

Qualidade e os Técnicos de Radiologia:

Uma abordagem sociológica [1]

António Abrantes [2]

UALg, ESS | CICS.NOVA.UÉvora
aabrantes@ualg.pt

Resumo

Na actualidade, as questões relacionadas com a qualidade ocupam um lugar central nos discursos científicos e políticos no domínio da saúde. Embora se trate de um facto cada vez mais “interiorizado” na acção dos profissionais de saúde, paradoxalmente, a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência pelos Técnicos de Radiologia, colocam uma óptica diferente e um conjunto de constrangimentos, quer no plano da regulação e autonomia profissional, quer no âmbito da normalização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços de radiologia hospitalares.

Palavras-Chave: tecnologias da saúde, qualidade, técnicos de radiologia.

Introdução

A distinção entre modelos e práticas de gestão diferenciados para organizações de serviços é hoje corrente. Tal distinção, embora consensual, nem sempre mereceu a atenção dos gestores, dirigentes e investigadores. Só a partir de meados da década de oitenta, as correntes anglo-saxónicas começaram a investigar e a sistematizar as práticas sobre a qualidade, que algumas empresas de serviços mais “inovadoras” iam implementando.

No presente trabalho, apresentamos um debate, ainda que sumário, sobre as razões lógicas da qualidade ocupar um lugar central nos discursos científicos e políticos no domínio da saúde, questionando ainda os pressupostos que levam os profissionais de saúde ao uso da padronização das práticas e a normalização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços. Questionamos o lugar da qualidade nas políticas de saúde em Portugal e a naturalização das estratégias organizacionais que teimam olhar para a

ideia de qualidade como uma condição *sine qua non* para favorecer o estímulo à melhoria dos serviços e à inovação, e conseqüentemente a satisfação das necessidades nas prestações de cuidados de saúde.

1. Discurso dos discursos da qualidade no campo managerialista

Na linguagem gestionária optimista, perspectiva-se que o ciclo da oferta e da procura estimula um aumento da competitividade, levando os gestores à defesa duma análise capaz de produzir soluções capazes, quer de aumentar a eficácia (cujo indicador é a satisfação do cliente), quer a eficiência (aproveitamento mais completo dos recursos) (Domingues, 2006).

Quando se pretende estudar “serviços”, há que criar um corpo de conhecimentos teóricos e empíricos que nos permitam uma análise rigorosa das actividades deste sector. Estamos então a aceitar que há dife-

renças fundamentais entre os serviços e a indústria. As grandes teorias da gestão assentam, historicamente, na organização industrial, foram pensadas “para dentro” da organização e não para a gestão da relação com o exterior, mais propriamente a relação com o cliente. Nas teorias de gestão o cliente foi deixado num espaço marginal. Segundo Peters e Waterman (1982 cf. Cunha (2002: 17), “nenhuma teoria da gestão ajuda a compreender o papel do cliente na organização”.

Se não é razoável que as empresas se esqueçam de incluir o consumidor no centro das preocupações, menos concebível é o esquecimento das empresas de serviços. A empresa de serviços é, ou deveria ser, uma empresa mais próxima do cliente. Esta proximidade torna-se mais relevante quando estamos a considerar serviços de saúde, que assumem ainda outros contornos especiais ou seja, devem estar completa e absolutamente orientados para o cliente.

Tradicionalmente a solução, preconizada para atingir níveis satisfatórios de qualidade, é quase exclusivamente a formação profissional. Daí a ênfase constante na formação contínua. Apesar de a formação constituir um poderoso elemento de mudança, por si só, dificilmente permite atingir níveis razoáveis de melhoria da qualidade. Frequentemente, a aposta exclusiva na formação, leva a que a seja de facto considerada importante a qualidade do serviço, mas na prática não se altera substancialmente a relação com o cliente. A resolução deste problema passa por uma gestão de recursos humanos que tenha por base a motivação para o serviço.

Para uma empresa de serviços a “lógica de serviço” separa-se da “lógica de produto”, no caso dos serviços de saúde esta primeira lógica não pode ser enfatizada, pois para este cliente a qualidade do serviço é fundamental. Não importa apenas o serviço nem apenas o produto. Esta é a característica específica dos cuidados de saúde. O produto continua a ser essencial nesta avaliação, rompendo com a “lógica de serviço” em que é dada maior relevância ao clima e atmosfera em que o serviço é criado e consumido, do que propriamente ao serviço em si.

Este conceito da qualidade tem importância crescente na prática da gestão e nas preocupações do “consumidor”; a qualidade é, especialmente nos serviços,

difícil de avaliar. As características e a intangibilidade geram ambiguidade, criando dificuldades na objectivação dos conceitos e na sua medição (Domingues, 2002, 2006).

Segundo Cunha (2002) é mais difícil proceder à avaliação objectiva da qualidade de um serviço do que à qualidade de um produto, porque as medidas objectivas em termos de durabilidade ou desempenho, são substituídas nos serviços por algo vago como a experiência, a satisfação ou a impressão do cliente. Por sua vez, o controlo do processo é mais difícil nos serviços do que na fabricação de produtos, porque as rotinas de produção dão lugar a uma relação, ainda que temporária, entre dois actores, a qual pode não ser totalmente controlada ou tornada previsível.

Dada a dificuldade em prever o comportamento e as necessidades do cliente, torna-se incerto determinar quais as circunstâncias em que está recomendado conferir autonomia ao atendedor, no sentido de ser o próprio a escolher a melhor solução para o cliente com o qual interage. Este é um pressuposto que se aplica necessariamente e assume-se como mais uma especificidade dos cuidados de saúde. Esta especificidade leva-nos, igualmente, a não optar por nenhum dos paradigmas clássicos para a organização das empresas de serviços, padronização ou personalização. Neste caso, temos que personalizar e padronizar em simultâneo.

