



**SOCIEDADE  
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

# **VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA**

**19 a 22 Junho 2012**

**Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

---

**ÁREA TEMÁTICA: Sessões Intertemáticas- Saúde e Organizações** (Mesa conjunta trabalho, Organizações e profissões com saúde)

---

**NAS FRONTEIRAS DA REGULAÇÃO MANAGERIAL DA IDEIA DE QUALIDADE E O DISCURSO DA PRAXIS DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NOS HOSPITAIS DA REGIÃO ALGARVE**

---

ABRANTES, António Fernando Caldeira Lagem  
Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde  
Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve  
CESNOVA, aabrantes@ualg.pt

---

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

---



#### Resumo

Apresentamos neste artigo os principais resultados dum estudo sobre os determinantes organizacionais da qualidade das tecnologias de saúde nos serviços de radiologia dos hospitais públicos da Região Algarve. A análise qualitativa do diagnóstico permitiu-nos gerar quatro classes das verbalizações. A classe das verbalizações mais representativa é a classe 2 (36,26%) "regulação autónoma da melhoria do contexto de trabalho". Segue-se a classe 4 (27,47%) "perspetivas de regulação de controlo managerial da melhoria da qualidade". A classe 3 (20,88%) oferece-nos um conjunto de verbalizações sobre as fronteiras da "autonomia profissional" e as lógicas de "controlo organizacional". A classe 4 (15,38%), interpretada como "ser competente", congrega o campo dos possíveis da noção de técnico de radiologia como produtor de regras e protagonista nestas organizações.

#### Abstract

We present in this paper the main results of a research about organizational factors of health technology quality in radiology departments of public hospitals from Algarve Region. Qualitative analysis of the diagnosis allowed us to generate four clusters of verbalizations. The most representative cluster is the clusters 2 (36.26%) "autonomous regulation of work context improvement". The following is cluster 4 (27.47%) "Perspectives of managerial regulation control of quality improvement." Cluster 3 (20.88%) gives us a set of verbalizations about "professional autonomy" boundaries and the logics of "organizational control". Cluster 4 (15.38%), interpreted as "being responsible", brings the field of possibilities of a idea of radiographers as a producer and protagonist of rules in these organizations.

Palavras-chave: regulação managerial, qualidade, prática baseada na evidência, radiologia, técnicos de radiologia

Keywords: Managerial regulation, Health Technology, Quality, Evidence-based Radiology, Radiology, Radiographers.

PAP0285



## 1- Introdução

Na atualidade as questões relacionadas com a qualidade, a eficiência e a eficácia ocupam um lugar central nos discursos científicos e políticos no campo da prestação de cuidados de saúde, em geral, e nos diferentes domínios das tecnologias da saúde, em particular. Apesar de se tratar de um fato cada vez mais “interiorizado” na ação dos profissionais de saúde, paradoxalmente é um fenómeno alimentado pelas dinâmicas gestonárias das hierarquias ou administrações das organizações de serviços de saúde que, nas últimas décadas, à luz dos discursos do managerialismo/Nova Gestão Pública (NGP), têm invadido de forma seletiva as linhas de orientação das práticas destes profissionais (Carvalho, 2006).

A par desta realidade, assistimos igualmente nas últimas duas décadas a uma crescente evolução tecnológica na área da saúde, dando origem a uma “medicina tecnológica” à qual se exige cada vez mais a sedimentação de conhecimentos orientados para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, particularmente no que diz respeito à elaboração e atualização de normas de qualidade dos serviços. De relevar que a tecnologia na saúde é entendida no sentido lato como o conjunto de conhecimentos, especialmente científicos, aplicados a um determinado ramo de atividade desempenha um papel fundamental na prática da medicina (Silva et al., 2008). De salientar ainda que a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência (PBE), tal como refere Silva et al. (2008) vieram colocar uma ótica diferente e diferenciada no âmbito da standardização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços de saúde. A PBE é entendida como uma ferramenta fundamental no quotidiano da prática clínica, bem como uma forma de aprendizagem e assimilação de conhecimento ao longo da vida, de forma aberta e abrangente, apelando sempre a uma abertura plena a novos conhecimentos e o recurso a resultados da investigação científica. Segundo os autores, tais linhas orientadoras, moldadas por uma lógica de utopia generosa, procuram assegurar que os profissionais de saúde passem a respeitar certos valores e os aspetos sócio-culturais dos seus utentes/clientes/consumidores dos serviços de saúde, sejam efetivamente competentes e que saibam avaliar os seus atos e/ou práxis, sobretudo as referentes às tecnologias utilizadas.

