

DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Homenagem a Manuel Carlos Silva

Organização: Sílvia Gomes | Vera Duarte | Fernando Bossa Ribeiro | Luis Cunha | Ana Maria Brandão | Ana Jorge

DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS
Homenagem a Manuel Carlos Silva

Coordenação

Silvia Gomes, Vera Duarte, Fernando Bessa Ribeiro,
Luís Cunha, Ana Maria Brandão e Ana Jorge

Capa: António Modesto

Revisão e paginação: Margarida Baldaia

© Edições Húmus, Lda., 2018

Apartado 7081

4764-908 Ribeirão – V. N. Famalicão

Telef. 926 375 305

humus@humus.com.pt

Impressão: Papelmunde

1.ª edição: Dezembro de 2018

Depósito legal: 448847/18

ISBN: 978-989-755-381-3

Capítulo 17. Reformas de saúde nos países do Sul da Europa, razão gestionária e profissionalismo

Ana Paula Marques *

INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal tem sido palco de transformações significativas na sua agenda político-económica nas últimas duas décadas, traduzidas principalmente na difusão de modelos organizativos próximos da gestão privada e flexibilização das relações de trabalho. O subfinanciamento dos serviços públicos por parte do Estado apresenta-se como a “marca de água” persistente ao longo das reformas das políticas de saúde implementadas em Portugal, bem como noutros países, como Grécia, Espanha e Itália. No caso português, a crise financeira e económica¹ que exigiu intervenção de um consórcio de credores externos, designado *Troika*, constituiu uma oportunidade para se aprofundarem as reformas do sector da saúde em curso a partir de um *Memorando de Entendimento* (2011-2015)². Estas reformas assumem contornos de crescente privatização e suborçamentação, acompanhadas da difusão de modelos de gestão

* Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais – Polo Universidade do Minho – amarques@ics.uminho.pt.

- 1 Tal como aconteceu a outros países da União Europeia, como Grécia, Espanha e Irlanda, Portugal entrou em incumprimento da disciplina orçamental imposta aos Estados-membros, apresentando um défice do orçamento de Estado superior a 3% do Produto Interno Bruto (PIB).
- 2 As instituições da Troika, que consiste num consórcio de credores compostos pela Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), definiram em memorando os termos negociados da ajuda financeira prestada a Portugal,

empresarial a partir de contratos de gestão público-privada de hospitais e unidades de saúde familiar. Na sua implementação, as reformas têm vindo a “exigir” cortes salariais e congelamento de carreiras, bem como a precarização dos vínculos laborais dos profissionais de saúde, associada a alterações nos instrumentos de regulação coletiva do trabalho e de proteção social.

Com efeito, a globalização da economia, a alteração dos paradigmas de concorrência e as mudanças verificadas nos sistemas de produção contribuíram, no seu conjunto, para profundas alterações do que se entende por missão do estado-nação e sua relação com a prestação de serviços no domínio da esfera pública. A crise de eficácia e eficiência dos modelos de governação de índole burocrático-racionalizadora tem conduzido a novos modelos de organização e gestão. No sector privado, promove-se o ‘emagrecimento’ das estruturas organizacionais e, fundamentalmente, adotam-se estratégias de redução drástica da mão de obra. Também nos serviços estatais, a difusão das virtualidades da gestão privada à coisa ‘pública’ em domínios como a saúde, a educação e a intervenção social, pela via do *New Public Management* (Nova Gestão Pública), tem conduzido a reformas assentes em imperativos de produtividade e externalização de serviços a entidades privadas. Tal tem potenciado a crescente precarização das relações do trabalho, com contratos individuais e flexíveis e o agravamento do desemprego estrutural (Marques, 2014, 2010).

Por sua vez, as consequências decorrentes das reformas implementadas no sector da saúde, em especial a imposição de uma lógica gestonária, interpelam-nos para uma discussão em torno das “novas direções” do profissionalismo (Evetts, 2003, 2010, 2012) e os dilemas de regulação nos mercados (trans)nacionais de trabalho, com especial impacto junto de profissionais de saúde, até então com poderes de fixação das suas jurisdições e estratégias de monopólio do mercado de trabalho (Amaral & Marques, 2017). Tanto as questões de acesso ao emprego/profissão como as efetivas condições de mobilidade e qualificação têm sustentado debates sobre (novos) riscos na configuração da “profissão” do sector da saúde à luz das tradições anglo-saxónica e francófona (Svensson & Evetts, 2010).

propondo um programa de ajustamento estrutural que impões medidas de redução da despesa do Estado, com impactos económicos e sociais nas políticas públicas.

Importa, por conseguinte, avançar no conhecimento sobre os efeitos da globalização, mercantilização, desregulação e precarização das relações de trabalho transversais aos diversos grupos profissionais que, até então, se encontravam protegidos em mercados de trabalho primários (Marques, 2012), i.e., mercados de trabalho regulados a partir de princípios de estabilidade, carreira e direitos sociais.