Segundo Cunha (2002), as empresas de serviços devem gerir profissionalmente todo o seu ciclo de actividades. Para o autor, inicialmente temos a análise das exigências do cliente. A forma de corresponder às expectativas do “consumidor”, obriga-nos a conhecê-las. Este passo faz-nos aumentar o conhecimento daquilo que é valor para o “cliente” e de que forma a organização lho poderá proporcionar. Conhecidas as expectativas, deve a organização definir os objectivos a alcançar. Esses objectivos operacionalizam-se nos padrões de qualidade. Estes padrões devem constituir-se como nível mais baixo da faixa dos serviços aceitáveis. Contudo, considerando que “a realidade organizacional não é desprovida de estruturas sociais geradoras de regularidades e continuidades, mas no interior da organização ocorrem processos de produção e relação que também são imprevisíveis e incoerentes”. (Toda a organização) “tolera ou gera razoável dose de incerteza, fonte de

tensões sociais e organizacionais que contribuem para a sua eficácia ou ineficácia”, cujos limites são os do “conhecimento e interpretação, da vontade e da racionalidade colocada na monitorização reflexiva da acção por parte dos seus agentes que, diariamente, desenvolvem práticas intencionadas, recursivas e situadas” (Domingues, 2006: 3), os referidos padrões de qualidade devem ser estabelecidos com objectividade e clareza, e devem igualmente ser conhecidos por todos os colaboradores e funcionar como referencial para a gestão de recursos humanos.

Se é verdade que a qualidade é entendida na filosofia da gestão como uma meta possível de mensuração e não apenas uma definição de bom (é mais um esforço contínuo para melhorar do que um grau de excelência pré-definido), não é menos verdade que o conceito de qualidade tem diferentes significados, dependendo do que realmente consideramos qualidade e/ou daquilo que necessitamos obter para a conseguir.

No que concerne à qualidade aplicada num sistema público, Anna Coote (1993) considera que a noção de qualidade abordada através do conceito de gestão pela excelência recai sobre o fundamento de que é necessário satisfazer o cliente. Nesta lógica gestonária e que já fizemos referência anteriormente, a satisfação do cliente é perspectivada como a chave do sucesso. Isto obriga a um envolvimento de todos na concepção do produto, dentro da organização. O fim a alcançar é saber antecipadamente o que o cliente/consumidor pretende, guiando a produção em função das expectativas do cliente e não em função daquilo que os especialistas entendem que é o melhor. Contudo, a sua perspectiva apresenta aspectos negativos e positivos. No primeiro caso, ao permitir que através da competitividade se crie a melhor oferta. No sector público nem sempre a competitividade é apropriada e em caso de falhas por parte dos produtores aos seus clientes, é mais eficaz, por vezes, ajudá-los através de fundos públicos do que obrigá-los a medidas drásticas. No segundo caso, apresenta um enorme sucesso entre os gestores. No sector público, especialmente no serviço de saúde, segundo Anna Coote, houve um grande influxo de gestores, “cujo trabalho é gerir e não produzir?” (Coote, 1993:143).

A par destas perspectivas de Coote (1993), podemos encontrar outras que colocam o enfoque da aborda-

gem da gestão da qualidade, concebendo a organização como um sistema que através das teorias gestonárias de qualidade reforçam “a sua normalização, formalização e regulação das práticas. Por isso, a certificação de Sistemas da Qualidade implica a sua burocratização” (Domingues, 2006:4). Entende-se nesta perspectiva que “a gestão dos Sistemas da Qualidade como burocracias facilita a estruturação das práticas e a normalização dos processos, reforça a integração normativa e a coerência pragmática”. A gestão da qualidade “*implica formulação de políticas servidas por objectivos claros e mensuráveis, definição de cargos e responsabilidades, adopção ou reforço de dispositivos de controlo e melhoria das práticas, vigilância contínua da actuação do sistema, dos processos e das pessoas*” (Domingues, 2006:5).

Admite-se assim, que no quadro duma lógica burocrática dos sistemas de qualidade é possível criar “*condições para a previsibilidade comportamental e rotinização das práticas. (...) Os conteúdos funcionais dos cargos são vistos como substância das actividades desenvolvidas, matéria de compromisso ético e pragmático entre a organização e a pessoa investida no cargo*”. O indivíduo tem de ver a “*realidade organizacional a partir do cargo que ocupa e actuar dentro dos limites da função que realiza*” (Domingues, 2006:4). Somos levados a concordar com o autor de que, lógica burocrática dos sistemas de qualidade, as relações entre as pessoas “*são técnicas e não pessoais, são mediadas pelos requisitos dos cargos e quem obedece fá-lo porque reconhece as regras formais e não porque reconhece a superioridade de quem ocupa cargo de chefia*”. Em síntese, nos Sistemas da Qualidade os “*procedimentos prescrevem os modos de fazer e reduzem as possibilidades de personalização dos cargos e de desvio às regras formais*” (Domingues, 2006:4).

2. Nova gestão pública e a qualidade no espaço sócio-organizacional da Saúde

No campo da saúde, “o crescente enfoque e interesse pela qualidade é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX” (Sousa, 2010: 20), designadamente por Deming (1986), Juran (1989) e Crosby (1980).