Apesar das organizações de serviços de saúde, em geral, e da medicina e enfermagem, em particular, já constituírem na sociologia portuguesa áreas privilegiadas de estudos, bastando ver os trabalhos de Graça Carapinheiro (1993), Noémia Lopes (1994), Carlos da Silva (2001, 2004), Maria Carvalho (2006), entre outros, efetivamente a área dos serviços de radiologia é ainda lacunar e que interessa aprofundar. Neste campo, apenas encontramos revisão bibliográfica efetuada o trabalho de Areosa e Carapinheiro (2008), Lopes (2006) e outros de âmbito mais académico (por exemplo, dissertações de mestrado), cujos resultados reforçam a ideia da presença dum certo saber-poder dos médicos especialistas em radiodiagnóstico que subjuga a posição doutras categorias profissionais não médicas. É pela constatação de que os saberes médicos dotados de elevados níveis de autonomia, autoridade e de poder, ofuscam os saberes periféricos dos Técnicos de Radiologia que interessa analisar e compreender o lugar destes atores no jogo estratégico da prestação de serviços, designadamente no campo da aplicação normativa da PBE-Rad no contexto da governança clínica.

## 2-Managerialismo, Qualidade e Imagiologia: *Sowhat?*

Decorrente da “reforma” da organização do Estado iniciada na década de 80, a grande maioria dos países ocidentais fez evoluir “*a reforma dos seus Estados e das suas Administrações Públicas com base nos princípios do liberalismo económico e do managerialismo organizacional para os organismos da Administração*” (Carvalho, 2006). Um dos modelos propostos para essa reforma, é o da Nova Gestão Pública (*New Public Management*) que defende a aplicação de métodos e metodologias do sector privado, já implementadas e testadas, ao sector público. Esta nova forma de gerir, remete-nos para a descentralização, no sentido de aumentar a “capacidade criativa e de inovação organizacional” com a imperativa “redução dos níveis hierárquicos”. A desregulação que deveria contribuir, para que os “gestores públicos pudessem intervir diretamente na gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais”, com a finalidade de alcançarem os objetivos organizacionais. A delegação das competências, enquanto forma do poder central se poder afastar, das “preocupações da gestão corrente e da implementação das políticas”, que aliás, para estes profissionais, se encontra enquadrada no decreto lei nº 564/99 (carreira profissional). O emagrecimento do

Estado e da Administração Pública através da diminuição do número de funcionários públicos, uma vez que “*parte dos serviços do sector público perde dimensão e importância*” (Madureira, 2009, p.2).

As estratégias apontadas pela Nova Gestão Pública colocam uma grande ênfase na qualidade dos serviços prestados ao cliente da Administração Pública, e ressaltam que é igualmente importante estabelecer estratégias de motivação dos funcionários e de controlo efetivos dos orçamentos. Alguns parâmetros assinalados pela Nova Gestão Pública já foram implementados nos vários níveis da Administração Pública em Portugal, e um exemplo é a certificação de serviços, que tem vindo a crescer de forma exponencial, embora na atual conjuntura económica e cortes na despesa do estado, possamos admitir algum retrocesso neste procedimento.

Embora o NPM tenha inicialmente surgido em meados da década de 80, não estritamente como corpo teórico de ideias sistematizadas, mas principalmente como “*resultado de uma vontade de substituir a gestão pública por uma gestão empresarial*” (Madureira, 2009, p.3). Nos anos 90, este movimento começa a integrar novos conceitos e instrumentos de gestão, tais como o *Total Quality Management* (TQM), transformado por Frederickson (1994 cf. Carvalho, 2006) no *Total QualityPolitics* (TQP) que introduz características como a prática da administração baseada nas necessidades dos cidadãos.

No que respeita ao sector da saúde, os hospitais públicos, pelo lugar central que ocupam nos sistemas de saúde, transforma-os no alvo privilegiado das reformas. Ainda segundo os estudos na área da organização hospitalar, “*A padronização das qualificações configura a forma dominante de controlo dos profissionais que, expressando-se através da autonomia, se sobrepõe às componentes administrativas e desvaloriza as posições de gestão intermédia*” (Carvalho, 2008, p.3). A crescente padronização dos processos e procedimentos, onde proliferam cada vez mais a criação dos denominados *Standards*, inicialmente oriundos, sobretudo, da escola americana, vêm criar um campo propício á crescente padronização e conseqüente autonomia profissional. Será que a descentralização preconizada pela NGP, ao remeter para a redução dos níveis hierárquicos, contribui para o *empowerment* dos TRad? Ou será que a adoção destas lógicas managerialistas através do estímulo da sua capacidade criativa e de inovação organizacional não são mais do que *faitdivers* do discurso renovado da “dominação” gestonária?

No entanto não podemos esquecer que a NGP traduz uma “*tendência de reformas encetadas no sector público dos países desenvolvidos*”, baseada “*na hegemonia dos três E’s: Economia, Eficiência e Eficácia*” e “*sustentada numa ideologia managerialista*” (Carvalho, 2008, p.3).

