, assumo que pesa uma percentagem X a satisfação dos clientes, a avaliação da qualidade, as questões do nível de contratualização atingido com um conjunto de aspectos que são essenciais.

Por isso, procuramos acima de tudo tentar mudar ao máximo, ir ao encontro daquilo que eu penso que são as necessidades dos serviços e das pessoas, por isso na prática é mais isto.

Os nossos projectos têm sido acarinhados, e acho que, às vezes, quando não são acarinhados é por falta de visão externa, de sensibilidade.

Temos um projecto que não conseguimos ver aprovado por falta de apoio que era como o nosso serviço domiciliário, data dos anos 50, e que os enfermeiros assumem hoje permanentemente na comunidade a tratar as pessoas, tem reabilitação, cuidados gerais e muitos projectos foram com uma agenda de acompanhamento no âmbito duma contratualização que fizemos.

Candidatamos um projecto para esta área, e depois o Conselho teve a lucidez de apoiar aquele projecto na área da reabilitação e hoje continua a assistir as pessoas no domicílio, mas queria dizer que um dos projectos que nós tínhamos em continuidade era assistir as pessoas 24 horas no domicílio, na fase terminal de vida, ou noutras situações.

Acho que é interessante as pessoas terem os seus últimos dias de vida de forma serena, junto das pessoas de quem mais gostam, com um máximo de condições.

Depois, há uma coisa muito insignificante talvez por falta nossa, de conseguir vender com a força necessária; por ser um hospital central universitário tem um grau muito agudo de doentes que as pessoas às vezes estão sensíveis para a continuidade de cuidados e parece-me que deve ser uma área nossa de resposta e não conseguimos ver esse projecto aprovado, nem pela segurança social, nem pela ARS.

Seria aprovado se nós fôssemos uma organização social, seria aprovado de imediato, aliás, nós temos parcerias com outras entidades que sentem apoio noutras áreas.

Enquanto são os outros a promoverem, nós apoiamos já é aprovado, porque não somos nós a promover, não nos dão esse privilégio de aprovarem os projectos.

Penso que é uma pena porque não deveria haver inconvenientes para isto ser feito desta forma, se não falamos daquela conversa do princípio porque é que o serviço público não deve organizar os serviços de forma articulada e ter uma cadeia de resposta assim como o hospital E.

Isto só pode ser feito numa lógica empresarial na perspectiva económico financeira, e isso acho que é uma falta de visão estratégica do Ministério da Saúde.

Ou é uma visão estratégica do Ministério da Saúde, se tiver uma vontade explícita de não privilegiar o desenvolvimento do serviço público de saúde.

Q. Sentiu algum tipo de dificuldades em conciliar aquilo que são os objectivos do Conselho de Administração com os objectivos específicos da área de enfermagem?

R. Eu penso que não tenho grandes dificuldades, embora nós não tenhamos tido muito trabalho no plano da operacionalidade da estratégia, se quisermos, quero dizer, o CA se conseguisse, devia ter um trabalho mais efectivo.

Q. Tem-se centrado mais na definição da estratégia do que no seu desenvolvimento e operacionalização?

R. É essa a questão, eu penso se eventualmente tivéssemos trabalhado mais nessa perspectiva, a minhas dificuldades seriam maiores, eu não sinto muitas dificuldades e eu explico porquê.

Porque nós temos um processo estes quatro, cinco anos, com uma certa contratualização interna que são os cuidados de enfermagem que tem tido uma consistência reconhecida pelo Conselho.

E agora, quando o Conselho, há um ano e pouco dois anos, decidiu fazer orçamentos de programa por serviço, que é um trabalho que eu considero importantíssimo, e tenho acarinhado, a preocupação que tive foi que este nosso trabalho da contenção seja integrado no orçamento do próprio serviço.

E a partir daí a dificuldade é na participação da tomada de decisão.

Se, por exemplo, as direcções de serviço não preverem a participação do enfermeiro que, nalguns casos, consoante os directores estão mais ou menos numa gestão participada, existe ou não existe, se a pessoa é mais ou menos autocrática, mais ou menos democrática ou o que calhar, se fosse num plano intermédio pudessem ou não participar ao nível do departamento de responsabilidade.

E esse é o programa e podemos correr o risco de chegarem alguns orçamentos a este programa sem a consciência necessária daquilo que são as necessidades expressas dos cuidados de enfermagem das pessoas.

Porque aí somos nós que definimos quais são as necessidades, temos essa autonomia, e penso que somos os únicos que temos esse saber, e depois traduzimos essas necessidades em horas de cuidados de enfermagem para as pessoas, nós temos aqui neste hospital a identificação diária de horas necessárias de cuidados de enfermagem.

Temos hoje a informação de que os nossos enfermeiros são utilizados, e há muitas pessoas que têm essas necessidades, cerca de 145% de necessidade de horas de cuidados de enfermagem em relação ao que têm.

Somos 100% enfermeiros e temos cerca de 140% de horas de necessidade, são utilizados 140%, então ficarão alguns cuidados por prestar, e que acredito que seja verdade.

Neste trabalho feito desta forma em que o hospital possa investir mais na alteração da própria estratégia, a dificuldade não é nenhuma em termos de direcção de enfermagem, muito pelo contrário.

Hoje as direcções de enfermagem já têm uma cultura há algum tempo, nesta parte da gestão de processos, da gestão de contrato, de algum trabalho de reconhecimento, estamos a caminhar para aí, por isso comigo ou com outra pessoa qualquer se este plano de trabalho continuar como nós fazemos estabelecemos as nossas prioridades.

Fazemos um plano estratégico, fazemos um trabalho de acompanhamento algumas áreas têm estado com maior défice de acompanhamento que de facto queremos trazer algum crescimento, e o problema não é grande.

O défice que nós temos tem a ver com o sistema de informação clínica em enfermagem que estamos agora a tentar colmatar, porque tem a ver com as questões de articulação entre as entidades e é uma questão de informação clínica e naquilo que é o recolher da informação de doentes, as suas necessidades, fazer o planeamento e tornar isto numa outra coisa que é a informação de enfermagem para a gestão.

Em algumas áreas, os cuidados de enfermagem e aquilo que é o investimento dos recursos de enfermagem, já representam bastante no custo total dos cuidados da saúde e, se for verificado, os níveis de diagnóstico homogéneo encontra por vezes incluído num grupo aleatório das actividades de enfermagem, num patamar de 4/5% em termos percentuais em relação aquilo que é o financiamento.

E por isso é que nós temos a necessidade de termos alguns indicadores com uma malha mais fina, isto para dizer que temos que ter indicadores mais fiáveis que traduzam os ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem.

Mas penso que temos um percurso grande a percorrer, não para chegarmos à conclusão de que produzimos muito, que temos aqui uma grande responsabilidade em termos organizacionais, mas para darmos a conhecer aquilo que é a afectação dos recursos e a sua rentabilidade.

E penso que para facilitar a tomada de decisão, assumir o estudo de custo de oportunidade de forma correcta.

Quero dizer se vale a pena investir em enfermagem, ou se é preferível investir em técnicos menos diferenciados.

Baixar a resposta em termos de cuidados de enfermagem numa comunidade terapêutica num serviço traduz mais gastos com a saúde, dá mais despesa em termos de serviços de saúde e dão-nos ganhos em saúde.

Q. A contratualização faz-se com os serviços ou com os departamentos?

R. Com os serviços, porque nós temos aqui o hospital organizado em serviços, depois dos serviços ainda tem algumas unidades e depois há uma junção de serviços em departamentos, mas está tudo numa cultura de organização de departamentos, há a partilha de um conjunto de serviços, mais no sentido do departamento.

Q. Mas criaram uma linha intermédia?

R. Nós não criamos essa linha, o hospital já tinha uma organização através da área de responsabilidade da administração.

Nós temos uma área de supervisão no hospital, numa casa com esta dimensão as respostas que temos, o bom desempenho que temos, nós temos desempenhos muito superiores e com menos recursos em matéria de comparação connosco, com o que nos é possível comparar.

Tenho ideia de que o desempenho que temos em termos organizacionais é de bom nível, e precisamos mesmo das estruturas intermédias eficazes, daí nós termos a perspectiva de convidar os directores de serviço, ou os próprios serviços a pensar, tirando o departamento de área médica, de área cirúrgica, reconverter a cirurgia cardiorácica para a área pulmonar torácica.

Avançamos com um departamento para a área dos queimados, plásticas, há uma perspectiva de desenvolvimento para a área de cirurgia de transplantação a algum nível, com o objectivo de trazer o maior nível de cirurgias, trazer alguma especialização para respostas às pessoas.

E estamos convictos que pode ser uma estratégia, só será uma estratégia se agora trouxer alguma coisa no âmbito do dinamismo e da gestão, se não será só uma distribuição de pelouros e só serve para criar mais um director de departamento que até agora não existia.

Q. Mas quando fala que pretende criar um maior dinamismo na gestão não implica a introdução de mais profissionais da área da gestão neste nível deste departamento?

R. A ideia é uma ressurreição de meios, quando falo em introduzir mais funcionários na área da gestão, penso que nós temos um défice a nível organizacional, de colaboradores, de responsáveis da área da gestão. Embora os enfermeiros tenham desde cedo uma componente importante na formação na área da administração e na área da gestão, precisamos hoje de ter um conjunto de respostas desde as questões contabilísticas, financeira, auditoria a muitas áreas que é importante ter; o hospital H tem feito esse investimento no sentido de ter esses profissionais em áreas importantes, económico-financeiras e outras, acho que existia mesmo uma economia de escala.

Q. A relação entre os enfermeiros chefes e o director de serviço, em termos gerais no hospital houve alguma mudança com este conselho de administração?

R. Na legislação não notei grandes alterações, mas certos sítios específicos sim, estou convencido que é uma questão da forma trabalhar da equipa, se as pessoas forem bem formadas e conseguirem ter a preocupação de que é essencial, e forem chamadas a concentrarem-se no essencial, com certeza que não perdem tempo com coisas que são menores, e se tiverem uma visão correcta daquilo que é a gestão, tentarem-se concentrar nas suas responsabilidades, agora há pessoas que têm fragilidades, défices na formação, e que eventualmente têm uma visão muito restritiva.

Com certeza os médicos são um sector mal formado em termos de formação de gestão, eles estão agora a fazer um processo de acreditação, para ganharem mais formação e experiência na área da gestão.

Os enfermeiros não, estão desde os anos 20 do século passado em programas de formação para as áreas de chefe, nos anos 40 e 60 do outro século existiu um grande crescimento na área.

Isto para dizer que os enfermeiros chefes são hoje pessoas responsáveis por áreas da gestão de cuidados, materiais, de informação, da ligação efectiva, um conjunto de respostas no plano do produtor, a este nível tem uma visão enquadrada no serviço de enfermagem. Uma cultura que tem respeito pela pessoa, uma cultura de partilha de participação da decisão, não haverá nenhum problema.

Como disse, haverá uma participação mais hegemónica e, quando um director de serviço não tem esta visão, penso que a resposta a isto seria uma resposta médica, eu penso que, e tenho a perspectiva de que, é uma fase de conhecimento mútuo.

Agora vejo com algumas preocupações sempre quando estes processos não são bem discutidos e quando todos os interlocutores não têm as mesmas oportunidades, penso, mesmo em licenciaturas, os enfermeiros não têm oportunidades de estarem de igual para igual no aproveitamento das suas competências e capacidades, aliás foram em alguns níveis muito preteridos nessa matéria.

Q. Acha que foi essencialmente por “culpa” dos políticos?

R. Eu penso que foi por “culpa” dos políticos e dos enfermeiros que têm um défice, e depois porque os enfermeiros têm vivido numa forma muito intensa nos últimos anos e passaram por uma série de ciclos a nível profissional e hoje praticamente estão todos com licenciatura.

Estão no bom caminho, depois também a profissão mudou e isto não foi muito favorável a que os enfermeiros provavelmente não aproveitaram o tempo, quando deviam aproveitar, de intervenção social específica.

Isto é uma questão clara, a outra questão provavelmente porque quem está no poder tem a possibilidade de ter uma atitude por vezes manipulativa dos meios que tem na mão, e era interessante provavelmente manipular os meios dos médicos no sentido de dar um falso poder, para depois lhes tirar poder.

O problema é não quererem tomar a decisão no sentido da organização clínica, e estarem perfeitamente limitados por não terem condições para isso.

Fundamentalmente, a lógica de que os recursos não são infinitos, terá que ser sempre um pouco assim, embora seja necessário que a representação das necessidades das pessoas esteja em presença, independentemente, desde o primeiro momento, é uma situação na fase da discussão.

Quero eu dizer, se há um projecto para responder às necessidades das pessoas na área da prevenção da doença, devem estar todos a trabalhar, não deve depois só aparecer a pessoa que inventou aquele medicamento para atacar aquela doença.

Penso que aí é que os enfermeiros não conseguiram ser chamados para aquilo que era necessário, e estão a começar a fazer coisas engraçadas, estão a começar a dar visibilidade ao seu trabalho, se nós conseguirmos ter uma cultura de aproveitamento daquilo que são as nossas experiências.

Isso vai surgir como uma bola de neve, e as pessoas vão reconhecer cada vez mais o empenho dos enfermeiros, não como a pessoa ou alguém muito simpática, muito eficaz, mas como uma profissão fortemente imprescindível na resposta às pessoas.

Isso é que eu acho que é necessário que as pessoas compreendam.

Q. Disse-me à bocadinha que é um facto que os enfermeiros possuem mais formação ao nível da gestão. Sente que essas competências são reconhecidas dentro da cultura hospitalar?

R. Eu acho que na cultura hospitalar são e se calhar são há muito tempo.

Muitos enfermeiros que já saíram desta casa foram os promotores, as pessoas que ajudaram a dar o passo a outros profissionais que não são enfermeiros, mesmo no plano do conhecimento, das práticas de higiene, parece esquisito mas foi verdade na gestão do bloco operatório, em certas áreas diferenciais, e as pessoas que reconhecem os enfermeiros como pessoas dedicadas, competentes de grande altruísmo.

Mas também se não trabalharmos na ideia de que as pessoas têm necessidades que vão além dos cuidados médicos, vamos ver sempre no enfermeiro alguém que tem uma resposta, e que é bem reconhecido.

Estou convencido de que há uma grande partilha e uma grande aceitação de que a parte do enfermeiro é importante, aliás, na saúde, temos todos a ganhar se compreendermos que a valorização de todos os actores é essencial.

Agora uma coisa é essa compreensão, outra coisa é conseguirmos dar o salto para a fase seguinte em que aceitamos de forma normal que a decisão pode ser partilhada.

E aí é que algumas pessoas, por força do pensamento, que lhe vão colocando, é que isto não se trabalha em rede, não se trabalha com gente no meio, trabalha-se com profissões no meio.

Organiza-se a vida hospitalar em função dos horários profissionais que estão lá fora, no trabalho ou na sua vida pessoal, apesar de haver uma grande responsabilidade do hospital.

Um hospital amigo do ambiente também é das pessoas, hoje o nosso tecido de saúde não está organizado para responder às pessoas, mas sim organizado para responder às suas necessidades individuais.

Isto penso que é a parte mais negativa e só se consegue com alguma forma clara de acompanhamento e de orientação, mas com mudança cultural efectiva e dando condições às pessoas de forma significativa, tendo um sistema público muito eficaz, com gente muito empenhada, dedicada à sua causa e podermos-lhes dar o máximo de condições no trabalho.

E eu penso que as condições de trabalho são muito fracas em grupos como os auxiliares de acção médica, em muitos sectores com os enfermeiros, são muito insuficientes.

Eu penso que este é um aspecto menos bom que deviam ponderar porque se não tiverem actores destes, provavelmente as pessoas ou se perdem para outras situações, ou há um *turnover* elevadíssimo como há em outros países.

Em que o nosso caso cultural não está a esse ponto mas poderá haver em qualquer momento, quando perceberem que a enfermagem já não é aquilo que esperavam.

São as gerações seguintes que podem começar a fazer essas coisas, o enfermeiro pai ou mãe vai provavelmente ter dificuldades em explicar ao seu filho que não vá para medicina, que vá para enfermagem que vale a pena.

Depois ele vai dizer que se for para enfermagem não vai poder comprar o carro que gostava, não vai conseguir ter a casa que eu gostava e lá fora os meus amigos dizem isto e aquilo e eu sou enfermeiro, eu penso que hoje em dia isso não acontece porque as pessoas percebem o trabalho do enfermeiro.

Q. Sente que o seu trabalho é valorizado e reconhecido dentro da instituição?

R. Eu penso que as pessoas, modéstia à parte, são muito generosas comigo, têm-me acarinhado bastante e penso que têm reconhecido a minha dedicação, o meu empenho para fazer o melhor que sei fazer.

Aliás, se não sentisse esse reconhecimento, não estava neste sítio nestas condições de trabalho que são as mais importantes, tenho pessoas cá no hospital com categorias abaixo da minha que ganham duas ou três vezes mais do que eu, em alguns contextos, estamos a falar de enfermagem.

Nos outros sectores é pior, por isso, para dizer que numa área como esta está-se mesmo por dedicação, por querer estar, e por acreditar na melhoria dos serviços da enfermagem e da saúde. Porque nitidamente se não fosse essa dedicação, claro que também há a auto estima, o querer estar nas coisas, mas se não fosse isso e depende das pessoas.

Penso que não pertença a esse grupo de pessoas que só está nisto para dizer que sou director, não tenho essa importância mas, de qualquer forma, se não fosse por acreditar que sou muito útil no trabalho que estou a fazer, a dar o máximo e que as pessoas acham que estou a contribuir, não me sentia naturalmente reconhecido assim.

Q. E o que é que gostava de ver mudado na enfermagem aqui no hospital? Que projecto é que ainda gostaria de ver concretizado?

R. Em termos de enfermagem uma das muitas coisas que eu agora, tenho como projecto base, são as questões da informação clínica.

Queria que existisse um incremento maior nessa matéria, nesta frente de trabalho estou a incidir mais.

Depois comecei a elaborar um trabalho dos contra processos para chegar àquilo que é a identificação muito clara das áreas em que os enfermeiros têm uma acção importante.

Estou na fase de me concentrar mais nessas áreas, por isso essa é uma área para mim mais forte nos últimos tempos.

Depois queria que os instrumentos que eu coloquei em cima da mesa, alguns são meramente de índole cultural, fizemos uma revista de enfermagem, temos algumas publicações científicas anuais que fazemos, um programa de formação, temos uma série de aspectos que eu acho que são essenciais para que as pessoas se desenvolvam, há toda uma dinâmica que eu acho essencial.

Claro que gostava de ter maior responsabilidade na área de apoio às famílias, nos doentes que estão aqui na oncologia.

Tenho uma área de espaço criança que também tenho tido alguma responsabilidade para apoiar as crianças, são áreas destas de tamanho social que eu gostaria de continuar a acarinhar.

