



VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas

ÁREA TEMÁTICA: Profissões e regulação profissional [ST]

NAS MALHAS DOS PODERES E CONTRAPODERES DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

ABRANTES, António Fernando Caldeira Lagem
Doutor em Sociologia
Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve
aabrantes@ualg.pt

SILVA, Carlos Alberto da
Doutor em Sociologia
Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

AZEVEDO, Kevin Barros
Licenciado em Radiologia, Doutorando em Ciências da Saúde na Cranfield University, Técnico de Radiologia
Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve/Centro Hospitalar do Algarve-Unidade de Faro
kbazevedo@ualg.pt

RIBEIRO, Luís Pedro Vieira
Doutor em Ciências do Desporto, Especialidade de Atividade Física e Saúde
Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve
lpribeiro@ualg.pt

Resumo

As administrações dedicam-se a um "novo managerialismo" que procura maximizar a eficiência, economia e eficácia e, como subproduto, suplantar a autoridade intermédia introduzindo mudanças de cima para baixo. Os discursos do managerialismo/Nova Gestão Pública (NGP) têm invadido de forma seletiva as linhas de orientação das práticas dos profissionais de saúde.

Segundo Carvalho (2006), em Portugal, tais ações managerialistas nos hospitais do sector público, apoiadas numa lógica de gestão racional dos valores e normas do sector privado para promover alterações e/ou reformas estruturais na organização do trabalho, têm procurado efetivar em primeira e em última instância, institucionalizar certas mudanças, ajustamentos, adaptações, regulações e mecanismos de controlo capazes de dinamizar novas orientações culturalistas e comportamentais dos profissionais de saúde.

Também a limitação intrínseca da divisão do trabalho condicionada pelo ato médico, concorre com a redução do campo de intervenção dos técnicos de radiologia.

Segundo a perspectiva de Foucault sobre a ideia de governação, enquanto necessidade de associar formas de conhecimento cada vez mais específicas e exigentes, gerando aquilo que se define como a "institucionalização da *expertise*" (Johnson, 1995:7), os conquistam a desejada autonomia profissional através de uma metodologia, Prática Baseada na Evidência, que apela à padronização dos procedimentos, relegando para segundo plano a intervenção direta de outros profissionais.

Abstract

Administrations are engaged in a "new managerialism" which aims to maximize the efficiency, economy and effectiveness and, as a byproduct, supplant the intermediate authority making change from the top down. The discourses of managerialism/New Public Management (NPM) have invaded selectively the guidelines of the practices in healthcare professionals.

According to Carvalho (2006), in Portugal, such managerialists actions in public sector hospitals, supported in a logic of rational management of values and norms of the private sector to promote change and/or structural reforms in the organization of work, have sought to accomplish in the first and ultimately instance certain changes, adjustments, adaptations, regulations and control mechanisms capable of stimulating new culturalist and behavioral guidelines for healthcare professionals.

Also, the intrinsic limitation of the division of labor conditioned by the medical act, competes with reduced field of intervention of the radiographers.

Following Foucault's perspective on the idea of governance, while the need to involve forms of increasingly specific and demanding knowledge, generating what is defined as "the institutionalization of expertise" (Johnson, 1995:7), won their desired professional autonomy through a methodology of evidence-based practice, which aims for standardization of procedures, relegating to the background the direct intervention of other professionals.

Palavras-chave: managerialismo, autonomia profissional, prática baseada na evidência, técnicos de radiologia, Organização do trabalho

Keywords: managerialism, professional autonomy, evidence-based practice, radiographers, work organization

1. Introdução

As organizações do sector da saúde, nomeadamente os hospitais do sector público empresarial, assumiram uma racionalização e uma contenção da despesa pública, salvaguardando no entanto, os critérios de inclusão e de acessibilidade aos cuidados de saúde consagrados na constituição portuguesa. Estas questões emergentes dos desafios sociais e até da própria globalização, tornam o sector da saúde uma área sensível e plena de incertezas em todo o mundo. Na certeza de que os recursos não são ilimitados, vão surgindo novas formas de gestão no sector da saúde. Por sua vez, a economia também surge muito ligada ao conceito de escassez, pressupondo a análise económica que os recursos são limitados e escassos, mas que é possível combiná-los de diferentes formas, escolher e decidir, para conseguir satisfazer várias necessidades.

Sabemos também que dos diversos tipos de organização existentes, o hospital representa aquela que faz uma utilização mais intensiva dos seus recursos - humanos, capital, tecnologia e conhecimento - necessitando, por isso, de um enquadramento da administração com os órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido, relacionado com o tipo específico de bem que produz - prestação de cuidados de saúde - e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação direta de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e proteção da saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008).

Em Portugal o estado em áreas em que é deficitário na prestação, estabelece convenções com entidades privadas, sendo elas uma extensão natural dos seus serviços. De acordo com dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, o sector convencionado da saúde (SCS) assume uma parcela com impacto significativo no total das despesas em saúde, representando, em 2010, um encargo para o SNS superior a 700M€.

Atualmente existem mais de 4 mil prestadores com convenções com o Ministério da Saúde, sendo a sua maioria convencionados nas áreas de análises clínicas, radiologia, medicina física e reabilitação e cardiologia. Saliente-se que, o SCS integra um modelo de aquisição de serviços de saúde pelo SNS e, desde a sua implementação, na década de 80 não sofreu alterações significativas, quer em termos de organização e funcionamento, quer nas modalidades de pagamento.

A área de radiologia é garantida por mais de 1.100 operadores sendo responsável por cerca de 140M€ (cerca de 1/5 da despesa total do sector). Ao longo dos últimos anos tem-se verificado uma elevada tendência para a prestação de exames de elevada complexidade (e.g. TC) em detrimento da área de radiologia convencional (vulgo, Raios X). Desta forma, facilmente se compreende que a Tomografia Computorizada será objeto de intervenção dos gestores.

Pelas razões apontadas, numa procura de redução de custos e de sustentabilidade do sistema as administrações dedicam-se a um "novo managerialismo" que procura maximizar a eficiência, economia e eficácia e, como subproduto, suplantam a autoridade intermédia introduzindo mudanças de cima para baixo. Os discursos do managerialismo/Nova Gestão Pública (NGP), têm invadido de forma seletiva as linhas de orientação das práticas dos profissionais de saúde. Segundo Carvalho (2006), em Portugal, tais ações managerialistas nos hospitais do sector público, apoiadas numa lógica de gestão racional dos valores e normas do sector privado para promover alterações e/ou reformas estruturais na organização do trabalho, têm procurado efetivar em primeira e em última instância, a institucionalização de certas mudanças, ajustamentos, adaptações, regulações e mecanismos de controlo capazes de dinamizar novas orientações culturalistas e comportamentais dos profissionais de saúde, em prol da qualidade, da eficiência e da eficácia dos serviços prestados ao cliente/consumidor/utente. Este conceito de reforma administrativa pressupõe aquilo que Lane (1995) definiu como a substituição de um Estado Administrativo por um Estado Managerial. De acordo com o autor, o managerialismo afirma-se essencialmente como opção gestonária à inépcia e às ineficiências tradicionalmente conotadas com as organizações burocráticas.