Em relação aos serviços de saúde do tipo dos de diagnóstico por imagem, houve grandes transformações nos últimos anos, designadamente em Portugal. A privatização de muitos serviços e o aumento da oferta, nomeadamente no caso da tomografia computadorizada, levou a que os serviços tivessem que apostar efetivamente na sua qualidade e a não se centrarem exclusivamente na qualidade de realização e leitura do exame. Certo é, que o sistema de saúde e sobretudo o acesso aos exames de diagnóstico por TC têm de se tornar mais acessíveis a quem deles precisa e sobretudo melhorar o seu custo-efetividade. Pode a PBE-Rad (PBE aplicada à radiologia) constituir-se como uma ferramenta fundamental, que sirva o jogo de atores e simultaneamente melhorar os ganhos em saúde?

Sabemos a partir dos resultados de alguns estudos na área da qualidade em saúde, que a introdução de *guidelines* pode constituir um argumento convincente, enquanto orientador para a objetividade. Somos então levados a pensar, que num mundo cada vez mais globalizado e em que a investigação científica prolifera, a objetividade é cada vez mais desejada. A introdução dessa objetividade pode, e em muitos casos faz-se, através da introdução de *guidelines*, que levam à normalização dos processos (Castel, 2009).

No entanto, os resultados dos estudos organizacionais contradizem o pressuposto, de que regras ou normas organizacionais têm o poder de fazer as organizações funcionarem de maneira uniforme. Os estudos da corrente francófona, designadamente os desenvolvidos por Segrestin (1997) e Brunsson e Jacobsson (2000), realçam o facto de que a adaptação de *standards*, requer um ajuste à especificidade de cada organização, sem a qual não é possível fazer uma conveniente disseminação dos mesmos (cf. Castel, 2009). Para autores como (Berg et al., 2000; Timmermans e Kolker, 2004; Weisz, 2005), o desenvolvimento de diretrizes clinicas pode levar ao “*enfraquecimento do poder e autonomia profissional*” (Castel, 2009, p.744). No que aos atores diz respeito, eles nem sempre perseguem interesses comuns, pelo que, por vezes é necessário estabelecer alianças estratégicas para poder convergir nos objetivos. Porém, as *guidelines* podem constituir-se como recursos estratégicos utilizados pelos atores (profissionais), em detrimento de outros profissionais para

“manter uma quantidade suficiente de atividade profissional e aumentar o controlo sobre as decisões” clínicas (Castel, 2009, p.743).

Neste intrincado jogo de atores os TRad podem jogar através da introdução da PBE na sua prática clínica, não só a confirmação da elevação do seu *status* profissional relativamente às outras profissões (não perder a paridade com a enfermagem e reduzir a “distância” para a carreira médica), como também, uma forma de “sobrevivência” organizacional na NGP. Através do estabelecimento de alianças estratégicas dentro do grupo e com as chefias diretas, podem promover a introdução da metodologia (PBE), que lhes seja mais favorável na conquista dos seus objetivos de autonomia e reconhecimento profissional.

Na verdade, com o objetivo de melhorar a acessibilidade, a eficácia, a eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde, tem sido introduzido o paradigma da PBE, cada vez mais, aplicado às várias especialidades da medicina. Neste sentido “os críticos e os defensores na medicina baseada em evidências, veem nas diretrizes para a prática clínica, um importante componente desse autodefinido “novo paradigma”, cujo objetivo é racionalizar a medicina, através da fundamentação da tomada de decisão clínica, numa avaliação cuidadosa da literatura médica” (Knaapen, et al, 2010, p.685)

Se por um lado, conforme anteriormente citado, sabemos que os técnicos especializados podem fornecer alguns contributos, por vezes decisivos para as decisões clínicas (Castel, 2002), estes, geralmente significam a “invasão de um campo” que não é seu, dependendo de uma permissão (geralmente informal) para que tal aconteça. Não existindo qualquer orientação neste sentido, a dita permissão assume um carácter aleatório e não sistemático. Por outro lado, sabemos também que as “orientações sobre o mesmo tema, frequentemente contêm recomendações divergentes” (Knaapen et al, 2010, p.691). Estes dois factos em conjunto parecem por um lado, conferir um carácter pouco assertivo aos resultados esperados das intervenções dos profissionais de saúde, mas sobretudo lançam ainda um clima de suspeição sobre a validade da MBE e de todas as suas subespecialidades.

Assumindo um certo nível de incerteza face às recomendações e orientações, coloca-se então a questão que não vamos abordar aqui, se as declarações como a *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) ou a *Standards for the Reporting of Diagnostic* (STARD), serão capazes de homogeneizar as orientações para a prática?