Neste capítulo, começamos por discutir alguns dos principais traços comuns aos países do Sul da Europa relacionando-os com as desigualdades de saúde. Concentrando-nos no caso português, são visíveis as transformações ao nível da agenda das políticas de saúde e seus propósitos reformadores nas últimas décadas, em especial, sob o *Memorando da Troika*. Neste contexto, convocamos o ideário justificativo que suporta a implementação da nova gestão pública no sector da saúde e o argumento central de uma “desvalorização interna” da força de trabalho como ajuste estrutural à crise (Silva, Hespanha & Caldas, 2017). Esta discussão remete-nos, na secção seguinte, para um debate mais amplo que se prende com o profissionalismo, os paradoxos e dilemas da regulação, considerando em especial as alterações mais significativas que se registaram no mercado de trabalho (trans)nacional do sector da saúde (Marques, 2014).

1. PAÍSES DO SUL DA EUROPA E DESIGUALDADES DE SAÚDE

A pressão para a privatização, liberalização, desregulação e subfinanciamento dos serviços públicos por parte do Estado tem caracterizado as políticas de saúde em Portugal³, bem como noutros países, como Grécia, Espanha e Itália. As reformas e a modernização do Estado social afiguraram-se cruciais para compreender a crise estrutural que afeta os Estados sociais da Europa do Sul⁴. Para Ferrera (1999), os progressos registados na melhoria da esperança de vida e da mortalidade infantil nestes países não

3 Desde 1986 que Portugal faz parte do espaço da União Europeia (UE) e, nesse quadro político-institucional, tem vindo a incorporar preocupações que envolveram, desde os seus primórdios, questões com a saúde dos trabalhadores, incluindo questões transversais da saúde em todas as políticas públicas.

4 Segunda a Organização Mundial da Saúde (OMS), as desigualdades sociais no sector da saúde têm vindo a ter lugar também noutros países da Europa, como Grã-Bretanha, Holanda e Suécia. Estas desigualdades na saúde reportam-se às dificuldades crescentes

escondem a persistência das desigualdades de saúde, fazendo deste tópico uma das áreas privilegiadas para a intervenção por parte dos decisores políticos e para reformas na arquitetura dos serviços de prestação de cuidados de saúde. Estas desigualdades são visíveis tanto na distribuição de recursos materiais, educacionais e *status* social, como no acesso aos cuidados de saúde (Serapioni, 2017). Com efeito, o abrandamento económico e a globalização das doenças com exigências crescentes para cuidados crónicos, que estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações, têm vindo a exigir maior atenção perante o financiamento dos sistemas de saúde (OMS, 2015). Por sua vez, são vários os estudos que assinalam os efeitos colaterais da política de austeridade, visíveis em sectores mais vulneráveis da população, tais como o incremento com a saúde pública, distúrbios de ansiedade e depressão, incluindo suicídios (*ibidem*).

Para Serapioni (2017), o sector da saúde permite aproximar estes países do Sul de um modelo de bem-estar social mediterrânico, dado que estes países instituíram serviços nacionais de saúde universais. Configura-se, por conseguinte, a possibilidade de ser identificado um “quarto modelo”, designado “corporativista”, na linha da tipologia de regimes de bem-estar apresentada por Esping-Andersen (1990), designadamente o regime social-democrático dos países escandinavos, o regime conservador-corporativo, da Europa continental, e o regime liberal, dos países anglo-saxónicos. Este “quarto modelo” alicerça-se em fatores históricos, sociopolíticos, mas também na existência de governos autoritários, na influência da igreja católica e na elevada competição político-partidária.

Com efeito, entre 1970 e 1980, “foram instituídos serviços de saúde nacionais universais, baseados nos direitos de cidadania e inspirados no modelo *beveridgiano* (Serapioni, 2017, p. 3). No entanto, a transição de sistemas de saúde baseados em seguros para um serviço nacional de saúde ocorreu num ritmo diferente e gerou níveis variáveis de cobertura em cada país. Na verdade, “Espanha e Itália desenvolveram sistemas públicos de saúde mais orientados por princípios universalistas e, sucessivamente, conseguiram promover a regionalização do serviço nacional de saúde. Na Grécia e, de certa forma, também em Portugal, os sistemas de saúde

de financiamento dos sistemas de saúde (OMS, 2015), visíveis no contexto dos diferentes países, não exclusivamente no Sul da Europa (Marmot, 2010; European Union, 2013).

permaneceram, pelo menos na primeira fase da transição, fragmentados entre os diversos subsistemas públicos e privados” (*ibidem*).

Adicionalmente, a aplicação de formas de copagamento e taxas moderadoras na utilização de cuidados primários e/ou de consultas de especialidade, sobretudo na Grécia, Itália e Portugal, introduz entraves financeiros no acesso, contribuindo para acentuar as desigualdades no sistema público de saúde. Dois dos efeitos perversos desta prática têm sido o aumento do uso de serviços e recursos intensivos (tais como os cuidados de emergência) e o progressivo aumento das listas de esperas para os cuidados nas especialidades, contribuindo para um agravamento da prestação de cuidados de saúde e dos respetivos indicadores financeiros.