Substituindo a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão privada, a escola managerial foi conquistando espaço, mesmo que de forma indireta, ao reequacionar aspetos da Administração Pública tão fundamentais como os modelos de organização do trabalho (com a crescente descentralização

administrativa) e como a gestão de recursos humanos. Foi dentro desta perspetiva que se passou a encarar o conceito de “reforma administrativa”, influenciado desde a década de 80 pelo trabalho de Peters e Waterman (1982) cit in Cunha (2002) que lançavam a ideia de que se poderia adotar um novo modelo de gestão nas organizações de trabalho em geral, independentemente de estas serem públicas ou privadas. Esta nova concepção de gestão apostou na descentralização, flexibilização, na autonomia e no achatamento das hierarquias (Wright, 1997)

Em Portugal, a radiologia em geral e a tomografia computadorizada em particular, pelos custos elevados que acarreta têm sido alvo de novas políticas de gestão. Estas políticas não podem apenas ser observadas do ponto de vista económico. Há que considerar a sua influência a nível organizacional no seu todo, mas também nas profissões que suportam estas atividades.

Os técnicos de radiologia são uma jovem profissão cuja génese ocupacional é uma consequência do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina e consequentemente da sua progressiva delegação de competências. As suas possibilidades de autonomia funcional, têm como barreira estrutural os limites que são gerados pela própria dominância profissional da medicina, configurada no “*ato médico*” (Chauvenet, 1972; Freidson, 1984; Carapinheiro, 1993 cit in Lopes, 2006. A limitação intrínseca da divisão do trabalho condicionada pelo ato médico, concorre com a redução do campo de intervenção das chefias intermédias introduzido pela NGP, consubstanciada pelo referido achatamento das hierarquias. “A questão da autonomia profissional constitui o domínio em que as relações de poder – nas quais se inscrevem as estratégias e trajetórias de profissionalização – assumem maior evidência”(Lopes, 2006,pp.109). Autores como Crozier e Friedberg estabelecem o poder como uma relação entre atores. Para eles, o poder " é uma relação de troca e, portanto, de negociação na qual pelo menos duas pessoas estão envolvidas ".

Segundo Armstrong (1995); Cooper (2008); Waldby (1996,2000), citado por Casper (2010), finalmente, a sociologia médica assumiu conceitos foucaultianos, incluindo biopolítica, para teorizar a saúde do indivíduo em relação à governamentalidade e governança. Nesta governança inclui-se também a governança das profissões e da autonomia profissional.

Na perspetiva de Foucault a ideia de governação, é caracterizada pelo autor como uma necessidade de associar formas de conhecimento cada vez mais específicas e exigentes, gerando aquilo que se define como a “institucionalização da *expertise*” (Johnson, 1995, pp.7).

Nas últimas décadas, os grupos ocupacionais do campo das tecnologias de diagnóstico e terapêutica portuguesas têm vindo a desenvolver uma trajetória de profissionalização, marcada pela procura do reforço da “visibilidade social mais imediata, a credenciação formal das respetivas formações profissionais e a sua inserção no sistema de ensino superior” (Lopes, 2006, pp.107). Ainda que existam já hoje, diferenças assinaláveis entre alguns destes grupos profissionais, no geral, verifica-se um certo fechamento social destes grupos, dito no sentido de Friedson (1994), na medida em que o acesso ao mercado de trabalho se encontra legalmente protegido e que existe uma formação específica, de nível superior, apoiada numa base teórico-científica de conhecimento. Pese embora “a questão da autonomia profissional constituir um domínio em que as relações de poder – nas quais se inscrevem as estratégias e trajetórias de profissionalização – assumem maior evidência”(Lopes, 2006, pp.109), o reposicionamento ocupacional não tem sido linear nem efetivo no percurso social destes grupos profissionais da saúde em Portugal. Tal como refere Lopes (2006), “o monopólio da prática que a credenciação académica permite assegurar, pode consistir apenas num monopólio sobre o mercado, sem que permita consagrar um efetivo monopólio da prática” (Lopes, 2006, pp.109).

Ora numa situação generalizada de constrangimento económico, agravada pela realidade portuguesa pela recente intervenção da Troika, subjugados ainda pelo poder médico, ao que ainda se associa a uma redução da autonomia da gestão intermédia¹, trazida pela NGP, os técnicos de radiologia procura novas dinâmicas conducentes a uma maior autonomia concomitantemente com um reforço da sua capacidade de intervenção. Sendo esta uma jovem profissão, o processo pelo qual se concretizará a sua transformação de ocupação em profissão, decorre da institucionalização progressiva do papel das relações entre ela própria e as restantes

partes da sociedade, (Goode, 1960). Estando ela ainda a trilhar “o seu” *Continuum*, estes atores necessitam de encontrar estratégias que lhes permita, para além do que seria espectável nestas situações, enfrentar este revés trazido pelas contingências económicas. É então esta definição de estratégia, o posicionamento, as alianças e os objetivos que pretendemos desocultar.

2. Os técnicos de radiologia e as estratégias de concretização de autonomia profissional

2.1 Dilemas das relações indivíduo-organização

O estudo sociológico dos contextos hospitalares portugueses, entre os quais os decorrentes dos trabalhos da Carapinheiro (1993), Lopes (1994), Silva (2001), entre outros, tem vindo a descodificar e salientar um conjunto de traços estruturais que modelam os profissionais de saúde no processo de produção de cuidados de saúde. Este conjunto de trabalhos fizeram relevar a noção central do ato médico, enquanto princípio gerador da divisão de tarefas entre as diferentes categorias sócio-profissionais. O princípio dominante da divisão do trabalho é marcado por uma lógica de oposição comando/execução entre médicos, enfermeiros e demais categorias profissionais, com funções distintas no ato médico ao que se desenvolve mais uma relação de dominação/subordinação, do que uma relação de cooperação (Carapinheiro, 1993; Lopes, 1994; Silva, 2001). Sugerem estes autores que cada serviço hospitalar é um campo de conflitos e negociações entre poderes e saberes, orientados pelas diversas formas do poder médico. Os serviços hospitalares têm as suas próprias regras formais, mas os médicos conseguem instaurar novas regras e normas informais de funcionamento perante os restantes profissionais, criando por vezes conflitos quando se deparam com o cumprimento das duas. Quando há divergência de interesses entra-se em negociação, por trocas de favores e/ou cedências no poder de decisão. Apesar destas constatações, Silva (2001) argumenta que as características dos contextos organizacionais e de trabalho geram igualmente determinadas formas de oportunidades aos diferentes profissionais para a concretização dos seus objetivos e ganhos na procura de uma maior afirmação e visibilidade profissional. Ainda segundo o autor, não é de rejeitar a hipótese de que às dinâmicas de ação dos profissionais de saúde estejam relacionadas jogos e interesses estratégicos, quer ao nível da procura da melhoria das condições de trabalho e da sua organização, quer no plano das relações profissionais e hierárquicas, e que se traduzem, em última instância, numa lógica de ação coletiva de cada grupo profissional à procura de “benefícios, não só ao nível das condições de trabalho, mas também, na disputa de espaços de autonomia e de visibilidade profissional” (Silva, 2001, pp.570). Ora é precisamente nesta lógica de procura de benefícios que os técnicos de radiologia procuram contrariar o domínio médico instituído e a redução da sua intervenção a nível dos seus coordenadores, apostando numa afirmação da sua *expertise* em busca de um reforço do seu campo de intervenção.