De facto, seguindo o mesmo fio condutor, de acordo com Castel (2003), a qualidade tornou-se num conceito em voga, ou ainda como apontado por Setbon, “um novo paradigma da ação coletiva” (Setbon, 2000 cf. Castel, 2003) para os atores dos estabelecimentos hospitalares. Indo ao encontro desse novo paradigma, as políticas desenvolvidas pelas organizações visando a acreditação dos seus serviços, remetem para ações coletivas, através da “racionalização de comportamentos (padronização de práticas dos cuidadores, desenvolvimento de ações transversais, etc.), promovendo a participação de todos (desenvolvimento soluções coletivas para resolução das inconformidades detetadas na prática clínica diária)” (Castel, 2003, p.156).

A introdução de políticas de qualidade numa organização representa uma mudança na própria organização porque reconfigura as relações indivíduo-organização. Para Cochoy (2001), as questões da qualidade vieram juntar-se à lógica profissional, em que a profissão médica aproveitou esta mesma qualidade para redefinir o seu lugar, papel e identidade, uma vez que a qualidade dos avanços na saúde continua em constante mudança. Sabemos igualmente, através de Castel (2009), que a padronização médica, de certa forma introduzida pelos processos de gestão da qualidade, não só altera a dinâmica relacional entre médicos e não-médicos mas também pode alterar as relações entre os próprios médicos. Porém, se tais situações podem transparecer como uma oportunidade de reforço do *empowerment* dos profissionais, não é menos verdade que nos contextos de trabalho na saúde, as lógicas de saber-poder modelam distinções e segregações, colocando alguns profissionais em áreas de atuação periférica.

No que respeita à vivência num serviço de radiologia, “a delimitação de fronteiras e territórios de atuação de cada grupo profissional (TRad e médicos especialistas em radiodiagnóstico) nem sempre se encontra bem definida, no sentido formal. Por conseguinte, é natural que em contexto hospitalar as regras informais dominem os modos de funcionamento dos serviços (Areosa et al, 2008, p.103). Estamos certamente na presença de uma reestruturação dos espaços e limites de ação próprios do contexto organizacional, como forma de absorver as reorganizações de saberes e poderes dos seus atores.

### 3- Alguns Resultados

São apresentados na presente comunicação os resultados decorrentes da análise qualitativa do diagnóstico efetuado com recurso à entrevista semiestruturada.

O *corpus* dos dados qualitativos, recolhidos junto de 8 entrevistados e das perguntas abertas dos 42 inquiridos, ilustra alguns aspetos de regulação local que interessa salientar:

Exemplos de extratos

#### Extratos do corpus “Competências”

*Um técnico de radiologia tem de saber e estar vocacionado para trabalhar com todas as técnicas. Trabalhar em TC não quer dizer que não saiba outras áreas como ressonância magnética, mamografia, angiografia e radiologia convencional. Temos especializações é certo, mas também diferenciações nos saberes e na prática.*

*Os técnicos de radiologia são profissionais de saúde e fazem falta. Sem nós não vejo como funciona um serviço de radiologia. Portanto, como trabalham no serviço outros grupos profissionais, temos de ter competências em trabalho de equipa, quer mono-profissional, quer multi-profissional*

#### Extratos do corpus “Autonomia profissional”

*Em princípio temos muita autonomia, porque fazemos o trabalho sozinho na consola. Só que nem sempre podemos usar os nossos procedimentos porque os médicos gostam de aplicar os seus protocolos.*

*Ter autonomia é ter capacidade para tomar decisões. Aqui com a TC nós temos. É claro que é tudo dentro de limites, pois temos normas e regras para cumprir*

*Já lá vai o tempo em que dependemos do médico. Agora só chamamos em situações complicadas*

#### Extratos do corpus “Desempenho profissional – 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.*

Tratando o corpus através ao software livre Iramutep e recorrendo à extração com a técnica do modelo Alceste (*análise de lexemas co-ocorrentes nos enunciados simples*), foi possível gerar quatro classes das verbalizações dos protagonistas entrevistados.

A classe das verbalizações mais representativa é a classe 2 (36,26%), sendo interpretada como a "regulação autónoma da melhoria do contexto de trabalho". Segue-se a classe 4 (27,47%), interpretada como as "perspetivas de regulação de controlo managerial da melhoria da qualidade". A classe 3 (20,88%) ofereceu-nos um conjunto de verbalizações sobre as fronteiras da "autonomia profissional" e as lógicas de "controlo organizacional". A classe 4 (15,38%), interpretada como "ser competente", congrega o campo dos possíveis



da noção de técnico de radiologia como produtor de regras e como protagonista das estruturas de produção, de mediação e de negociação das relações indivíduo-organização nos serviços hospitalares estudados.