Depois, fundamentalmente, não sou ambicioso, o essencial é que estes projectos que nós temos sejam importantes para ajudar a desenvolver o hospital H.

Há bocado falava-lhe no apoio ao domicílio, gostava de ampliar a nossa rede de resposta articulada com os centros de saúde, mas isso também depende da ambição do hospital e das áreas quase de negócio de resposta que o hospital quiser assumir.

Uma área forte que nós temos aqui é o sistema clínico do hospital, tem uma boa dose de autonomia, com indicadores próprios com articulação, e que eu acho que vale a pena.

Onde eu acho que vale a pena e vou investir é no trabalho de acompanhamento de alguns destes processos e tenho tido mais dificuldade é na informação.

Eu não tenho conseguido vender a ideia mas penso que a curto prazo vou conseguir e o hospital está a modernizar-se, nalguns serviços, nessa matéria.

Q. Do conjunto de actividades que fazem parte do seu dia-a-dia, de qual(ais) retira a maior satisfação, o que é que lhe dá maior prazer fazer, e ao contrário o que é que lhe dá menos?

R. Eu gosto muito de visitar os serviços, de tratar com os papéis dos serviços.

Por opção assumi que só ia uma ou duas vezes por semana ao serviço, faço uma auditoria de informação.

Passo o serviço a pente fino no sentido de conversar com as pessoas, saber em que é que posso ajudar, saber como é que eles têm os projectos organizados, isto é uma área muito interessante que eu gosto de trabalhar.

Depois gosto de fazer trabalho de planeamento e acompanhamento, agrada-me gerir as coisas a esse nível e tentar sistematizar essas coisas.

Gosto muito de acolher as pessoas, tenho dois dias por semana que eu assumi que atendia as pessoas, mas fico muito contente quando posso compreender o funcionamento dos serviços com essas entrevistas.

Se quiser, a parte mais interessante do meu dia é conjugada nisto, no que são as respostas aos projectos, às solicitações, provavelmente é esta a parte mais interessante, claro que ao fim do dia vejo que há coisas que eu queria fazer e não consegui.

Q. Explique-me um bocadinho melhor como é que funciona o sistema de contratualização?

R. Nós temos uma lógica de planeamento e filosofia cá dentro que parte da parte operacional ao nível individual, ao nível da pessoa e depois do serviço, por isso há este acordo de planeamento que constrói os planos de serviço através da expectativa do próprio enfermeiro e das necessidades das pessoas.

Mas isso é traduzido depois num processo de contratualização que define algumas dimensões quantidade/qualidade, e estas dimensões que nós definimos, têm depois critérios, indicadores para atingir, e esses indicadores também são definidos aqui a níveis estratégico.

Alguns foram elaborados até no próprio serviço, por exemplo a esterilização tem níveis de esterilização por doente.

Claro que todos os serviços têm a personalização dos cuidados, têm a organização dos cuidados, têm a avaliação de qualidade dos enfermeiros.

Com a definição desse contrato todo nós acordamos um plano de desempenho, esse plano de desempenho é discutido pelas equipas, é validado em alguns momentos e, depois, avaliado no final do ano para voltar a fazer outro no ano seguinte.

São estes processos de contratualização, são um processo simples que tem um fluxo que parte das necessidades, do planeamento, definição dos objectivos, depois há uma cadeia de acompanhamento, de execução e depois vamos ao ciclo de melhoria, portanto são fluxos deste tipo.

Q. E depois na avaliação dos resultados?

R. Os nossos objectivos principais passaram muito por um processo de contingência.

Nós tínhamos défice de recursos humanos, tínhamos que fazer um processo de optimização destes recursos e a forma que eu encontrei primeiro foi numa lógica de equidade.

Dar as condições mínimas de recursos humanos em termos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e ligando isto a outra questão à qualidade e ao desempenho.

Quero dizer, as pessoas têm que ter recursos de alguma coisa e foi neste processo de definição de metas que houve discussões e, naturalmente, agora estamos numa fase de diferenciação.

Imagine a consulta está organizada por hora, isto traz encargos ou não traz encargos, vamos ver se houver encargos temos que ter um reforço de horas de enfermagem na consulta externa durante o dia, então vamos pensar nas horas mais para a consulta externa.

Isto tem sido dinâmico, permanentemente, este processo de contratualização é algo que nós consideramos bastante interessante, no sentido da nossa dinâmica, porque assumimos mesmo os nossos objectivos estratégicos, o processo efectivo e a contratação de recursos e serviços.

Foi uma batalha ganha, apresentamos um primeiro esboço disto, uma ideia, e depois daí para a frente na faculdade de economia disseram-nos que tínhamos que pôr o projecto para o papel, por escrito para não ficar só consigo, e acabamos por pôr isso no terreno.

Agora estamos na altura já de outro resultado, de outro desenvolvimento e penso que nos próximos dias vamos concluir, mas de qualquer forma penso que isto tem sido um processo muito interessante, trouxe muita cultura, outra relação com as pessoas.

Q. Mas não há aqui nenhuma ligação em termos financeiros?

R. Não, a única coisa que eu faço é alocar horas, uma bolsa de horas extraordinárias, é uma coisa deste tipo, eu não tenho condição não tenho aqui dinheiro, aquilo que eu tenho objectivamente é assumido em relação aos serviços.

Assumo com eles, garanto-lhes um quadro de recursos, para aprovar no Conselho, eles sabem à distância qual é o plano de 2005. Até Abril, Maio apresentam o plano de 2005 e por isso eles já sabem que recursos humanos é que podem contar.

Depois organizam a sua vida, está na minha mão a gestão dos recursos humanos e das pessoas, e dos processos de formação e desenvolvimento.

Q. Esses projectos podem ser propostos pelos próprios serviços?

R. Fundamentalmente, os serviços têm, por exemplo, a requisição de material por níveis, eles perdem muito tempo a andar por aí a buscar material ao aprovisionamento.

Nós assumimos que somos nós aqui que devíamos fazer isto, mas temos outras coisas, muitas coisas que foram assumidas e vieram dos serviços para cá.

Q. Como é que vê o futuro da profissão de enfermagem em Portugal neste momento?

R. Vejo muito associado àquilo que é a política de saúde em Portugal, os enfermeiros estão fundamentalmente ligados na sua resposta não só à área de trabalho, às pessoas, a outras áreas, mas à área da saúde e depende muito daquilo que se pretender fazer do aproveitamento das competências e capacidades dos enfermeiros.

Evidentemente eles também têm que procurar esse aproveitamento mas as tomadas de decisão estão no topo, por isso entendo que passa muito pelas opções que têm de assumir agora.

Os enfermeiros devem influenciar de forma deliberada aquilo que são as oportunidades e desenvolvimento, dar resposta às pessoas, há nisto grandes oportunidades quase como num grande negócio que os enfermeiros devem saber responder dentro da sua profissão.

Os enfermeiros têm um papel muito importante em áreas de risco, acho que se o papel dos enfermeiros for aproveitado pelas entidades públicas, ou privadas, de forma adequada, este papel será sempre valorizado de forma crescente.

Os enfermeiros na minha opinião são uma profissão de sucesso, têm condições para ser uma profissão de sucesso.

À custa de quê? Onde é que vai cortar? Eu penso que não é uma questão de menos poder, até porque há áreas da comunidade e áreas da vida, a única em termos sociais que está por cobrir em termos de resposta.

Não queremos fazer aquilo que alguns dos nossos colaboradores europeus querem fazer que é atingir a área médica; temos algum nível de prescrição, não queremos prescrever medicamentos em Portugal, não temos essa intenção.

Não queremos conflitar com ninguém em especial.

Agora temos que é responder afirmativamente a algumas áreas, por exemplo, nós temos áreas de reabilitação e reinserção social das pessoas dependentes; tem-se formado poucas pessoas na área da reabilitação, e têm-se formado fisioterapeutas aos milhares.

Podem-se continuar a formar muitos enfermeiros de reabilitação, por exemplo, na área da obstetrícia em que eu trabalho com a grávida, com a mulher, com a parturiente, com a sala de parto e tudo mais.

É preciso trabalhar mais, a maior parte dos países europeus, e nós inclusive da experiência que temos com projectos nacionais, podemos até assumir um acompanhamento integral da mulher grávida, isto para citar dois exemplos.

Não precisamos de recuperar nada daquilo que eventualmente utilizamos, que deixamos passar para outros sectores, por isso os enfermeiros irão ter maior ou menor dificuldade em assumir os seus projectos consoante os projectos políticos.

Q. Ao nível específico da enfermagem hospitalar, como é que vê a evolução da carreira no contexto hospitalar?

R. Em termos de enfermagem a nível hospitalar, eu tenho a filosofia de que nós não temos que diferenciar muito entre enfermeiro de hospital e enfermeiro de centro de saúde.

O enfermeiro que está no hospital é aquele que no seu acto decorrente da actividade e autonomia interdependente faz actos que o enfermeiro do centro de saúde faz.

A outra questão é que hoje a nível hospitalar o desenvolvimento técnico e científico é mais crescente e penso que os enfermeiros cada vez mais vão estar mais atentos a esta necessidade de responder aquilo que é preciso.

Em termos de carreira eu não gostaria que a profissão fosse tão partida no plano daquilo que são hoje algumas profissões super especializadas.

Gostaria que os enfermeiros tivessem um perfil de competências base como já hoje tem, por isso vejo que a enfermagem a nível hospitalar não vai viver só por si.

Admito que neste momento existem muitas carreiras hospitalares diferentes, a carreira dos SA, a carreira dos SPA, a privada, a carreira provavelmente dos centros de saúde, mas quando digo carreiras estamos a falar da organização integral de categorias e por atribuições financeiras.

Aqui recupero mais como quadro de referências para o desempenho, quadro de competências e eu aí gostaria que a enfermagem, tanto hospitalar como centro de saúde, tenha um quadro de competências forte, global, que integre um trabalho em continuidade e que partilhe experiências.

Q. E a nível das competências de gestão, pensa que essas devem ser valorizadas pelos profissionais da enfermagem?

R. Penso que essas competências de gestão devem ser valorizadas não como algo intrínseco dos enfermeiros, mas como tendo competências para a área da gestão globais.

Foi uma estratégia, durante alguns anos, os enfermeiros autonomizarem-se na área da gestão, penso que não tem que ser assim; agora penso que os enfermeiros devem ter para a área de administração de serviços de enfermagem competências específicas.

Agora há competências no plano da gestão global na área da saúde que penso que é interessante e devem ser competências globais, a não ser que haja modificações a nível de topo.

Diferenciações de formação para enfermeiros ou outros técnicos específicos acho que quando o projecto permitisse e a área de resposta permitisse, na minha opinião, o ideal é que haja projectos integrados com diferentes ângulos de visão e com diferentes contributos de diferentes profissionais.

Q. Digamos que a gestão não será uma competência ligada à área da enfermagem, mas uma competência que alguns enfermeiros deverão ter para determinados cargos como qualquer outro profissional?

R. Eu penso que sim, mas gostava de confirmar uma questão, por um lado não deixarmos de pensar que será importante que os enfermeiros estejam nessa área de gestão, mas que sejam os próprios profissionais de saúde estimulados ao desenvolvimento de novas competências na área da gestão.

É possível levarmos as pessoas à área da gestão com conhecimentos e sensibilidade na área clínica, ou pegarmos nas pessoas da área clínica e darmos-lhes sensibilidade na área da gestão.

Eu penso que é muito mais interessante porque o foco de atenção especial é a pessoa, e a resposta é para a pessoa, o princípio fundamental é de formar os que mexem com o dinheiro,

dar-lhe o conhecimento de quanto é que vale uma seringa, uma ampola disto, quais são as opções do mercado.

E o inverso, dizer a um gestor ou de outra área qualquer, dizer que uma seringa também é importante, penso que não é tão eficaz e corre-se o risco de algumas más experiências, e às vezes o risco de não ser muito claro o perfil de competências para os cargos, e se pensar que qualquer outra pessoa doutro ramo pode dirigir um serviço de saúde, não é verdade na minha opinião.

Acho que é fundamental, sem pôr em causa algumas pessoas com diferentes níveis de competência, num projecto global, macro, penso que é fundamental, acho que se deve continuar a preparar os profissionais de saúde com competências de gestão, aliás não fazia sentido se não fosse assim mesmo no modelo actual do hospital quando se entrega a direcção de um serviço a um médico, se não fosse esse o entendimento teríamos que alterar todo o processo, não quero dizer que concorde com a entrega ao médico mas entendo que a área clínica é muito importante.

Q. Nos últimos anos de que forma sentiu a evolução no que concerne à mobilidade dos enfermeiros?

R. Em termos de mobilidade externa não senti nada de especial, agora com o aparecimento das sociedades anónimas surgiu a perspectiva de poderem passar para os SPA.

Nós temos sempre muita gente a querer vir para o hospital H e, por isso, não senti este problema de saída para outras instituições, acho que os enfermeiros não querem abdicar de ter um emprego estável e querem ter o quadro deles, porque penso que também a própria situação dos S.A não é muito aliciante para os enfermeiros.

Aliás, o quadro financeiro dos S.A é mais aliciante para os outros profissionais do que para os enfermeiros, por isso, praticamente, os que estão por aqui e vão para outro sítio são aqueles que vêm aqui fazer o seu aperfeiçoamento quando acabam o curso e são de outras regiões e querem ir para lá.

Q. Sentiu maior procura por parte dos enfermeiros com a passagem de alguns hospitais das regiões para S.A?

R. Aqui no hospital H não se sentiu de forma significativa, houve, claro, algumas pessoas que queriam vir para esta cidade, mas não houve grande tendência.

Idade – 47 anos

Habilitações – Curso de enfermagem e pós graduação em administração de serviços de enfermagem. Pós graduação em gestão e economia da saúde

Tempo de serviço – 23 anos

Tempo na gestão – 11 anos

ANEXO V

EXEMPLOS DA CODIFICAÇÃO APLICADA ÀS ENTREVISTAS



Q.S.R. NUD.IST Power version, revision 4.0.
Licensee: Universidade de Aveiro .

PROJECT: Phd.Análise, User Teresa, 16:47, 20 Apr, 2006.

++++
+++ ON-LINE DOCUMENT

Retrieval for this document: 293 units out of 293, = 100%
Text units 1-293:

ENTREVISTA 13A

Q. Gostaria de começar por lhe perguntar como é que decidiu escolher esta profissão?
Como é que se tornou enfermeira?

R. Eu escolhi ser enfermeira porque desde que eu me conheço, desde que tenho noção de mim, mesmo muito miúda que gostava de trabalhar com doentes e num hospital.

(2 1 3) / Valores e ideologia profissional/Ideologia da vocação/Construção da vocação

Na altura do liceu quando tive de decidir decidi ser enfermeira porque gostava de trabalhar com doentes.

(2 1 3) / Valores e ideologia profissional/Ideologia da vocação/Construção da vocação

Na altura contrariei até a minha família que não queriam que eu fosse enfermeira de maneira nenhuma.

(2 1 3) / Valores e ideologia profissional/Ideologia da vocação/Construção da vocação

E hoje, se tivesse de escolher de novo, não voltava atrás escolhia de novo esta profissão. Tem coisas boas e coisas más, mas eu gosto muito.

(2 1 3) / Valores e ideologia profissional/Ideologia da vocação/Construção da vocação

Q. Mas há alguma coisa que a tenha decepcionado na profissão? Alguma coisa que se pudesse mudar, mudaria?

R. Decepcionada não. Há problemas como em todas as profissões que a pessoas tem de analisar e que depois se ultrapassam.

A saúde é uma coisa muito complicada e que nos afecta a todos, nós nem sempre podemos fazer tudo o que gostaríamos e nem sempre os resultados do que fazemos são os melhores mas, por vezes, não podemos mesmo fazer mais.

Decepcionada não. Há coisas que se podiam modificar mas não sei se é culpa do sistema, porque nós às vezes culpamos o sistema para podermos fazer menos, porque não somos capazes de mudar o mundo baixamos os braços, mas eu acho que nós devemos dar sempre o máximo de nós.

O fim para que nós estamos aqui é para tratar o doente e temos de dar o melhor de nós para conseguirmos atingir esse resultado, fazer os possíveis e os impossíveis, não é porque o sistema está mal, não é por eu não ter o número de enfermeiros de que preciso que eu vou deixar de fazer o que tenho a fazer.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Não posso deixar de fazer o que tenho a fazer porque somos poucos.

(1 4 3) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Diminuição do número de efectivos

Eu, quando vou para casa, tenho de ir de consciência limpa e até hoje, graças a Deus, ainda não deixei de dormir por causa disto.

Q. Hoje o que é que considera para si que é um bom enfermeiro?

R. É um enfermeiro que sabe estar na área em que trabalha, que é capaz de se pôr do outro lado, é o que eu digo sempre aos meus enfermeiros: “Hoje é ele, mas amanhã posso ser eu que estou ali ou algum dos meus”. Nós temos de tratar bem o doente, porque eles já vêm em sofrimento com a sua dor e, por vezes, com medos, porque nem sempre as coisas lhe foram explicadas como deve ser, porque nós somos todos diferentes, e o que me pode dizer a mim nem sempre é igual ao que se pode dizer ao outro.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Mas, como eu trabalho no bloco, todos os doentes vão com medo e, por isso, é que eu acho que é muito importante nós estarmos atentos ao doente.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Eu dou muita importância ao que nós chamamos recepção ao doente no bloco.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Nós não conhecemos o doente de lado nenhum a maior parte das vezes, é um local de passagem, e, às vezes, a primeira imagem para o doente é importante porque é aquilo que nos fica.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Se eu for agradável ou simpática para ele.

Se eu me apresentar e disser: “eu sou fulana de tal, sou eu que o vou acompanhar, enquanto o senhor estiver aqui no bloco sou eu que vou estar com o Sr., vamos fazer isto e aquilo e aquilo” e explicar-lhe aquilo que podemos explicar.

(1 2 2) /Reformas organizacionais/Retórica/Paciente como legitimador de mudanças

Eu acho que o doente já fica um bocadinho mais sossegado. Eu dou muita importância a isso.

Q. O que é que considera que distingue o trabalho dos profissionais de enfermagem dos restantes profissionais de saúde?

R. Sem dúvida que é isto. Eu acho que nós devemos tratar o doente num todo.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Não é tratar a perna ou o braço ou o que seja, é tratar um todo. Isso é o que qualquer máquina faz, eu tenho de ver que o doente que tem um braço partido e também tem uma cabeça que trabalha bem.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

É difícil, às vezes, eu compreendo que são muitas horas no dia e nós também somos humanos e temos as nossas quebras também.

Mas, acho que devíamos fazer todo um sacrifício para não nos deixarmos influenciar demasiado pelo sofrimento ao ponto desse sofrimento nos impedir de tratar bem o doente, devemos tratar bem o doente de forma que ele perceba que nós estamos a tratar bem dele.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Não é ele estar a falar connosco e nós a falarmos do filme que vimos ontem porque isso choca, claro, mas, também, de maneira que não nos deixemos nós envolver demasiado.