É pela constatação destes factos que se pode afirmar que os profissionais de saúde se configuram como reguladores da sua participação direta na prestação de cuidados através de processos de interdependência estratégica, cujas estratégias derivam dum certo quadro de racionalidade limitada e de uma especificidade e coesão própria de cada grupo profissional. Esta reapropriação dos processos participativos na modelação da organização do trabalho nos serviços de saúde remete-nos à necessidade de repensar os profissionais de saúde, e eventualmente os Técnicos de Radiologia, como atores estratégicos.

Na verdade, na tradição analítica das organizações, designadamente as de origem francófona como as perspetivas da sociologia da ação, os atores são perspetivados, por um lado, como entidades individuais ou coletivas dotadas de capacidade estratégica para a mobilização dos seus recursos, utilizando as incertezas e os constrangimentos para criarem um sistema de relações. Não obstante esta realidade, os atores são igualmente indivíduos dotados de personalidade e de uma matriz histórico-cultural que estrutura o funcionamento dum sistema de interações e relações entre e dentro dos grupos. Esta tese culturalista “privilegia a organização enquanto centro de produção de uma identidade” (Silva, 2001, pp.46). Aliás, na perspetiva de Amblard (1996), “o ator individual ou coletivo, seguramente estratégico mas igualmente dotado duma história e duma identidade, desenvolvendo projetos profissionais e extraprofissionais, mobilizando sistemas de equivalência, operando traduções ou sendo ele mesmo traduzido, vivendo com as

suas pulsões” deve, para ser entendido, ser observado a partir de múltiplas instâncias nas quais ele se origina (Amblard, 1996, pp.204-205).

Também na perspectiva de Friedberg (1995), a abordagem organizacional sobre a relatividade e a complexidade da relação atores-organização intercepta um sistema de ação coletiva específico dos homens, enfatizando de certo modo a importância do homem como ator, dito melhor de outro modo, como ator estratégico na organização. Argumenta-se assim que também a análise das organizações deve passar, necessariamente, pela “análise dos comportamentos dos atores que a constituem na medida em que os espaços de ação compõem-se de atores que pensam, que têm intenções, que são capazes de escolher e que podem ajustar-se inteligentemente a uma situação, ou pelo menos à cognição (percepção) que dela têm e desenvolver a sua ação em consequência” (Silva, 2001, pp.12).

Para Piotet e Sainsaulieu (1994), “os atores não jogam exclusivamente em vista de uma maior racionalidade da organização; eles investem nas relações humanas, em motivações mais pessoais centradas na busca da sua identidade e no seu reconhecimento pessoal do seu lugar e das suas realizações”. Eles também vivem a organização como um “lugar de cultura e de socialização que os conduz por vezes a substituir as condutas estratégicas por condutas centradas sobre a construção dum laço social” (Piotet e Sainsaulieu, 1994, pp.19).

As organizações comandam o quotidiano dos atores sociais e estes interferem e influem no quotidiano das organizações. Clegg (1998) afirma que “as organizações são o palco onde os processos de diferenciação ocorrem. Weber e os seus seguidores, na análise das organizações tornaram este processo tão evidente que atualmente tomamo-lo como óbvio, ainda que nem sempre tenha sido assim” (Clegg, 1998, pp.11). Perspectiva-se, assim, que é no interior das organizações que os atores sociais desenvolvem as suas relações individuais e coletivas, de forma consciente ou não, permitindo que as organizações desempenhem as suas funções e materializem os seus objetivos, concordantes ou não entre os atores ou grupos de atores. Segundo Clegg (1998), para a consecução desses objetivos, os atores sociais estruturam as suas relações põem em prática estratégias e jogos de poder e estabelecem alianças com vista à resolução dos problemas do quotidiano organizacional, com o intuito do domínio das incertezas e do reforço do poder.

2.2 Os dados que serão “jogados”, para a concretização dos objetivos...

O ser humano é, por natureza, criativo e curioso. A procura incessante do avanço das fronteiras do conhecimento e suas aplicações é uma constante na história da nossa civilização. É uma marca da evolução da humanidade e a causa fundamental das profundas e aceleradas transformações contemporâneas. A medicina, a radiologia e em especial a Tomografia Computorizada, são disso exemplos incontestáveis. As questões relacionadas com a autonomia, o reconhecimento, o prestígio, assumem um papel relevante em profissões jovens.

Decorrente deste cenário, efetuámos um estudo sociológico em contexto de trabalho, que nos permitiu conhecer as estratégias dos atores para a concretização dos seus objetivos de reconhecimento e autonomia, que simultaneamente coadjuvará na prossecução desses mesmos objetivos, determinados pela recente integração desta formação no ensino superior, concorrendo também para melhoria da qualidade das organizações em geral e, dos cuidados de saúde prestados numa unidade de TC em particular.

Esperamos desta forma contribuir com informação pertinente resultante da análise da realidade social, que poderá eventualmente ser utilizada pelos técnicos de radiologia, no sentido de alcançarem a melhor estratégia para a sua conduta.

Assim, nesta investigação, importa conhecer e identificar as suas estratégias, os seus interesses, motivações e até limitações diante de ‘futuros possíveis’, num horizonte de curto/médio prazo, para a reorganização do sistema das práticas dos Técnicos de Radiologia nas Unidades de TC.

Ao abordar a questão dos ‘futuros possíveis’ estamos de facto a antecipar a ação, podendo até, como resultado da publicitação destes resultados precipitar a sua ocorrência ou até, eventualmente, evitar cenários indesejáveis.

Não devemos esquecer que o passado já ocorreu e é imutável, o presente está a acontecer e que a nossa intervenção apenas poderá concretizar-se no futuro. Assim, segundo Godet (1993), a prospetiva é a metodologia para elaboração de panoramas de futuros, incertos e complexos, considerando dialecticamente o peso dos determinismos do passado visando a confrontação dos interesses socioeconómicos e organizacionais dos atores envolvidos na problemática analisada.

Para tal a metodologia adotada seguiu uma análise dos atores em contexto social, através da conjugação de programas informáticos como o MACTOR, MIC-MAC, MORPHOL, SPSS e Microsoft Excel.

“É, portanto, a reflexão prospetiva coletiva sobre as ameaças e oportunidades do meio envolvente que dá conteúdo à mobilização e permite a apropriação dos objetivos da estratégia” (Godet, 1993).

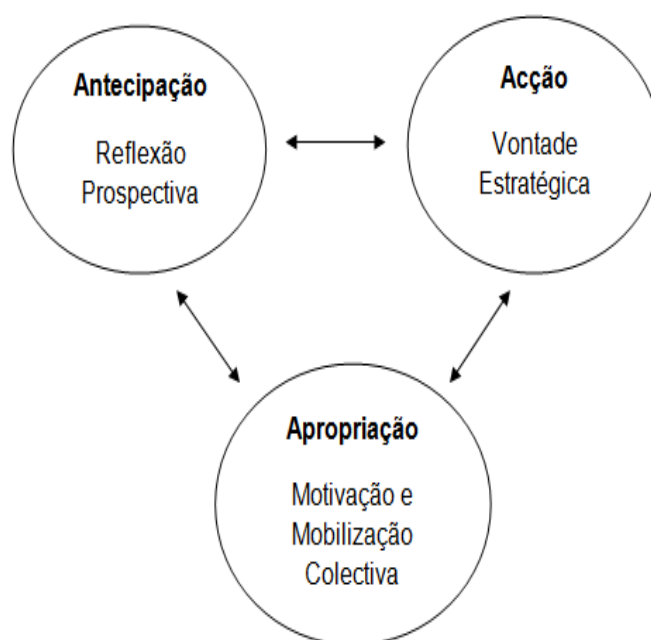


Figura 1 – O triângulo grego invertido. Adaptado de Godet (1993)

Assumindo como objetivo a desocultação dos futuros possíveis (no curto/médio prazo) para a concretização dos objetivados pelos técnicos de radiologia no que respeita a autonomia profissional e reforço do campo de intervenção, para operacionalizar a investigação através da metodologia prospetiva de Godet, procedemos à operacionalização das variáveis que compõem o sistema, bem como à delimitação do sistema interno e externo. Considerámos 31 variáveis para caracterizar o sistema interno e 15 para o sistema externo.