**O lugar das PBE na prática em TC dos Técnicos de Radiologia dos hospitais públicos da região do algarve**

| <b>Classe 1</b>       |    |                | <b>Classe 2</b>                         |    |                | <b>Classe 3</b>        |    |                | <b>Classe 4</b>                             |    |                |
|-----------------------|----|----------------|---|----|----------------|------------------------|----|----------------|---|----|----------------|
| <b>Ser Competente</b> |    |                | <b>Melhoria do Contexto do Trabalho</b> |    |                | <b>Nós e os Outros</b> |    |                | <b>Perspetivas de Melhoria da Qualidade</b> |    |                |
| 15,38%                |    |                | 36,26%                                  |    |                | 20,88%                 |    |                | 27,47%                                      |    |                |
| formas                | f  | X <sup>2</sup> | formas                                  | f  | X <sup>2</sup> | formas                 | f  | X <sup>2</sup> | formas                                      | f  | X <sup>2</sup> |
| saber                 | 16 | 33.10          | boa                                     | 4  | 7.35           | eles                   | 5  | 20.05          | resultados                                  | 7  | 12.91          |
| ter                   | 24 | 12.25          | procedimentos                           | 13 | 7.13           | doente                 | 7  | 19.30          | exames                                      | 11 | 8.21           |
| trabalhar             | 5  | 8.09           | bom                                     | 6  | 6.16           | fazem                  | 4  | 15.85          | qualidade                                   | 32 | 6.56           |
| saber-ser             | 9  | 6.48           | todos                                   | 14 | 5.62           | fazer                  | 13 | 9.98           | sistema                                     | 4  | 4.74           |
| tem                   | 13 | 6.20           | coisa                                   | 5  | 4.38           | vejo                   | 4  | 7.42           | maior                                       | 4  | 4.74           |
| fazer                 | 13 | 6.20           | nossas                                  | 5  | 4.38           | protocolo              | 4  | 7.42           | garantir                                    | 4  | 4.74           |
| competências          | 13 | 6.20           | ciente                                  | 5  | 4.38           | grupo                  | 4  | 7.42           | ganhar                                      | 4  | 4.74           |
| TC                    | 31 | 3.92           | processo                                | 5  | 4.38           | precisamos             | 7  | 6.04           | aplica                                      | 4  | 4.74           |
| vida                  | 4  | 3.85           | saber-estar                             | 7  | 4.06           | médicos                | 13 | 5.86           | TC  | 31 | 2.98           |
| exemplo               | 4  | 3.85           | equipa                                  | 11 | 4.06           | trabalho               | 20 | 5.67           | equipa                                      | 5  | 2.81           |
| técnico               | 12 | 3.42           | temos                                   | 32 | 4.03           | segurança              | 5  | 4.90           | formação                                    | 5  | 2.81           |
| técnicas              | 8  | 3.30           | desempenho                              | 9  | 3.99           | autonomia              | 11 | 4.57           | pbe   | 26 | 2.21           |
| aplicações            | 5  | 2.46           | tudo                                    | 10 | 2.74           | situações              | 8  | 4.50           | serviço                                     | 26 | 2.21           |
| estar                 | 5  | 2.46           | conta                                   | 4  | 2.72           | podemos                | 8  | 4.50           |   |    |                |
|                       |    |                | claro                                   | 4  | 2.72           | tem                    | 13 | 2.84           |   |    |                |
|                       |    |                | informações                             | 4  | 2.72           | nosso                  | 10 | 2.49           |   |    |                |
|                       |    |                | técnicas                                | 6  | 2.57           | vezes                  | 4  | 2.15           |   |    |                |
|                       |    |                | qualidade                               | 32 | 2.40           | utentes                | 4  | 2.15           |   |    |                |
|                       |    |                | protocolos                              | 22 | 2.37           | dentro                 | 4  | 2.15           |   |    |                |
|                       |    |                | trabalho                                | 20 | 2.09           | devem                  | 4  | 2.15           |   |    |                |
|                       |    |                |   |    |                | coordenação            | 4  | 2.15           |   |    |                |
|                       |    |                |   |    |                | outros                 | 4  | 2.15           |   |    |                |
| #*1_1_1_compet        | 17 | 22.65          | #*2_1_1_mdemp                           | 12 | 2.91           | #*1_2_1_divtrab        | 3  | 3.94           | #*2_1_2_mqual                               | 14 | 11.25          |
| *chba                 | 40 | 5.07           |   |    |                |                        |    |                | #*2_2_2_fcrit                               | 8  | 2.23           |