Por fim, é de destacar ainda os arranjos institucionais introduzidos nos sistemas de saúde ao nível quer do grau de efetividade do processo de descentralização dos sistemas nacionais de saúde, quer das novas relações entre o sector público e o sector privado na provisão de serviços. Quanto à questão da descentralização regional, ainda que haja desigualdades entre estes quatro países, há evidências de que o processo de descentralização implantado não tem sido capaz de reduzir a tradicional diferença de desempenho entre os vários sistemas de saúde regionais, sendo visível um aumento das mesmas (Serapioni, 2017). Sobre os arranjos público-privados no contexto das organizações hospitalares e de cuidados primários de saúde, os modelos tendem a criar “duas categorias de cidadãos” dentro dos mesmos serviços públicos: (i) os que optam pelos serviços públicos, incluídos numa longa lista de espera; e (ii) os que optam por um serviço em regime de pagamento, que são atendidos no prazo de poucos dias.

Não obstante, apesar do propósito de concretização de um serviço nacional de saúde comum aos quatro países do Sul da Europa, destaca-se um conjunto de limitações ou insuficiências, traduzido, de forma muito sintética, nos seguintes traços: (i) promessas universalistas desfasadas da efetiva implementação, sobretudo por razões de ordem financeira; (ii) sucessivas reformas por parte dos governos para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde, mas que produzem baixos níveis de eficiência e disponibilidade de competências gerenciais; (iii) família e rede de parentescos e de vizinhos, próximas do que se entende por “sociedade-providência”, que compensam, em certa medida, as insuficiências de apoio social e de cuidados de saúde; (iv) não cumprimento dos direitos garantidos aos usuários

pelo respetivo sistema de saúde como, por exemplo, na área dos direitos do paciente e da informação disponibilizada aos usuários; e (v) falta de canais e de mecanismos de participação, o que explica os baixos níveis de envolvimento dos cidadãos nas decisões sobre saúde (Serapioni, 2017).

Na verdade, no que diz respeito aos países do Sul da Europa, em especial, Espanha, Grécia, Itália e Portugal, esta maior fragilidade na consolidação do Estado social, por comparação a outros países do Norte da Europa, explica-se, por um lado, por razões político-institucionais⁵ e, por outro, pela densificação da crise económica⁶ no quadro das políticas de austeridade impostas pela Troika a partir dos anos 2010-2011 até 2015.

2. REFORMAS NO SECTOR DA SAÚDE SOB O IDEÁRIO GESTIONÁRIO

Concretamente, Portugal cria o seu projeto político do Serviço Nacional de Saúde em 1979, mediado posteriormente pela implementação da Lei de Bases da Saúde em 1990 (em revisão no atual governo constitucional), a criação do Estatuto de Serviço Nacional de Saúde, em 1993, e o primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, seguindo as recomendações da União Europeia. O atual Plano Nacional de Saúde 2012-2016, revisto e alargado até 2020, constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal e encontra-se estruturado em quatro eixos: (i) Cidadania em Saúde; (ii) Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; (iii) Qualidade na Saúde; e (iv) Políticas Saudáveis. Traça como metas fundamentais o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e a exposição ao fumo

5 Para Ferrera (1999, p. 458) há argumentos “geo-evolucionistas” que sustentam, em grande medida, o relativo atraso do desenvolvimento do Estado Social nos países do Sul da Europa e do enfrentamento de meios socioeconómicos mais problemáticos desde a sua implementação. Assistiu-se, por conseguinte, a sistemas de proteção social mais permeáveis à “permanente” austeridade e “subdesenvolvimento” institucional.

6 A severidade económica sentida por estes quatro países não é idêntica ao longo dos diversos períodos históricos, bem como o impacto da atual crise financeira, nos seus efeitos a curto e médio prazo. Para um aprofundamento do conhecimento sobre os regimes de bem-estar associados aos países do Sul da Europa, cf. Serapioni (2017).

do tabaco e a obesidade infantil. Todavia, desde os seus primórdios que os problemas de subfinanciamento, a concentração de recursos no sector hospitalar, a pouca coordenação entre cuidados primários e secundários, a forte presença do sector privado orientado por princípios neoliberais têm vindo a condicionar as desiguais oportunidades de acesso à saúde por parte de grupos populacionais economicamente mais vulneráveis.

Na primeira década do século XXI, o governo português avançou com reformas, muitas delas ainda em curso, que visavam uma profunda reestruturação ao nível dos sistemas de gestão e organização dos cuidados de saúde no contexto hospitalar e saúde primária. Parte significativa dos hospitais públicos foi transformada primeiro em Sociedades Anónimas (SA) e, logo depois, em Entidades Públicas Empresariais (EPE), corporizando a tendência de empresarialização (Marques & Falleiros, 2016), incluindo a privatização, a pressão para o cumprimento de requisitos de padrões de qualidade e a externalização de serviços por via sobretudo das Parcerias Público-Privadas (PPP)⁷. Igualmente, cria-se uma rede nacional hospitalar através da concentração dos vários hospitais em Centros Hospitalares, permitindo uma gestão mais racional e eficiente do tipo de cuidados a prestar às populações. Cumpre-se, assim, um primeiro passo relativamente à separação entre financiamento e prestação de cuidados, a partir da contratualização entre Estado e hospitais públicos, da imposição de uma gestão por objetivos e da progressiva transferência de serviços públicos para o sector privado. Simultaneamente, tem lugar a instauração de um mercado interno onde competem hospitais públicos e hospitais público-privados, disseminando-se instrumentos de gestão assentes em sistemas remuneratórios e vínculos contratuais distintos, bem como em incentivos fiscais.