Como Resultados da análise estrutural obtivemos o Plano das Influências / Dependências Diretas das variáveis do Sistema.

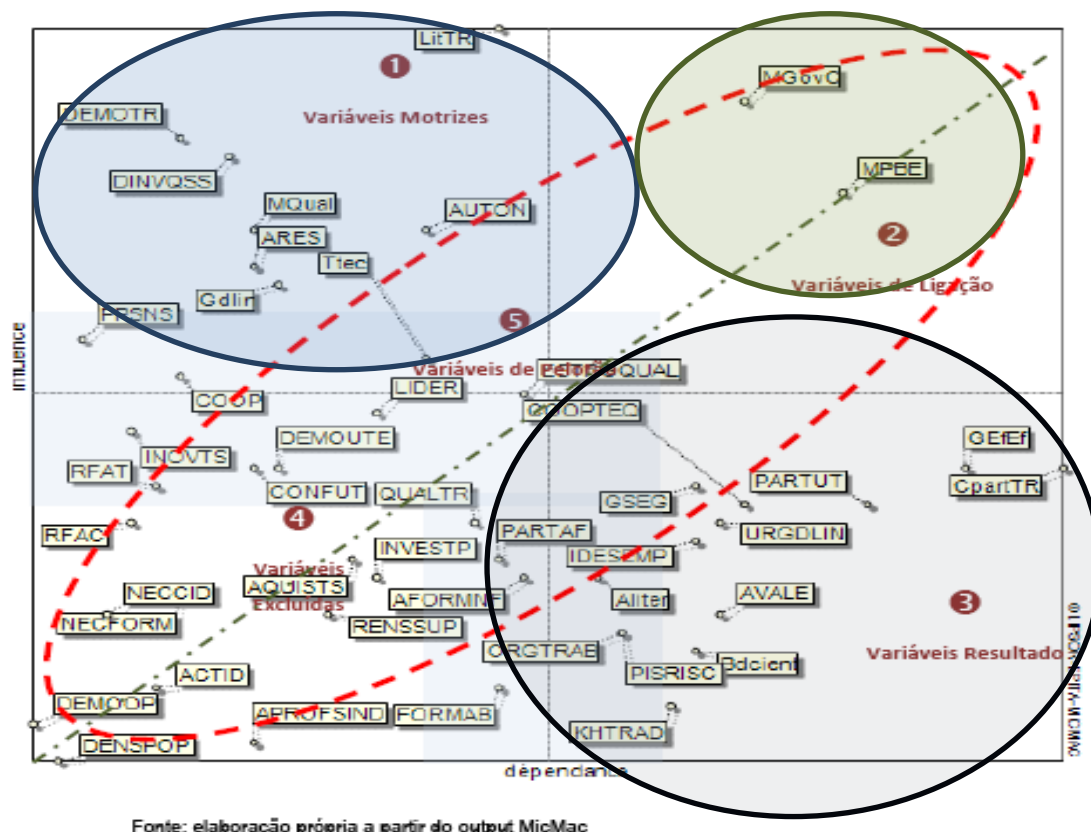


Figura 2 – Plano das Influências / Dependências Diretas das variáveis do Sistema. Elaboração própria a partir do output MicMac

De acordo com a figura anterior, verificamos existir um conjunto de sete variáveis que influenciam muito a dinâmica do sistema, no entanto pouco condicionadas por ele.

São elas por ordem decrescente de influência:

8	LITTR	Literacia dos Técnicos de Radiologia em Prática Baseada na Evidência (PBE) aplicada à Qualidade
36	DEMOTR	Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia
42	DINVQSS	Dimensão do investimento na qualidade no sector da Saúde
19	AUTON	Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia
5	MQUAL	Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia
20	ARES	Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC
2	GDLIN	Maturidade dos <i>guidelines</i> em TC

Quadro 1 – Variáveis mais influentes no sistema (por ordem decrescente).

Ainda de acordo com a figura precedente, constatamos que a variável nº 8 se posiciona no ponto mais elevado das influências.

No que respeita às variáveis mais determinantes na dinâmica do sistema temos as denominadas “variáveis chave” (de ligação ou desafio). Variáveis muito motrizes e muito dependentes, que, segundo Godet (1993), ocupam uma posição de charneira no sistema: sendo que a sua forte influência, propagam esses efeitos a todo o sistema.

Observando então a figura, encontramos duas variáveis neste quadrante.

7	MGOVC	Modelo de Governança Clínica na Unidade de Radiologia
6	MPBE	Modelo de PBE em TC

Quadro 2-Variáveis chave do sistema.

Destas, a variável nº 7 é mais influente do que a nº 6, mas no entanto esta ultima é mais dependente.

De acordo com o observado, é provável que sejam estas variáveis a desempenhar um papel fulcral nas determinantes organizacionais da qualidade nas unidades de análise em estudo.

No que respeita também aos resultados da análise estrutural mas no plano de influências/dependências indiretas do sistema ,obtivemos a figura que se segue:

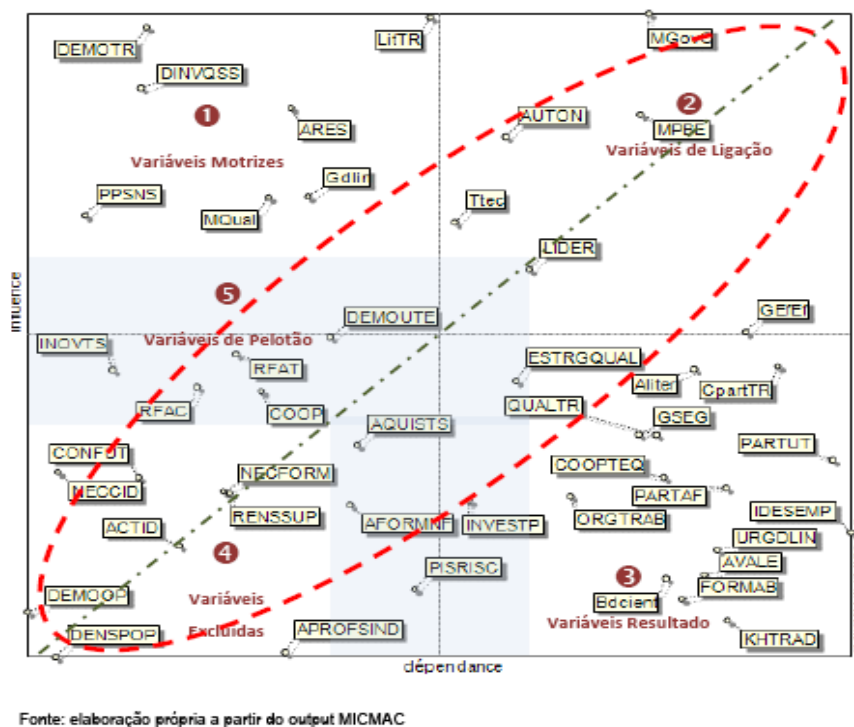


Figura 3 – Plano de influências/dependências indiretas do sistema. Elab. própria a partir do output MicMac