Primeiro nós sofremos e a nossa família sofre e também não é isso que está correcto e, por outro lado, também talvez não tenhamos tanta disponibilidade para tratar do doente.

Eu acho muito importante isso.

Q. Neste momento quais são as suas funções dentro do hospital?

R. Eu sou enfermeira chefe do bloco operatório.

Q. E que motivações estiveram na base da sua ascensão a este cargo?

R. Eu por feitiço não sou uma pessoa de galões, não dou importância a isso porque nunca dei. Isto tem a ver com a carreira, eu fui subindo naturalmente, fui tirar a especialidade de médico-cirúrgica, porque eu sempre gostei de aprender.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Eu sempre achei que devia estar no topo do topo, não em termos de carreira, mas em termos de conhecimentos.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

É engraçado que eu na altura até dizia que não queria ser chefe, queria ser especialista, já tinha adquirido conhecimentos para aquilo que eu queria.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Mas depois as pessoas diziam-me: “mas porque é que tu não concorres? sempre era uma bocadinho mais” e eu concorri e fiquei.

Q. Quais foram as maiores dificuldades que sentiu quando assumiu as suas funções?

R. Olhe, na altura perguntaram-me isso, porque na altura a direcção de enfermagem chamou-me, porque no bloco havia duas chefes e eles perguntaram-me: “Tu agora és chefe, queres continuar no bloco ou estás interessada em sair?” Eu calei-me, porque não estava à espera dessa pergunta, porque já havia enfermeira chefe no bloco e o lógico era sair eu.

E eu disse “eu não estou a entender a pergunta, o quadro do bloco já está preenchido” Ela disse-me: “eu só te perguntei se querias ou não ficar no bloco” e eu disse: “eu queria continuar no bloco mas não acho sequer correcto que me faça essa pergunta”.

Eu gostaria de ficar no bloco, mas como o quadro está preenchido eu não quero que alguém saia para eu ficar, isso de maneira nenhuma.

Mas o que acontece é que a enfermeira chefe já tinha pedido transferência e eu fiquei.

De maneira que, no princípio, eu tive assim alguns problemas mas problemas que eu ultrapassei porque quando eu tenho alguma coisa a dizer, digo logo.

Mas problemas por isto. Eu era enfermeira de bloco há muito tempo, depois que tirei a especialidade continuei no bloco tal como quando concorri ao bloco.

Não era por minha culpa que eu, às vezes, até me apagava mais para ela brilhar, mas ela não aceitou bem mas depois ultrapassou-se.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Quando as pessoas são adultas e profissionais não há problema e tudo se ultrapassada.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Q. E neste momento existe mais alguém a chefiar o bloco?

R. Não, apesar de ser um serviço muito grande porque eu tenho 130 enfermeiros.

Há empresas que não têm tantos trabalhadores.

Eu tenho comigo 5 especialistas e o bloco não é todo no mesmo local, eu tenho um bloco na parte antiga, tenho um bloco na parte central e tenho outro na parte nova, mas noutra local, o que é muito complicado porque fisicamente estão muito distantes.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Quando saíram as outras duas enfermeiras chefes perguntaram-me se eu ficava sozinha no bloco e eu disse que era complicado.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Só ficava se eu tivesse poder para organizar o bloco como eu entendesse.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Então eu distribuí os especialistas de forma a poder ter os blocos assegurados e a poder delegar.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Mas tinha estes especialistas até há algum tempo atrás porque eles não querem especialistas só, como eles dizem, (e eu acho piada) só responsáveis, querem especialistas a desempenhar funções junto do doente e eles desempenham.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Q. Como é que caracteriza o seu dia-a-dia?

R. É complicado, mas tem de se levar com muita paciência e muita calma, sobretudo porque tenho de gerir os conflitos.

(3 2 4) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Gestão e mediação de conflitos

Conflitos eu não posso dizer que existem conflitos, embora os conflitos devam existir sempre, porque nem toda a gente gosta de toda a gente.

(3 2 4) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Gestão e mediação de conflitos

Num serviço tão grande é sempre complicado fazer a vontade a toda a gente e, depois, também há pessoas de todo o género e algumas delas só pensam em si.

(3 2 4) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Gestão e mediação de conflitos

Como é um bloco muito grande eu tento sempre pôr as pessoas nos mesmos sítios que é para garantir que corre tudo bem, mas, às vezes, se é necessário mudar alguém, ficam logo todas zangadas.

Q. Então a maior parte do tempo ocupa-o precisamente com essas questões mais ligadas aos recursos humanos?

R. É preciso pôr as salas a funcionar, estando a funcionar tenho o problema resolvido porque se o bloco não funcionar o problema é muito grave.

Gerir o bloco é muito complicado, é preciso fazer os pedidos, ver se as pessoas estão a horas, ver se o doente está em condições de ser operado e se a sala está com todos os requisitos para receber o doente, é o dia-a-dia como se fosse uma casa, vamos lá, mas uma casa muito grande.

(2 3 3) /Valores e ideologia profissional/Ideologia managerialista ou de gestão/Gestão e estereótipos de género

Q. De todo o trabalho que realiza, nestas funções, o que é que gosta mais de fazer e o que é que se pudesse não faria sequer?

R. O que gosto mais de fazer é de estar no bloco, é do ambiente da sala de operações, de estar lá com o doente que é onde cada vez estou menos, embora passe pelas salas. Quase sempre no início, no meio e no fim, eu passo pelas salas.

(3 4 3) /Papeis profissionais e de gestão/Relação entre papeis de gestão e de enfermagem/Domínio dos papeis profissionais

É preciso ver se está tudo a correr bem e se alguma coisa falha, eu faço isso.

(3 1 1) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Agora há coisas que a gente tem de fazer que não são agradáveis e com as quais passo muito tempo.

(3 1 1) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Passo imenso tempo ao telefone “Olha ó fulana o material que era para vir hoje para o bloco ainda não veio.”, isso a mim cansa-me.

(3 1 1) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

O que eu penso é eu preciso deste envelope para o bloco, então se eu o peço é porque preciso dele e preciso em tempo útil. Eu estou sempre à espera e não vem hoje, não vem amanhã, e eu perco uma grande parte do meu tempo nisso, o que me cansa muito.

Mas, também sei que isto é uma casa muito grande e que ainda estão a organizar o aprovisionamento.

Tenho uma reunião marcada com o administrador para analisar estes problemas.

Eu ando muito atenta porque não pode deixar de ser feita uma cirurgia só porque deixou de haver um determinado material, isso não. Mas cansa.

Q. De alguma forma as funções que desempenha neste cargo já correspondem ao que esperava vir a encontrar?

R. Sim, sim, sem dúvida, não tive surpresas.

É um serviço muito grande e muitas colegas minhas diziam-me: “ai eu não sei como é que tu consegues” mas eu tenho muita experiência de bloco, há sempre dificuldades como em todo o lado, mas temos de as ultrapassar e não me posso queixar porque são todos muito colaboradores e bons profissionais, muito humanos e não me posso queixar disso.

Q. E como é que na sua opinião tem evoluído a mobilidade dos enfermeiros dentro do seu departamento?

R. Isso nota-se mais, mas eu não sou das mais afectadas por isso.

Nota-se mais porque isso se justifica a nível do país e não só a nível do meu departamento que é por causa dos contratos.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

As pessoas têm um contrato individual de trabalho durante seis meses e já começa a haver falta de emprego, de maneira que as pessoas concorrem para diversos sítios.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Isso aconteceu-me com uma enfermeira a semana passada, ela ainda estava a ser integrada, ia trabalhar sozinha agora em Outubro, mas era da Madeira e, como a chamaram de lá, ela foi, embora com muita pena.

Nota-se que tem entrado muito mais gente, mas, também há muito mais gente que sai.

A mim aconteceu-me poucas vezes mas, quando sai alguém, e especialmente no bloco, é muito complicado e oneroso para o hospital porque uma pessoa quando sai da licenciatura não faz nada.

(3 2 3) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Socialização profissional

Nos primeiros tempos só dá trabalho porque está a aprender e nós estamos a pagar, portanto, nós andamos a integrar pessoas para depois ir embora e era necessário, pelo menos, integrar algumas pessoas que dessem a mínima garantia de que ficam.

(3 2 3) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Socialização profissional

Porque, se não, quem perde é o hospital.

Q. Nos últimos anos surgiu diversa legislação que veio alterar a forma de funcionar dos hospitais, como é que olhou para essas alterações?

R. Bem, não acho mal.

Como lhe digo, há sempre algumas coisas com que a gente não concorda muito; primeiro, eu sou uma pessoa que, quer concorde, quer não concorde, desde que a Lei passe, eu não sou uma à margem da Lei, posso discordar e digo que discordo mas cumpro e faço com que as pessoas cumpram.

Mas eu vi bem porque na minha maneira de ser e de estar não mudou nada, como eu gosto muito de trabalhar não me afectou em nada.

Eu continuo a ser a mesma, já fazia assim e continuo a fazer, mas reconheço, que no sentido mais lato do hospital, acho que havia necessidade disto, claro que os SA é mais redução de custos e aumento da produtividade, aumento das cirurgias, mas isto só mesmo quem não souber como é que se vai aumentar as cirurgias e diminuir os custos?

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Que se tente reduzir os gastos ao estritamente necessário tudo bem, agora reduzir custos numa fase em que a saúde está cada vez mais cara (como tudo), se eu compro material para o bloco este ano, para o ano compro o mesmo material muito mais caro.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

A sala de operações aberta todo o dia tem custos; agora há algumas mentalidades que são os velhos do Restelo e que quando vêem mudar alguma coisa ficam logo aflitos.

Eu, pessoalmente, não me afectou e não vi mal nisso, até acho que, para algumas pessoas, era preciso isso, porque não é por eu ter tudo ali que eu vou esbanjar.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

No meu serviço e julgo que até no hospital, mas isso já tenho mais medo em afirmar porque não vejo, acho que o doente não sofreu com isso.

Só num aspecto é que eu acho que o doente tem vindo a sofrer que é com os internamentos, de resto, eu, pessoalmente, acho que dão as altas demasiado cedo, mas não é pelo que observo todos os dias, porque eu não tenho internamentos.

(1 2 2) /Reformas organizacionais/Retórica/Paciente como legitimador de mudanças

É evidente que desde que nos tornámos SA é operar e depois estar o mínimo tempo no hospital e depois vai para casa e, às vezes, ainda nem está em condições porque isto tem custos.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Aí eu acho que talvez esteja... de resto o que nos exigem é que justifiquemos bem, muito bem, tenho que justificar tudo e dantes não havia tantas justificações, agora tem de se justificar mais, até porque dantes não havia tantos administradores, agora em cada departamento há um administrador de maneira que exige-se mais, porque ele também tem de dar contas à administração.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Q. E como é que os enfermeiros do bloco reagiram a estas mudanças?

R. Um grupo grande mal, mas, depois de verem que no dia-a-dia do seu trabalho não mudou muito.

Quer dizer, estamos sempre a ouvir que temos de reduzir custos, reduzir aquilo e aqueloutro, mas depois de ser tudo explicado com muita calma, muitas conversas em grupos, depois as pessoas vão compreendendo.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

O que é pior é a personagem administrador de departamento, porque a maior parte deles são muito jovens que vêm dos seus cursos, sem o mínimo de conhecimento dos departamentos, e depois dizem assim eu quero assim e é assim, e, às vezes, sai disparate autêntico e quando as pessoas sabem fazem galhofa.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Eu cheguei a dizer: “Oh, Sr.^a Dr.^a se não quer fazer figura ridícula não leve isso para a administração.

Pense melhor, vá para casa pensar e depois decida, de maneira que as pessoas viram um bocado mal esse personagem. Mas fez mais confusão no início, agora está um bocadinho melhor.

Às vezes, também depende um bocadinho da maneira como nós nos apresentamos.

Agora, também já conhecem melhor o hospital, porque cada hospital tem as suas mentalidades, este é um hospital com história, não pode agora comparar este hospital com outro que é particular, por exemplo.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Q. E como é que funciona o conselho de gestão?

R. O bloco não é departamento, mas tem uma direcção de bloco, que é constituído pelo administrador, pelo enfermeiro chefe e pelo adjunto do director clínico e esteve muito tempo como director do bloco o director clínico, que antes de ser director clínico já era director do bloco e depois continuou a ser.

(1 1 4) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/departamentalização dos serviços

Depois, quando se criaram os departamentos, para mim era muito complicado porque eu não gosto de chatear as pessoas, mas havia coisas que tinham de ser resolvidas com ele, ora o director de serviço, sendo o director clínico, para mim era complicado porque, ora estava numa reunião, ora estava noutra sítio, e eu tinha que fazer um esforço muito grande para saber quais eram as questões que tinha de colocar ao director clínico e ao director do bloco.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Eu às vezes ligava e dizia: “Dr. quero uma reunião com o director clínico ou quero uma reunião com o director do bloco”, às vezes era complicado.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Ele, como tinha muito que fazer, nomeou os seus adjuntos para diversas áreas e para a área de bloco também. Fazemos reuniões semanalmente, ou então quando um de nós achar necessário.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

A administradora eu não conhecia, o director conhecia-o enquanto cirurgião, o que é muito diferente, mas sempre tive um bom relacionamento com ele.

Nunca notei da parte deles nenhuma reacção do tipo sou eu que mando, aqui sou eu, não te metas na minha área.

Não, de maneira nenhuma, damo-nos muito bem os três porque o que a gente quer é que o serviço funcione, toda a gente dá sugestões e respeitamo-nos mutuamente.

Nesse aspecto acho que tive sorte, não vejo um a querer ser mais do que o outro o que vejo é todos preocupados com o serviço, vemos o serviço como um todo.

Até hoje não tenho queixa nenhuma e acho que funcionamos muito bem.

Q. Em que tipo de decisões é chamada a participar?

R. Em tudo desde a aquisição de materiais, a escolha de materiais, a distribuição de salas por cirurgia, a problemas no operatório, a problemas dos mais diversos a resolver. Fazem-me participar em tudo.

(3 1 1) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Q. Foi a presença do administrador que trouxe mais confusão ao bloco?

R. No início. Só no início, para as pessoas, porque elas não assistem à reunião e eu para o serviço levo só aquilo que eu acho que devo de levar.

Há coisas que se passam que as pessoas não têm de saber os pormenores.

Mas eu tive necessidade de falar mais e, se calhar, o problema até era meu, era culpa minha, porque eu achava que havia coisas que não tinha de levar para lá.

Por exemplo, eu se comprei este gravador e se foi complicado ou não, eu não achava que tinha de levar para lá, achava eu. Levava só o sumo.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Eu às vezes chegava lá e dizia: “preciso de mais papel, por exemplo” este é um péssimo exemplo porque eu nunca digo isto.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

E ela dizia-me “mas para que é que isto é preciso?” Não sei como mas as pessoas lá em baixo sabiam disto e depois começavam os comentários: “o que é que ela percebe disto para estar a falar assim?”

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Ela logo no princípio disse que nós estávamos a gastar muito soro fisiológico e que não podia ser.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Eu não sei como é que isto chegou cá abaixo, mas pronto. Entretanto eu também comecei a levá-la mais para o bloco, para ela se ambientar mais, e agora as coisas já estão a correr melhor.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Continuam a existir problemas, mas esses são menores, e nós acabamos por os resolver, vão-se ultrapassando.

Ela quando veio trazia no espírito a intenção de reduzir os custos e tentou fazê-lo naquilo que podia e que não podia.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Claro que nós aparecíamos logo a dizer que não podia ser e os processos foram mais morosos.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

O material de que necessitávamos, em vez de vir numa semana, demorava um mês ou mais, porque estava em cima da secretária para ela decidir se despachava ou não despachava.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Q. Na sua opinião, quais são os grandes objectivos deste CA?

R. O que eles pretendem é aumentar a capacidade de resposta aos doentes, está também a qualidade, querem aumentar o número de cirurgias, acho que são os grandes objectivos que pretendem atingir.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Querem melhorar os serviços, estão, neste momento, a procurar melhorar as instalações.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Há obras em praticamente toda a parte velha porque sentem necessidade de aumentar o número de tratamentos e, para isso, têm de melhorar as instalações, a parte velha em alguns serviços já estava obsoleta.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Acho que estão sobretudo empenhados em aumentar a capacidade de resposta e a qualidade.

Uma das coisas que me foi posta desde logo no início foi fazer um esforço muito grande de sensibilização, primeiro para que as pessoas chegassem a horas. Às 08:00 toda a gente tem de estar no bloco, eu própria fiz questão de estar no bloco às 08:00 com tudo pronto para começar a operar o doente.

Eu devo-lhe dizer, que hoje com algumas excepções, as cirurgias começam todas às 08:00, no máximo às 08:15, 08:30 e quando não estão, a maior parte das vezes é culpa das enfermarias que não têm os doentes preparados, o que não quer dizer que a gente também não tenha falhas.

Um dos grandes objectivos foi aumentar o número de cirurgias por dia e, para isso tivemos de reduzir os tempos mortos e, para isso, tivemos de começar logo de manhã, portanto, mais cedo na sala e mais cedo no serviço para operarmos mais, e acabamos também cada vez mais tarde.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Nós trabalhamos das 08:00 às 20:00. Das 08:00 às 19:00 com cirurgias, das 19:00 às 20:00 a preparar as salas para no outro dia começar.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Claro que a maior parte das vezes são 19:30 e nós ainda estamos a trabalhar. Mas, teoricamente, é assim, quando temos urgências é que é mais complicado.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Nós podemos programar tudo muito bem, mas se há alguma alteração desestabiliza tudo.

Penso que nós estamos a atingir os objectivos que nos propusemos, mas houve uma greve dos médicos que veio desestabilizar tudo.

A culpa foi dos médicos, não foi dos enfermeiros.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Para mim foi muito complicado, porque eu não sabia se eles vinham ou não e tinha de ter tudo pronto.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Portanto, os enfermeiros vinham e depois não eram precisos porque não havia médicos.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Foi muito difícil para mim, eles vinham e eu, como não os podia dispensar, perguntava: “Queres ficar no serviço ou queres ir dar uma curva?”

A maior parte das pessoas aceitaram, o que foi muito bom para mim, porque me ficaram a dever horas e eu já estava a pensar nas férias. As pessoas queriam era ir embora e eu já estava a ver que ia aproveitar essas horas para as férias.

Conclusão: com isso perdeu-se um bocadinho a noção de chegar a horas, não tanto nos enfermeiros mas mais nos médicos, o cirurgião vinha mais tarde porque não sabia se o anestesista estava, o anestesista vinha mais tarde porque não sabia se o cirurgião vinha e, depois, eu queria começar a trabalhar e não conseguia e fui dizendo: “Eu espero que estes hábitos que estão a criar não se venham a perpetuar”, mas agora já está tudo mais ou menos na normalidade, mas, apesar disto, conseguimos, de facto, aumentar o número de cirurgias.