7 Entre 2008 e 2010, o governo PS, de José Sócrates, apostou neste modelo, apesar das ameaças de crise no horizonte. Os constrangimentos financeiros decorrentes das Parcerias Público-Privadas (PPP) fazem sentir de forma muito violenta no orçamento de Estado português. Apesar de um esforço do anterior e atual governos em renegociar os termos da partilha dos riscos económicos e financeiros, em Portugal o peso das PPP no PIB é de quase 11%, sendo a média europeia de 2%, que é cinco vezes menor do que a nacional. Os encargos com as PPP são pagos, todos os anos, através do Orçamento do Estado (OE) e assumem a forma de consumos intermédios ou prestações sociais (no caso dos hospitais). Em 2018 o governo prevê uma fatura de quase 1,7 mil milhões de euros (Diário de Notícias: em linha, 26 março 2018).

Quanto à reconfiguração de redes de cuidados de saúde primários e continuados, refira-se a criação da figura Unidade de Saúde Familiar (USF), em alternativa aos Centros de Saúde, baseada num contrato-programa que define o tipo e a quantidade de serviços e cuidados a prestar à população, estando o financiamento indexado ao cumprimento de um conjunto de indicadores e à padronização da prática do “ato profissional”.

Estas reformas ou “reestruturações” das políticas públicas do sector da saúde no contexto do Estado-providência tornam patentes os modelos de governação “contaminados” pela razão gestionária e de mercado (Marques, 2014). Esta nova lógica, que tem sido designada como *New Public Management* (Bezes & Demazière, 2011; O’Reilly & Reed, 2011; Waring & Curriec, 2009), desenvolveu-se, sobretudo, a partir do último quartel do século XX nos países anglo-saxónicos e, mais recentemente, noutros países ocidentais⁸. Esta nova abordagem tem conduzido à privatização e externalização e/ou *outsourcing* de certos serviços públicos, bem como à difusão de configurações organizacionais e lógicas gestionárias mais flexíveis, especializadas e orientadas pelos princípios de custos e benefícios.

Este movimento gestionário⁹ assenta filosoficamente em conceções de cariz pragmático e na teoria da escolha racional. Parte das pressupostas virtualidades da adoção de princípios de gestão empresarial privada na gestão dos serviços públicos e da aplicação de teorias e técnicas das organizações orientadas para o mercado. Em termos gerais, a nova lógica subjacente à gestão pública assenta num processo de mimetismo alicerçado na:

8 Sendo originária das escolas de gestão, a nova gestão pública teve nos governos conservadores dos EUA e da Inglaterra os seus principais promotores internacionais. A sua difusão tornou-se a teoria *mainstream* de gestão pública, ainda que tenha *nuances* importantes na sua aplicação, com resistências nos países europeus com um Estado mais centralizado, nomeadamente França e Alemanha. Esta corrente integra um conjunto de doutrinas globalmente semelhantes, que dominaram a agenda da reforma burocrática em muitos países da OCDE desde os anos 80 do século XX.

9 Esta nova abordagem das políticas públicas congrega vários movimentos distintos, mas complementares, como, por exemplo, o gerencialismo (*managerialism*), a nova economia institucional (Rhodes, 1996) e a teoria da escolha pública (*public choice*). Estes movimentos têm em comum o facto de desenvolverem uma crítica feroz aos sistemas burocráticos tradicionais dominantes.

(i) atribuição de critérios privados na gestão de organizações públicas; (ii) promoção de uma maior competição, através da contratação externa de serviços e da instituição de “quase-mercados”; (iii) defesa do direito de escolha por parte dos clientes/utentes como princípio basilar do funcionamento dos sistemas públicos de oferta de serviços. Na prática, este movimento tem como objetivo colocar no mercado “livre” produtos e serviços que, postos nas mãos do capital globalizado, deixam de estar sob a alçada do Estado, tornando-se acessíveis quase só aos que possuem os recursos económicos necessários.

Como exposto atrás, importa enquadrar estas reformas à luz da densificação da crise que legitimou os termos negociados sob o *Memorando da Troika*. A ajuda financeira contemplada para o sector da saúde traduziu-se em várias medidas concretas, tendo sido muitas delas cumpridas, sobretudo as de foro económico-financeiro, como, por exemplo: (i) rever e aumentar as taxas moderadoras; (ii) compartilhar medicamentos e a formação de preços, visando a redução em 50% do seu preço, assim que expirada a patente; (iii) aumentar a prática de prescrição de medicamentos genéricos e de medicamentos de marca menos dispendiosos; (iv) tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico; (v) responsabilizar na íntegra o Ministério da Saúde pelos preços dos medicamentos, sua revisão e monitorização mensal; (vi) adotar medidas para aumentar a concorrência entre os prestadores privados e reduzir, em pelo menos 10%, a despesa global (incluindo taxas) do SNS (Estrutura de Acompanhamento aos Memorandos, 2014). Outras medidas foram implementadas relacionadas com a reforma hospitalar e o reforço da oferta de cuidados primários, via aumento de Unidades de Saúde familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Serapioni, 2017).