Decorrente da análise da figura precedente verificamos existirem seis variáveis motrizes, sendo que quadro delas dispõem-se em posições de grande influência na figura anterior:

8	LITTR	Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade
36	DEMOTR	Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia
42	DINVQSS	Dimensão do investimento na qualidade no sector da Saúde
20	ARES	Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas emTC
2	GDLIN	Maturidade dos <i>guidelines</i> em TC
5	MQUAL	Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia
41	PPSNS	Políticas públicas da qualidade no Sistema Nacional de Saúde

Quadro 3 – Variáveis motrizes do sistema

Sendo estas variáveis que influenciam a dinâmica do sistema, embora sendo pouco condicionadas por ele, verificamos que a Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia e a Dimensão do investimento na qualidade no sector da Saúde, face à sua pouca dependência, podem de facto alterar a dinâmica do sistema. Podemos ainda adicionar a estas duas, embora muito influente mas com maior dependência, a variável Literacia dos Técnicos de Radiologia em Prática Baseada na Evidência (PBE) aplicada à Qualidade. De certa forma, podemos dizer que mais uma vez se nos afiguram como fundamentais, as questões da formação que não podemos desvincular da estrutura demográfica, dadas as profundas alterações verificadas na formação destes profissionais, formação complementar e ao longo da vida em PBE, conjugadas com o investimento na qualidade no sector da saúde. São resultados que de alguma forma se vinham desvendando quando estudámos a evolução profissional e os textos de Carapinheiro.

Na mesma figura constatámos que existem cinco variáveis de Ligação. Recorde-se, (Caldas et al,1998) que variáveis de ligação são muito motrizes e muito dependentes. Ocupam uma posição de charneira e, sendo objecto de fortes influências, propagam-nas ao conjunto do sistema.

Também nos parece fácil de admitir, quando conjugado com a nossa observação e conhecimento das unidades de análise, que as influencias verificadas nestas variáveis, podem ter repercussões volumosas e consideráveis em todo o sistema.

7	MGOVC	Modelo de Governança Clínica na Unidade de Radiologia
6	MPBE	Modelo de PBE em TC
19	AUTON	Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia
1	TTEC	Tipologia da tecnologia em TC instalada nos Hospitais
9	GEFEEF	Atitude face à garantia da eficácia e eficiência na realização dos exames TC

Quadro 4 – Variáveis de ligação do sistema

Ainda decorrente da mesma figura, verificamos a existência de catorze variáveis resultado (muito condicionadas pela dinâmica do sistema e exercem pouca influência sobre ele), oito variáveis excluídas (têm um papel pouco relevante), e para terminar, dez variáveis pelotão, difíceis de caracterizar, que só não são excluídas por “não existir prova” da sua irrelevância para a análise (Guerra, 2000, pp.40).

Apesar de não procedermos a uma análise mais detalhada destas três ultimas classificações uma vez a sua influência no sistema é reduzida, fica uma pequena nota para o papel pouco relevante neste sistema a que foram votadas as questões, Rede de Ensino Superior em Tecnologias da Saúde, Atividade I&D em tecnologias da saúde ou até a Densidade populacional da área geográfica de afectação dos hospitais. Da mesma forma, constatamos sem surpresa, a inclusão da variável Cultura participativa dos Técnicos de Radiologia nos processos de tomada de decisão, na tipologia variável resultado. Pelos condicionalismos decorrentes da organização do trabalho, esta cultura é muito insipiente, quando comparada com outras profissões de saúde.

No mesmo alinhamento e no que concerne às variáveis resultado, temos que a número 9 (Atitude face à garantia da eficácia e eficiência na realização dos exames TC) é a única que não se repete neste quadrante, quando analisamos a ação de todo o sistema (interno e externo).

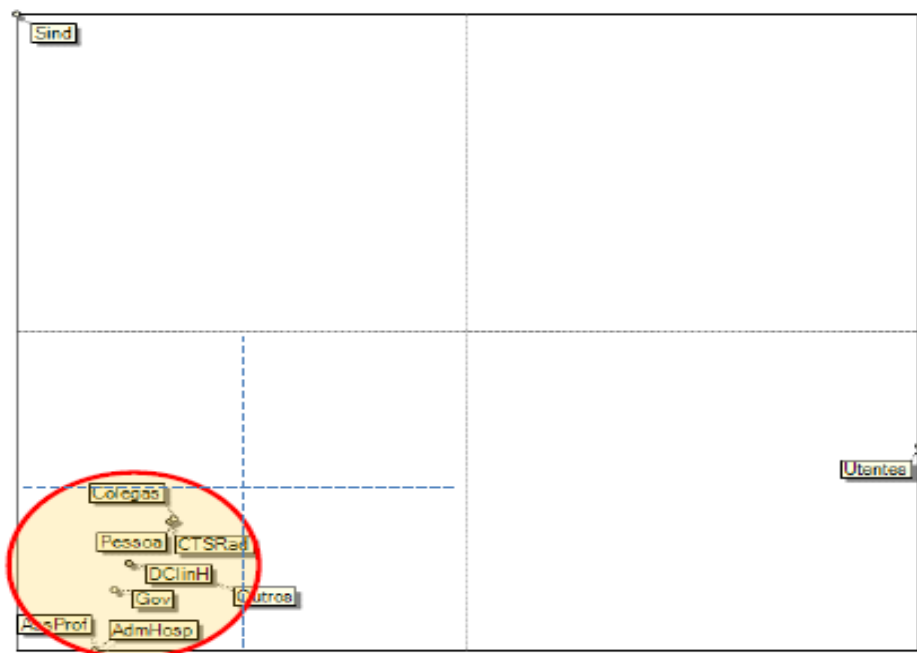
Comentados que estão alguns resultados da análise estrutural, passamos à observação da estratégia de atores.

Após identificação dos principais atores do sistema no sector hospitalar (radiologia) com recurso a painel de peritos, obtivemos a seguinte quadro:

ACTOR	CÓDIGO
Governo – Ministério da Saúde	Gov
Sindicatos	Sind
Associações Profissionais	AssProf
Administração do seu Centro Hospitalar	AdmHosp
Direção Clínica do seu Hospital	DClinH
Coordenação Técnica do seu Serviço Radiologia	CTSRad
Colegas diretos da sua área de trabalho	Colegas
Outros profissionais do seu Hospital	Outros
Utentes/doentes do Hospital	Utentes
A sua própria pessoa	Pessoa

Quadro 5 – Principais atores do sistema no sector da radiologia

Como resultado da aplicação software Mactor, para compreensão da Estratégia de atores obtivemos o Plano das distâncias entre atores e o Grafo das distâncias entre atores.



Fonte: output MACTOR

Figura 4 – Plano das distâncias entre atores

No plano de distâncias entre atores verificamos que existe uma concentração, numa pequena região, da quase totalidade dos atores considerados neste sistema. Dos dez atores, oito encontram-se acantonados no quadrante inferior direito, enquanto os restantes dois se encontram em pontos quase diametralmente opostos. Em suma, por razões que podem ser explicadas de formas diferentes, estes dois atores revelam alguma “externalidade” neste sistema.