Segundo Domingues e Gonçalves (2002), a qualida-

de perspectivada por Juran inscreve-se na linha da ideia de aptidão para o uso, considerando que um produto sem defeitos satisfaz o cliente. Ainda segundo os autores, a tese industrial da qualidade de Crosby, faz relevar a importância da conformidade com os requisitos. Argumentam ainda os autores que as diferentes perspectivas sobre a qualidade não são transaccionáveis facilmente para as organizações de serviços de saúde públicas “*porque elas não contemplam algumas importantes peculiaridades: os centros de formulação estratégica do serviço estão localizados fora dos centros de saúde e estes exercem a sua actividade em regime de quase monopólio. Estas condições reduzem as possibilidades de adaptação criativa daqueles que melhor conhecem as necessidades dos utentes e tornam menos necessária a satisfação das suas necessidades como condição da sobrevivência organizacional*” (Domingues e Gonçalves, 2002:268).

Na verdade, segundo Sousa (2010), “*o facto da aplicação dos conceitos e das práticas de qualidade, do sector industrial para a área da saúde, não poder ser feito de uma forma linear, tem sido considerado por vários autores como um dos principais factores que tem condicionado o processo de adopção e implementação de uma verdadeira “cultura” de qualidade nos sistemas de saúde, um pouco por todo o mundo*” (Sousa, 2010:20).

Na verdade, existem várias definições de qualidade em saúde. Por exemplo, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) define-a como “*O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados*” (JCAHO, 1993). A qualidade pode ainda ser definida como “*A produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes*” (Palmer, 1982 cf. Sousa, 2010:21).

Na verdade, em torno da ideia de qualidade, encontram-se outras definições tais como a “gestão da qualidade”, “sistema de qualidade”, “melhoria contínua da qualidade” e “avaliação da qualidade” (Sousa, 2010).

Segundo Imperatori (1999 cf. Sousa, 2010) a “*gestão da qualidade, diz respeito ao processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade*”. Para

o autor “*este conceito congrega todas as funções envolvidas na determinação e obtenção da qualidade, através da trilogia planeamento, controlo e melhoria da qualidade*” (Sousa, 2010:21).

Saliente-se o papel que os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) portugueses têm desempenhado ao nível dos processos de certificação e das políticas de qualidade dos serviços e das instituições, situação que tem criado uma forte dependência destes profissionais, por parte das organizações de serviços de saúde. Porém, quando tudo parecia apontar no sentido dum desenvolvimento e reconhecimentos exponencial desta área ou conteúdo profissional dos TDT, parece verificar-se uma reversão no processo, após a introdução da lei 27/2002, (8 de Novembro), conhecida como a Lei da Gestão Hospitalar.

Então o que nos traz de novo esta lei? Qual o conceito ou paradigma que tão acentuada alteração na Gestão dos Hospitais? Para obter esta e outras respostas, teremos de considerar algumas evidências que se vinham tornando cada vez mais óbvias. A primeira, e que mais sobressai, é o facto de que a sociedade actual exige novas formas de gestão pública. Também, a gestão do conhecimento no sector público obriga a uma gestão mais transparente e eficaz, orientada para o cidadão. Portanto, surge a necessidade de criar novos sistemas de gestão, que nos levam a uma revisão completa dos modelos tradicionais.

Importa recordar que na sequência da Grande Depressão de 1929 e durante cerca de três décadas prevaleceu o Estado Providência. Decorrente desta forma de organização do Estado, 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). Portanto o desenvolvimento do pensamento liberal levou a que uma série de novas estratégias fossem pensadas e colocadas em prática a vários níveis como na economia, finanças e também na Administração Pública. As privatizações das empresas públicas são um exemplo disso, tal como a reforma da Administração Pública. 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.

Na verdade, este novo conceito de gestão remete, para a “*desintervenção do Estado em sectores onde este era tradicionalmente regulador e prestador e, por outro, a empresarialização dos organismos públicos e do seu funcionamento*” (Madureira, 2009: 1). É portanto desta Escola Managerial que surge o conceito do *New Public Management* (NPM). 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 directamente na gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais*”, com a finalidade de alcançarem os objectivos organizacionais. A delegação das competências, enquanto forma do poder central se poder afastar, das “*preocupações da gestão corrente e da implementação das políticas*”. 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: 2).

No seguimento das perspectivas dos autores que seguimos, podemos então apontar quatro parâmetros fundamentais que condicionaram a necessidade de reforma da Administração Pública, a saber: a crescente falta de recursos financeiros que obrigou o repensar das despesas e receitas do sector público; a conjuntura globalizada que condicionou a adaptabilidade das novas tecnologias de informação e comunicação; as mudanças culturais e sociais que induziram nos cidadãos a exigência de um melhor sector público; e a necessidade de desconcentrar os serviços públicos.

As estratégias apontadas pela Nova Gestão Pública (NGP) 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 efectivos dos orçamentos. No entanto, a adopção de métodos de gestão privada no sector público, não deve ser feita de uma forma cega, pois este sector tem especificidades que não existem no sector privado. Por exemplo, enquanto neste último

o lucro constitui o principal objectivo, no sector público o grande objectivo é o de satisfazer as necessidades colectivas da população. Para além disso, a estrutura organizacional de ambas é diferente, tal como o ambiente e vínculos laborais, entre outros factores (Carvalho, 2006).

Embora o NGP 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, 2009:3). 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) no *Total Quality Politics* (TQP) que introduz características como a prática da administração baseada nas necessidades dos cidadãos.

Alguns parâmetros assinalados pela NGP 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.