Depois, também temos tudo informatizado e é mais fácil perceber quanto tempo demora cada cirurgia e do tempo que havia disponível, se a pessoa o gastou todo ou se ultrapassou, e se não o utilizou todo e o porquê.

(1 3 3) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Padronização de processos e práticas

Nesse aspecto melhorou muito.

Q. Como é que me define a relação que estabelece com os restantes serviços no hospital?

R. É uma relação boa. Posso dizer, não digo muito boa, mas boa.

Como a maior parte dos serviços e dos hospitais há relações que não podem ser boas, quando eu preciso de materiais e de coisas que não me chegam eu tenho de dizer: “não pode ser.

(3 1 1)/Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Estou farta de pedir e não chegam, não pode ser, amanhã tenho cirurgias marcadas e como é que eu faço? Não pode de maneira nenhuma ser. Eu não posso aguentar isto”.

(3 1 1)/Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Há assim arrufos, digamos, porque eu também sei que o *stock* do hospital não pode ser o *stock* do bloco, eu entendo isso, é muita gente a gastar e o hospital também não pode ter muitas quantidades porque depois sujeita-se a deixar passar os prazos, mas, também têm de assegurar que quando eu preciso há resposta imediata.

(3 1 1)/Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Há pessoas que são especialistas em stocks e sabem perfeitamente fazer isso.

(3 1 1)/Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Mas, de forma geral, posso dizer que o relacionamento é bom.

(3 1 1)/Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de rotinas administrativas

Q. Fora do seu serviço com quem é que contacta mais dentro do hospital?

R. Direcção de enfermagem, direcção clínica, com eles sobretudo. Farmácia...

Q. Quando tem algum problema no seu dia-a-dia com quem é que contacta?

R. Isso também mudou. Isto é assim.

Com os SA isto mudou, o que eu fazia há três anos em relação a esses contactos hoje não faço e isso custou-me um bocado a perceber, porque, também, não foi bem explicado aquilo que dependia de quem.

Com a mudança, aquilo que eu sabia que até ao momento era tratado com a direcção de enfermagem hoje não é tratado com a direcção de enfermagem e até acho que isso não está bem definido.

Há coisas que eu tenho dificuldade. Às vezes penso: “Eu mando isto a quem? Eu falo com quem?”

E, como conheço as pessoas, às vezes até pergunto: “Olhe tenho isto assim, assim, com quem é que eu falo? É consigo?”

Eu tenho alguma dificuldade nesse aspecto. Estou-me a recordar, por exemplo, que me apareceu há tempos uma transferência de uma enfermeira para outro serviço.

A mim ninguém tem de me pedir transferência, têm de pedir é à direcção de enfermagem.

E essa enfermeira pediu à direcção e eu não recebi nada a dizer que a partir de determinada data as coisas eram diferentes. Mandaram-me uma informação.

Recebi um pedido de informação vindo da administração.

Eu chamei a enfermeira e disse: “Olha pediste a transferência a quem? Ah eu não sabia, mas ela trabalha aqui há muitos anos e sabia perfeitamente a quem pedir a transferência.

Então é assim, ela fez isto à margem da direcção de enfermagem.

Como eu sabia que antes os enfermeiros eram transferidos por enfermeiros, não dei a minha informação.

Eu pensei para mim e fui ao director e disse: “Olhe eu precisava de falar consigo. Não vou demorar mais de três minutos”.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Ele mandou-me entrar e eu disse: “Olhe, estou com um problema: a enfermeira pediu transferência, já tem aqui o parecer da administradora e em lado nenhum tem o do director, que eu saiba enfermeiros eram transferidos por enfermeiros, o que é que eu faço a isto?”

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Já falei com a enfermeira em causa e agora vim aqui com este papel porque talvez as coisas mudassem e esqueceram-se de me avisar, não sei se avisaram os meus outros colegas, mas a mim não me avisaram, nem me lembro de ter visto nada escrito.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Não tenho nada contra isso, ou melhor, até tenho, mas isso quem tem que reagir não sou eu mas é o Sr.” Ele reagiu assim a modos que a querer fugir à pergunta. Agora é como digo, eu sei que no fundo tudo depende da senhora mas há uma carreira, há toda uma hierarquia.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Porque é que a mandaram para mim? Mandavam para ele, ou será que estão a tentar fazer as coisas pela porta do cavalo? A mim não me enganam.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Ele não me disse nada. Mas se fosse eu não reagia assim, o que é isso? Até a torre dos clérigos vinha abaixo, mas o que é isto? Está escrito, é de Lei, a responsabilidade de cada um.

Eu sei o que foi, no fundo ela quis arranjar uma cunha, mas não pode ser, porque amanhã vem outro que também quer e ultrapassa tudo e todos.

Está para resolver, não é nada comigo. Está ali o papel. Mas isto só para dizer que o relacionamento com o SA é, por vezes, um bocado confuso.

A gente não sabe como é que isto funciona, mas dá a ideia que os administradores querem tomar conta de todo o hospital, em todos os aspectos, e ignorar os técnicos.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Era só o administrador e não era preciso mais ninguém, os técnicos só faziam o seu trabalho e eles tomavam conta disto, não tem sido tão fácil como eles pensavam que ia ser.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Porque há sempre reacções, mas isso no início foi um problema para o hospital, porque andava tudo descontente e as pessoas diziam “eu ia já embora ontem” em todo o hospital e por parte de todos os técnicos, quando vieram os administradores, mas foram os efeitos da mudança política, que eu discordo completamente.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Eu acho que deve haver administradores, sem dúvida, agora o que não podem é pensar que tomam conta do hospital sob pena de o doente sofrer.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Q. Pensa que os pacientes já notam as mudanças que entretanto ocorreram no hospital?

R. Não. Nos serviços continua-se a trabalhar da mesma maneira; eu posso ter mais dificuldade em adquirir determinado material para que a cirurgia seja feita, mas isso não chega ao doente.

O doente pode sentir, isso sim, nas consultas ou na urgência. Eu ouço nos corredores.

Enquanto eles vêm à urgência com o processo de Manchester antes de SA, um doente que estivesse com um diagnóstico com hemorragia, ou sem estar muito bem curado, não ia para casa e agora vai para casa, ou está muito mal e fica, ou então vai para casa. A esse nível eu acho que os doentes já notam alguma coisa.

(1 2 2) /Reformas organizacionais/Retórica/Paciente como legitimador de mudanças

Acho que sim. Mas não tenho conhecimento real porque eu não trabalho nas consultas, mas o facto de ter aumentado o número de consultas já diz alguma coisa.

Eu acho que tudo quanto seja para dar lucro... na saúde não pode haver lucro, quem vem das empresas não está a ver bem.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Pode ser considerada uma empresa, mas uma empresa com características próprias.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Um hospital pode ser uma empresa mas é uma empresa que trata de pessoas não pode dar lucro, isso só se for uma clínica privada, lá paga-se por um centímetro² de álcool o que paga por um frasco. Aqui não é assim.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Que nós tenhamos todos a noção de que aqui também está o nosso dinheiro acho que devíamos ter, mas nós ainda não temos uma cultura muito instalada que é mais do tipo “é do hospital não é meu”, mas nós também pagamos isto.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Os impostos nós todos pagamos. Acho que devíamos ter todos a consciência, não é de que temos de poupar, mas que temos de saber gastar, porque não podemos poupar ao doente, é gastarmos melhor, isso acho que é uma consciência que todos os portugueses deviam ter.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Mas, em geral, o que pensam é que tudo o que seja público é para gastar à grande e à francesa, agora daí até dar lucro ainda vai um grande passo.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Isso eu vejo um bocado com preocupação, a noção de que tem de dar lucro, não pode ser.

Q. Também é responsabilidade sua a qualidade dos cuidados no serviço. Neste momento consegue-me identificar quais são as dificuldades para a melhoria da qualidade dos cuidados no bloco?

R. Uma das minhas preocupações é com o pessoal auxiliar, tenho de ter sempre muito cuidado. Não tenho problemas nenhuns com esta classe, mas acho que no caso do bloco há uma falta de liderança da pessoa que lá têm.

Eu tenho de andar em cima de tudo no bloco. Se eu não andar sempre em cima delas acontecem as coisas mais mirabolantes, acredita?

Por isso, eu gostaria muito de ver essa parte melhor, mas a administradora já sabe disso.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

As pessoas vêm novas e eu, ultimamente, não tenho tido tempo, nem para a integração nem para a formação, que é muitíssimo importante nestes casos porque estas pessoas quando vêm não estão minimamente preparadas para trabalhar num bloco.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Mas este ano já disse às pessoas que tinham de fazer formação, eu tenho de perder algum tempo com isso.

Outro problema que tenho é que ainda não tenho o CIPE a funcionar.

(1 3 3) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Padronização de processos e práticas

De resto, o que acho é que nos falta também alguma formação em sala, mas não temos tido tempo.

(3 2 1) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Formação

Q. Como é que vê o seu futuro em termos profissionais?

R. Não queria ser enfermeira supervisora porque gosto muito do contacto directo com o doente e, depois, só tenho contacto com eles através dos enfermeiros-chefes.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Mas a categoria de enfermeiro supervisor acabou, não tinha conhecimento disso? Não existe mais, na carreira, não existe supervisora acabou.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Não há mais, as que estão, estão, estão no topo da carreira e não há mais o que existe é depois os adjuntos. Nós só temos duas enfermeiras supervisoras, as que ali estão não são. São enfermeiras adjuntas e estão lá enquanto estiver o director.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Portanto, eu penso que vou acabar a ir para a reforma como enfermeira chefe.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Q. Como é que vê a evolução da profissão de enfermagem em Portugal?

R. Eu não quero ser pessimista. Acho que há muito bons jovens e com muito valor. Acho que a profissão de enfermagem não tem nada a ver com o que era há 20 anos atrás.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

As pessoas hoje têm muito mais conhecimentos porque nessa altura as enfermeiras faziam mas não sabiam o que estavam a fazer.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

A enfermeira dava uma injeção naquele sítio mas nem sabia o que era a injeção.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

A maior parte das pessoas não sabiam, não tinham sequer formação para isso.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Eu vejo com bons olhos apesar de tudo. Eu acho que há muitos jovens com muito valor, muito motivados, muito interessados e que investigam.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Estão mais bem preparados e eu não vejo mal o futuro da profissão por causa disso, antes pelo contrário.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Q. O que é que pensa da reabilitação da figura do auxiliar de enfermagem?

R. Eu acho péssimo. Quando eu tirei o curso havia dois cursos, o curso geral e o curso de auxiliares de enfermagem.

O que acontecia é que as pessoas faziam tudo na mesma e depois cometiam erros.

Agora quanto a mim não é preciso criar cursos de auxiliares para libertar os enfermeiros há muitas coisas que eu faço na enfermagem e que posso delegar noutras pessoas.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

Mas as coisas que podem ser feitas pelo auxiliar de acção médica têm de ser supervisionada pelo enfermeiro.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

Há coisas que o enfermeiro sabe que ele pode fazer e outras não. Portanto, não acho bem voltar atrás.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

Porque depois o que é que acontece? Se houver um curso de o que vai haver é um aumento de conflitos, as pessoas depois já se acham que tendo um canudo: “Eu sou tanto como ela o que é que ela quer? Eu não faço” Eu não vejo isso com bons olhos.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

O que eu acho é que há muitas actividades que podem ser mandadas fazer aos auxiliares com a supervisão dos enfermeiros.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

Nós temos imensos materiais bastante delicados e nós temos uma esterilização que faz apenas esterilização, toda a restante parte dos kits e da embalagem é feita no bloco, o que é complicado para mim.

Esse trabalho no bloco é feito pelo enfermeiro, ou seja, tenho um enfermeiro a tratar disso, a arrumar os instrumentos quando saem da máquina, a embalar os kits, a mandar para a esterilização.

Não está certo, se calhar fica demasiado caro para o hospital ter um enfermeiro a fazer isso e eu ensinei os auxiliares que cá estavam, e eles fazem melhor ainda que os enfermeiros, porque estão todos contentes por estarem a fazer a função de um enfermeiro, não me importa nada com isso, o que me importa é que eles façam e eu dou-me lindamente com isto, porque eles dão-me resposta ao que eu necessito.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

Lá está, já não tenho um enfermeiro ali, tenho um auxiliar que não é um auxiliar de enfermagem, é uma empregada que limpa do chão, mas também trata dos materiais e não é preciso um curso.

(2 4 4) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os auxiliares

A mim não me preocupava nada, não me tiravam galões nenhuns em ter o curso, mas não vejo que isso fosse bom.

Q. E acha que é possível nós caminharmos para uma situação em que estes cargos dos enfermeiros com gestão venham a ser ocupados apenas por profissionais de gestão?

R. Olhe o que se pretende é isso, honestamente acho que é. Não acho bem, evidentemente, mas não acho bem e eu não sou por temperamento nenhum velho do Restelo, não sou muito avessa à mudança porque não sou.

Às vezes eu penso muitas vezes nisso. O que eu acho é que os administradores querem tomar conta do hospital e isso já inclui também os enfermeiros, e isso aparece quando uma transferência não passa pelo director, entende?

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Quando, por exemplo, nós temos também alunos em estágio, quando se atrevem, o que acho intencional, a mandar X alunos para o serviço tal, e nós com planos de serviço sem dar importância ao chefe que está lá, sem saber em que altura é melhor, é porque, na minha maneira de ver querem tomar conta de ...

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

O que, na minha maneira de ver é mau, nem os alunos têm um bom estágio depois porque apenas fica no papel que fizeram um estágio porque é assim, se me mandassem para lá 50 alunos eu ignorava-os e eles eram enganados.

Tentaram fazer-me isso e eu perguntei: “Quem são os senhores?” “Nós somos alunos”. E eu fiquei!!! Por mim tudo bem, mas eu vou escrever aqui que vocês são responsáveis por tudo, desde materiais a tudo o que se passar.

Eu sei que também aconteceu isso noutros serviços, mas é a necessidade de tomar conta de... não é uma crítica que eu estou a fazer, mas uma constatação.

O que me parece é que nas SA, se todos forem como nesta aqui, a tendência é dominarem tudo.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Idade – 57

Curso geral

Especialização em médico-cirúrgica

Tempo de serviço – 33

Tempo em cargos de gestão – 12

Q.S.R. NUD.IST Power version, revision 4.0.
Licensee: Universidade de Aveiro .

PROJECT: Phd.Análise, User Teresa, 15:41, 20 Apr, 2006.

+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT

+++ Retrieval for this document: 422 units out of 422, = 100%
++ Text units 1-422:

ENTREVISTA 54 H

Q. Gostaria de começar por lhe perguntar como é que decidiu escolher esta profissão?

R. Eu penso que é preciso ter algum gosto particular pela área da saúde, digamos pela área do apoio, também, da ajuda às pessoas, fundamentalmente são questões de valores, considero que em qualquer área será possível ter esses valores e desenvolvê-los, a solidariedade, o altruísmo, a justiça e, obviamente, juntar isto a alguma coisa que seja de fazer com que o mundo seja melhor e também a saúde, estilos de vida saudáveis, talvez boas práticas de vida.

(2 1 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia da vocação/Ênfase nos traços pessoais

Nitidamente não foram questões do tipo financeiro, não foram questões de qualquer ordem de estatuto social, foram mais questões de reconhecimento digamos das pessoas que, de qualquer forma, passará pelo estatuto social, mas que é um estatuto não assimilado. Na altura que terei feito a opção, e poderia ter sido outra opção era uma opção da área da saúde, tive outras especialidades e fiquei na enfermagem por aquilo que é mais a componente da relação com os outros.

Cheguei a ter a possibilidade de fazer um curso de medicina inclusive no estrangeiro, e optei pela enfermagem e, aliás, já depois de ser enfermeiro, já tive uma inscrição na faculdade de Direito, mas optei depois por aprofundar os meus conhecimentos no âmbito da enfermagem, mais na área da gestão, da especialização, uma pós-graduação a outros níveis mais fora da enfermagem na economia e gestão da saúde, na altura em que foi colocada a questão tive a oportunidade de ir para a área da gestão, e ainda digo que devia ir mais longe, não ver a gestão só na dimensão dos cuidados de enfermagem, ver a gestão na enfermagem na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

(3 4 1) /Papeis profissionais e de gestão/Relação entre papeis de gestão e de enfermagem/Integração de papéis

Q. Depois dessa opção, e destes anos todos, o que é que considera, para si, um bom enfermeiro?

R. Eu penso que o bom enfermeiro é aquele que consegue interpretar de forma correcta o que são as necessidades das pessoas, e sinaliza a necessidade de ter esses meios necessários para dar resposta às pessoas, tendo uma atitude muito pró activa e no sentido daquilo que é o projecto de saúde de cada pessoa.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Mais do que responder, também é necessário responder às situações assistenciais, em cada um dos momentos de dependência dos doentes, das pessoas, da família, das comunidades.

(2 2 1)/Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

O enfermeiro tem que ser alguém que trabalha na prevenção da doença, na progressão da saúde, no bem-estar, na reintegração social, uma pessoa que trabalha para uma sociedade com mais saúde, numa vida saudável.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Por isso, o ser bom enfermeiro é aquele que consegue identificar bem as necessidades da população e da comunidade, aquele que reúne os meios necessários, ou que organiza os meios necessários ou sensibiliza quem tem essa responsabilidade de dar os meios.

Ponderando sempre as questões de ciência, questões de ordem económica, de qualidade, mas que assume depois as escolhas e de certeza que consegue fazer a melhor escolha e definir as prioridades em função dos recursos que tem na mão e aquilo que as pessoas precisam, porque há um défice entre aquilo que são as necessidades reais e o que nós oferecemos às pessoas.

(2 3 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia mangerialista ou de gestão/Eficiência nas práticas profissionais

Q. E essas boas escolhas têm a ver sobretudo com essa gestão dos recursos?

R. As boas escolhas têm muito a ver com a capacitação do quadro de competências.

As competências, no meu ponto de vista, concretizam-se na acção, quero dizer uma pessoa pode ter competências, pode ser competente mas não conseguir desenvolver tudo o que precisa porque não tem meios, não tem enquadramento contextual.

E, por isso, quando digo que essas boas escolhas que é preciso fazer, é algo que é feito numa parceria do enfermeiro com o doente, ou com o cidadão, ou com a família, muitas vezes na comunidade, e com uma atitude responsável perante a organização.

Ou seja, o trabalho de enfermagem é um trabalho autónomo, tem um espaço autónomo importante, há respostas que só ao enfermeiro compete diagnosticar e planear o que tem a planear.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Mas tem um trabalho, também hoje menos do que no passado, quando a enfermagem estava muito subordinada a uma resposta fundamentalmente interdependente aqui há umas décadas.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Mas o essencial é a resposta em termos autónomos que o enfermeiro tem que ter e aliás é o motor para o desenvolvimento do conhecimento e do saber que nos leva depois outra vez à reflexão com o relacionamento com as pessoas.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Ir ao mais fundo, ver as necessidades, ir ao encontro do que eles precisam para responder a listas de espera, para responder a consultas, para responder a internamentos, ou para responder a outra coisa deste tipo.