Nesse sentido, o sector da saúde em Portugal enfrenta desafios que resultam de vários fatores. Desde logo, dos constrangimentos financeiros e cortes significativos nos orçamentos de Estado (sob o Memorando de Entendimento da Troika), acompanhados de uma maior participação da despesa privada e de seguros voluntários (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Despesas de saúde em % do PIB, 2016 (ou ano mais próximo)

	Total	Governo/ Obrigatório	Voluntário/ Despesa privada
Alemanha	11,3	9,5	1,7
Suécia	11,0	9,2	1,8
França	11,0	8,7	2,3
Países Baixos	10,5	8,5	2,0
Noruega	10,5	8,9	1,5
Bélgica	10,4	8,0	2,4
Dinamarca	10,4	8,7	1,7
Áustria	10,4	7,8	2,5
Reino Unido	9,7	7,7	2,0
Finlândia	9,3	7,0	2,4
OECD35	9,0	6,5	2,5
Espanha	9,0	6,3	2,6
Portugal	8,9	5,9	3,0
Itália	8,9	6,7	2,2
Grécia	8,3	4,8	3,5

Fonte: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database

Atente-se, igualmente, à informação sistematizada na tabela seguinte, que cruza indicadores financeiros com o número de hospitais e USF e de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) por número de habitantes para a situação portuguesa (Tabela 2).

Tabela 2. Síntese de um conjunto de indicadores relacionados com o sector da saúde (2016)

956,5€	SNS: despesa total <i>per capita</i> – Continente (em 2010, 1021,1€).	201,9	SNS – pessoal ao serviço nos hospitais por cem mil habitantes – Continente
99	Número de hospitais (gerais e especializados)	352	Número de Unidades de Saúde Familiar (USF) em 2012
205,5	Número de habitantes por médicos em Portugal (em 2012, 239,7)	148,6	Número de habitantes por enfermeiro Portugal (em 2012, 160,8)
273	Doutoramentos (2012)	76,8%	Mulheres no total de alunos no ensino superior na área da Saúde e Proteção Social
49 519	Total de alunos matriculados no ensino superior na área da Saúde (em 2013, 51 063)	12 754	Total de diplomados no ensino superior na área da Saúde (em 2012, 13 474)

Fonte: Pordata (<http://www.pordata.pt>) (elaboração própria)

Por sua vez, é possível perceber a feminização crescente na área da Saúde e Proteção Social, pelo total de diplomados e alunos matriculados no ensino superior, trazendo implicações futuras quanto aos padrões de profissionalidade emergentes a partir da divisão sexual do trabalho. Aprofundando um pouco mais a informação disponível, percebe-se que há uma tendência geral para uma diminuição de diplomados no ensino superior pelos diversos cursos de saúde, com exceção das ciências dentárias (Tabela 3).

Tabela 3. Total de diplomados no ensino superior na área da Saúde, por área de educação e formação e sexo (2016)

	Homens	Mulheres	Total
Medicina	929	1829	2758
Enfermagem	661	3017	3678
Ciências Dentárias	324	660	984
Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica	195	808	1003
Terapia e reabilitação	256	1323	1579
Ciências farmacêuticas	374	1415	1789
Medicina tradicional e complementar e terapia	11	21	32
Saúde sem definição precisa	887	269	618

Fonte: Pordata (<http://www.pordata.pt>)

Esta informação parece traduzir um relativo desinvestimento por parte das famílias numa formação superior no sector da saúde pela percepção crescente dos cortes financeiros e das dificuldades de acesso às carreiras nos contextos hospitalares e unidades de cuidados primários. A isto acrescentam as práticas recentes associadas à desvalorização salarial e proliferação de vínculos contratuais diversos, muitos deles já em regime de contratos a termo, temporários (por via de triangulação da relação de trabalho) ou mesmo de prestação de serviços (pagamento à hora). Este agravamento das condições de trabalho para os profissionais de saúde tem sido perceptível nos argumentos avançados para a convocação de greves e contestações sociais no sector da saúde em Portugal.

3. PROFISSIONALISMO, PARADOXOS E DILEMAS DE REGULAÇÃO¹⁰

Os processos de recomposição profissional em curso atingem todos os trabalhadores, com diferentes ocupações, incluindo os que representavam até então o 'tipo ideal' de profissão, nomeadamente os médicos, que têm vindo a apresentar traços de dependência contratual, subordinação organizacional e progressiva subjugação à lógica de produtividade e gerencialismo. São, por isso, várias as controvérsias e tensões na relação entre Estado, trabalho e profissões, umas que se situam na tradição clássica anglo-saxónica ou francófona (Svensson & Evetts, 2010; Dubar & Tripier, 1998), outras que se renovam face aos questionamentos atuais do "novo espírito do capitalismo" (Boltanski & Chiapello, 1999). Indissociáveis destas tensões, subsistem lógicas de (des)regulação do acesso ao estatuto profissional e seu reconhecimento em confronto com o mercado de trabalho. Enquanto uns autores advogam tendências de recomposição para determinados grupos profissionais, como sejam "gestores", outros tendem a expressar a crescente segmentação e polarização com incidência nos diversos grupos profissionais, incluindo *knowledge workers* (Kuhlmann, 2012; Evetts, 2010, 2012; Noordegraaf, 2011, 2007; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Allen & Van der Velden, 2007).