Também, neste sentido, devemos observar uma das mais importantes contribuições para o estudo da burocracia moderna, dada por Max Weber (1994), que enfatizava a necessidade de racionalidade, a eficiência, a divisão especializada de tarefas, a existência de regras impessoais de conduta e a total separação da pessoa e do cargo por ela ocupado. Esgotado o modelo burocrata, “*foram introduzidas um conjunto de práticas corporativas na administração pública, caracterizadas pelo aumento de responsabilidade dos gestores*” e a alteração do enfoque, que deixou de se centrar no “*controlo de processos para o controlo de resultados*” (Souza e Siqueira, s.d.). Então um importante aspecto da Nova Gestão Pública é a “*sua defesa intransigente da descentralização de recursos e de competências*” (Erkens, 2010:13). Em síntese, procura-se assim fomentar sob a capa da Nova Gestão Pública, uma renovação managerialista dum discurso da e sobre a qualidade virada para o aumento da eficiência e da efectividade.

No que respeita ao sector da saúde, os hospitais públicos, o lugar central que ocupam nos sistemas de saúde, transforma-os no alvo privilegiado das reformas. “*Na Europa, a consolidação da ordem democrática,*

sustentada nos princípios do bem-estar social, foi edificada através da associação entre a burocracia e o conhecimento profissional especializado”, tendo sido Max Weber (1999) o primeiro autor a estabelecer esta ligação simbiótica. 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, 2008:3). 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 consequente autonomia profissional. Alguns autores, tais como Pollit (1990), citados por Madureira (2009), encontram nesta padronização, alguma simbiose com a organização científica do trabalho taylorista.

Relacionado com a problemática da autonomia, as competências, e quando analisamos a metodologia da prática baseada na evidência (PBE), tão em voga no campo da saúde, conseguimos também enquadrar algum do seu enfoque numa padronização de evidência, que pode levar-nos a pensar em padronização dos cuidados. Até a centralização intrínseca da PBE nas preferências do doente, acaba por nos remeter para as teorias managerialistas. Será que a descentralização preconizada pela NGP, ao remeter para a redução dos níveis hierárquicos, pode muito bem contribuir para o *empowerment* dos TDT, por exemplo dos Técnicos de Radiologia (TRad)? Ou será que a adopção destas lógicas managerialistas através do estímulo da sua capacidade criativa e de inovação organizacional não são mais do que *fait divers* do discurso renovado da “dominação” gestionária?

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: 3).

A ideologia managerialista NGP introduz propostas de mudança ao nível do sistema, que só são viáveis “*quando acompanhadas de alterações profundas, ao nível institucional, capazes de transformar as concepções, valores e atitudes dominantes nos profissionais*”. Estas alterações pare-

cem surgir na sequência da institucionalização do consumidor/cliente, como ‘rei’ e protagonista das novas políticas de saúde (Carvalho, 2008:4). Fundamentalmente sedimenta-se esta ideia porque se admite que os consumidores são “ignorantes” para fazerem escolhas acertadas no mercado dos cuidados de saúde.

Dissecando o conteúdo da terminologia “escolhas em saúde”, podemos tornar a aplicar este conceito vindo da economia da saúde a procedimentos mais concretos e específicos como um exame de tomografia computadorizada (TC). Na complexidade deste procedimento, certamente encontramos motivos e fundamentação óbvia, para sustentar a incapacidade de escolha por parte do doente. Há aqui também uma relação de agenciamento, conferida quer pelo prescritor, que solicita um exame para resolver determinada situação, quer pelo doente que espera do TRad, a aplicação do melhor protocolo de exame possível, que seja mais eficaz e eficiente para a sua situação clínica e com a menor dose de radiação possível. Este papel terá de ser, obviamente, assumido pelos TRad.

Este modelo aproxima-nos de um modelo de gestão racional, que se baseia em “critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e o ‘valor do dinheiro’; a flexibilidade e a diferenciação” mas que no entanto também apontam para uma “desvalorização dos sindicatos”, alheando-se um pouco das estruturas representativas dos TRad. Estas medidas encetadas com o objectivo de promover reformas estruturais e de organização do trabalho, têm como objectivo, estimular mudanças culturais, “*consubstanciadas em alterações ao nível do próprio comportamento dos profissionais*”. Neste contexto, as “*exigências e necessidades individuais dos pacientes, (...) poderão constituir-se como um dos elementos mais fortes de controlo sobre os profissionais*” (Carvalho, 2008:4). Também a previsível e consequente redução do papel dos sindicatos e associações profissionais, induzida pelas novas reforma das políticas de saúde, provocou uma alteração da “*burocracia profissional consubstancia na reconfiguração das estruturas organizacionais e das relações de poder*”. Por outro lado, também o aumento do peso da “tecnoestrutura”, traduz-se “*numa maior representação de áreas específicas de gestão na estrutura orga-*

nizacional” (Carvalho, 2008:4).