Q. Depois de todos estes anos na profissão, há alguma coisa na prática da enfermagem que o tenha decepcionado, ou alguma coisa que gostaria de ver mudado na profissão?

R. Eu penso que não existem coisas na profissão que me tenham decepcionado, acho que a profissão de enfermagem nos últimos anos e mais, antes do 25 de Abril, com um marco importante nos anos 60/70, a enfermagem marcou um rumo de uma afirmação técnica e científica muito significativa, sem desvalorizar a componente relacional.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

E, por isso, estou certo que foi um percurso afirmativo de uma enfermagem dum só nível, desenvolvendo uma relação com um só grupo, para a frente, para fazer investigação, para desenvolver saberes e executar.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

A enfermagem assumiu um percurso de grande unidade, desenvolvendo-se em equipa em interligação com a sua identidade, com o seu espaço de autonomia consolidando isto. Numa perspectiva desenvolvimentista e, depois, assumir a formalização mais tarde, e os enfermeiros fizeram isto.

Depois consolidaram isso, no ensino superior, o estatuto da Ordem, antes no REP na carreira de enfermagem, e hoje nas práticas e espero concretizar ainda mais, no sentido daquilo que são os resultados de programas de intervenção dos enfermeiros junto das famílias e comunidades, onde os resultados são muito efectivos.

(2 5 3) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Legitimação pela Ordem

Eu costumo diferenciar o que é que são resultados em saúde e quais são os resultados da saúde, porque eu preconizo que, em termos de enfermagem, esta é a grande preocupação de que os cuidados de enfermagem devem centrar-se em ganhos para as pessoas e não só em produzir mais uma consulta, mais uma cirurgia.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Isso, nós não temos na tabela de actos de saúde, nem temos como vocação produzir esta estatística só por si.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Nós temos muitas intervenções que são muito giras em termos de resultados, temos muitas interacções de responsabilidade colectiva ao fazermos um trabalho de continuidade e a prevenção.

Por exemplo duma atitude de mobilidade dum doente, tornando o doente mais autónomo, não depende só de mim se eu proporcionar uma movimentação de posição hoje à tarde, depende de mim hoje à tarde, depende do meu colega hoje à noite, do outro amanhã de manhã, depende do estado de ânimo que o doente tem.

(3 2 6) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Trabalho em equipa

Isto é feito por equipas de enfermagem e, por isso, nós procuramos este bem-estar colectivo da pessoa, e esta autonomia das pessoas e, neste aspecto, eu entendo que aquilo que se passou nestes anos na enfermagem foi positivo.

A profissão dinamizou-se associativamente, os sindicatos estavam a fragmentar-se, a profissão caiu no sindicato nacional mais forte, a profissão não foi atrás da possibilidade de ter um estatuto universitário há vinte e tal anos.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Disse que não queria um estatuto universitário em duas ou três universidades do país, queria ser um ensino consistente.

Mais tarde, a profissão teve condição para afirmar o seu espaço autónomo, e precisaria de ter também o controle sobre a sua profissão para poder garantir aos cidadãos os cuidados de saúde de enfermagem de qualidade e conseguiu ter essa compreensão por parte dos governantes e, felizmente, isso foi feito.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

A única coisa que eu posso dizer é que aconteceu tudo muito rápido, os enfermeiros precisavam de mais dois anos para trabalhar serenamente, nesta fase, esta parte é o aspecto negativo que eu retenho, negativo para os enfermeiros.

Por outro lado, também digo que é uma oportunidade daquilo que é um constrangimento poder-se tornar numa oportunidade.

Penso que é uma oportunidade porque obriga a repensar o trabalho dos enfermeiros naquilo que são os cuidados de enfermagem, e encontrar novas estratégias.

Tornar as pessoas criativas no sentido das respostas que é preciso serem dadas e não esperar, por exemplo, que na actual lei de bases se desse oportunidade, em pleno processo de negociação com o senhor ministro, não esperava que fosse necessário os processos de luta e ter imensas reuniões, e sensibilizar também a assembleia da república para defender a autonomia técnica e científica dos enfermeiros ao fim destes anos todos, com provas dadas no terreno.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Nós temos os melhores indicadores que eu conheço em termos europeus de mortalidade infantil, problemas da nossa saúde materno-infantil que são conhecidos onde os enfermeiros tiveram um papel notável de saúde pública.

Nós acompanhamos o desenvolvimento da ciência médica, e da medicina das ciências da saúde e penso que hoje somos um grupo privilegiado nesta relação.

Sem preconceitos, assumindo, ao nosso nível, aquilo que são questões da partilha de decisão.

É isso a única coisa que eu penso que tenha sido menos lucrativo nos últimos anos foi não existir um processo na saúde de transformação que acompanhasse este pensamento positivo dos enfermeiros e afirmação dos enfermeiros.

Porque os enfermeiros viveram para o serviço público de saúde nos últimos anos, hoje, conhecendo o tecido político actual e as propostas de saúde, talvez fosse pena que os enfermeiros não ficassem mais alerta para aquilo que é a sua resposta noutras alternativas ao sistema público, sistema cooperativo, sistema social, sistema privado.

(2 2 3) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Códigos comuns na profissão

E daí os enfermeiros perderam criatividade, porque concentraram toda a sua acção numa resposta pública e hoje há que repensar isso, porque na área de resposta ao lazer, ao desporto e nessas coisas, temos hoje o trabalho em que os enfermeiros têm um papel importante, mas penso que deviam ter um papel muito, muito superior nas áreas de dependência do domicílio, da terceira idade etc.

(2 2 3) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Códigos comuns na profissão

Q. E é por isso que se referiu há bocadinho à questão da orientação para a comunidade?

R. Claro, temos uma grande vocação para isso, prevê-se isso mesmo na actual legislação, e bem, porque de alguma forma nós temos que continuar a fazer esse trabalho de aprofundamento das nossas respostas à comunidade.

Para irmos ao encontro das necessidades das pessoas e trabalhar com as pessoas, aquilo que nós defendemos, o seu projecto de saúde, e a preocupação dos enfermeiros não é a doença, é a pessoa.

Nessa perspectiva, nós não estamos preocupados com a doença, mas sim com a pessoa que está doente, com os níveis de dependência em diferentes grupos.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Se eventualmente se alimenta, se se alimenta, se dorme bem, se tem o seu problema social resolvido, ou a sua integração na comunidade, ou se tem apoio depois em casa para a sua autonomia.

(2 2 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Competências sócio-relacionais

Um dos modelos que temos fala em 14 necessidades mais básicas, outra das nossas correntes de pensamento de uma senhora enfermeira, que fala que o cliente, a pessoa, é o centro da atenção.

Nós temos muito trabalho feito, pensado por aí, e penso que em relação aos últimos anos foi mais por defeito do que por alteração da rota e foi mais uma perda de companheiros que nos ajudassem a fazer o serviço público de saúde, o grande serviço que penso que é mas tem debilidades, tem défices.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

E tem pessoas que foram aproveitando o sistema de saúde de forma diferente, não para o fazer crescer, mas para se aproveitar do sistema de saúde, penso que os enfermeiros não fazem parte disso.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Q. Nos últimos anos em Portugal (e uma vez que estamos a falar um bocadinho do contexto político) existiram diversas alterações ao nível da legislação da saúde, e especificamente na gestão hospitalar, provavelmente a mais visível foi a criação dos hospitais S.A. Como é que olhou para estas alterações?

R. Eu olhei para essas alterações como uma necessidade de se intervir, de repensar o modelo actual. Sentia que era necessário investir na maior eficiência do sistema, na maior articulação do sistema, quando digo sistema digo as instituições, dos serviços, na maior agilização, na flexibilização em algumas áreas da gestão.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Agora entendo que a forma que foi encontrada, foi uma forma que, eventualmente, não foi muito discutida, não foi muito partilhada.

E não permitiu, pela velocidade que apareceu, compreende-se que os anos de legislatura são curtos, não levou os governantes a fazerem uma reflexão detalhada sobre as experiências anteriores que eram experiências interessantes.

Penso que isso foi uma estratégia importante, depois, a outra questão, eu tenho ideia de que a forma encontrada não foi, provavelmente, a mais certa.

A proporção, o tamanho da amostra penso que foi muito forte, quero dizer, terá tido um tamanho importante para fazer um impacto forte no sistema, compreendo isso.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Mas impacto por impacto pode ser um impacto que traga grandes desvarios, não nos interessa um tremor de terra para se rachar as casas.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Se calhar é melhor um tremor de terra pequenino para percebermos que temos que fazer as casas de forma consolidada, com boas arquitecturas, com estrutura, para se um dia se vier um abalo complicado nós estarmos seguros de que a casa não cai.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

O que foi feito, além das questões financeiras e económicas, foi pouco. No plano cultural não existem grandes coisas, como compreende, o ano passado ainda 50% dos hospitais S.A não tinham planos contratualizados, não estava nada em curso no plano concreto, especialmente cultural.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Depois, eu tenho ideia e não sou eu que digo, são muitas pessoas, que podíamos ter medidas de racionalização económica interessantes dentro dos próprios hospitais, naqueles e noutros, e não teríamos a necessidade de ir para sociedades anónimas.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Que acho que é uma mistificação, uma caricatura daquilo que é interessante ter, porque na saúde uma sociedade anónima não consegue desenvolver-se e ter um espaço de desenvolvimento adequado.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

E por esses aspectos penso que foi uma aposta menos interessante.

Em relação à ideia de recentrarmos hoje nas nossas unidades de saúde a nossa atenção para a eficiência acho essencial, achei que era melhor existir, talvez, uma maior atenção nas questões da equidade e da qualidade.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Que penso que ficaram descuradas, e a questão da contenção só macro económica se quisermos, penso que só pode acontecer se articulada com as outras duas ou três, como a eficiência micro direccional, e com as questões da equidade e da qualidade, se não acontecer...

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Isso acontece, o que eventualmente estamos a ver estão a carecer os homens de áreas onde há o número mais significativo de pessoas sem apoio, de grande carência, já não temos hoje áreas de risco, temos pessoas de risco.

É verdade, temos pessoas que não podem sequer aceder aos serviços se colocarmos numa situação extrema este modelo, e a situação extrema digo eu, porque estes hospitais S.A compreende-se que não é o final de linha.

O PSD fez esta opção e lembro-me que, por exemplo, a Maria José Nogueira Pinto fê-lo à minha frente e, em alguns momentos, defendeu que a melhor opção seria privatizar logo não os trinta mas privatizar vinte e cinco.

E era a solução, porque um dia destes vamos para lá e não nos percebem, não se percebe porque o presidente da entidade reguladora diz-nos que podem perfeitamente serem privatizados.

Se existir um quadro que informe os cidadãos sobre esta matéria, e acho que é complicado, parece-nos que os resultados que aparecem hoje sinalizados nos S.A são mais por organização interna dos próprios serviços que existiam do que, propriamente, em produção acrescida, de reorientação cultural, ou por outro qualquer processo.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Agora temos nos últimos meses um exemplo muito crítico do que é a ausência de descentralização dos SA que é toda a política de recursos humanos no que se refere à contratação de pessoal, mesmo em matéria de substituição.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Aliás, acontece também no SPA, que passou também para o departamento de recursos humanos, por isso, a meu ver, esta medida foi importante para ter impacto, para ter um alerta.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Mas, foi uma medida perigosa porque, eventualmente, pode trazer perdas de equidade e da qualidade dos serviços e pode trazer a ruína de alguns desses hospitais. E há outras entidades, ou grupos económicos, o capital financeiro, que estão perfeitamente a olhar, muito atentos, já com candidaturas, a tentar fazer pela via financeira aquilo que eu preferia que fosse feito pela via social.

Era fazer uma unidade local de saúde, com centros de saúde com regras, tudo feito devidamente com articulação inter serviços; agora vamos fazer numa forma empresarial, vamos arranjar um centro de saúde, eventualmente arranjar consultas e, provavelmente, não percebo nestes

projectos que se vá investir no que é essencial para os enfermeiros e para os cidadãos, que é a tal prevenção da doença, progressão da saúde e trabalhar em conjunto para uma vida saudável.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Se forem feitas essas opções, tanto me faz que seja pela parte privada como pública, é igual, isso é uma questão secundária, desde que exista uma grande responsabilidade que é a nossa capacidade em termos organizativos do país que leve a que as pessoas que tenham lucros e ganhos paguem duma forma importante, se não acontecer isso, é pena.

Porque, provavelmente, as pessoas que vão entrando na saúde vão querer ter lucros muito rapidamente e corremos o risco de, eventualmente, em vez de termos ganhos em saúde vamos ter um esquema público, vamos ter lucros na saúde que provavelmente não vão ser distribuídos de forma equitativa para os cidadãos.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Se o sistema de gestão não funcionar e outras peças tão importantes como isso, não tenho nada contra o sistema privado ou corporativo das regiões, acarinho-os muito, acho que o sector social tem um papel importantíssimo dentro de algumas áreas, penso que deviam ter uma competitividade saudável, com regras claras, sem mistificações.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

E se a intenção é privatizar, acho que concordo com a privatização, não andamos a perder tempo e depois discutíamos a experiência disto, acho que devíamos olhar bem com atenção para os países donde dizemos que estamos a importar essas experiências, que como sabe, em alguns sítios foram muito negativas.

E tenho dúvidas de quando os hospitais que agora vão ser construídos, ou que vão ser adquiridos pelos grupos privados, tiverem já com as suas torneiras sem deitar água, ou as suas paredes cheias de buracos, e com os equipamentos já desgastados, se eventualmente na altura não nos oferecem os hospitais de volta e os cidadãos doentes a dizer que é preciso haver um programa de saúde pública outra vez no país.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Assim como os americanos e outros estão a tentar fazer, porque o grupo já é tão grande que nem dá para pagar seguros.

E, por isso, essa é a minha questão: haver equilíbrio entre a política social, a política económica, o sistema distributivo em termos da justiça também financeira e justiça social, de resto a minha

apreensão é deste tipo, acho que foi despropositado o tamanho e a metodologia adequada à medida.

Q. Digamos que em termos de modelo da gestão tem uma maior preferência, digamos, pelo modelo da ULS?

R. Eu tenho a ideia, e claro é a minha preferência, que os serviços se organizem de forma articulada, com bom investimento em sistemas de informação e de agilização daquilo que são hoje os processos da criação, de compras.

(1 1 3) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Burocratização dos processos

E se esta articulação for feita de forma efectiva, não tenho inconveniente que seja feita pela via do capital, ou pela via da responsabilidade social.

E defendo que era importante, para nós, que a saúde se tornasse um direito para os cidadãos, assim como a educação e outras áreas, devia de haver uma responsabilidade pública importante de gestão e, por isso, inclino-me, numa forma clara, para que esta responsabilidade do Estado também seja concretizada numa lógica de prestador.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Porque acho que não há incompatibilidade.

Eu defendi numa primeira linha quando muita gente foi contra médicos, Ordem dos médicos muita gente, eu defendi, enquanto responsável pela Ordem, a criação de planos de regulação da saúde logo no aparecimento dos S.A.

Não é que não houvesse regulação da saúde noutras áreas, é que entendia que era importante que se fizesse esse tipo de controlo uma vez que se abria o mercado privado.

E por isso, a meu ver, desde que existe uma entidade reguladora que garanta, não sei se esta tem todas as condições para garantir, mas se existir uma entidade reguladora que garanta aquilo que é o funcionamento do mercado.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Entendo que a saúde não deve ser lançada só a um mercado, mas há áreas que podem ser lançadas ao mercado, tem é que existir uma resposta pública significativa, que, aliás, era muito deselegante, e pouco ético, que os governantes assumissem que ficava só no serviço público.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Penso que é aquilo que é custo e que se eu colocasse o que é hoje proveitos, e o que é matéria de retorno no sector privado, era muito deselegante passarmos transplantes, passarmos a diálise, como já passámos, a noventa e tal por cento e outros sectores para a privada e ficarmos só com a parte terminal de oncologia, ou com a SIDA ou com outros sectores que ninguém vai querer comprar porque não há nenhuma seguradora que faça a cobertura disto.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Por isso, acho que era preferível não ficar só no sector público este patamar, e ficar no sector público, com certeza, a prevenção e progressão na saúde: não identifico grande vocação para este investimento no sector privado a não ser que grandes transformações viessem a acontecer, a responsabilidade social e empresarial, e a responsabilidade social das colectividades e das pessoas.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Q. Em relação a esse caso específico fala-se muito, de facto, que o que acontece com alguns desses hospitais SA é que se desvalorizam determinadas especialidades e determinado tipo de doentes, que passam depois obviamente para outros hospitais, que são reencaminhados para os hospitais públicos. Sentiu de alguma forma isso aqui no hospital?

R. Nós já temos sentido isso numa forma explícita, já dissemos ao Sr. ministro da saúde há um ano ou dois no princípio dissemos que não tínhamos sentido, mas hoje nota-se que há um reencaminhamento muito mais forte do que existia no passado, não para o reencaminhamento normal, mas para suprir défices de recursos em alguns períodos.

Antigamente isto acontecia em períodos de férias, ou quando tinham doentes a mais, o que é compreensível.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Hoje, acontece perante alguns medicamentos mais caros, perante meios de diagnóstico que é preciso fazer e as pessoas não têm condições para investir lá, ou não querem investir, e corremos o risco mesmo da própria selectividade, e chegar mais longe ao ponto das patologias, é mais rentável certo acto cirúrgico, então fazemos este e não fazemos o outro porque realmente será mais visível.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Nós conhecemos isto muito bem, tivemos muita dificuldade em convencer alguns clínicos, enfermeiros, alguns médicos em aderir ao programa, porque o programa era mal pago.

Numa instituição que tem a possibilidade de escolher os programas que quer fazer, se não têm fundamentalmente uma lógica de lucro, de rentabilidade financeira, não tenho dúvidas de que se eu fosse gestor duma unidade dessas ou teria em cima da mesa uma grande condição social e de valores, que tenho, e talvez conseguisse convencer o topo de que não queria tanto lucro mas queria ter uma boa imagem social, um hospital amigo do ambiente e amigo da comunidade e investia muito na responsabilidade social dessa instituição.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Ou, provavelmente, sacrificava mais um bocadinho o ranking mais acima dos hospitais para aparecer no jornal a dizer que estou em primeiro ou em segundo e com isto tirar um dividendo mais tarde e afectar cada vez menos recursos e investir nas patologias mais rentáveis.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Quando estou a falar nas mais rentáveis estou a falar no plano financeiro, nem sequer estou a falar em casos clínicos, ou para estudo ou investigação. Com um hospital como este, o nosso investimento pode ser no sentido de ter patologias ou ter pessoas com grau de dependência de maior complexidade.