Estas constatações podem ser esclarecidas pelo facto de os sindicatos, para terem maior representatividade neste grupo, representando dezoito profissões em simultâneo, não têm grande especificidade em cada uma

delas. Preocupam-se sobretudo com questões transversais aos conteúdos funcionais de todas elas, descurando a especificidade de cada uma isoladamente. No que respeita aos Utentes, a sua pouca importância tem a ver com a fraca cultura de participação que os portugueses revelam nestas questões, complementadas por políticas de saúde centradas sobretudo nos profissionais. Tal como aconteceu noutros países, é necessário reverter esta cultura e tomar o Utente como figura central neste sistema.

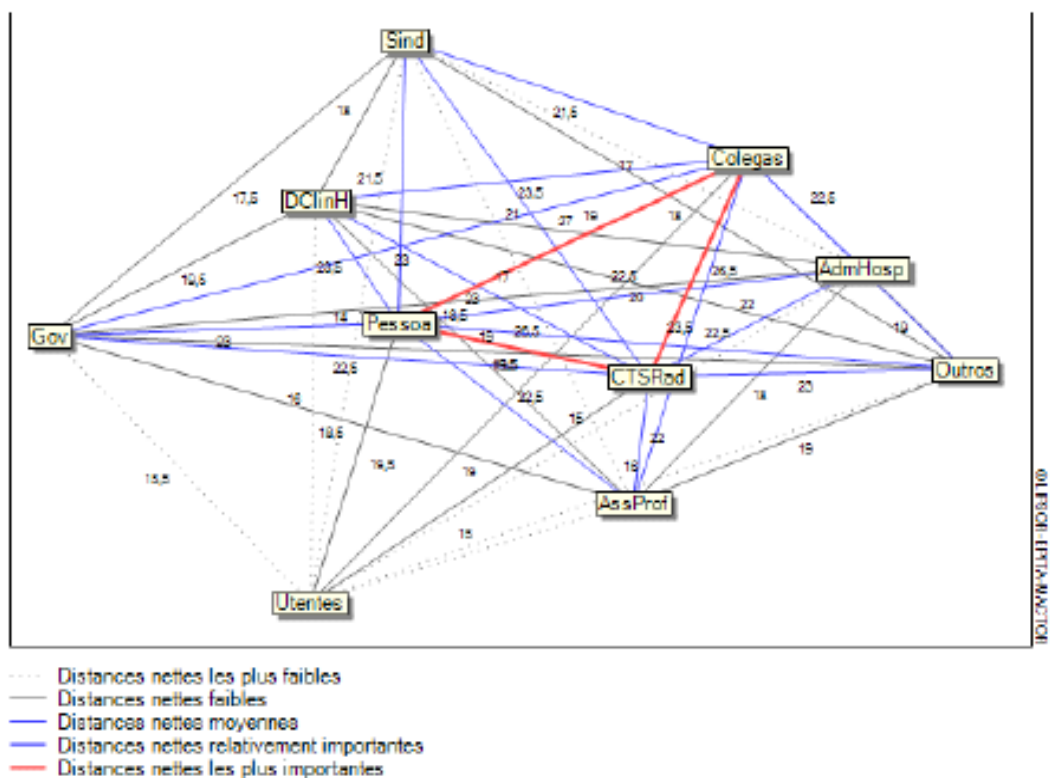
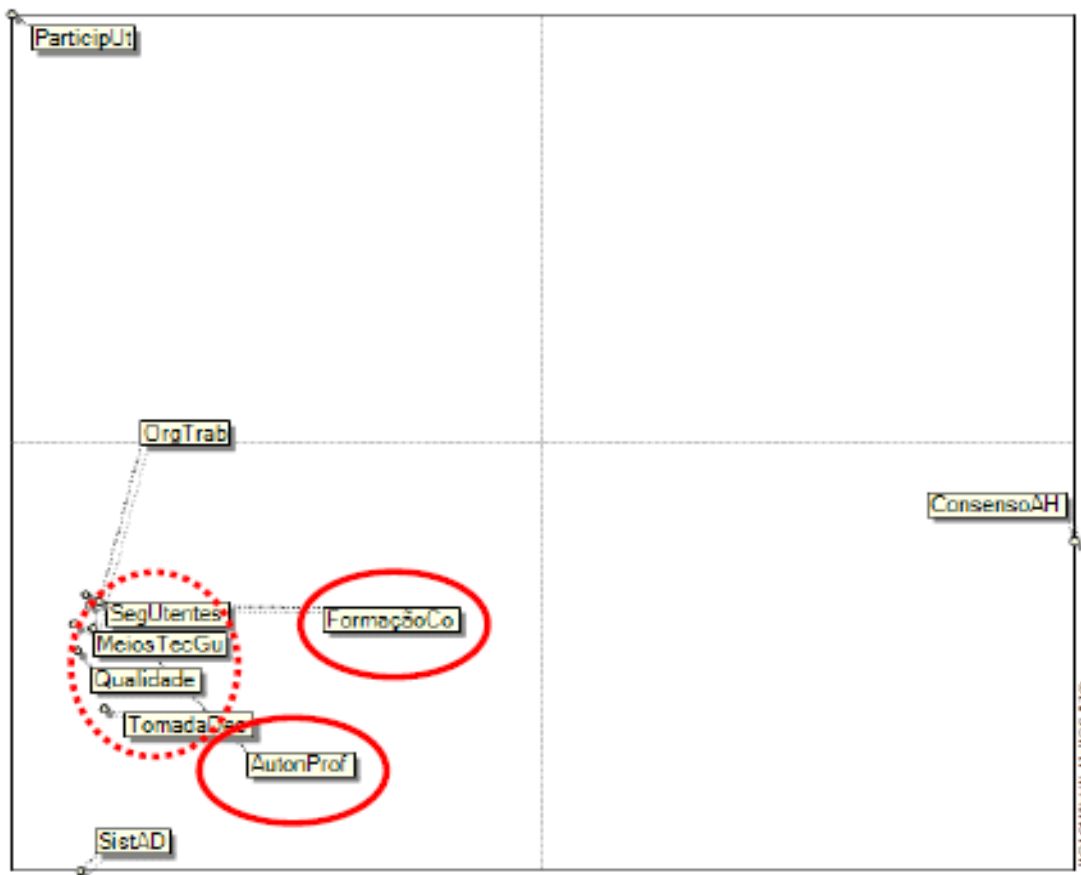


Figura 5 – Grafo das distâncias entre atores

Verificamos também, na figura acima que há uma distância muito importante, entre o TRad (Pessoa), Colegas e Coordenação Técnica do Serviço de Radiologia (CTSRad). Este triângulo de distâncias líquidas muito importantes encontra-se assinalado com a linha vermelha. Verificamos ainda que não existem outras distâncias relativamente importantes. Sendo estes os atores que têm um papel direto e preponderante na realização dos exames de TC, uma vez que são eles que os executam (Colegas e Pessoa) e a CTSRad gere a unidade e distribui os TRad pelos postos de trabalho, salienta-se aqui a importância da distância verificada entre eles.