3. Nas entrelinhas da padronização das práticas. O caso do Técnicos de Radiologia

Pela importância crescente das tecnologias da saúde relacionadas com a imagem médica e sobretudo pelo crescente papel da TC nos cuidados de saúde, será que os TRad e a coordenação técnica dos serviços de radiologia passarão a ter maior representação na gestão das próprias tecnologias e também das organizações em que se inserem? Em resumo, de acordo com o citado por Carvalho (2008), à medida que se afastam do regime weberiano de controlo (Reed, 1999), as instituições de saúde passam a desenvolver formas de organização do trabalho pós-fordistas. Desta forma há um aumento do trabalho desenvolvido por profissionais altamente qualificados, concomitantemente com a concessão de uma forte autonomia na realização das tarefas, articulada com princípios de flexibilidade funcional, numérica e financeira (Atkinson, 1987). Face ao exposto, e ainda segundo a mesma autora, surgem três cenários distintos no processo de (re)configuração burocrática, que, não sendo objecto de reflexão no presente estudo, importa assinalar:

- adaptação burocrática
- reformulação burocrática
- reconstrução burocrática

No entanto, é de relevar que alguns autores refutam a implementação e adopção destas teorias. Particularmente contundente é Mintzberg (1995) ao afirmar que houve excessos e que se foi longe de mais na ideia de gerir o Estado à maneira empresarial e que nos negócios privados nem tudo é bom, como no sector público nem tudo é mau; e que o sector privado deve aproveitar algumas das virtualidades da gestão pública. Considera, ainda, que existem sectores que se justificam plenamente no domínio público e que não podem ser tratados como negócios, como é o caso da investigação, da educação e dos cuidados de saúde (Mendes, sd:5).

Não obstante, por um lado, a falta de coerência dos modelos apresentados para a Administração Pública

pela abordagem managerialista e por outro, a crise económica e financeira que se fez sentir mais acentuadamente a partir do início do ano de 2008 exigem que se repensem novos modelos de actuação para Estado e Administração Pública (Madureira, 2009:1).

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 efectivamente na qualidade dos mesmos e a não se centrarem exclusivamente na qualidade de realização e leitura do exame. No entanto, apesar de atrás referido, numa “lógica de serviço”, é dada maior relevância ao clima e atmosfera em que o serviço é criado e consumido, do que propriamente ao serviço em si. Devemos também ter presente a “lógica de produto”, ou seja, temos de considerar de primordial importância a qualidade do produto, neste caso o exame realizado. Torna-se então claro que este tipo de serviços de saúde tem de ser gerido nestas duas “lógicas” pois, qualquer uma delas, isoladamente não tem grande valor.

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-efectividade. Pode a PBE-Rad (PBE aplicada à radiologia) constituir-se como uma ferramenta fundamental, que sirva o jogo de actores e simultaneamente melhorar os ganhos em saúde?

Antes porém de passarmos à análise da questão, onde se inclui reflexão sobre as razões da implementação da PBE, centrar-nos-emos ainda um pouco nas questões relacionadas com a padronização e standardização, porque, simultaneamente, são conceitos transversais à ideia de qualidade e que tocam de perto a PBE e a NGP.

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 objectividade. Somos então levados a pensar, que num mundo cada vez mais globalizado e em que a investigação científica prolifera, a objectividade é cada vez mais desejada. A

introdução dessa objectividade 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). No entanto é já conhecida também, a *“incapacidade das directrizes para reduzir as variações na prática organizacional”*. Talvez esta incapacidade das directrizes se fique a dever ao facto delas, nem sempre *“beneficiarem os actores que estão no comando”* das organizações ou serviços. Para autores como (Berg et al., 2000; Timmermans e Kolker, 2004; Weisz, 2005), o desenvolvimento de directrizes clínicas pode levar ao *“enfraquecimento do poder e autonomia profissional”* (Castel, 2009: 744).

No que diz respeito aos actores, eles nem sempre perseguem interesses comuns, pelo que, por vezes é necessário estabelecer alianças estratégicas para poder convergir nos objectivos. Este jogo de actores, leva a *“interacções estratégicas entre um conjunto de actores colocados num determinado campo de acção, onde se encontram mutuamente dependentes para a solução de ‘um problema comum’”* (Crozier e Friedberg, 1995:75). Uma das interacções possíveis neste complexo jogo de actores, pode ser perfeitamente a integração e até a proliferação de orientações clínicas, numa tentativa de *“melhorar as suas posições relativas a grupos concorrentes”*. As *guidelines* podem constituir-se como recursos estratégicos utilizados pelos actores (profissionais), em detrimento de outros profissionais para *“manter uma quantidade suficiente de actividade profissional e aumentar o controlo sobre as decisões”* clínicas (Castel, 2009:743).

Neste intrincado jogo de actores os TRad podem jogar através da introdução da PBE na sua prática clínica, não só a confirmação da elevação do seu status profissional relativamente as 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 directas, podem promover a introdução de uma metodologia (PBE), que lhes seja mais favorável na conquista dos seus objectivos de autonomia e reconhecimento profissional.

Presentemente, em Portugal, mercê da “elevação” estatutária da profissão de TRad, conferida pela elevação do seu grau académico que aprofundaremos mais adiante, assistimos simultaneamente, a uma tentativa, ainda que pouco expressiva, de controlo da produção de evidências resultantes da investigação científica. A crescente participação em eventos científicos nacionais e internacionais, a par da sua crescente publicação científica, é sintomática desta afirmação.

Uma vez que, as *“directrizes podem ser usadas de forma criativa objectivando a modificação dos padrões organizacionais”, enquadrando o facto de que “a normalização não impede as especificidades locais, podem até mesmo melhorá-las”* (Castel, 2009:744), acreditamos ser este o caminho escolhido (introdução da PBE) pelos TRad, para se imporem dentro destes sistemas complexos, que são as organizações de saúde.