E isto pode-nos alimentar uma cadeia de investigação que nós podemos ter com uma articulação com o sector privado, ou com o sector corporativo, com a indústria, coisa que não temos hoje, infelizmente.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Porque um hospital como este devia de ter uma forma mais efectiva, mas esse investimento não passa por situações mais diferenciadas, passa por situações que não gastem tanto dinheiro.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Porque os hospitais hoje não têm uma contratualização, muitos não têm uma contratualização real, não tiveram um orçamento zero, e hoje nota-se que, ao fim de um ano ou dois de funcionamento, têm os seus défices acumulados e o Estado tem que pagar novamente as dividas dos medicamentos, e de tudo o resto e o crescimento das despesas continua na casa dos 15, 20% e mais a divida farmacêutica, o que é claro é que só as políticas por si de racionalização não são suficientes.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Há um crescendo brutal nestas áreas, e a política é uma política macro que se tem que fazer, temos que trabalhar é para que as pessoas sejam mais saudáveis, e que tenham menos acidentes de trabalho e que tenham consciência de que se devem expor menos a factores de risco.

Isto não se faz em um legislatura, faz-se em duas ou três gerações, e é preciso fazê-lo em qualquer altura e começar a fazê-lo, e essa é uma área dos enfermeiros, e não só dos enfermeiros, de muita gente.

Q. Que motivações é que estiveram na base da sua ascensão a este cargo?

R. Eu penso que o que me convenceu mais a vir para aqui, é porque eu fui convidado para ir para a direcção de enfermagem do conselho de administração ainda numa altura que não havia eleições.

Fui convidado para ir para o Hospital X como membro do Conselho de Administração.

Foi fundamentalmente a oportunidade de poder trabalhar de uma forma mais macro, se quisermos, no nível estratégico, na perspectiva de analisar aquilo que era o tecido em termos hospitalares e as necessidades das pessoas na comunidade.

O modelo de trabalho assenta muito numa lógica que eu penso que não estava a presidir na altura, uma lógica de melhoria contínua, de uma lógica sistemática de organização de processos. Quero dizer, foi outra possibilidade de com um grupo alargado de pessoas fazer um trabalho, inventariação do que é preciso fazer e eu perceber que tinha essas condições enquanto enfermeiro director, diferente do serviço onde eu era chefe, ou da minha área só de prestador.

Porque só influenciava aquela família ou aquela pessoa, enquanto chefe eu influenciava aqueles vinte ou trinta doentes que eu tinha permanentemente, e as suas famílias os nossos colegas aquilo que era uma cultura que eu tinha de ver a gestão e a enfermagem, enquanto enfermeiro na área estratégica de topo.

(3 4 1) /Papeis profissionais e de gestão/Relação entre papeis de gestão e de enfermagem/Integração de papeis

Eu fiquei com esta perspectiva de que podia ir mais longe, mais no sentido de influenciar os outros, mostrando a generosidade que eu tinha para a enfermagem.

Aliás, foi isso que presidiu uma certa fase da vida que é encarada, e que prezo muito, isso a minha experiência na área laboral, enquanto responsável sindical, mais tarde e ainda agora, recentemente, a responsabilidade no plano associativo na Ordem dos Enfermeiros que é uma

outra área de resposta para o desenvolvimento da profissão que eu acho que é essa possibilidade de contribuir, independentemente de estarmos ao nível estratégico ou operacional.

(2 5 3) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Legitimação pela Ordem

Se os modelos nos permitirem trabalhar numa lógica de projecto, como nós aqui no hospital H preconizamos, por exemplo, eu sentia-me perfeitamente bem hoje a ser um prestador no hospital H.

Na altura entendi, senti-me bem a ser prestador, podia estar a contribuir mais forte, as pessoas empurraram-me para aí, eu não fui à procura de nada.

A julgar pelo que as pessoas têm dito, eu estava naquele sitio, na hora certa e, depois de começar a fazer um trabalho, penso que as pessoas têm sido generosas também avaliando algum trabalho que temos feito, e têm-me reconduzido a dois processos eleitorais como única lista no hospital H, o que é interessante, uma vez que tem 1500/1600 enfermeiros e agora ultimamente atravessei dois ciclos políticos, com dois partidos políticos, ou com duas correntes políticas diferentes, não é bom nem é mau é difícil, é duro porque são outras pessoas, outro método de trabalho mas eu gosto dos desafios.

Na gestão estou não como enfermeiro só, como estou na área da saúde e gosto da área da saúde e por isso a minha motivação é tentar ao outro dia fazer alguma coisa sempre melhor, sempre diferente, e perceber se aquilo que eu fiz tem algum impacto, o que é que as pessoas esperavam de mim.

Eu acabei há bocadinho de avaliar aqui uma acção da semana passada sobre o manual de qualidade que fizemos sobre a avaliação de desempenho, para saber como é que correu o seminário, aquele programa, o que é que as pessoas têm como expectativa, o que é que vamos fazer já em Janeiro sobre este assunto em termos de lógica de continuidade.

A minha motivação é tentar fazer cada vez melhor no dia a seguir e estar disponível para fazer o que me solicitarem, naturalmente eu sou um simples funcionário da função pública, e estou disponível para cooperar onde for necessário.

Q. E quais foram as maiores dificuldades que sentiu quando assumiu este cargo?

R. As dificuldades é não termos uma estrutura fundamentalmente quando assumimos este cargo, claro que há o impacto do espaço de trabalho ser maior, mas penso que isso não foi uma dificuldade, a dificuldade maior foi não existir um plano global, não existirem algumas medidas de sustentabilidade, por agora são insuficientes.

(3 1 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de projectos

As pessoas acham de grande generosidade ou importância e depois não há a possibilidade de contratualizar o projecto.

Aliás, existe um processo dos últimos cinco anos sobre contratualização interna de recurso humanos, que passa pela produção qualidade e outras coisas.

Porque entendi que só faz sentido trabalhar nestas áreas com uma lógica de contrato, quero dizer, temos que ter um contrato com as pessoas.

(1 4 1) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Políticas salariais

A maior dificuldade que eu senti foi que no topo, a nível de topo estou a falar no âmbito da governação nunca se assumiu facilmente, e hoje continua-se a não assumir um contrato forte com o hospital H no sentido de dizer assim: vocês podem trabalhar nesta regra, e são reconhecidos desta forma, são pagos desta forma.

(1 4 1) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Políticas salariais

Ainda hoje a própria administração pública dentro do próprio Estado é das entidades que mais mal paga ao hospital e leva a que o hospital esteja várias vezes em situações bem difíceis no plano financeiro mas, também, no plano de reconhecimento público, penso que não houve essa possibilidade.

Aqui no meu mundo da enfermagem estão 2600 pessoas, 1600 enfermeiros e oitocentos e tal auxiliares. Neste mundo é que eu tenho um departamento à minha responsabilidade, não digo diariamente só, mas a trabalhar no funcionamento contínuo, nas questões da melhoria da qualidade, em todo um processo de garantia para que os serviços funcionem.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Um espaço organizado com pensamento cultural, com uma estrutura de qualidade, um modelo de gestão e de cuidados e que alinhado na missão do hospital H que não existia de forma explícita mas era implicitamente conhecida e penso que as coisas funcionam.

O problema maior numa casa como esta é a falta desses contratos e desse reconhecimento a montante, não tive dificuldade na base de existir pouca cultura nessa matéria que as pessoas aderiram duma forma muito generosa ao meu projecto de trabalho.

Senti falta de apoio na tomada de decisão em termos de informação, claro, e sinto que numa área destas perdemos mais tempo e esse é mesmo perdido em reuniões necessárias para a tomada de decisão, correndo o risco de no momento da tomada de decisão, já estarmos atrasados, já não vale a pena tomá-la.

Isso é talvez dos maiores erros que a população teve, de ainda não ter percebido que na saúde há custos, despesas, que são custos, investimentos e é um investimento reprodutivo, e acho que valia a pena existir uma frente muito mais forte de investimento nos sistemas de informação e em criar condições de agilização de processos.

(1 1 3) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Burocratização dos processos

Transversalidade dos processos, homogeneização de alguns processos de maneira que não existam pequenas capelas a fazerem diferentes coisas.

Encaro este meu processo dinâmico de direcção de enfermagem como uma entidade própria, foi só um processo do primeiro mandato, no segundo mandato assumi políticas de transversalidade, trabalhei por exemplo para a certificação do primeiro serviço de esterilização do país, acabei eu por ser o promotor do projecto e que hoje está certificado.

Está certificado como processo de esterilização e outros propostas que fizemos como um processo de proposta transversal, em que fomos os pioneiros a trabalhar no tratamento de resíduos, e juntei aqui neste conjunto com os outros directores, sete ou oito áreas de responsabilidade doutra direcção, por isso o meu grande desafio foi trabalhar com os outros, numa lógica integrada, sobre o que era preciso fazer.

Mas no primeiro mandato, o trabalho foi concentrado em mim e no grupo de direcção.

Demos uma grande identidade, afirmamos um grupo de trabalho, por exemplo uma das coisas que vamos lançar na quinta-feira que há bocado estava a falar, estivemos cinco anos no espaço que é da cidadania, porque entendíamos que fazia falta reflectir sobre as coisas da cultura no serviço de enfermagem para ajudar a compreender a cultura do hospital ou até para promover outros serviços.

(1 2 4) /Reformas organizacionais/Retórica/Necessidade de mudança

Por isso dificuldades, dificuldades, foram mais as dificuldades na área da sustentabilidade do que propriamente as pessoas, as pessoas não foi problema.

Q. Digamos que parece que sentiu alguma necessidade de uma maior flexibilidade ao nível dos recursos humanos?

R. Sim, a flexibilidade a meu ver não é aquilo que hoje está em cima da mesa, aquilo que está em cima da mesa, na minha opinião, é uma alteração paradigmática, é a segurança do trabalho, e passou-se para o paradigma da incerteza, ou pretende-se passar para o paradigma da incerteza.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Eu não entendo que as pessoas tenham necessidade de estar no paradigma da incerteza para serem bons, aliás as pessoas podem estar no paradigma da segurança.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Tem a ver com a forma como eu vejo os outros, acho que as pessoas são boas por natureza, se tiverem erros têm que ser corrigidos.

Na ida à lua a rota esteve permanentemente a ser corrigida, se não nunca se tinha chegado à lua. Eu acho que essa avaliação de desempenho, é um processo que os enfermeiros têm, outros profissionais da saúde poucos têm, é um excelente processo e penso que a gente só precisa de ser avaliado correctamente se servir como instrumento de desenvolvimento profissional.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

E mais do que isso do que outra coisa qualquer, do que grelhas de avaliação de performance, isso podemos avaliar outras coisas se o hospital produziu muito ou produziu pouco, mas se isto for feito assim é possível depois estabelecer níveis de reconhecimento.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Eu tenho um sistema de reconhecimento e recompensas no serviço de enfermagem que aprovei no Conselho de Administração; há dois anos que temos colocado no ar, mais para lembrar que há responsabilidades colectivas, e individuais e que as de desempenho podem ser evidenciadas mesmo em colectividade.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Q. E como é que funciona esse sistema de recompensas?

R. Funciona, elegemos algumas áreas que achamos que devíamos assinalar, as pessoas que tiveram contributo são as equipas.

Q. Mas como é que os reconhecem? Porque, em termos de remuneração não me parece possível...

R. Não passa pela remuneração, se quisermos eu tenho um processo de contratualização de recursos humanos, faço um processo de contratualização de serviço a serviço, e que desta forma me permite ter uma performance de todos os serviços, qualidade, produção, comissão de recursos etc.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Negoceio com as equipas as prioridades em conjunto, as equipas comprometem-se a atingir objectivos e depois no final avaliamos.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Quando chega ao final do ano por área de supervisão que em dez, doze serviços tenho atribuído, a um serviço um prémio simbólico são mil euros, não do hospital mas de verbas que eu consigo rentabilizar através duma revista que temos, entre outras coisas.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Q. São dados directamente aos enfermeiros?

R. Não são dados directamente aos enfermeiros, mas são verbas que são investidas depois na equipa, no plano das condições dos doentes, naquilo que é a melhoria dos serviços, nas oportunidades de formação, também algumas chegarão à mão dos enfermeiros por essa via do aprovisionamento contínuo mas, são prémios sempre colectivos.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

Há pequenos reconhecimentos, por exemplo a assiduidade, que eventualmente pode ponderar nestes aspectos, contributos para a inovação e qualidade.

Por exemplo, eu criei uma equipa que lhe chamamos flexibilidade dos cuidados de enfermagem, é uma equipa que está disponível a mudar de serviço de três em três meses todos os enfermeiros e que apoiam os serviços que têm necessidade acrescidas com picos de produção ou por défices de pessoas.

(1 3 1) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Flexibilidade

Q. Digamos que isso é um esquema que não funciona para o hospital todo é só uma equipa que é diferencial nesse sentido?

R. Claro, é uma equipa que, com esta flexibilidade, apoia os outros serviços, e esta equipa, por exemplo no primeiro ano em que as pessoas aceitaram o desafio, um projecto aprovado pelo conselho de administração nesta matéria, a quem eu atribui condições especiais, atribuição do regime regressivo que são mais 40% do salário, etc.

Atribui-lhe o prémio de inovação e qualidade no serviço de enfermagem nessa altura em 2002, são assim umas coisinhas que passam por cima que fazem parte dessa brincadeira, pequenas lembranças na lógica do sistema de recompensas mais intrínseco; não venho com dinheiros porque não tenho essa possibilidade para reconhecer as pessoas.

Acho, ontem tive aqui os enfermeiros chefes e avaliadores da avaliação de desempenho mais de cento e tal pessoas que são os responsáveis pela avaliação de desempenho no hospital, duas ou três pessoas por serviço, reuniram-se na semana passada com experiências da privada: do grupo de Aveiro, daqui e do centro cirúrgico das outras áreas, e com as experiências que nós temos.

E o reconhecimento do grupo colectivo é que não são os incentivos que nos vão motivar na dinâmica dos cuidados de enfermagem para a resposta às pessoas, tem que ser mais do que isso.

Claro que as pessoas têm que ter o nível das necessidades satisfeitas e o resto por aí adiante, mas penso que, em qualquer circunstância, as condições de trabalho, as formas como se relacionam com as chefias, são oportunidades para a organização.

Naturalmente as oportunidades depois também proporcionam o desenvolvimento, tudo isso conta, são fundamentais, concordo numa forma clara que devíamos ter uma maior política de reconhecimento no plano macro, não só no plano micro organizacional.

E esse é um défice da própria organização do ministério da saúde, que tem uma lógica elitista, por vezes hoje de olhar para indicadores que são mais indicadores de produção, às vezes não chegam a reflectir a produtividade e fica como uma situação perversa porque pode levar a um desvario das pessoas trocarem a competição saudável, por uma competição desenfreada, e disso não sou adepto.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Q. Essa equipa que me está a falar como é que funciona em termos de hospital, qual o resultado da criação dessa equipa?

R. Eu fiz o seguinte, fiz isso para uma equipa de auxiliares, e para uma equipa de enfermeiros. Eu descobri que na altura alguns serviços tinham um excesso de homens e outros tinham uma situação deficiente.

Numa primeira fase fui buscar alguns auxiliares que estavam dispensados dos serviços que não precisavam lá duma jornada inteira de trabalho, oito horas, trouxe-os para essa equipa e, depois, fui oferecer a essa mesma equipa, donde vieram os auxiliares, as horas que eles precisavam, duas horas, três horas o que eles precisavam, e, com isso, criei uma bolsa de auxiliares nesta matéria, não fui buscar mais ninguém à rua.

Nos enfermeiros não, havia um défice, em termos de horas ainda hoje há, o hospital H é um dos que tem uma rácio mais baixo em termos de enfermagem face às necessidades das pessoas.

E, nessa altura, assumi que era preciso ter uma equipa suplementar, para além de contratar, não me agrada a ideia de contratar uma pessoa e ao fim de três meses suspender-lhe o contrato, mandá-la embora.

(1 4 2) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Vinculo contratual

Então assumimos uma pessoa que estava numa equipa e que de três em três meses ia substituir outro colega que estava ausente e que era imprescindível na prestação de cuidados naquele momento naquele serviço.

(1 3 1) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Flexibilidade

E foi essa equipa que trabalhamos aqui numa dinâmica de projecto, fiz um projecto que apresentei ao Conselho de Administração; superou aquilo que eu pensava em termos de impacto, e também aquilo que tínhamos em termos de custos, e foi aprovado.

Mesmo assim, quero dizer que esta equipa que temos hoje responde a 50% das nossas necessidades do hospital, isto significa que se eu quisesse responder a 100% das necessidades efectivas desses serviços eu precisava de duplicar esta equipa.

(1 4 3) /Reformas organizacionais/Políticas de recursos humanos/Diminuição do número de efectivos

Aspecto que naquilo que são as necessidades do hospital, não considero prioritário, considerava prioritário mas, como não é possível no plano das tomadas de decisões do Conselho de Administração...

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Q. Como é que me caracteriza a sua relação com os outros membros do Conselho de Administração?

R. Acho que é excelente, sabe que desde muito cedo nos outros Conselhos, já tenho uns cinco ou seis Conselhos de Administração, assumi que no dia a seguir quando eu era eleito deixava de ser o representante dos enfermeiros e passava a ser um membro do conselho de administração.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Hoje mesmo não sendo eleito tenho essa cultura, embora tenha a responsabilidade, de ser o responsável pela direcção técnica do serviço de enfermagem, e aí eu tenho que responder pela assistência dos cuidados de enfermagem.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Mas, depois, tenho responsabilidades colectivas no âmbito do hospital, e aí cada um de nós partilha na tomada de decisão aquilo que é a sua parte mais forte de responsabilidade institucional.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Se calhar com as alterações recentes e como enfermeiro sinto que estou em menos áreas de responsabilidade global do hospital, sinto que estou mais remetido à minha área de enfermagem.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Se quer que lhe diga não sei se é bom se é mau, penso que é uma oportunidade para mim e para os enfermeiros.

Q. Digamos que está mais voltado para defender os enfermeiros?

R. Não de defender os enfermeiros, mas de repensar mais os processos de enfermagem e tentar que a enfermagem seja cada vez melhor.

Embora entenda que estando no conselho de administração, só é possível que isto seja efectivo desde que esteja permanentemente no conselho de administração, eu ou qualquer enfermeiro, se todas as actividades relevantes forem partilhadas.

Se existir grande transparência nas tomadas de decisão, na preparação das tomadas de decisão, na partilha das alternativas, antes de chegarmos à tomada de decisão, e aí é uma questão de metodologia de funcionamento do Conselho.

E eu conheço Conselhos que são notáveis que neste momento funcionam bem, o nosso é um conselho que funciona satisfatoriamente bem, com certeza podia funcionar melhor, mas penso que funciona de forma aceitável, com uma boa relação de trabalho, com respeito mútuo daquilo que são as funções de cada um; há uma partilha para o colectivo, e há conselhos que não funcionam bem com este modelo porque, eventualmente, as pessoas não conseguiram responsabilizar-se colectivamente pelo grande objectivo do hospital.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

E perceberem qual é a área de cada um e não assumiram a distribuição das responsabilidades desde o primeiro dia que começaram.