Da mesma forma, para estudo das Estratégias de atores, elaboramos o Plano das distâncias entre objectivos e o Grafo das distâncias entre objectivos



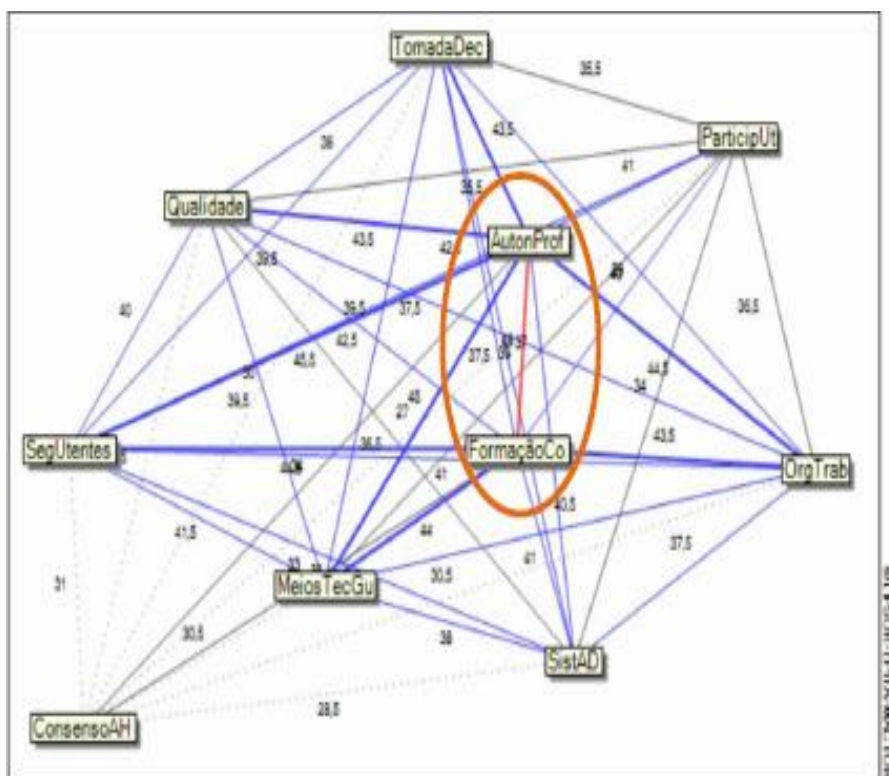
Fonte: elaboração própria a partir do output MACTOR

Figura 6 Plano das distâncias entre objectivos

A hierarquização dos objectivos pode de alguma forma levar-nos a considerar que os actores não atribuem grande importância à qualidade dos cuidados. No entanto numa análise mais cuidada descobrimos que os actores não se centram nas políticas de qualidade só por si, preconizando antes um desenvolvimento da sua autonomia a par de um aumento de competências vindas da formação contínua, o que, conjugado com meios tecnológicos adequados e linhas orientadoras de referência, em simultâneo com bons processos de organização do trabalho, incrementarão muito mais a qualidade dos cuidados prestados do que as políticas de qualidade, quando consideradas isoladamente.

De facto, a figura é reveladora daquilo que dissemos. Podemos ainda acrescentar, apesar da interligação dos objectivos, que a qualidade dos cuidados depende em grande parte dos conhecimentos científicos dos actores e da possibilidade que têm de os utilizar. Só sustentado numa base de conhecimentos sólida é possível tomar boas decisões que garantam a segurança dos cuidados, que no fundo são a segurança do próprio doente.

Neste caso, podemos agrupar os seis objectivos mais importantes em dois grupos de desafios. Em primeiro temos as estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional, e em segundo as condições tecnológicas e organizacionais disponibilizadas pela instituição.



Fonte: elaboração própria a partir do output MACTOR

Figura 7 – Grafo das distâncias entre objectivos

O grafo das Distâncias entre Objectivos corrobora de forma clara as relações que anteriormente analisámos, marcando com muito importantes a Autonomia Profissional (**AutonProf**) e a Formação Complementar (**FormaçãoCo**). Da mesma forma, encontram-se assinaladas como importantes, as distâncias entre estes e os objectivos **Qualidade**, **Tomada Dec**, **ParticipUt**, **SegUtentes**, **OrgTrab** e **MeiosTecGu**. São classificadas como distâncias baixas o objectivo **SistAD** (Implementar um sistema de avaliação do desempenho) **ConsensoAH** (Promover o consenso no ambiente hospitalar).

Conhecidos e analisados a convergência de atores e os respetivos objetivos, chegamos aos aspetos que os técnicos de radiologia mais valorizam.

ASPECTOS MAIS VALORIZADOS
C1.29.- Promoção da Satisfação no trabalho
C1.30.- Valorização da Imagem profissional
C1.31.- Reforço do Desenvolvimento profissional
C1.30.- Valorização da Imagem profissional
C1.31.- Reforço do Desenvolvimento profissional
C1.30.- Valorização da Imagem profissional

Quadro 6 – Aspetos mais valorizado pelos Técnicos de Radiologia

Tornou-se necessário identificar e interpretar o posicionamento dos atores face a cada um deles.

Através de software livre Iramuteq, procedemos ao extratos de corpus das entrevista realizadas. Destes extratos, resulta com maior ênfase a adoção de uma metodologia, a Prática Baseada na Evidência, que embora apelando a alguma padronização da sua intervenção, lhes permite vislumbrar uma libertação do poder médico. Libertando-se deste poder o seu campo de intervenção e de autonomia será, com certeza, reconfigurado.

Extratos do Corpus

“Competências”

“Autonomia”

“Desempenho – Valorização da PBE”

“os conhecimentos profissionais não podem depender do acaso ou só da experiência do ouvir dizer. Precisamos de estar seguros nas técnicas, procedimentos e protocolos que aplicamos no dia-a-dia. Por isso as PBE abrem-nos novos horizontes para melhorar o desempenho dos técnicos de radiologia, nem que seja apenas do ponto de vista científico para estarmos atualizados “

“Penso que depende... as chefias talvez nada... os próprios Técnicos dão à PBE mais qualquer coisa ... talvez uma importância alta. Penso que se está a investir cada vez mais nessa área porque é preciso mudar para assegurar mais qualidade e rigor nos resultados, e sobretudo permite dar mais autonomia e decisão à profissão. Penso que se o serviço não investir nessa área poderá cair no erro de ter sempre falhas e problemas. Mas penso que neste momento, não vejo os médicos virados para essa área. Se o fazem, fazem para dentro do seu grupo e não dizem nada aos técnicos. Também dado os anos que já trabalho cá, ainda pouco se investe nessa área. Fala-se um pouco por aqui entre os Técnicos, mas não vejo ninguém a tirar grande proveito de ter formação avançada em investigação e aplicar os conhecimentos no serviço e muito menos em TC, mesmo depois de tirar os mestrados e pós-graduações”

Após esta breve análise de alguns resultados que consideramos relevantes, importa então perceber o futuro escolhido pelos técnicos de radiologia para concretizarem os seus objetivos.

3. O que “os futuros” nos dizem!

Os profissionais de saúde oriundos das profissões das Tecnologias da Saúde, em face da elevação do seu nível de formação, estão num acentuado processo de crescimento científico e de autonomia, redefinindo desta forma o seu corpo de saberes e o seu posicionamento no contexto da prestação de cuidados. Como sabemos, as fontes privilegiadas de poder das profissões contemplam, para “além da autonomia, são o credencialismo (*gatekeeping*), o monopólio de conhecimento (*expertise*) e o saber especializado (*knowledge*) (Areosa e Carapineiro, 2008, pp.85). Todas elas, geralmente, provêm de um processo de aumento de conhecimentos e competência, sendo a autonomia, uma consequência. Visto que “o poder das profissões depende da sua aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado, apoiada na posse de credenciais obtidas através da educação universitária” (Areosa e Carapineiro, 2008, pp.85), os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica constituem-se claramente como profissões em clara ascensão de poder e domínio dentro das organizações de saúde. Os técnicos de radiologia em especial veem o seu poder aumentado exponencialmente, visto que o “manuseamento de tecnologia de ponta se converte normalmente em formas acrescidas de poder” (Areosa e Carapineiro, 2008, pp.87).