De relevar que, segundo Castel (2010), uma boa parte dos estudos sobre saúde, debruçam-se sobre as reformas e ferramentas introduzidas nos sistemas de saúde nas últimas décadas. Uma parte deles, por um lado, pretende aumentar a formalização do conhecimento e da práxis médica, por meio de manuais de boas práticas, directrizes, protocolos, entre outros, e por outro proceder à avaliação dos actos médicos. De certa forma, os resultados dos estudos realizados congregam geralmente recomendações que permitem às organizações introduzir ou aperfeiçoar políticas de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Contudo, é de assinalar que *“embora os enfermeiros e técnicos especializados possam fornecer alguns elementos cruciais (por vezes decisivos) para as decisões clínicas, eles não podem ostensivamente invadir o território médico, pois só ele pode efectuar um diagnóstico”* (Castel, 2002:562).

Em Portugal, os enfermeiros, tal como os TRad e outros técnicos de saúde, viram as suas profissões serem reconhecidas enquanto parte integrante do

ensino superior, desde a década de noventa. Só nos últimos vinte anos é que os saberes veiculados no interior destas profissões alcançaram o reconhecimento académico almejado.

No entanto e embebidos pela dinâmica de uma actividade competitiva inerente a estas profissões, e parafraseando Dubar (1997), é de considerar que o TRad “*para dar conta do seu mundo, ‘mundo vivido do trabalho’, ele acrescenta à noção de responsabilidade a noção de criação que valoriza as iniciativas, as resoluções de problemas e a capacidade de contornar obstáculos*” (Dubar, 1997:214), condição *sine qua non* para a prestação de cuidados e para a melhoria da qualidade. Embora possamos argumentar, que este processo decorreu com um atraso superior a uma década, relativamente aos conteúdos programáticos leccionados, bem como comparativamente à generalidade dos países desenvolvidos, o facto é que esta situação permitiu uma consolidação cada vez mais acentuada de territórios profissionais dentro da prestação de cuidados de saúde. De certa forma podemos dizer, que até à primeira metade dos anos noventa, o único grupo academicamente reconhecido na prática clínica directa, eram os médicos. Este facto permitiu-lhes dominar todo o panorama organizacional dos cuidados de saúde, da forma que melhor entenderam. Isto só por si, não seria uma questão muito relevante, se a prestação de cuidados de saúde, sobretudo após a sua maior especialização, não fosse um dos expoentes máximos da cooperação e do trabalho em equipa. Como em qualquer actividade de grupo, a cooperação na prestação de cuidados de saúde, é um problema central.

De acordo com o citado por Bergeron e Castel (2011), a prática clínica agora não é exclusivamente baseada no conhecimento, isto é, know-how resultante do saber colectivo partilhado e validado (Cambrosio et al. 2006; Foucault, 1963; Freidson, 1984), mas sim em cuidados de saúde, em que o paciente é dividido em múltiplas actividades e tarefas executadas por vários actores ao ponto de se utilizar frequentemente a analogia da “cadeia” industrial para a descrever. O tratamento é agora, uma intervenção complexa de profissionais. Portanto, como actividade colectiva que é baseada na cooperação entre os actores “*em que cada um mantenha um grau de autonomia e prossiga interesses que não são necessariamente convergentes*” (Friedberg, 1993:352), constitui um problema para os

próprios.

Presentemente, a situação deveras assimétrica que se verifica no panorama da saúde face aos saberes que as profissões detêm e controlam, provoca “problemas com alguns dos jovens diplomados”. Estes “*encontram-se desapontados com os empregos que ocupam e as organizações não lhe podem proporcionar as carreiras que desejam*” (Dubar, 1997:219). Por outro lado, para os autores Weisz (2005) e Pinell (2005), cf. Castel, (2010), as características das especialidades, são o princípio da diferenciação endógena e sobre determinante na organização de propriedade local, e, portanto, os mecanismos supostamente mais explícitos de cooperação e conflito entre os profissionais abrangidos.

Muitas vezes, a “*maximização do número de clientes e de actos por cliente tem sido muitas vezes apresentada como uma possível razão para a estrutura especial que as redes profissionais têm*” (Bergeron e Castel, 2011:17). Por outro lado e com o objectivo de melhorar a acessibilidade, a eficácia, a eficiência e a efectividade dos cuidados de saúde, tem sido introduzido o paradigma da PBE, cada vez mais, aplicado às várias especialidades de medicina. Neste sentido “*os críticos e os defensores da medicina baseada em evidências, vêem nas directrizes para a prática clínica, um importante componente desse autodefinido “novo paradigma”, cujo objectivo é racionalizar a medicina, através da fundamentação da tomada de decisão clínica, numa avaliação cuidadosa da literatura médica*” (Knaapen, et al, 2010:685).

Ainda de acordo com este autor, “*as directrizes para a prática clínica são componentes-chave da medicina baseada em evidências (MBE)*”, que no entanto “*não enfatiza a intuição, a experiência clínica não sistemática, e os fundamentos fisiopatológicos enquanto motivos suficientes para a tomada de decisão clínica*”, defendendo ainda “*o uso da literatura médica (especialmente os resultados de ensaios clínicos randomizados) como forma mais eficaz na orientação da prática médica*” (Knaapen et al, 2010:685).

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 infor-

mal) 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, 2010:691). 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.

O exposto neste parágrafo e a leitura metodológica de textos conducentes a este enquadramento teórico, também nos levantou algumas questões sobre a PBE-Rad. Em todas as obras consultadas nunca se esclarece a questão do trabalho em equipa no que respeita à elaboração de directrizes em radiologia. Dito de outra forma, não nos foi possível verificar, se TRad e Médicos Especialistas em Radiodiagnóstico colaboram efectivamente na disponibilização das Evidências nas suas áreas de intervenção. Ficou-nos até a impressão, que não teremos a possibilidade de confirmar ou infirmar na literatura consultada, que há de facto produção autónoma de cada um dos grupos profissionais. Neste contexto, importa referenciar, que encontramos alguns textos oriundos da Noruega, elaborados por TRad e muitos outros, (a grande maioria) por Médicos Especialistas em Radiodiagnóstico.