Em todo o caso, tal como argumentámos, a generalização dos princípios de mercado e consumismo, de um discurso gestionário e controlador explícito na lógica de resultados, qualidade e avaliação que enformam a nova gestão pública, tem sido acompanhada por uma crescente precarização das relações do trabalho, com contratos individuais e flexíveis e o agravamento do desemprego estrutural (Murgia, 2014; Standing, 2011; Marques, 2010; Auer & Gazier, 2006; Kovács, 2005; Esping-Anderson & Regini, 2000) As consequências daí decorrentes interpelam-nos para uma discussão em torno das "novas direções" do profissionalismo e dos dilemas de regulação nos mercados (trans)nacionais de trabalho, com especial impacto junto de profissionais de saúde, até então com poderes de fixação das suas jurisdições e estratégias de monopólio do mercado de trabalho.

Se é verdade que a dinâmica dos mercados profissionais sugere modelos de qualificação e estratégias de profissionalização, com delimitação e

¹⁰ Esta secção integra uma parte de um capítulo publicado pela autora (Marques, 2014).

monopólio de áreas de saber e exercício profissional, também é certo que ela tem sido marcada recentemente por fenómenos como globalização, flexibilidade, precariedade e desregulação, que contribuíram para a alteração das condições de acesso e de mobilidade dos profissionais do conhecimento. Como tal, estes profissionais, dotados de credenciais de nível superior, tendem a exprimir posições intragrupo profissionais distintas ou assumir “novas direções do profissionalismo” (Evetts, 2003, 2010, 2012) que não se esgotam no modelo de uma “terceira lógica” (Friedson, 2001), quando confrontados com as lógicas tanto neoliberais do mercado de trabalho, como burocráticas e centralizadoras do Estado. Isto significa que se assume, na linha de Abbott (1988), que os processos de desenvolvimento profissional são multidirecionais, pelo que as profissões são diferenciadas internamente em grupos ou segmentos, de acordo com as situações de trabalho e as instituições de ensino e de controlo. É neste contexto que importa convocar os contributos de Evetts (2010, 2012) e de Bezes e Demazière (2011).

Ora, antes de mais, importa saber se o “ato profissional” ainda assume um lugar de relevo na legitimação associada ao profissionalismo. Quando perspetivamos o “ato profissional”, fazemo-lo na base de que os indivíduos que atuam no mercado de trabalho são detentores de um conhecimento específico que utilizam nas suas atividades, no seu trabalho. Igualmente, parte-se da ideia de que quem recorre a estes serviços é um leigo no assunto, exigindo, por isso, orientação ou aconselhamento, diagnóstico ou intervenção fundamentada, resolução de problemas ou antecipação de cenários, entre outros aspetos. Na base deste conhecimento, assente em “sistemas peritos” (ou especializados), tem estado associado um tipo específico de organização do trabalho e da sociedade, pressupondo, em contrapartida, uma confiança no seu desempenho.

Ora, o profissionalismo, enquanto estratégia de controlo ocupacional e organizacional, confronta-se hoje com vários paradoxos e dilemas de regulação. O poder e a autonomia – marcas de uma época de ouro que permitiam fundamentar a autorregulação pelos pares – têm vindo a estar “contaminados” pela incorporação de tecnologias gestionárias e de controlo, pela prevalência de uma lógica gestionária sobre a competência técnica e científica, pelo desfasamento e mobilidades da oferta e procura de trabalho num mercado global e “a-ético”, entre outros aspetos.

Assim, a “redefinição” do profissionalismo a um nível macro e meso permite explicar as profundas transformações nas estruturas ocupacionais e nas relações de poder e de controlo patentes na configuração neoliberal das sociedades contemporâneas. Para já, uma das relevantes “novas direções do profissionalismo”, ao nível dos processos de reconversão político-ideológicos, reside na apropriação de algumas dimensões centrais da cultura gerencialista/organizacional, tais como “prestação de contas” e indicadores de desempenho por parte das profissões baseadas em conhecimento, incluindo as tradicionalmente consideradas como a medicina. Profissionais de todos os tipos e instituições onde desempenham a sua atividade são obrigados a cumprir objetivos, a justificar os gastos públicos e a avaliar os desempenhos dos diferentes profissionais. De facto, na maioria das organizações, senão mesmo em todas, a realidade que enquadra o profissionalismo hoje é nova. São diversos os sinais dessas transformações, tais como: ocupações com constrangimentos financeiros e devoluções orçamentais; redução de pessoal acompanhada de uma força de trabalho mais disciplinada, mais formada e mais credenciada; necessidade de demonstração externa dos desempenhos profissionais (e frequentemente políticos); organização de espaços de trabalho do ponto de vista burocrático, gestonário e hierarquizado.