Eu conheço Conselhos em que o enfermeiro é responsável por toda uma política de gestão da área hoteleira, tem esse dossier e a questão dos enfermeiros eventualmente nem sequer comprova aquilo que a legislação diz, em relação à coordenação de recursos humanos de auxiliares de acção médica, que em termos funcionais é essencial para a sua actividade.

(1 1 1) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Gestão de topo e participação dos profissionais

Porque são nesses grupos que os enfermeiros podem delegar algumas das suas actividades, tarefas, se entenderem que a pessoa está capacitada para o efeito e que o contexto específico o permite, porque só nesse contexto é que se pode decidir.

Isto para dizer que tem mais a ver com o estilo do que propriamente com o modelo, embora o modelo penso que, só por si, não é impeditivo de fazer bom trabalho, agora os estilos às vezes prejudicam os modelos.

Q. Quando o Sr. enfermeiro apresentou esse projecto que tem vindo a dinamizar aqui no hospital, eles foi simplesmente avaliado pelo Conselho de Administração ou requereu algum trabalho prévio de negociação com os outros membros?

R. Eu acho que a negociação com os outros elementos é saudável, e eu penso que os enfermeiros, tanto nas instituições como na sociedade civil, têm que trabalhar muito mais, serem muito melhores, ser bons, muito bons para conseguir vender os seus projectos do que propriamente outros que são menos bons e conseguem que lhos comprem quase sem os apresentarem.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Por isso pode ser uma modéstia da minha parte em relação aos enfermeiros, mas penso que é verdade.

Em relação ao hospital H, eu gosto de apresentar os projectos e que estes sejam argumentados, eu acho que eles ganham outra solidez outra consistência, e os projectos têm sido acarinhados.

Quando apresento qualquer projecto penso que em certas fases do projecto têm cinco áreas funcionais, um grupo de pessoas com áreas de projecto muito próprias, mas penso que foi preciso fazer isto no hospital H, uma grande mexida geral nas consciências, embora o hospital tenha uma grande dimensão.

Devia ter uma estrutura mais ampla, eu só tenho três adjuntos com um hospital que tem mil e seiscentos enfermeiros, e tenho os mesmo três adjuntos para as mesmas três áreas de pensamento, eu acho que se precisaria de mais gente para apoiar.

Eu criei aqui uma lógica de gestores de projecto e de assessores para certas áreas e continuo a ter pessoas que são responsáveis por certas áreas; tenho, por exemplo, o gestor da administração do desempenho, o gestor do manual da qualidade, que por sinal começou numa das nossas reuniões de reflexão num hotel, que se faz anualmente.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Faz-se uma reunião de trabalho com esta direcção, faz-se duas ou três por ano, e saltou a necessidade de reflexão de cinco ou seis projectos centrais.

Um dos processos centrais era a avaliação de desempenho, trabalhamos nisto durante dois anos com equipas muito abrangentes e com diferentes categorias dos serviços. Como concluímos agora o manual, penso que é uma coisa nova que provavelmente vai ser criticada, que será bom para nós porque prevê um desempenho individual dos enfermeiros, a componente da responsabilidade colectiva da equipa.

(3 2 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Avaliação de desempenho

O que é que eu quero dizer? Que para atingir o desempenho no enfermeiro final, há que proceder ao apuramento de quanto é que vale o seu contributo.

Eu já hoje consigo definir o nível de desempenho por percentagem; aqui, dentro de cinco graus, assumo que pesa uma percentagem X a satisfação dos clientes, a avaliação da qualidade, as questões do nível de contratualização atingido com um conjunto de aspectos que são essenciais.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Por isso, procuramos acima de tudo tentar mudar ao máximo, ir ao encontro daquilo que eu penso que são as necessidades dos serviços e das pessoas, por isso na prática é mais isto.

Os nossos projectos têm sido acarinhados, e acho que, às vezes, quando não são acarinhados é por falta de visão externa, de sensibilidade.

Temos um projecto que não conseguimos ver aprovado por falta de apoio que era como o nosso serviço domiciliário, data dos anos 50, e que os enfermeiros assumem hoje permanentemente na comunidade a tratar as pessoas, tem reabilitação, cuidados gerais e muitos projectos foram com uma agenda de acompanhamento no âmbito duma contratualização que fizemos.

Candidatamos um projecto para esta área, e depois o Conselho teve a lucidez de apoiar aquele projecto na área da reabilitação e hoje continua a assistir as pessoas no domicílio, mas queria dizer que um dos projectos que nós tínhamos em continuidade era assistir as pessoas 24 horas no domicílio, na fase terminal de vida, ou noutras situações.

Acho que é interessante as pessoas terem os seus últimos dias de vida de forma serena, junto das pessoas de quem mais gostam, com um máximo de condições.

Depois, há uma coisa muito insignificante talvez por falta nossa, de conseguir vender com a força necessária; por ser um hospital central universitário tem um grau muito agudo de doentes que as pessoas às vezes estão sensíveis para a continuidade de cuidados e parece-me que deve ser uma área nossa de resposta e não conseguimos ver esse projecto aprovado, nem pela segurança social, nem pela ARS.

Seria aprovado se nós fôssemos uma organização social, seria aprovado de imediato, aliás, nós temos parcerias com outras entidades que sentem apoio noutras áreas.

Enquanto são os outros a promoverem, nós apoiamos já é aprovado, porque não somos nós a promover, não nos dão esse privilégio de aprovarem os projectos.

Penso que é uma pena porque não deveria haver inconvenientes para isto ser feito desta forma, se não falamos daquela conversa do princípio, porque é que o serviço público não deve organizar os serviços de forma articulada e ter uma cadeia de resposta assim como o hospital E. Isto só pode ser feito numa lógica empresarial na perspectiva económico financeira, e isso acho que é uma falta de visão estratégica do Ministério da Saúde.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Ou é uma visão estratégica do Ministério da Saúde, se tiver uma vontade explícita de não privilegiar o desenvolvimento do serviço público de saúde.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Q. Sentiu algum tipo de dificuldades em conciliar aquilo que são os objectivos do Conselho de Administração com os objectivos específicos da área de enfermagem?

R. Eu penso que não tenho grandes dificuldades, embora nós não tenhamos tido muito trabalho no plano da operacionalidade da estratégia, se quisermos, quero dizer, o CA se conseguisse, devia ter um trabalho mais efectivo.

Q. Tem-se centrado mais na definição da estratégia do que no seu desenvolvimento e operacionalização?

R. É essa a questão, eu penso se eventualmente tivéssemos trabalhado mais nessa perspectiva, a minhas dificuldades seriam maiores, eu não sinto muitas dificuldades e eu explico porquê.

Porque nós temos um processo estes quatro, cinco anos, com uma certa contratualização interna que são os cuidados de enfermagem que tem tido uma consistência reconhecida pelo Conselho. E agora, quando o Conselho, há um ano e pouco dois anos, decidiu fazer orçamentos de programa por serviço, que é um trabalho que eu considero importantíssimo, e tenho acarinhado, a preocupação que tive foi que este nosso trabalho da contenção seja integrado no orçamento do próprio serviço.

E a partir daí a dificuldade é na participação da tomada de decisão.

Se, por exemplo, as direcções de serviço não preverem a participação do enfermeiro que, nalguns casos, consoante os directores estão mais ou menos numa gestão participada, existe ou não existe, se a pessoa é mais ou menos autocrática, mais ou menos democrática ou o que calhar, se fosse num plano intermédio pudessem ou não participar ao nível do departamento de responsabilidade

E esse é o programa e podemos correr o risco de chegarem alguns orçamentos a este programa sem a consciência necessária daquilo que são as necessidades expressas dos cuidados de enfermagem das pessoas.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Porque aí somos nós que definimos quais são as necessidades, temos essa autonomia, e penso que somos os únicos que temos esse saber, e depois traduzimos essas necessidades em horas de cuidados de enfermagem para as pessoas, nós temos aqui neste hospital a identificação diária de horas necessárias de cuidados de enfermagem.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Temos hoje a informação de que os nossos enfermeiros são utilizados, e há muitas pessoas que têm essas necessidades, cerca de 145% de necessidade de horas de cuidados de enfermagem em relação ao que têm.

Somos 100% enfermeiros e temos cerca de 140% de horas de necessidade, são utilizados 140%, então ficarão alguns cuidados por prestar e que acredito que seja verdade.

(1 3 2) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Sobrecarga de trabalho

Neste trabalho feito desta forma, em que o hospital possa investir mais na alteração da própria estratégia, a dificuldade não é nenhuma em termos de direcção de enfermagem, muito pelo contrário.

Hoje as direcções de enfermagem já têm uma cultura há algum tempo, nesta parte da gestão de processos, da gestão de contrato, de algum trabalho de reconhecimento, estamos a caminhar para aí, por isso comigo ou com outra pessoa qualquer se este plano de trabalho continuar como nós fazemos estabelecemos as nossas prioridades.

Fazemos um plano estratégico, fazemos um trabalho de acompanhamento algumas áreas têm estado com maior défice de acompanhamento que de facto queremos trazer algum crescimento, e o problema não é grande.

O défice que nós temos tem a ver com o sistema da informação clínica em enfermagem que estamos agora a tentar colmatar porque tem a ver com as questões de articulação entre as entidades e é uma questão de informação clínica e naquilo que é o recolher da informação de doentes, as suas necessidades, fazer o planeamento e tornar isto numa outra coisa que é a informação de enfermagem para a gestão.

(1 3 3) /Reformas organizacionais/Organização do trabalho/Padronização de processos e práticas

Em algumas áreas, os cuidados de enfermagem e aquilo que é o investimento dos recursos de enfermagem, já representam bastante no custo total dos cuidados da saúde e, se for verificado, os níveis de diagnóstico homogéneo encontra por vezes incluído num grupo aleatório das actividades de enfermagem, num patamar de 4/5% em termos percentuais em relação aquilo que é o financiamento.

E por isso é que nós temos a necessidade de termos alguns indicadores com uma malha mais fina, isto para dizer que temos que ter indicadores mais fiáveis que traduzam os ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Mas penso que temos um percurso grande a percorrer, não para chegarmos à conclusão de que produzimos muito, que temos aqui uma grande responsabilidade em termos organizacionais, mas para darmos a conhecer aquilo que é a afectação dos recursos e a sua rentabilidade.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

E penso que para facilitar a tomada de decisão, assumir o estudo de custo de oportunidade de forma correcta.

Quero dizer se vale a pena investir em enfermagem, ou se é preferível investir em técnicos menos diferenciados.

Baixar a resposta em termos de cuidados de enfermagem numa comunidade terapêutica num serviço traduz mais gastos com a saúde, dá mais despesa em termos de serviços de saúde e dão-nos ganhos em saúde.

(1 2 5) /Reformas organizacionais/Retórica/Eficiência e qualidade

Q. A contratualização faz-se com os serviços ou com os departamentos?

R. Com os serviços, porque nós temos aqui o hospital organizado em serviços, depois dos serviços ainda tem algumas unidades e depois há uma junção de serviços em departamentos, mas está tudo numa cultura de organização de departamentos, há a partilha de um conjunto de serviços, mais no sentido do departamento.

(1 1 4) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/departamentalização dos serviços

Q. Mas criaram uma linha intermédia?

R. Nós não criamos essa linha, o hospital já tinha uma organização através da área de responsabilidade da administração.

Nós temos uma área de supervisão no hospital, numa casa com esta dimensão as respostas que temos, o bom desempenho que temos, nós temos desempenhos muito superiores e com menos recursos em matéria de comparação connosco, com o que nos é possível comparar.

Tenho ideia de que o desempenho que temos em termos organizacionais é de bom nível, e precisamos mesmo das estruturas intermédias eficazes, daí nós termos a perspectiva de convidar os directores de serviço, ou os próprios serviços a pensar, tirando o departamento de área médica, de área cirúrgica, reconverter a cirurgia cardiotorácica para a área pulmonar torácica.

(1 1 4) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/departamentalização dos serviços

Avançamos com um departamento para a área dos queimados, plásticas, há uma perspectiva de desenvolvimento para a área de cirurgia de transplantação a algum nível, com o objectivo de trazer o maior nível de cirurgias, trazer alguma especialização para respostas às pessoas.

E estamos convictos que pode ser uma estratégia, só será uma estratégia se agora trouxer alguma coisa no âmbito do dinamismo e da gestão, se não será só uma distribuição de pelouros e só serve para criar mais um director de departamento que até agora não existia.

Q. Mas quando fala que pretende criar um maior dinamismo na gestão não implica a introdução de mais profissionais da área da gestão neste nível deste departamento?

R. A ideia é uma ressurreição de meios, quando falo em introduzir mais funcionários na área da gestão, penso que nós temos um défice a nível organizacional, de colaboradores, de responsáveis da área da gestão. Embora os enfermeiros tenham desde cedo uma componente importante na formação na área da administração e na área da gestão, precisamos hoje de ter um conjunto de respostas desde as questões contabilísticas, financeira, auditoria a muitas áreas que é importante ter; o hospital H tem feito esse investimento no sentido de ter esses profissionais em áreas importantes, económico-financeiras e outras, acho que existia mesmo uma economia de escala.

(2 3 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia mangerialista ou de gestão/Legitimidade científica das funções de gestão

Q. A relação entre os enfermeiros chefes e o director de serviço, em termos gerais no hospital houve alguma mudança com este conselho de administração?

R. Na legislação não notei grandes alterações, mas certos sítios específicos sim, estou convencido que é uma questão da forma trabalhar da equipa, se as pessoas forem bem formadas e conseguirem ter a preocupação de que é essencial, e forem chamadas a concentrarem-se no essencial, com certeza que não perdem tempo com coisas que são menores, e se tiverem uma visão correcta daquilo que é a gestão, tentarem-se concentrar nas suas responsabilidades, agora há pessoas que têm fragilidades, défices na formação, e que eventualmente têm uma visão muito restritiva.

Com certeza os médicos são um sector mal formado em termos de formação de gestão, eles estão agora a fazer um processo de acreditação, para ganharem mais formação e experiência na área da gestão.

(2 3 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia mangerialista ou de gestão/Legitimidade científica das funções de gestão

Os enfermeiros não, estão desde os anos 20 do século passado em programas de formação para as áreas de chefe, nos anos 40 e 60 do outro século existiu um grande crescimento na área.

(2 3 1) /Valores e ideologia profissional/Ideologia mangerialista ou de gestão/Legitimidade científica das funções de gestão

Isto para dizer que os enfermeiros chefes são hoje pessoas responsáveis por áreas da gestão de cuidados, materiais, de informação, da ligação efectiva, um conjunto de respostas no plano do produtor, a este nível tem uma visão enquadrada no serviço de enfermagem. Uma cultura que tem respeito pela pessoa, uma cultura de partilha de participação da decisão, não haverá nenhum problema.

Como disse, haverá uma participação mais hegemónica e, quando um director de serviço não tem esta visão, penso que a resposta a isto seria uma resposta médica, eu penso que, e tenho a perspectiva de que, é uma fase de conhecimento mútuo.

Agora vejo com algumas preocupações sempre quando estes processos não são bem discutidos e quando todos os interlocutores não têm as mesmas oportunidades, penso, mesmo em licenciaturas, os enfermeiros não têm oportunidades de estarem de igual para igual no aproveitamento das suas competências e capacidades, aliás foram em alguns níveis muito preteridos nessa matéria.

Q. Acha que foi essencialmente por “culpa” dos políticos?

R. Eu penso que foi por “culpa” dos políticos e dos enfermeiros que têm um défice, e depois porque os enfermeiros têm vivido numa forma muito intensa nos últimos anos e passaram por uma série de ciclos a nível profissional e hoje praticamente estão todos com licenciatura.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Estão no bom caminho, depois também a profissão mudou e isto não foi muito favorável a que os enfermeiros provavelmente não aproveitaram o tempo, quando deviam aproveitar, de intervenção social específica.

Isto é uma questão claro, a outra questão provavelmente porque quem está no poder tem a possibilidade de ter uma atitude por vezes manipulativa dos meios que tem na mão, e era interessante provavelmente manipular os meios dos médicos no sentido de dar um falso poder, para depois lhes tirar poder.

O problema é não quererem tomar a decisão no sentido da organização clínica, e estarem perfeitamente limitados por não terem condições para isso.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

Fundamentalmente, a lógica de que os recursos não são infinitos, terá que ser sempre um pouco assim, embora seja necessário que a representação das necessidades das pessoas esteja em presença, independentemente, desde o primeiro momento, é uma situação na fase da discussão.

Quero eu dizer se há um projecto para responder às necessidades das pessoas na área da prevenção da doença, devem estar todos a trabalhar, não deve depois só aparecer a pessoa que inventou aquele medicamento para atacar aquela doença.

Penso que aí é que os enfermeiros não conseguiram ser chamados para aquilo que era necessário, e estão a começar a fazer coisas engraçadas, estão a começar a dar visibilidade ao seu trabalho, se nós conseguirmos ter uma cultura de aproveitamento daquilo que são as nossas experiências.

Isso vai surgir como uma bola de neve, e as pessoas vão reconhecer cada vez mais o empenho dos enfermeiros, não como a pessoa ou alguém muito simpática, muito eficaz, mas como uma profissão fortemente imprescindível na resposta às pessoas.

(2 5 2) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Reconhecimento social

Isso é que eu acho que é necessário que as pessoas compreendam.

Q. Disse-me à bocadinha que é um facto que os enfermeiros possuem mais formação ao nível da gestão. Sente que essas competências são reconhecidas dentro da cultura hospitalar?

R. Eu acho que na cultura hospitalar são e se calhar são há muito tempo.

Muitos enfermeiros que já saíram desta casa foram os promotores, as pessoas que ajudaram a dar o passo a outros profissionais que não são enfermeiros, mesmo no plano do conhecimento, das práticas de higiene, parece esquisito mas foi verdade na gestão do bloco operatório, em certas áreas diferenciais, e as pessoas que reconhecem os enfermeiros como pessoas dedicadas, competentes de grande altruísmo.

Mas também se não trabalharmos na ideia de que as pessoas têm necessidades que vão além dos cuidados médicos, vamos ver sempre no enfermeiro alguém que tem uma resposta, e que é bem reconhecido.

Estou convencido de que há uma grande partilha e uma grande aceitação de que a parte do enfermeiro é importante, aliás, na saúde, temos todos a ganhar se compreendermos que a valorização de todos os actores é essencial.

Agora uma coisa é essa compreensão, outra coisa é conseguirmos dar o salto para a fase seguinte em que aceitamos de forma normal que a decisão pode ser partilhada.

(2 4 2) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os directores clínicos

E aí é que algumas pessoas, por força do pensamento, que lhe vão colocando, é que isto não se trabalha em rede, não se trabalha com gente no meio, trabalha-se com profissões no meio.

Organiza-se a vida hospitalar em função dos horários profissionais que estão lá fora, no trabalho ou na sua vida pessoal, apesar de haver uma grande responsabilidade do hospital.