Ainda para Knaapen (2010), muitos investigadores que elaboram orientações, conjuntamente com defensores da MBE, argumentam que este não é necessariamente um problema, na medida em que a variação é justificada por diferentes locais (geralmente nacionalidade), conjugado com variabilidade de diferentes exigências processuais. Então poderemos questionar, no sentido de que essas variações das orientações possam ter origem num trabalho de equipa pontual, decorrente, segundo Castel (2010) da “*eventualidade de jogos cruzados, entre um actor que controla*”. Estamos na presença daquilo que os interacionistas chamam “arco do trabalho” (Strauss et al., 1997), em que outros actores concordam em intervir mais ocasionalmente, favorecendo a estabilização da cooperação profissional.

Assumindo este nível de incerteza face às recomen-

dações e orientações, coloca-se então a questão: Será a declaração *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) ou a *Standards for the Reporting of Diagnostic* (STARD), capazes de homogeneizar as orientações através das suas *checklists*? Levantada a questão, importa tratar num outro debate a análise dos constrangimentos na introdução e aplicação da PBE-Rad.

Para Knaapen (2010), o instrumento mais utilizado para avaliar a qualidade da recomendação não examina o conteúdo das orientações não considera o conteúdo clínico e sua subjacente evidência, avaliando apenas as características do processo da sua produção. Será então direccionar a validação das Evidências e a força das recomendações, para um processo que avalie a sua qualidade em exclusivo? Ou será preferível conjugar a avaliação qualitativa das mesmas com a correcção do seu processo de elaboração? Na verdade, quando seleccionamos uma ou várias evidências e recomendações, entre um vasto universo, não estaremos através dos nossos saberes e poderes a eleger um entre vários futuros possíveis? Ou estaremos simplesmente na presença de uma questão de qualidade? Será que poderão as políticas de certificação da qualidade produzir alterações nas estruturas de saúde a nível dos territórios profissionais? Estas e outras questões podem ser levantadas.

De facto, de acordo com o citado por Castel (2003), a qualidade tornou-se num conceito em voga, ou ainda como apontado por Setbon, “um novo paradigma da acção colectiva” (Setbon, 2000 cf. Castel, 2003) para os actores dos estabelecimentos hospitalares. Indo ao encontro desse novo paradigma, as políticas desenvolvidas pelas organizações visando a acreditação dos seus serviços, remetem para acções colectivas, através da “*racionalização de comportamentos (padronização de práticas dos cuidadores, desenvolvimento de acções transversais, etc.), promovendo a participação de todos (desenvolvimento soluções colectivas para resolução das inconformidade detectadas na prática clínica diária)*” (Castel, 2003:156).

Notas finais

A introdução de políticas de qualidade numa organização representa uma mudança na própria organiza-

ção porque reconfigura as relações indivíduo-organização. Efectivamente, como em todos os processos de mudança, é necessário promover a adesão dos actores. De acordo com o preconizado por Castel (2003), através de um discurso de gestão, de administração dita managerial, pode efectivamente ser encarado como um conjunto de argumentos para convencer os actores a envolverem-se nos processos de mudança. Este discurso é como que projectado para um público específico (actores, alvos), mostrando-lhes os benefícios da mudança em termos de ganhos de poder. Assim, através de discursos mais ou menos elaborados e normalizados num sistema de qualidade burocrática (Domingues, 2006) podemos transmitir aos actores, um conjunto de representações com o funcionamento ideal da organização. Contudo, a ideia de normatização das práticas de qualidade, contrapõe-se com a perspectiva de que os *“actores, ferramentas e representações encontram-se fundamentados numa variedade de práticas discursivas, o que pode apoiar a implementação de regras escritas”* (Castel, 2003:158), que embora, revelem e reflectam claramente as representações e aspirações, por vezes emergem como focos de tensões e divergências entre os actores envolvidos. Contudo, a diversidade de situações com que as organizações encaram as políticas de qualidade, pode constituir-se como uma mais-valia na inovação destas mesmas políticas. Aliás, segundo Castel (2003), na verdade, esta diversidade reflecte situações de experiência de trabalho e know-how profissional que podem ser mobilizados para melhorar as políticas de qualidade.

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.

Poderemos então, em jeito de consideração final deste ponto recentrar a “velha questão” do aumento das competências dos TRad nas áreas da qualidade, através da elevação formal do seu nível académico e na

procura e adopção generalizada pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde, de sistemas e políticas de qualidade, introduzindo, a perspectiva de Castel (2009), de que tais situações podem concorrer para a génese duma alteração “regulada” do discurso científico-tecnológico dos e nos profissionais de saúde. 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 actuação periférica.

Na verdade, importa recordar que para Gonnet (1992), a complexidade da organização hospitalar aumenta permanentemente, sendo confrontada com uma evolução muito rápida e permanente, que provoca desordem das técnicas, das profissões, das mentalidades, das identidades e das relações. Assim sendo, num sistema de acção concreto como o que é um serviço de saúde hospitalar (Gonnet, 1992), é possível denotar uma certa troca desigual, quiçá, negociada de capacidades para a acção através da qual cada membro tenta controlar as zonas de incerteza, simultaneamente restringir os outros membros do campo organizacional, a fim de satisfazer expectativas, dominar os recursos informacionais e evitar ser constrangido pelos outros” (Crozier e Friedberg, 1980; Friedberg, 1997; Silva, 2001, 2004; Carapinheiro, 1993).