Tabela 1: Estrutura temática das classes das expressões de sentido. Questionário (perguntas abertas); adaptação do *output* Iramuteq segundo método Alceste

| <b>1. Profissão Técnico de Radiologia</b> | <b>Código</b>   | <b>2. Desenvolvimento da PBE</b>   | <b>Código</b>   |
|---|-----------------|--|-----------------|
| <b>1.1 Ser Técnico de Radiologia</b>      |                 | <b>2.1 Valorização da PBE em TC</b>  |                 |
| a) Competências em TC                     | -*1_1_1_Comp    | a) PBE em TC e a melhoria do desempenho profissional                                   | -*2_1_1_MDemp   |
| b) Autonomia profissional em TC           | -*1_1_2_AutProf | b) PBE em TC e a melhoria da qualidade dos procedimentos e resultados dos exames em TC | -*2_1_2_MQual   |
|   |                 |  |                 |
| <b>1.2 Organização e Trabalho em TC</b>   |                 | <b>2.2 Desenvolvimento organizacional e profissional</b>                               |                 |
| a) Divisão do Trabalho                    | -*1_2_1_DivTrab | a) Compromissos dos Actores  | -*2_2_1_CompAct |
| b) Gestão da Qualidade                    | -*1_2_2_GesQual | b) Factores críticos de sucesso  | -*2_2_2_FCrit   |
| c) Governança do ... trabalho             | -*1_2_3_Govern  |  |                 |

Tabela 2: Códigos das variáveis em Iramuteq. Fonte: Elaboração própria.

Da análise qualitativa é possível descodificar que os TRad perseguem o objetivo da valorização, reconhecimento e autonomia profissional. Encontraram na metodologia PBE uma forma de conquistarem este objetivo, minimizando a cada passo a interferência de outras classes profissionais, nomeadamente a classe médica. No entanto a par e também objetivando um maior desempenho na utilização desta metodologia investem na formação e numa melhor organização e distribuição do trabalho. No entanto, sempre foi evidente neste estudo, que os TRad nunca descuidaram a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, o que revela uma maturidade profissional elevada, sobretudo quando estamos na presença de um profissional com uma vida ainda curta e de profissionais bastante jovens. Verificamos também que as instituições também têm contribuído de forma adequada para a concretização da qualidade e segurança dos doentes, através da disponibilização de tecnologias e meios técnicos recentes e adequados. Portanto, podemos afirmar que tudo se conjuga para que os TRad conquistem os seus objetivos. 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 prestamos 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 perceção 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.

Estamos portanto em condições de afirmar que os dados confirmaram a presença da ideia de que “os atores-chave do sistema de qualidade e governança das PBE em TC desenvolvem interdependências estratégicas entre elas para garantir o controlo do funcionamento organizacional na unidade de TC”.

Este controlo é necessário se objetivarmos como meta final a melhoria e segurança dos cuidados de saúde prestados por estes profissionais. Parece claro, que haverá benefícios, se colocarmos o enfoque destes profissionais, no doente. Se os TRad melhorarem o nível da prestação de cuidados, certamente terão doentes mais satisfeitos, que reconhecerão o valor e importância deste grupo profissional.

#### **4- Conclusão**

Os principais resultados obtidos, sugerem que os TRad adotam ou podem adotar a PBE porque encontram nela uma forma de resolver as suas questões de autonomia e reconhecimento profissional. Concomitantemente consideram esta metodologia capaz de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados. Apesar desta adoção se configurar como uma ação que não foi imposta, eles contam e muito com o apoio das chefias diretas para o seu desenvolvimento. Apostam na comunicação com os responsáveis diretos, enquanto ferramenta coadjuvante da referida implementação. A autonomia profissional e conseqüente tomada de decisão espelham o nível de formação de uma profissão. Só através dela se concretizaram os objetivos de Satisfação no trabalho e de reforço do Desenvolvimento profissional, que culminam com a valorização da sua Imagem profissional. Estes objetivos têm conseqüências diretas na prática profissional, sendo espectral uma melhoria a nível da qualidade e segurança dos exames de TC. É de referir ainda, que na opinião dos respondentes das instituições analisadas, não foram encontrados constrangimentos de nível técnico ou tecnológico que condicionem a implementação da PBE. A autonomia para os TRad é um assunto atual, problemático e paradoxal. Os TRad consideram extremamente importante a autonomia no seu contexto de trabalho, encarando-a como um requisito para o estatuto profissional e para o fechamento do seu corpo de saberes. A autonomia de uma profissão não se pode desligar de todas as condicionantes que influenciaram o seu percurso, desde as origens até à atualidade. O facto de passadas várias décadas, com conquistas difíceis, com a rápida evolução da tecnologia e correspondente avanço do conhecimento, com o contributo importante da radiologia para os ganhos de saúde e evolução do sistema nacional de saúde, ainda não existir dentro da esfera profissional e fora dela, o reconhecimento merecido, faz com que os TRad priorizem essa condição na aplicação da sua prática clínica diária. De resto a questão da autonomia, para estes profissionais, está

intimamente ligada com a Valorização da Imagem Profissional, com o Desenvolvimento Profissional e com a Satisfação no Trabalho. Fazendo a leitura inversa, os TRad só encontrarão satisfação plena na sua atividade profissional, quando a profissão se desenvolver no sentido da autonomia, valorizando desta forma a sua prática profissional.