Um hospital amigo do ambiente também é das pessoas, hoje o nosso tecido de saúde não está organizado para responder às pessoas, mas sim organizado para responder às suas necessidades individuais.

Isto penso que é a parte mais negativa e só se consegue com alguma forma clara de acompanhamento e de orientação, mas com mudança cultural efectiva e dando condições às pessoas de forma significativa, tendo um sistema público muito eficaz, com gente muito empenhada, dedicada à sua causa e podermos-lhes dar o máximo de condições no trabalho.

E eu penso que as condições de trabalho são muito fracas em grupos como os auxiliares de acção médica, em muitos sectores com os enfermeiros, são muito insuficientes.

Eu penso que este é um aspecto menos bom que deviam ponderar porque se não tiverem actores destes, provavelmente as pessoas ou se perdem para outras situações, ou há um *turnover* elevadíssimo como há em outros países.

Em que o nosso caso cultural não está a esse ponto mas poderá haver em qualquer momento, quando perceberem que a enfermagem já não é aquilo que esperavam.

São as gerações seguintes que podem começar a fazer essas coisas, o enfermeiro pai ou mãe vai provavelmente ter dificuldades em explicar ao seu filho que não vá para medicina, que vá para enfermagem que vale a pena.

Depois ele vai dizer que se for para enfermagem não vai poder comprar o carro que gostava, não vai conseguir ter a casa que eu gostava e lá fora os meus amigos dizem isto e aquilo e eu sou enfermeiro, eu penso que hoje em dia isso não acontece porque as pessoas percebem o trabalho do enfermeiro.

(2 5 2) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Reconhecimento social

Q. Sente que o seu trabalho é valorizado e reconhecido dentro da instituição?

R. Eu penso que as pessoas, modéstia à parte, são muito generosas comigo, têm-me acarinhado bastante e penso que têm reconhecido a minha dedicação, o meu empenho para fazer o melhor que sei fazer.

Aliás, se não sentisse esse reconhecimento, não estava neste sítio nestas condições de trabalho que são as mais importantes, tenho pessoas cá no hospital com categorias abaixo da minha que ganham duas ou três vezes mais do que eu, em alguns contextos, estamos a falar de enfermagem.

Nos outros sectores é pior, por isso, para dizer que numa área como esta está-se mesmo por dedicação, por querer estar, e por acreditar na melhoria dos serviços da enfermagem e da saúde. Porque nitidamente se não fosse essa dedicação, claro que também há a auto estima, o querer estar nas coisas, mas se não fosse isso e depende das pessoas.

(1 2 1) /Reformas organizacionais/Retórica/Ethos empresarial

Penso que não pertença a esse grupo de pessoas que só está nisto para dizer que sou director, não tenho essa importância mas, de qualquer forma, se não fosse por acreditar que sou muito útil no trabalho que estou a fazer, a dar o máximo e que as pessoas acham que estou a contribuir, não me sentia naturalmente reconhecido assim.

Q. E o que é que gostava de ver mudado na enfermagem aqui no hospital? Que projecto é que ainda gostaria de ver concretizado?

R. Em termos de enfermagem uma das muitas coisas que eu agora, tenho como projecto base, são as questões da informação clínica.

Queria que existisse um incremento maior nessa matéria, nesta frente de trabalho estou a incidir mais.

Depois comecei a elaborar um trabalho dos contra processos para chegar àquilo que é a identificação muito clara das áreas em que os enfermeiros têm uma acção importante.

Estou na fase de me concentrar mais nessas áreas, por isso essa é uma área para mim mais forte nos últimos tempos.

Depois queria que os instrumentos que eu coloquei em cima da mesa, alguns são meramente de índole cultural, fizemos uma revista de enfermagem, temos algumas publicações científicas anuais que fazemos, um programa de formação, temos uma série de aspectos que eu acho que são essenciais para que as pessoas se desenvolvam, há toda uma dinâmica que eu acho essencial.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Claro que gostava de ter maior responsabilidade na área de apoio às famílias, nos doentes que estão aqui na oncologia.

Tenho uma área de espaço criança que também tenho tido alguma responsabilidade para apoiar as crianças, são áreas destas de tamanho social que eu gostaria de continuar a acarinhar.

Depois, fundamentalmente, não sou ambicioso, o essencial é que estes projectos que nós temos sejam importantes para ajudar a desenvolver o hospital H.

Há bocado falava-lhe no apoio ao domicílio, gostava de ampliar a nossa rede de resposta articulada com os centros de saúde, mas isso também depende da ambição do hospital e das áreas quase de negócio de resposta que o hospital quiser assumir.

Uma área forte que nós temos aqui é o sistema clínico do hospital, tem uma boa dose de autonomia, com indicadores próprios com articulação, e que eu acho que vale a pena.

Onde eu acho que vale a pena e vou investir é no trabalho de acompanhamento de alguns destes processos e tenho tido mais dificuldade é na informação.

Eu não tenho conseguido vender a ideia mas penso que a curto prazo vou conseguir e o hospital está a modernizar-se, nalguns serviços, nessa matéria.

Q. Do conjunto de actividades que fazem parte do seu dia-a-dia, de qual(ais) retira a maior satisfação, o que é que lhe dá maior prazer fazer, e ao contrário o que é que lhe dá menos?

R. Eu gosto muito de visitar os serviços, de tratar com os papéis dos serviços.

Por opção assumi que só ia uma ou duas vezes por semana ao serviço, faço uma auditoria de informação.

(3 2 7) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Supervisão dos cuidados

Passo o serviço a pente fino no sentido de conversar com as pessoas, saber em que é que posso ajudar, saber como é que eles têm os projectos organizados, isto é uma área muito interessante que eu gosto de trabalhar.

(3 2 7) /Papeis profissionais e de gestão/Papeis de organização e regulação do trabalho profissional/Supervisão dos cuidados

Depois gosto de fazer trabalho de planeamento e acompanhamento, agrada-me gerir as coisas a esse nível e tentar sistematizar essas coisas.

(3 1 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de projectos

Gosto muito de acolher as pessoas, tenho dois dias por semana que eu assumi que atendia as pessoas, mas fico muito contente quando posso compreender o funcionamento dos serviços com essas entrevistas.

Se quiser, a parte mais interessante do meu dia é conjugada nisto, no que são as respostas aos projectos, às solicitações, provavelmente é esta a parte mais interessante, claro que ao fim do dia vejo que há coisas que eu queria fazer e não consegui.

Q. Explique-me um bocadinho melhor como é que funciona o sistema de contratualização?

R. Nós temos uma lógica de planeamento e filosofia cá dentro que parte da parte operacional ao nível individual, ao nível da pessoa e depois do serviço, por isso há este acordo de planeamento que constrói os planos de serviço através da expectativa do próprio enfermeiro e das necessidades das pessoas.

(3 1 2) /Papeis profissionais e de gestão/Papéis de organização dos serviços/Organizador de projectos

Mas isso é traduzido depois num processo de contratualização que define algumas dimensões quantidade/qualidade, e estas dimensões que nós definimos, têm depois critérios, indicadores para atingir, e esses indicadores também são definidos aqui a níveis estratégico.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Alguns foram elaborados até no próprio serviço, por exemplo a esterilização tem níveis de esterilização por doente.

Claro que todos os serviços têm a personalização dos cuidados, têm a organização dos cuidados, têm a avaliação de qualidade dos enfermeiros.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Com a definição desse contrato todo nós acordamos um plano de desempenho, esse plano de desempenho é discutido pelas equipas, é validado em alguns momentos e, depois, avaliado no final do ano para voltar a fazer outro no ano seguinte.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

São estes processos de contratualização, são um processo simples que tem um fluxo que parte das necessidades, do planeamento, definição dos objectivos, depois há uma cadeia de

acompanhamento, de execução e depois vamos ao ciclo de melhoria, portanto são fluxos deste tipo.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Q. E depois na avaliação dos resultados?

R. Os nossos objectivos principais passaram muito por um processo de contingência.

Nós tínhamos défice de recursos humanos, tínhamos que fazer um processo de optimização destes recursos e a forma que eu encontrei primeiro foi numa lógica de equidade.

Dar as condições mínimas de recursos humanos em termos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e ligando isto a outra questão à qualidade e ao desempenho.

Quero dizer, as pessoas têm que ter recursos de alguma coisa e foi neste processo de definição de metas que houve discussões e, naturalmente, agora estamos numa fase de diferenciação.

Imagine a consulta está organizada por hora, isto traz encargos ou não traz encargos, vamos ver se houver encargos temos que ter um reforço de horas de enfermagem na consulta externa durante o dia, então vamos pensar nas horas mais para a consulta externa.

Isto tem sido dinâmico, permanentemente, este processo de contratualização é algo que nós consideramos bastante interessante, no sentido da nossa dinâmica, porque assumimos mesmo os nossos objectivos estratégicos, o processo efectivo e a contratação de recursos e serviços.

(1 1 2) /Reformas organizacionais/Estruturas e processos/Descentralização e autonomia das unidades

Foi uma batalha ganha, apresentamos um primeiro esboço disto, uma ideia e depois daí para a frente na faculdade de economia disseram-nos que tínhamos que pôr o projecto para o papel, por escrito para não ficar só consigo, e acabamos por pôr isso no terreno.

Agora estamos na altura já de outro resultado, de outro desenvolvimento e penso que nos próximos dias vamos concluir, mas de qualquer forma penso que isto tem sido um processo muito interessante, trouxe muita cultura, outra relação com as pessoas.

Q. Mas não há aqui nenhuma ligação em termos financeiros?

R. Não, a única coisa que eu faço é alocar horas, uma bolsa de horas extraordinárias, é uma coisa deste tipo, eu não tenho condição não tenho aqui dinheiro, aquilo que eu tenho objectivamente é assumido em relação aos serviços.

Assumo com eles, garanto-lhes um quadro de recursos, para aprovar no Conselho, eles sabem à distância qual é o plano de 2005. Até Abril, Maio apresentam o plano de 2005 e por isso eles já sabem que recursos humanos é que podem contar.

Depois organizam a sua vida, está na minha mão a gestão dos recursos humanos e das pessoas, e dos processos de formação e desenvolvimento.

Q. Esses projectos podem ser propostos pelos próprios serviços?

R. Fundamentalmente, os serviços têm, por exemplo, a requisição de material por níveis, eles perdem muito tempo a andar por aí a buscar material ao aprovisionamento.

Nós assumimos que somos nós aqui que devíamos fazer isto, mas temos outras coisas, muitas coisas que foram assumidas e vieram dos serviços para cá.

Q. Como é que vê o futuro da profissão de enfermagem em Portugal neste momento?

R. Vejo muito associado àquilo que é a política de saúde em Portugal, os enfermeiros estão fundamentalmente ligados na sua resposta não só à área de trabalho, às pessoas, a outras áreas, mas à área da saúde e depende muito daquilo que se pretender fazer do aproveitamento das competências e capacidades dos enfermeiros.

Evidentemente eles também têm que procurar esse aproveitamento mas as tomadas de decisão estão no topo, por isso entendo que passa muito pelas opções que têm de assumir agora.

Os enfermeiros devem influenciar de forma deliberada aquilo que são as oportunidades e desenvolvimento, dar resposta às pessoas, há nisto grandes oportunidades quase como num grande negócio que os enfermeiros devem saber responder dentro da sua profissão.

Os enfermeiros têm um papel muito importante em áreas de risco, acho que se o papel dos enfermeiros for aproveitado pelas entidades públicas, ou privadas, de forma adequada, este papel será sempre valorizado de forma crescente.

Os enfermeiros na minha opinião são uma profissão de sucesso, têm condições para ser uma profissão de sucesso.

À custa de quê? Onde é que vai cortar? Eu penso que não é uma questão de menos poder, até porque há áreas da comunidade e áreas da vida, a única em termos sociais que está por cobrir em termos de resposta.

Não queremos fazer aquilo que alguns dos nossos colaboradores europeus querem fazer que é atingir a área médica; temos algum nível de prescrição, não queremos prescrever medicamentos em Portugal, não temos essa intenção.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Não queremos conflitar com ninguém em especial.

Agora temos que é responder afirmativamente a algumas áreas, por exemplo, nós temos áreas de reabilitação e reinserção social, das pessoas dependentes; tem-se formado poucas pessoas na área da reabilitação, e têm-se formado fisioterapeutas aos milhares.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Podem-se continuar a formar muitos enfermeiros de reabilitação, por exemplo, na área da obstetrícia em que eu trabalho com a grávida, com a mulher, com a parturiente, com a sala de parto e tudo mais.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

É preciso trabalhar mais, a maior parte dos países europeus, e nós inclusive da experiência que temos com projectos nacionais, podemos até assumir um acompanhamento integral da mulher grávida, isto para citar dois exemplos.

(2 5 1) /Valores e ideologia profissional/Legitimação externa da profissão/Autonomia

Não precisamos de recuperar nada daquilo que eventualmente utilizamos, que deixamos passar para outros sectores, por isso os enfermeiros irão ter maior ou menor dificuldade em assumir os seus projectos consoante os projectos políticos.

Q. Ao nível específico da enfermagem hospitalar, como é que vê a evolução da carreira no contexto hospitalar?

R. Em termos de enfermagem a nível hospitalar, eu tenho a filosofia de que nós não temos que diferenciar muito entre enfermeiro de hospital e enfermeiro de centro de saúde.

O enfermeiro que está no hospital é aquele que no seu acto decorrente da actividade e autonomia interdependente faz actos que o enfermeiro do centro de saúde faz.

A outra questão é que hoje a nível hospitalar o desenvolvimento técnico e científico é mais crescente e penso que os enfermeiros cada vez mais vão estar mais atentos a esta necessidade de responder aquilo que é preciso.

(2 2 2) /Valores e ideologia profissional/Ideologia profissional/Conhecimento científico

Em termos de carreira eu não gostaria que a profissão fosse tão partida no plano daquilo que são hoje algumas profissões super especializadas.

Gostaria que os enfermeiros tivessem um perfil de competências base como já hoje tem, por isso vejo que a enfermagem a nível hospitalar não vai viver só por si.

Admito que neste momento existem muitas carreiras hospitalares diferentes, a carreira dos SA, a carreira dos SPA, a privada, a carreira provavelmente dos centros de saúde, mas quando digo carreiras estamos a falar da organização integral de categorias e por atribuições financeiras.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Aqui recupero mais como quadro de referências para o desempenho, quadro de competências e eu aí gostaria que a enfermagem, tanto hospitalar como centro de saúde, tenha um quadro de competências forte, global, que integre um trabalho em continuidade e que partilhe experiências.

(2 4 1) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Hierarquia profissional e gestão

Q. E a nível das competências de gestão, pensa que essas devem ser valorizadas pelos profissionais da enfermagem?

R. Penso que essas competências de gestão devem ser valorizadas não como algo intrínseco dos enfermeiros, mas como tendo competências para a área da gestão globais.

(3 4 1) /Papeis profissionais e de gestão/Relação entre papeis de gestão e de enfermagem/Integração de papeis

Foi uma estratégia, durante alguns anos, os enfermeiros autonomizarem-se na área da gestão, penso que não tem que ser assim; agora penso que os enfermeiros devem ter para a área de administração de serviços de enfermagem competências específicas.

(3 4 1) /Papeis profissionais e de gestão/Relação entre papeis de gestão e de enfermagem/Integração de papeis

Agora há competências no plano da gestão global na área da saúde que penso que é interessante e devem ser competências globais, a não ser que haja modificações a nível de topo.

Diferenciações de formação para enfermeiros ou outros técnicos específicos acho que quando o projecto permitisse e a área de resposta permitisse, na minha opinião, o ideal é que haja

projectos integrados com diferentes ângulos de visão e com diferentes contributos de diferentes profissionais.

Q. Digamos que a gestão não será uma competência ligada à área da enfermagem, mas uma competência que alguns enfermeiros deverão ter para determinados cargos como qualquer outro profissional?

R. Eu penso que sim, mas gostava de confirmar uma questão, por um lado não deixarmos de pensar que será importante que os enfermeiros estejam nessa área de gestão, mas que sejam os próprios profissionais de saúde estimulados ao desenvolvimento de novas competências na área da gestão.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

É possível levarmos as pessoas à área da gestão com conhecimentos e sensibilidade na área clínica, ou pegarmos nas pessoas da área clínica e darmos-lhes sensibilidade na área da gestão.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Eu penso que é muito mais interessante porque o foco de atenção especial é a pessoa, e a resposta é para a pessoa, o princípio fundamental é de formar os que mexem com o dinheiro, dar-lhe o conhecimento de quanto é que vale uma seringa, uma ampola disto, quais são as opções do mercado.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

E o inverso, dizer a um gestor ou de outra área qualquer, dizer que uma seringa também é importante, penso que não é tão eficaz e corre-se o risco de algumas más experiências, e às vezes o risco de não ser muito claro o perfil de competências para os cargos, e se pensar que qualquer outra pessoa doutro ramo pode dirigir um serviço de saúde, não é verdade na minha opinião.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Acho que é fundamental, sem pôr em causa algumas pessoas com diferentes níveis de competência, num projecto global, macro, penso que é fundamental, acho que se deve continuar a preparar os profissionais de saúde com competências de gestão, aliás não fazia sentido se não fosse assim mesmo; no modelo actual do hospital, quando se entrega a direcção de um serviço a um médico, se não fosse esse o entendimento, teríamos que alterar todo o processo, não quero

dizer que concorde com a entrega ao médico, mas entendo que a área clínica é muito importante.

(2 4 3) /Valores e ideologia profissional/Redefinição do campo profissional/Relações com os gestores

Q. Nos últimos anos de que forma sentiu a evolução no que concerne à mobilidade dos enfermeiros?

R. Em termos de mobilidade externa não senti nada de especial, agora com o aparecimento das sociedades anónimas surgiu a perspectiva de poderem passar para os SPA.

Nós temos sempre muita gente a querer vir para o hospital H e, por isso, não senti este problema de saída para outras instituições, acho que os enfermeiros não querem abdicar de ter um emprego estável e querem ter o quadro deles, porque penso que também a própria situação dos S.A não é muito aliciante para os enfermeiros.

Aliás, o quadro financeiro dos S.A é mais aliciante para os outros profissionais do que para os enfermeiros, por isso, praticamente, os que estão por aqui e vão para outro sítio são aqueles que vêm aqui fazer o seu aperfeiçoamento quando acabam o curso e são de outras regiões e querem ir para lá.

Q. Sentiu maior procura por parte dos enfermeiros com a passagem de alguns hospitais das regiões a S.A?

R. Aqui no hospital H não se sentiu de forma significativa, houve, claro, algumas pessoas que queriam vir para esta cidade, mas não houve grande tendência.

Idade – 47 anos

Habilitações – Curso de enfermagem e pós graduação em administração de serviços de enfermagem. Pós graduação em gestão e economia da saúde

Tempo de serviço – 23 anos

Tempo na gestão – 11 anos