Neste contexto de complexidade e de mudança permanente que modela o funcionamento das organizações de serviços de saúde, é de admitir, uma dificuldade acrescida na gestão da qualidade apenas com a experiência, ou tomar certas decisões normativas apenas com o bom senso ou ainda desencadear acções de mudança com base em modelos meramente burocráticos, sem ouvir ou ter em atenção, o envolvimento e quiçá a dita participação directa dos actores.

Em suma, dada a diversidade de abordagens e estudos que a sociologia das organizações e do trabalho nos proporciona para estes assuntos, conjugada com as várias áreas científicas em estudo, multiplica-nos a cada passo da investigação as nossas questões e inquietações sobre as relações indivíduo-organização em contexto de processos de implementação de prá-

ticas de qualidade.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. H., Lopes, A., Silva, C. (2010) "Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela Join Commission International". *TMQ - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* - Número Temático 1, pp. 115-132
- Almeida, R. P., Silva, C. A., Ribeiro, L. P., Abrantes, A. F., José, H., Ribeiro, A. (2010). Qualidade em Radiologia: Análise da Percepção da Qualidade e Satisfação em Dois Serviços Distintos, Segundo os Utentes da Consulta Externa. *Acta Radiológica Portuguesa*, XXII (88), pp. 21-29, Out-Dez.
- Atkinson, P. (1977) (1995). *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- Atkinson, P. (1977). Medical Mystique. *Sociology of Work and Occupations*, 4(3), pp. 243-279.
- Balka, E., Doyle-Waters, M., Lecznarowicz, D., Fitzgerald, J. M. (2007). Technology, governance and patient safety: systems issues in technology and patient safety. *International journal of medical informatics*, 76(Suppl 1), pp. 35-47. doi:10.1016/j.ijmedinf.2006.05.046
- Berg, M., Horstman, K., Plass, S., Van Heusden, M. (2000). Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity: Standardization and the Professionalism of Insurance. *Sociology of Health & Illness*, 22 (6), 765–791.
- Bergeron, H., Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, 52(4), pp. 441-460. doi:10.1016/j.socotra.2010.09.001
- Bergeron, H., Castel, P. (2011). Continuity, capture, network: The professional logics of the organization of care. *Sociologie du Travail*, 53, pp. e1-e18. Elsevier Masson SAS. doi:10.1016/j.socotra.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*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.
- Carvalho, M. T., 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: *Ata do VI Congresso Português de Sociologia* n° Série: 179.
- Casper, M. J., Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), pp. S120-S132. doi:10.1177/0022146510383493
- Castel, P. (2009). What's Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science*, 39(5), pp. 743-764. doi:10.1177/0306312709104435
- Castel, P., Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, pp. 337-355.
- Castel, P. (2010). Acting in anaesthesia, ethnographic encounters with patients, practitioners and medical technologies. *Sociologie du Travail*, 52(4), pp. 561-562. doi:10.1016/j.socotra.2010.09.002
- Coote, A. (1993). Understanding quality. *Journal of Interprofessional Care*, 7(2), pp. 141-150.
- 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.
- Domingues, I., (2003). *Gestão de qualidade nas organizações industriais: Procedimentos, práticas e paradoxos*. Oeiras: Celta Editora.
- Domingues, I., (2006). *Modelo de análise da estruturação das práticas de gestão da Qualidade*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais
- Domingues, I., Neves, J.P. (Org.) (2009). *Tecnologia, gestão da qualidade e dos recursos humanos: análise sociológica*. Ermesinde: Ecopsy
- Donabedian, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*, 1, pp. 3-11.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. New York : Oxford University Press.
- Friedberg, E. (1995). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Ação Organizadora*. Lisboa: Instituto Piaget (1ª edição original em 1993).
- Gonnet, F., (1992). *L'hôpital en question(s): Un diagnostic pour les relations de travail*. Paris: Editions Lamarre.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Or-

ganizations (1993). *The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO Editions

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), pp. 685-92. Elsevier Ltd.
doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.019

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

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.

Raposo, V. M. (2007). *Governança hospitalar: Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia.

Revez, S., e Silva, C. (2010). “Visão simbiótica de qualidade em saúde - busca contínua pela melhoria”, in Silva, C., Saraiva, M., e Teixeira, A. (Eds.), *TMQ - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* - Número Temático 1. Lisboa: Edições Sílabo

Serra, H. (2007). Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, pp. 113-131.

Silva, C. (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.

Wiener, C., Strauss, A., Fagerhaugh, S., e Suczek, B. (1979). Trajectories, biographies and the evolving medical technology scene: labor and delivery and the intensive care nursery. *Sociology of Health and Illness*, 1(3), 261-284.

Wilkinson, A., Marchington, M. e Goodman, J.n (1992). Total quality management and employee involvement. *Human Resource Management Journal*, 2(4), pp. 1-20

Nota:

[1] Texto adaptado, em versão reduzida, duma publicação do autor: Abrantes, A. (no prelo). Contributos para uma Sociologia da Qualidade. As contingências das relações indivíduo-organização nos serviços de saúde. In Carlos da Silva, A. Abrantes, J. Saragoça, J. Fialho (coord.). *Avaliação em Tecnologias da Saúde: Organizações, Qualidade e Pessoas*. Casal de Cambra: Caleidoscópico Edição e Artes Gráficas, S.A.

[2] António Abrantes | Prof. Adjunto, Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve | CICS.NOVA.UÉvora