Porém, a um nível micro, é possível perceber o apelo do profissionalismo como um mecanismo disciplinar incorporado e um sistema de valores normativo. Passar a designar os empregados como profissionais (ou os trabalhadores como colaboradores) traduz um processo de definição de “adequadas identidades profissionais” que, em termos de gestão e cultura organizacional exprime uma das formas de “dominação subtil” (Marques, 2010), patentes, por exemplo, na incorporação de disposições de disponibilidade em termos de horários de trabalho, na intensificação de ritmos de trabalho, na individualização do sucesso profissional (quando ele é, sobretudo, coletivo, dada a incerteza estrutural das economias, criando situações de ‘esquizofrenia’ de empenho e compromisso sem qualquer garantia da sua qualidade de prestação de trabalho), na erosão/permeabilidade entre fronteiras profissionais e de vida familiar/privada, entre outros aspetos.

Nesse sentido, Evetts (2003, 2010), ao identificar quer “continuidades”, quer “mudanças” nos níveis estruturais (macro e meso) e relacionais (micro) dos modelos de profissionalismo ocupacional e organizacional,

enuncia os principais riscos e oportunidades que se abrem para os profissionais no exercício das suas atividades, para as associações profissionais e para as instituições de regulação em geral. Como tal, rejeita a hipótese de as profissões serem vítimas passivas sem capacidade de resposta face às crescentes tendências de burocracia, transparência e *accountability* e reforça a inadequação de muitas das teses de proletarização ou desprofissionalização. O que fica claro são as “soluções” complexas e compósitas que urgem ser validadas empiricamente com investigações mais aprofundadas.

Na mesma linha de argumentação, também Bezes e Demazière (2011) reiteram a importância de aprofundar o conhecimento sobre o que é comum e o que é distinto entre os diversos grupos ocupacionais e profissionais nas organizações do sector público. Para os autores, para melhor compreender a validade e a pertinência da figura do profissional autónomo e independente, é relevante “complexificar a análise dos efeitos das reformas gestionárias”, sugerindo que a sua implantação não significa apenas uma “cisão face à ordem tradicional na qual os profissionais autónomos se encontravam isolados das organizações, mas também reencontro e tensão, na maior parte dos casos de redes de relações de trocas nas quais participam os profissionais nos universos organizados” (*ibidem*, pp. 301-302). Avançando um pouco mais nos seus argumentos ao nível intraorganizacional, os autores referem que os perfis e as trajetórias dos que ocupam aí posições hierárquicas permitem-nos atestar a presença de uma nova “classe de gestores” que assume funções de direção, enquadramento e controlo, contribuindo para complexificar os processos heterogéneos de recomposição interna no seio das profissões (*ibidem*, p. 303). Por conseguinte, em muitas das organizações públicas, os profissionais são compelidos a reconstituírem-se a si próprios nas formas organizacionais e ocupacionais, de modo a incorporarem o desenvolvimento da carreira ao lado da autogestão e automotivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se sabe, o sector da saúde tem vindo a enfrentar significativos constrangimentos financeiros e a ser alvo de um controlo severo na prestação de serviços, visando a eficiência e a qualidade. Todavia, a saúde, enquanto área importante de direitos de cidadania – equidade, solidariedade,

participação –, exige que as intervenções na promoção e prevenção de saúde como um bem coletivo sejam legitimadas face às expectativas do público, como cidadãos e pacientes com direito a ‘escolhas’ e portadores de ‘voz’.

Com a intensificação da crise económico-financeira, os países do Sul da Europa implementam reformas nas políticas de proteção social e de saúde norteadas por princípios de privatização, subfinanciamento e desregulação, questionando o papel e a capacidade de intervenção dos estados-nação no quadro da crescente globalização e financeirização das economias. Torna-se central aprofundar o conhecimento científico em torno das repercussões, quer das agendas políticas e ideários neoliberais e gestionários que as sustentam, quer das transformações dos contextos dos protagonistas que as testemunham ‘em primeira mão’.

Nesse sentido, numa análise compreensiva da política de austeridade e sua relação com as desigualdades de saúde, importa defender uma abordagem que dialogue com as ciências sociais para a problematização dos determinantes sociais de saúde. Importa ir além da identificação de desigualdades no acesso e utilização dos serviços e na mobilidade e mortalidade associadas a variáveis sociais e económicas, tais como a situação laboral, as condições de habitação, o rendimento, o nível de educação e as dotações de capital social. Ou seja, convocando a matriz sociológica do conhecimento, importa conferir visibilidade às dimensões estruturais e organizacionais em que se inscrevem essas políticas de saúde e que são acionadas no quotidiano a partir de relações diversas e intrincadas dos atores profissionais no campo da saúde. Recomposições profissionais, estratégias de monopólio do mercado de trabalho e tensões/desafios de regulação do ‘ato profissional’ implicam, igualmente, que se contemplem as dimensões simbólicas e valorativas que subjazem às culturas e identidades dos profissionais implicados, moldando as suas práticas e comportamentos subjetivizados.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOTT, A. (1988). *The System of Professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago/ London: The University of Chicago Press.
- ALLEN, J., & Van der Velden, R. (eds.) (2007). *The flexible professional in the knowledge society: General results of the REFLEX project*. Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market.
- AMARAL, S., & Marques, A. P. (2017). Highly skilled Portuguese professionals: Who are they and what moves them out of the country? Profiles, factors and motivations. *European Journal of Social Sciences Education and Research*, 9 (2), 72-86.
- AUER, P., & Gazier, B. (2006). *L'Introuvable sécurité de l'emploi*. Paris: Flammarion.
- BEZES, P., & Dumazière, D. (2011). Introduction (dossier-débat): New public management et professions dans l'état: Au-delà des oppositions, quelles recompositions. *Sociologie du Travail*, 53, 294-305.
- BOLTANSKI, L., & Chiapello E. (1999). *Le Nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- DUBAR, C., & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- ESTRUTURA de Acompanhamento aos Memorandos (ESAME) (2014). *A gestão do programa de ajustamento 1000 dias 450 medidas cumpridas*. Disponível em <http://www.peprobe.com/wp-content/uploads/2014/05/20140508-seapm-gestao-paef.pdf>.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, G., & Regini, M. (eds.) (2000). *Why deregulate labour markets?*. Oxford: Oxford University Press.
- EUROPEAN Union (2013). *Health inequalities in the EU: Final report of a consortium: Consortium lead: Sir Michael Marmot*. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers.
- EVETTS, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18, 395-415.
- EVETTS, J. (2010). Reconnecting professional occupations with professional organizations: Risks and opportunities. In L. Svensson, & J. Evetts (eds.). *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions* (123-144). Goteborg: Bokforlaget Daidalos.
- EVETTS, J. (2012). Sociological analysis of the new professionalism: Knowledge and expertise in organizations. In T. Carvalho, R. Santiago & T. H. Caria (eds.). *Grupos Profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento* (pp. 13-27). Porto: Afrontamento.
- FERRERA, M. (1999). A reconstrução do estado social na Europa meridional. *Análise Social*, XXXIV (151-152), 457-475.

- FREIDSON, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- KOVÁCS, I. (2005). *Flexibilidade de emprego: Riscos e oportunidades*. Oeiras: Celta Editora.
- KUHLMANN, E. (2012). Professionalism matters: Unpacking the knowledge-power nexus in healthcare governance. In T. Carvalho, R. Santiago & T. H. Caria (eds.). *Grupos profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento* (pp. 151-162). Porto: Afrontamento.
- MARMOT, M. (2010). *Fair society, healthy life: The marmot review*. London: UCL Institute of Health Equity.
- MARQUES, A. P., & Falleiros, I. (2016). Metamorfoses na política, valores empresariais e governação em saúde em Portugal. *Configurações: Revista de Sociologia*, 19, 72-88. DOI: 10.4000/configuracoes.4009.
- MARQUES, A. P. (2010). "Sacralização" do mercado de trabalho: Jovens diplomados sob o signo da precariedade. *Configurações: Revista de Sociologia*, 7, 65-89. DOI: 10.4000/configuracoes.183.
- MARQUES, A. P. (2012). Restituir a multidimensionalidade do mercado de trabalho: O "olhar" sociológico. In F. B. Ribeiro, M. C. Silva & A. P. Marques (orgs.). *Trabalho, técnicas e o mundo: Perspectivas e debates* (pp. 61-81). V. N. Famalicão: Edições Húmus.
- MARQUES, A. P. (2014). Mercados de trabalho no sector da saúde: Profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação. In M. I. C. Martins, A. P. Marques, N. R. Costa & A. Matos (orgs.), *Trabalho em Saúde, desigualdades e políticas públicas* (pp. 127-139). Disponível em: www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/view/149/showTochttp://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/view/149/showTo.
- MURGIA, A. (2014). Representations of precarity in Italy: Collective and individual stories, social imaginaries and subjectivities. *Journal of Cultural Economy*, 7 (1), 48-63.
- MUZIO, D., & Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations: A conceptual framework. *Current Sociology*, 59 (4), 389-405.
- NOORDGRAFT, M. (2007). From pure to hybrid professionalism: Present day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39 (6), 761-785.
- NOORDGRAFT, M. (2011). Risk business: How professionals and professional field (must) deal with organizational issues. *Organizations Studies*, 32 (10), 1349-1371.
- O'REILLY, D., & Reed, M. (2011). The grit in the oyster: Professionalism, managerialism and leaderism as discourses of UK public services modernization. *Organization Studies*, 32 (8), 1079-1101.

- ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS) (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1.
- PORDATA (2018), <http://www.pordata.pt>
- RHODES, R. A. W. (1996). The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 44 (4), 652-667.
- SERAPIONI M. (2017). Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (9), 1-14. DOI: 10.1590/0102-311X00170116.
- SILVA, M. C., Hespanha, P., & Caldas, J. C. (coords.) (2017). *Trabalho e políticas de emprego: Um retrocesso evitável*. Coimbra: Editora Actual.
- STANDING, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class*. New York: Bloomsbury.
- SVENSSON, L., & Evetts, J. (eds.) (2010). *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions*. Goteborg: Bokforlaget Daidalos.
- WARING, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30 (7), 755-78.