No que concerne aos fatores que podem condicionar esta ação os TRad apontam a informação, a motivação e a comunicação com as chefias como principais vetores que influenciam as competências dos profissionais. Estes profissionais parecem atribuir muita importância ao apoio das chefias diretas, o que, pode funcionar com um fator impulsionador ou inibidor, caso não se efetue de forma satisfatória. Como efeitos diretos e indiretos de implementação da PBE, os TRad salientam a Promoção da Satisfação no trabalho, a Valorização da Imagem profissional e o Reforço do Desenvolvimento profissional. No fundo, são estes os objetivos que norteiam o desejado reposicionamento organizacional dos TRad. Portanto admitimos como verdadeira a terceira hipótese de investigação, *“Existe um elevado grau de convergência de interesses estratégicos organizacionais e profissionais dos Técnicos de Radiologia para a concretização dum “cenário mais provável” de desenvolvimento dum sistema de qualidade e governança das práticas baseadas na evidência clínica (PBE) em TC nos serviços de radiologia hospitalar”*.

Os principais resultados do estudo sugerem também, que não obstante, a atratividade otimista destas novas lógicas gestórias e a introdução da perspectiva da governança clínica em tecnologias da saúde, alicerçada numa *práxis* dita de prática baseada na evidência, a mudança das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde não é linear nem pacífica. Se tal *“processo representado como uma condição básica para o sucesso das reformas (se exige) uma reconfiguração das práticas profissionais tradicionais e do poder e domínio das diferentes profissões de saúde”* (Carvalho, 2006, p.3).

Neste sentido, parece que a noção de orientação das novas lógicas de gestão e a problemática do uso das tecnologias baseadas numa governança clínica pela e para a qualidade dos serviços prestados, que assume como dado adquirido a importância do envolvimento e participação de todos na reconfiguração das suas práticas, sobretudo pelo uso da dita prática baseada na evidência, longe de poderem ser classificadas como uma nova matriz empoderadora da *práxis* dos profissionais de saúde, emergem como algo ambíguo ou deslocada no seu profissionalismo e profissionalidade, quando tomada como uma imposição da gestão de topo. Enaltece-se uma lógica subliminar cada vez mais neotaylorista na organização do trabalho na saúde, quando se apela à melhoria do desempenho organizacional. É caso para afirmar que as novas dinâmicas organizacionais e profissionais que modelam o uso das tecnologias da saúde *“é mais virtual do que real, onde há apenas lugar para o mero envolvimento dos trabalhadores na execução das tarefas e não na autonomia e na tomada de decisão sobre as mesmas”* (Silva, 2004, p.23).

Através do estudo das Determinantes Organizacionais na Qualidade em Tecnologias da Saúde, no caso, os serviços de radiologia do sector público da região do Algarve saúde públicas, conseguimos levantar um pouco o véu sobre os jogos de atores, na procura incessante da sua autonomia profissional e do fechamento do seu corpo de saberes, através de processos de desconstrução e reconstrução social, visando a conquista de territórios até então, formalmente interditos. As profundas alterações económicas e sociais que se verificam na atualidade, podem de alguma forma, introduzir alterações neste contexto socio-organizacional. Por outras palavras, os resultados também nos oferecem uma certa perspectiva das características principais da profissão TRad que procuram nas fronteiras das zonas de atuação determinados espaços de afirmação que lhes possam conferir um determinado estatuto e posição estratégica nas relações inter e intraprofissionais. Se é verdade que num serviço de radiologia existam contextos de dominação profissional dos médicos e a subordinação que lhe prestam as profissões que lhe estão subjacentes, ou seja, manifestações de poder monopolístico, não podemos deixar de assinalar a ideia de que o poder a que os TRad aspiram na recomposição das suas práticas, designadamente pela incorporação normativista da PBE, que lhe conferem uma autonomia científica e tecnológica na governança clínica, esperando assim, poder potenciar novas formas agir e de gerir as margens de liberdade e de capacidade controladora.

Em síntese, os principais resultados sugerem a presença da inviabilidade dum campo de regulação managerial da qualidade e da *práxis* profissional determinados pelo jogo dos interesses individuais e coletivos dos técnicos de radiologia, nem sempre convergentes quanto à aceitação *ipsis verbis* dos pressupostos de normalização na governação das práticas no quotidiano de trabalho, designadamente, no que

se refere à sedimentação da prática dita de baseada na evidência nos futuros possíveis do quotidiano de trabalho em TC.

## 5- Referências Bibliográficas

- Atkinson, A. B. (1987). On the measurement of the poverty. *Econometrica*, 55(4), 749-764
- Berg, M., Horstman, K., Plass, S., Van Heusden, M. (2000). Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity: Standardization and the Professionalism of Insurance. in *Sociology of Health & Illness*, 22 (6), 765–791.
- Bergeron, H., e Castel, P. (2011). Continuity, capture, network: The professional logics of the organization of care. *SociologieduTravail*, 53, e1-e18. Elsevier Masson SAS. doi:10.1016/j.soctra.2011.09.002
- 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.
- Carvalho, M. T., e Santiago, R. A. (2008). (Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: VI Congresso Português de Sociologia nº Série: 179.
- Castel, P. (2009). What's Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science*, 39(5), 743-764. doi:10.1177/0306312709104435
- Castel, P. (2010). Acting in anaesthesia, ethnographic encounters with patients, practitioners and medical technologies. *SociologieduTravail*, 52(4), 561-562. doi:10.1016/j.soctra.2010.09.002
- Castel, P., e Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *SociologieduTravail*, 44, 337-355. Article repris dans *Cahiers de chirurgie*, 118, 2003, pp. 112-124.
- Cochoy, F., Garel, J.P., Terssac, G. (de), (1998). Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000. *Revue française de sociologie*, 39 (4), 673–699.
- Crozier, M., e Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Domingues, I., (2006). *Modelo de análise da estruturação das práticas de gestão da Qualidade*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais
- Dubar, C. (1997). *A Socialização*. Porto: Porto Editora.
- Erkens, R. (2010). *Nova gestão pública*. São Paulo: Instituto Friedrich Naumann.
- Fraisse, S. (2003). La qualité à l'hôpital: entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, (146), 156-66. doi:10.3166/rfg.146
- Freeman, D. J. (2010). Effects of maternal obesity on fetal growth and body composition: implications for programming and future health. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 15(2), 113-8. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.siny.2009.09.001
- Friedberg, E. (1993, 1995). *O poder e a regra: Dinâmicas da acção organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freidson, E. (1996), *Theory of Professionalism: Method and Substance*, Conférence de Nottingham, WG 02, inédit.
- Gonnet, F., (1992). *L'hôpital en question(s): Un diagnostic pour les relations de travail*. Paris: Editions Lamarre.

- Goodman, C. S. (1998). *Introduction to Health Care Technology Assessment*. Health Services Research. National Information Center on Health Services Research & Health Care Technology.
- Goodman, C S, e Ahn, R. (1999). Methodological approaches of health technology assessment. *International journal of medical informatics*, 56(1-3), 97-105. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10659938>
- Gordinho, B. (2009). Saberes Acreditação e Acto Profissional nos Engenheiros Eletrotécnicos e Informáticos: Fechamento Profissional ou Abertura de Mercado. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Trabalho e Emprego. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Knaapen, L., Cazeneuve, H., Cambrosio, A., Castel, P., e Fervers, B. (2010). Pragmatic evidence and textual arrangements: a case study of French clinical cancer guidelines. *Social science & medicine* (1982), 71(4), 685-92. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.019
- Larson, M. (1977). *The rise of professionalism. A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- 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
- Lugon, M. (2005). Clinical governance—from rhetoric to reality? *Current Paediatrics*, 15(6), 460-465. doi:10.1016/j.cupe.2005.07.003
- Madureira., C. (2009). Reinventar o Welfare State ou construir o pós-managerialismo?. Textos do 7º Congresso Nacional da Administração Pública: Estado e Administração na resposta à crise.
- Mendes, M. V. (n.d.). A Reforma da Administração Pública em Portugal. Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto.
- Mintzberg, H. (1995). Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Reed, M. (1996). Sociologia da gestão. Oeiras: Celta.
- Robelet, M.. (2002). Les Figures de la Qualité des Soins- Rationalisation et normalisation dans une économie de qualité. These de doctorat de sociologie. Marseille, Laboratoire d'économie et de sociologie de travail.
- Saragoça, J. (2010). Governo Electrónico Local: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis para o Distrito de Évora, Portugal. Tese de doutoramento em Sociologia Évora: Universidade de Évora.
- Segrestin, D., 1997. L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. In: Menger, P.M. (Ed.), *Sociologie et économie (spécial issue)*. In *Revue française de sociologie*, 38 (3), 553–585.
- 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
- Silva, C. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional: uma abordagem sociológica*. Évora: Universidade de Évora
- Silva, C. (2004). *(Re)Criar a ideia de habitus e campo social na encruzilhada das identidades profissionais na saúde*, *Economia e Sociologia*, 74, 89-103.
- Silva, C. et al. (2008). Dilemas da Avaliação das Tecnologias da Saúde. *Economia e Sociologia*, 86, 43-57.
- Souza, F. C., e Siqueira, J. F. (2006). A Convergência da Nova Administração Pública para Governança Pública: Uma Análise dos Artigos Internacionais e Nacionais Publicados entre 2000 e 2006.

Strauss, A. et al. (1963). The Hospital and its Negotiated Order. Elliot Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society*, New York: The Free Press, 147-169.