Neste aspecto, podemos admitir que os técnicos de radiologia são uma profissão em clara ascensão no panorama dos cuidados de saúde, mas que no entanto, ainda procuram o seu “espaço” e formas de se imporem nas estruturas organizacionais.

Assim sendo, em que condições e a que preço a ação colectiva dos técnicos de radiologia é possível na dinamização de práticas normalizadas e reguladas de qualidade? Quais os factores ou determinantes organizacionais que os limitam? Considerando que os modos de ação organizacional e profissional dos

técnicos de radiologia não são naturais, não surgem espontaneamente, nem são o resultado automático do desenvolvimento das suas interações para dinamizarem as suas práticas, para imporem a sua “voz” na organização, precisam de se unir, agrupar e estruturar no campo organizacional. O investimento na dinamização de normas e práticas de qualidade pode ser uma solução específica para os técnicos de radiologia. Enquanto atores relativamente autónomos ou que “aspiram” a tal, com os seus recursos e capacidades particulares, podem criar ou instituir uma nova frente de ação para resolver os problemas postos pela ação colectiva em prol duma maior visibilidade e capacidade técnica na prestação de serviços num serviço de radiologia. Longe de serem prisioneiros invisíveis no seu espaço de ação e relegados como grupo periférico, os técnicos de radiologia podem utilizar novas estratégias de ação para regular a sua participação direta e cooperação efetiva nas organizações de serviços de serviços, circunscrevendo a sua capacidade para definir novas finalidades no quadro da governança clínica, por exemplo, através da adesão às práticas baseadas na evidência.

Sabemos que a complexidade da radiologia de hoje resulta da introdução de novos e revolucionários processos de aquisição de imagem e ainda de tecnologias de intervenção, sobretudo nos últimos 30 anos. De acordo com o Departamento de Radiologia da Universidade McMaster, a explosão da tecnologia médica tornou quase impossível para o radiologista, assimilar e manter o seu corpo de saberes e conhecimentos atualizados, podendo a introdução da PBE na radiologia ajudar a interpretar e aplicar esse conhecimento de forma adequada. Pela semelhança que as profissões têm nos dois países, vemos na afirmação anterior um reforço das motivações para os técnicos de radiologia adotarem a metodologia PBE.

Em suma os técnicos de radiologia perseguem o objectivo da valorização, reconhecimento e autonomia profissional. Encontraram na metodologia PBE uma forma de conquistarem este objectivo, minimizando a cada passo a interferência de outras classes profissionais, nomeadamente a classe médica. No entanto, objectivando um maior desempenho na utilização desta metodologia investem na formação e numa melhor organização e distribuição do trabalho. Portanto, podemos afirmar que tudo se conjuga para que os técnicos de radiologia conquistem os seus objectivos. Cabe ainda referir, que neste intrincado processo de relações, onde o desequilíbrio e reequilíbrio de forças é constante, os utentes e os sindicatos têm sido pouco considerados. Em relação aos primeiros, afigura-se como uma ‘falha grave’ uma vez que tanto a PBE, como a Governança Clínica e até mesmo as teorias da NGP, remetem cada vez mais para o respeito e consideração pelas preferências do doente. Certo é que os cuidados que prestados destinam-se aos doentes, mas os gestores gerem em função do número e qualidade dos doentes. É portanto uma gestão feita em função do doente. Ainda sem dados empíricos que corroborem a afirmação que se segue, parece existir uma maior percepção e integração das preferências dos doentes quando se trata do sector privado. Acreditamos que a pressão dos números, entenda-se excesso de doentes e baixos orçamentos, tem condicionado a implementação duma política mais centrada nos utentes. Em paradoxo, o sistema privado, numa época de constrangimento económico e até alguma recessão, pretende tornar os seus recursos cada vez mais disponíveis e apelativos.

Os técnicos de radiologia adoptaram a PBE encontrando nela uma forma de resolver as suas questões de autonomia e reconhecimento profissional.

Os resultados do estudo sugerem-nos ainda que o meso e micro-cosmos de um serviço de radiologia são atravessados por comportamentos, motivações e aspirações dos técnicos de radiologia, nem sempre inteligíveis numa primeira aproximação. Podem ser e permanecem complexos em zonas de incertezas, mostrando na ponta do *iceberg* um certo modelo simplista de uma coordenação mecânica ou de um determinismo simples das práticas profissionais no quotidiano de trabalho.

Referências bibliográficas

Amblard, H., et al. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Seuil.

Areosa, J., e Carapinheiro, G. (2008). Quando a Imagem é Profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (57), 83-108.

- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital – Estudo Sociológico de dois Serviços Hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carvalho, M. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas.
- Casper, M. J., e Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), S120-S132.
- Caldas, J. M. C., e Perestrelo, M. (1998). *Instrumentos de Análise para o Método dos Cenários*. Lisboa: DINÂMIA- Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica.
- Clegg, S. (1998). *As organizações modernas*. Oeiras: Celta Editora.
- Crozier, M., e Friedberg, E. (1997). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cunha, M. P. (2002). *Introdução à Qualidade de Serviço: A Perspectiva da Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Friedberg, E. (1995). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada*. Lisboa: Instituto Piaget (1ª edição original em 1993).
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Godet, M. (1993). *Manual de Prospectiva Estratégica. Da Antecipação à Acção*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- GOODE, (1960) "A theory of role strain." *American Sociological Review* 25: 483-496.
- Guerra, I., (2000). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção. O planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia.
- Johnson, T. (1995). Governmentality and the institutionalization of expertise, in T. Johnson, G. Larkin and M. Saks (eds), *Health professions and the state in Europe*, London: Routledge.
- Lane, J.-E. (1995). *The Public Sector: concepts, models and approaches*. London: Sage.
- Lopes, N. M. (1994). *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem - Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Lopes, N. M. (2006), “Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização”, in Carapinheiro, Graça (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editora
- Piotet, F. e Sainsaulieu, R. (1994). *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris: FNSP e ANACT.
- Silva, C. (2001). *(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Matriz Simbólico-Ideológica da Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Évora: Universidade de Évora
- Wright, V. (1997). Redefiniendo el estado: Las Implicaciones para la Administración Pública. *Gestion e Analisis de Políticas Públicas*. nº7/8.pp

ⁱ Nível de gestão em que se insere o Coordenador. O coordenador é designado por despacho do órgão dirigente máximo do serviço ou estabelecimento, e por profissão, o técnico de categoria mais elevada, não inferior a técnico principal, habilitado com o curso de estudos superiores especializados em Ensino e Administração, o curso complementar de Ensino e Administração ou diploma de estudos pós-graduados em áreas de Gestão ou de Administração Pública. A coordenação visa proporcionar a eficiência e a rentabilização da atividade profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica na prestação dos cuidados de saúde, em interligação com os restantes profissionais que compõem as equipas de saúde, e não prejudica as competências próprias da estrutura hierárquica da instituição (Dec. Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro).