



ÁREA TEMÁTICA: Empresarialização, profissões e quotidianos nos serviços de saúde

Sindicalismos no contexto de reforma dos serviços públicos em Portugal: o sector hospitalar

STOLEROFF, Alan

Professor Associado

ISCTE, Investigador CIES-ISCTE

alan.stoleroff@iscte.pt

CORREIA, Tiago

Doutorando em Sociologia

ISCTE, Bolseiro FCT

tiago.correia@iscte.pt

Resumo

Decorrente de estrangimentos orçamentais e de novas concepções do serviço público e da gestão hospitalar, o sector hospitalar público em Portugal tem sido alvo de reformas sucessivas, onde se destaca um processo de empresarialização com repercussões complexas sobre a configuração das relações de emprego. Relacionado com isso, este processo tem implicado ainda uma contaminação do funcionamento do sistema hospitalar público com lógicas outrora características do sector privado, abrindo-se espaço de concorrência entre os prestadores públicos, e entre estes e os prestadores privados, como também entre os próprios médicos.

Neste sentido, importa relacionar a empresarialização a um contexto de modificações do mercado de emprego médico, podendo mesmo implicar consequências sobre a qualidade da prestação dos cuidados acessíveis no sistema hospitalar público.

Considerando que há uma linha fina entre dimensões da contratação e regulação do emprego e da profissionalidade e as formas de associativismo na profissão médica, importa discutir as consequências de todo este processo de atomização das relações de trabalho para o sindicalismo, analisando em particular como os sindicatos representativos dos médicos se têm posicionado face às mudanças normativas e organizativas.

Palavras-chave: Administração Pública Hospitalar; Função Pública; Empresarialização; Sindicalismo Profissional



1. Introdução

Assiste-se a uma reconfiguração profunda da orientação e da organização da prestação pública de cuidados no sector público da saúde em Portugal. Nesta comunicação¹ propomos discutir as implicações do processo de empresarialização dos hospitais para a regulação laboral do sector. Trata-se de um processo ainda em curso, e, por isso, é difícil antever todas as consequências que daqui decorrerão para o SNS, mas no que toca ao funcionamento do mercado do trabalho das profissões médicas o processo já revelou o que está em causa. Outrora caracterizado pela estatização e, em consequência, pela uniformização das regras do sector, a empresarialização hospitalar abre espaços para uma relativa desregulação, ou pelo menos para uma liberalização e flexibilização, em particular, no que respeita à contratação, deixando que lógicas de mercado, ou seja, da oferta e da procura, determinem as condições do emprego e da remuneração dos profissionais contratados individualmente. Assim, as relações de emprego do sector desenvolvem-se em função sobretudo da oferta de profissionais, ou seja, da relativa escassez ou abundância de determinadas especialidades médicas. Associados à falta de convenções de sector, criam-se “espaços cinzentos” na capacidade de regulação laboral.

A desregulação é potencializada e legitimada pelo enquadramento jurídico da empresarialização na medida em que parte significativa das competências de gestão de recursos humanos é transferida para o nível hospitalar. Tendo em vista a agilização organizacional de um sector tradicionalmente regulado por critérios e mecanismos centralizados e uniformes, o serviço hospitalar público passa a ser caracterizado por combinações da regulação estatutária (da função pública) com mecanismos do mercado, específicas e particularizadas a cada hospital. Estas dinâmicas, associadas à prossecução de critérios de gestão, nomeadamente de eficácia e eficiência, traduzem-se num contexto marcado por uma dupla incerteza: incerteza profissional e incerteza da configuração da prestação de cuidados hospitalares no sistema público português.

Enquadrando teoricamente, estas formas de incerteza nos remetem para a noção de risco na modernidade. Para Beck (2000) os indivíduos são estrangidos na presente “sociedade de risco” por incertezas provocadas por reconfigurações no plano tecnológico e no plano das relações de emprego. Então, aquilo que define por “segunda modernidade” caracteriza-se por processos como a globalização, a individualização, a politização e a flexibilização do trabalho, funcionando como forças motrizes para esta reconfiguração societal, onde as características do período Keynesiano de outrora se perdem definitivamente. Estas incertezas que pautam o quotidiano social são problematizadas nesta comunicação através das possíveis implicações que a reconfiguração da estruturação da prestação de cuidados hospitalares públicos representa para os profissionais, em concreto para os médicos. Por um lado, as novas relações de emprego – que emergem fora do quadro da função pública – introduzem riscos novos em termos da indefinição da carreira. O contrato torna-se frequentemente definido e sujeito a negociação e renegociações em termos individuais, o que implica relações de competição e o risco do emprego não inteiramente protegido e sujeito às pressões do mercado profissional de emprego. Por outro lado, a administração hospitalar também fica sujeita às incertezas que derivam de múltiplas negociações, além de que os salários e condições dos profissionais reentram como variáveis potencialmente inflacionáveis na gestão da massa salarial estabelecida por orçamentos fixos e estrangidos. A competição para recrutar e fixar bons profissionais entra também potencialmente nas relações entre hospitais.

O motivo de se discutir a (des)regulação do sector através da situação dos médicos prende-se com as particularidades profissionais em relação aos outros grupos profissionais ou ocupacionais em presença na prestação de cuidados hospitalares. Decorrente das suas competências técnico-científicas (disciplinares) e da consequente legitimidade social que desfrutam, as formas de contratação associadas com a empresarialização hospitalar favorecem espaços heterogéneos ou diferenciados de reconfiguração nas relações de emprego para estes profissionais: por um lado, a sua posição estratégica e dominante na



prestação de cuidados, quer em relação aos restantes profissionais, quer em relação à própria autoridade administrativa, por outro, a situação de pleno emprego em determinadas especialidades médicas.

É sobretudo em relação a este segundo aspecto que o processo de empresarialização hospitalar abre espaço de reconfiguração no mercado de emprego. Mais do que uma situação de pleno emprego, está em causa a falta de elasticidade do número de profissionais em algumas especialidades médicas em relação às necessidades da procura. No actual contexto de alteração dos vínculos de trabalho pode estar em causa a existência de uma dialéctica decorrente da individualização das regras de contratação: se umas especialidades vêem aumentado o seu poder negocial ao nível individual, noutras, o excesso de oferta profissional em relação à procura pode actuar no sentido inverso. Afinal trata-se de um processo em que a mercadorização da força do trabalho se prende ao saber, currículo e reputação diferenciados de cada profissional. A posse de determinados saberes técnicos e especializados mais do que qualificações genéricas é o principal factor a ditar a posição dos profissionais neste mercado de emprego, podendo-se assim entender a escolha da especialidade médica como um recurso instrumental de afirmação competitiva dos médicos.

Nesta senda, a incerteza não significa linearmente constrangimento negativo. No seguimento de uma ideia de Beck (Idem), as pressões impostas pela flexibilização do mercado de emprego, aqui problematizada em termos da descentralização dos mecanismos de regulação para o nível hospitalar, não são uniformemente sentidas pelos profissionais. Pelo contrário, podem representar possibilidades de negociação de condições de trabalho não existentes até então.

Como foi dito, a incerteza associada a este fenómeno não se extingue no nível profissional. Associada a essa incerteza, e dado que o sector público entra nas regras outrora características do sector privado, chegando mesmo a concorrer com ele na contratação de médicos, estão igualmente em causa incertezas ao nível da qualidade da prestação de cuidados, logo, incertezas quanto ao funcionamento do sistema de saúde português. A individualização do contrato permite que os hospitais a título autónomo definam incentivos para atrair determinados profissionais, o que na perspectiva da escolha racional permite compreender que estes migrem entre as oportunidades consideradas mais vantajosas.

Neste sentido, o que se pretende aqui discutir, mais do que os benefícios ou malefícios desta profunda reconfiguração do sector hospitalar público português, é a forma como a introdução de novos elementos no funcionamento dos hospitais e na concepção da prestação pública de cuidados tem alterado substantivamente os modos de regulação da actividade profissional.

2. Políticas de saúde em Portugal: seus contornos e sua caracterização

Desde o Governo de Durão Barroso em 2002 Portugal tem atravessado um período de intenções consecutivas de reforma da Administração Pública com importantes repercussões sobre o sector da saúde, em especial ao nível da prestação pública de cuidados hospitalares. À partida, o facto desta reforma sectorial ter vindo a incidir predominantemente, ainda que não de forma exclusiva, no nível hospitalar é indicativo daquilo que Campos (1984) designou ser o “hospitalocentrismo” do sistema de saúde português, dando conta da centralidade que esta instância de prestação de cuidados representava e continua a representar para a prestação de cuidados.²

A par do sector da educação o sector da saúde é fortemente susceptível a objectivos reformistas, já que a sua subsistência depende fundamentalmente do Orçamento Geral de Estado. Ambos os sectores pertencem às denominadas funções sociais do Estado, e o actual contexto de forte restrição orçamental torna incomportável o peso que estes sectores assumem para o OE. A redução do défice é o quadro e o argumento político para se repensar os gastos com as funções sociais do estado, esperando-se diminuir a responsabilidade do Estado nestes serviços. Vive-se, portanto, num contexto social e político onde a racionalização dos gastos públicos estão na ordem do dia, sendo cada vez mais comum falar-se na insustentabilidade das despesas públicas em relação à saúde.



À luz de discussões desenvolvidas por autores como Santos (1992) ou Mozzicafreddo, (2002), o ímpeto reformista que marca o actual momento político em Portugal enquadra medidas que visam a retracção do Estado ao nível da prestação de cuidados de saúde. A lei n.º27/2002 é, por ventura, a melhor manifestação desta orientação política.³ No entanto, a especificidade que Mozzicafreddo aponta ao modelo social em Portugal, nomeadamente a existência de um processo dialéctico entre a *contracção* do peso quantitativo do Estado e a *expansão* do seu papel na regulação colectiva, à luz do processo de empresarialização actualmente em curso acaba por legitimar o argumento de Santos (1992) de que para além da retracção quantitativa do Estado, deve ainda ser considerada a sua retracção qualitativa.⁴

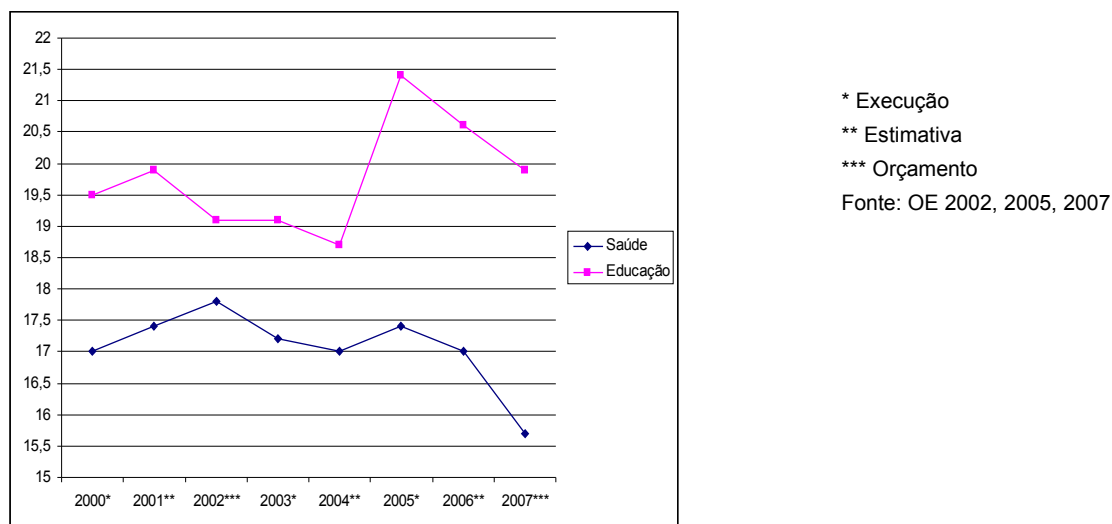


Gráfico 1 – Evolução do peso dos sectores saúde e educação no Orçamento geral de Estado (2000/2007)

Com base na representação gráfica acima apresentada é notório que os últimos anos comportaram algumas variações na dotação orçamental dos principais sectores que constituem as funções sociais do Estado.⁵ Seguindo uma regularidade, grosso modo desde 2005, ambos os sectores analisados têm sofrido quebras orçamentais significativas. No caso concreto da saúde, o orçamento de 2007 foi o mais baixo no período em causa, decaindo 2 pontos percentuais relativamente à estimativa para 2006.

Dois factores interrelacionados permitem justificar esta quebra na orçamentação na saúde: por um lado, o número crescente de hospitais públicos a sair da alçada do Orçamento Geral de Estado, primeiro com o modelo SA de capitais públicos e posteriormente com as Entidades Públicas Empresariais e, por outro, uma reorientação da despesa pública.

Em termos da progressiva empresarialização hospitalar, segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde,⁶ em Abril de 2008 existiam 102 prestadores hospitalares em Portugal Continental.⁷ É já perceptível o peso das entidades empresariais no sistema de saúde português, englobando praticamente 60% dos prestadores. A empresarialização ocorre até agora desproporcionalmente nos hospitais integrados em Centros Hospitalares (76% dos hospitais em centros hospitalares) – tabela 1.

Prestadores hospitalares			
	SPA	EPE	Total
Hospitais	28	15	43
Hospitais incluídos em Centros Hospitalares	14	45	59
Total	42	60	102

Fonte: Ministério da Saúde

Tabela 1 – Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008)



Em segundo lugar, e intimamente associado à empresarialização dos prestadores públicos, assiste-se a uma reconfiguração da orientação com a despesa pública. Segundo o Orçamento do Estado para 2002, se o período de 1996 a 2002 ficou marcado por uma consolidação da despesa com as funções sociais do estado (sendo essa evolução regular para a saúde – vd. Gráfico 1), no Orçamento de 2007 expressa-se a redução de tais funções em detrimento das “Outras funções” e das “Funções Gerais de Soberania”.

No campo do Ministério da Saúde, as rubricas da despesa mostram igualmente algumas transformações. Estas ocorreram entre as “despesas com o pessoal” e as “outras despesas correntes”, com um acréscimo substancial da segunda em detrimento da primeira. Assim, se em 2002, 46% da despesa consolidada no Ministério da Saúde se destinava ao pessoal, e 48,3% com outras despesas correntes (OE, 2002), em 2005 a despesa com o pessoal passou para 33,9% da despesa do Ministério e 61,6% com as outras despesas correntes (OE, 2005). No orçamento para 2007 essa tendência tende a aprofundar-se, já que as despesas com pessoal passam para 25,5% do orçamento e as despesas com bens e serviços correntes ascendem para 67,2%.

Não está aqui em causa uma redução do número de profissionais (pelo menos não de forma proporcional à quebra sucessiva da despesa com o pessoal expressa) mas antes, a coexistência de diversos vínculos de trabalho (por nomeação, contratos individuais de trabalho a termo indefinido ou a termo certo, e regimes de prestação de serviços) que resulta dos espaços reconfigurados do mercado de emprego, sobretudo de médicos e enfermeiros. Tal como será posteriormente analisado, ao ser viabilizado o recurso sucessivo a formas de contratação menos estáveis e mais individualizadas, os fundamentos da oferta e da procura permitem introduzir diferenças substanciais na regulação do sector. Para já importa apenas centrar a ideia de que o número de profissionais sob a alçada directa do Ministério da Saúde tem diminuído significativamente, ora pelo recurso a trabalho por prestação de serviços, ora pelo número crescente de prestadores incluídos no modelo empresarial – daí que os recursos humanos efectivos do Ministério da Saúde tenham passado de 121.979 em 2001 para 83.073 em 2004 (Cf. OE, 2002 e 2005).

Temos vindo a falar da empresarialização sem que, contudo, se tenha ainda dado conta das suas implicações para a prestação de cuidados. Na tabela seguinte organizam-se as principais características do funcionamento dos hospitais EPE por comparação aos hospitais SPA segundo três dimensões: principais critérios de gestão, organização interna e tutela.⁸

Como se pode constatar a partir da tabela, os principais pontos de diferenciação que o modelo EPE vem introduzir na organização interna dos hospitais (e que serão seguidamente analisados neste comunicação) podem ser definidos do seguinte modo: a descentralização das competências para o nível local (organizacional) e a abertura da regulação do sector e sobretudo das carreiras profissionais, compatibilizando as regras aplicadas à Administração Pública a mecanismos característicos do direito comercial. Daqui decorre, que no mesmo hospital possam coexistir trabalhadores com vínculo de emprego público por nomeação ou com contratos a termo ou sem termo e ainda em regime de prestação de serviços ou subcontratação. Este é o quadro em que interrogar-nos-emos quanto às implicações que decorrem para os sindicatos no modo como se adaptam a esta reestruturação da regulação do sector e como redefinem as suas formas de actuação.⁹



	Sector Público Administrativo (SPA)	Estabelecimentos Públicos Empresariais (EPE)
Principais critérios de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Centralidade na eficiência dos recursos disponíveis; - Definição com ARS os objectivos a atingir e os indicadores de actividade para avaliação de desempenho - Avaliação do mérito e desempenho dos profissionais, incluindo administradores e directores de serviço; - Sistema de incentivos associados à implementação de práticas eficientes; - Descentralização das funções de gestão de recursos humanos dos conselhos de administração para os directores de departamento e de serviço; - Permissão de contratos de cessão da exploração ou subcontratação a entidades públicas e privadas, sob critérios de eficiência orçamental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Natureza centrada na operacionalização de princípios de racionalidade económica; - Actividade paga pelo Estado, através de "contratos-programa" onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho; - Profissionais sujeitos a instrumentos de regulamentação colectiva e regulamentos internos; - Contratação dependente da previsão anual dos orçamentos apresentados ao MS; - Opção do trabalhador pelo regime de contratação a que se sujeita, fazendo depender o regime de protecção social assegurado;
Organização interna	<ul style="list-style-type: none"> - O governo define a estrutura orgânica interna, a sua composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares; - Existência de um regulamento interno a cada hospital que respeite o diploma do Governo; - Conselhos de administração estipulam objectivos, meios e os mecanismos de avaliação periódica; - Os funcionários anteriores ao diploma continuam a reger-se pelas regras da Administração Pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regem-se por regulamentos internos, normas em vigor para os hospitais do SNS compatíveis com a natureza empresarial e pelo regime jurídico aplicável aos EPE's; - Os órgãos constituintes são: Conselho de Administração, Fiscal Único e Conselho Consultivo; - Ao Conselho de Administração cabe a organização, planeamento, execução e avaliação das actividades hospitalares, do orçamento e dos Recursos Humanos.
Tutela	<ul style="list-style-type: none"> - Ministro da Saúde ou Administrações Regionais de Saúde (através da delegação de competências) em aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades. Por outro lado, o Ministro da Saúde e das Finanças definem os parâmetros dos instrumentos de regulamentação colectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capital estatutário e membros do conselho de administração definidos conjuntamente pelos Ministros da Saúde e das Finanças; - O Fiscal único é nomeado pelo Ministro das Finanças; - O Ministro da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde (sob delegação do ministro) tem a superintendência em matéria de controlo/fiscalização da actividade e aprovação dos objectivos e estratégias;

Tabela 2 – Tabela comparativa entre os diferentes estatutos jurídicos hospitalares

Fonte: Lei n.º27/2002

3. Implicações da Empresarialização (I): a descentralização dos níveis de decisão

A empresarialização hospitalar emergiu como orientação da política pública de saúde no contexto de reforma da Administração Pública, focalizado sobretudo na necessidade de optimização dos recursos públicos, implicando, entre outras coisas, a diversificação das entidades empregadoras na prestação de cuidados de saúde. Queremos argumentar aqui que em resultado do desenvolvimento desta política o nível



micro do hospital (ou centro hospitalar) tem emergido como sede da regulação das relações do emprego transferindo poderes negociais efectivos do nível central (Governo) e do nível meso/intermédio (Administrações Regionais de Saúde) para os Concelhos de Administração dos hospitais que acabam por assumir um papel nuclear na concepção, gestão e organização da prestação de cuidados, como também na negociação com os sindicatos.¹⁰

Em primeiro lugar, ao Governo, em concreto aos Ministros da Saúde e das Finanças, cabe, cada vez mais, funções de controlo e de fiscalização da execução dos prestadores do Sector Empresarial do Estado, funções estas que, para os hospitais do Sector Público Administrativo, se conjugam ainda com a regulação e parte da gestão das organizações.

Em segundo lugar, a emergência do hospital como sede de poder “patronal” e a relegação do Governo para funções de fiscalização põem em causa o papel das Administrações Regionais de Saúde neste domínio, sobretudo em relação aos hospitais EPE. Baseamos este argumento no desenho institucional do poder público português, onde as ARS até 2006 tinham uma autonomia bastante delimitada. Portanto, o exercício das suas funções dependia de forma mais directa e inequívoca da delegação de competências por parte do poder central, sobretudo numa lógica de desconcentração de funções. No entanto algumas alterações legais pertinentes foram levadas a cabo pelo actual Governo de maioria socialista. Com o Decreto-Lei n.º212/2006 (de 27 de Outubro) as ARS foram integradas enquanto Institutos Públicos – IP – conduzindo-as para a administração indirecta do Estado. Como consequência passaram a ser pessoas colectivas de direito público, dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Contudo, paralelamente a este processo de descentralização de competências para o nível meso, a crescente empresarialização dos hospitais tem vindo a retirar espaço de competências às ARS em favor dos CA. Por outras palavras, por via do actual processo de empresarialização dos hospitais públicos, com o aumento de responsabilidades dos respectivos Conselhos de Administração na gestão dos hospitais através da elaboração, aplicação e controlo de diplomas internos a cada organização hospitalar, as Administrações Regionais de Saúde foram perdendo um espaço de intervenção nesse domínio quando comparado com a situação anterior dos SPA.

Em resumo, a mitigação do papel das ARS e a emergência do nível micro dos CA hospitalares tipifica o desenvolvimento do lado empregador nas relações do emprego no sector público hospitalar. No decorrer de 5 anos de reforma, os processos negociais, em particular com os sindicatos médicos, poucas vezes convocaram as ARS do país, mesmo após a alteração legislativa referida e para questões situadas ao nível regional/Distrital, onde, à partida, se esperaria maior intervenção destes organismos públicos.

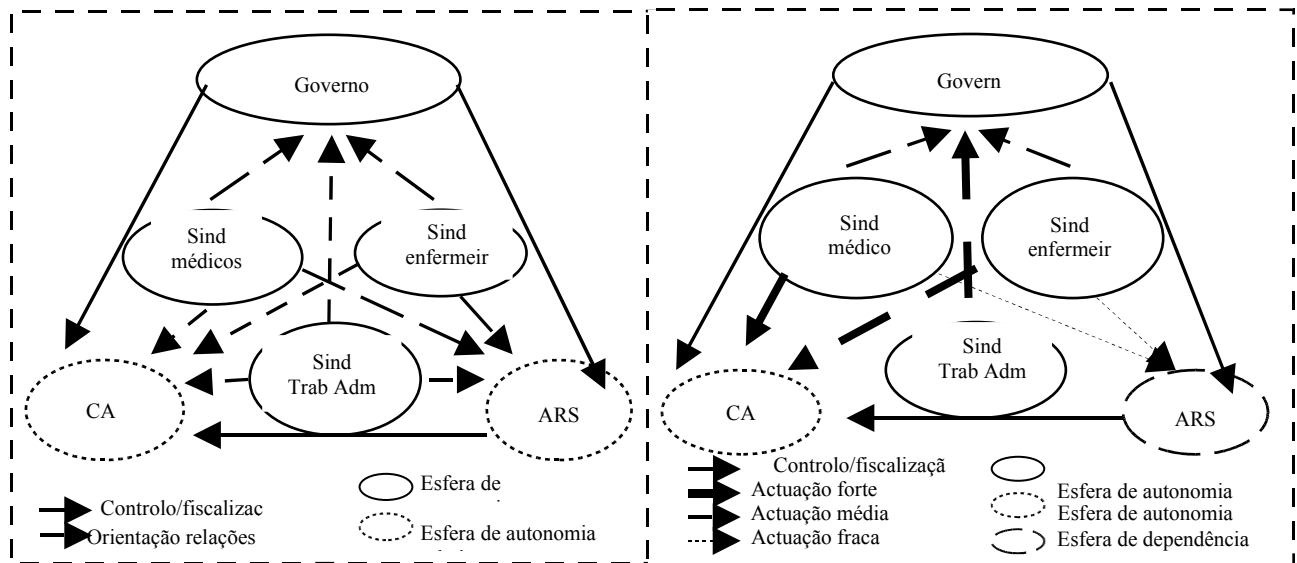
Note-se, contudo, que isto não significa simplesmente uma ausência das ARS nos processos negociais, nem tão pouco uma constrição a todas as suas funções, já que, a aplicação de diplomas legais em matérias como, por exemplo, o pagamento de horas extraordinárias e a gestão dos profissionais com vínculo de emprego público por indicação ministerial pode passar pela sua aprovação.¹¹ Portanto, se por um lado, as ARS detêm a capacidade de influência dos processos negociais, muitas vezes mediando a relação nem sempre pacífica entre Governo, Conselhos de Administração e Sindicatos, por outro, constata-se a sua falta de autonomia, estando em última instância dependente da aceitação ministerial, sobretudo quando as reivindicações envolvem aspectos que se repercutem sobre o orçamento público e sobre o financiamento dos hospitais.¹²

Em terceiro e último lugar, como temos vindo a afirmar, a acção dos CA cumpre uma intenção clara do actual Governo em dotar o nível micro de relações laborais com mais competências, o que em grande parte explica a redução da intervenção do nível meso, ou seja, das ARS.

Sistematizando o que temos vindo a propor, há uma descoincidência entre o desenho formal e legislado das relações de trabalho no sector da saúde e os seus contornos práticos emergentes. É isso que se pode comprovar através das figuras abaixo apresentadas. Se por um lado, as reivindicações dos diferentes sindicatos profissionais – médicos, enfermeiros e trabalhadores administrativos – têm a possibilidade de



serem orientadas para os níveis micro, meso e macro, sendo representados pelos Conselhos de Administração, ARS e Governo respectivamente, por outro, observamos empiricamente que os sindicatos dos médicos (Sindicato do Médicos da zona Norte, Sindicato do Médicos da zona Centro, Sindicato do Médicos da zona Sul e Sindicato Independente dos Médicos) e dos enfermeiros (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Sindicato dos Enfermeiros e Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem) revelam a tendência de orientar as suas reivindicações maioritariamente para o nível micro, enquanto que os sindicatos de representação dos trabalhadores da administração pública (Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública e Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública) dirigem as suas reivindicações exclusivamente para o nível macro.¹³



A principal mudança envolvida neste processo do ponto de vista da actuação sindical é a necessidade dos sindicatos se concentrarem nos problemas específicos e circunscritos de cada hospital. O hospital (ou centro hospitalar) emerge como o *locus* da acção sindical das profissões de saúde, sendo aqui analisados os sindicatos médicos. Portanto, a relação entre os parceiros sociais, o conteúdo das reivindicações, os processos de negociação ou os resultados alcançados têm uma validade e uma concretização espacial circunscrita, pelo que se afirma que as relações laborais, apesar de serem sujeitas aos mesmos constrangimentos estruturais e conjunturais, de hospital para hospital tendem a assumir como característica uma contingencialidade circunscrita quanto aos problemas e as matérias a negociar em cada hospital. Assim, o Conselho de Administração emerge como actor determinante no modo como esses processos são resolvidos.

Esta tendencial descentralização da regulação do sector convoca para debates já com alguma tradição no campo das relações industriais com respeito à capacidade de adaptação das estratégias sindicais às mudanças provocadas nas relações de emprego. Em vez da imagem de um sector hospitalar, a empresarialização reúne simultaneamente diferentes realidades organizacionais, contextos e resultados da negociação. Afinal, as características de um hospital não são extensíveis a outro hospital. Daí a deslocalização do locus da regulação laboral para o nível micro arrasta a acção sindical para um locus descentralizado contrariando eventuais resistências “ideológicas” que possam ter sido adequadas ao modelo anterior de regulação centralizada.¹⁴ Como constatamos empiricamente em cima, encontramos tendências diferenciadas nesse sentido entre os sindicatos dos médicos, dos enfermeiros e dos administrativos, o que nos leva a fazer uma hipótese no sentido de relacionar os diversos graus de



profissionalização e os diversos graus de poder negocial que os profissionais possuem individualmente no mercado do emprego com as propensões reivindicativas dos seus sindicatos.

Importa assim considerar que a forma como localmente o sindicalismo se assume dependerá do papel que historicamente e socialmente os diferentes sindicatos foram representando em cada país (Golden, 1992; Pontusson, 1992), mas hoje em dia e cada vez mais, irá depender do modo como cada um deles se irão adaptar a esta descentralização.

Isto significa que nem é correcto pressupor à partida uma crise sindical dentro deste contexto de mudança da regulação do sector, nem tão pouco prever qual a configuração da estrutura sindical que melhor responde a estes desafios (pensamos, especificamente na comparação entre estruturas sindicais de âmbito nacional e as de âmbito regional). Portanto, e na linha de argumentação de Stoleroff (2007), o facto das relações laborais ao nível micro estarem envoltas numa variabilidade acentuada de estratégias de gestão o que condiciona substantivamente os seus resultados, deixa antever que a maior ou menor capacidade de adaptação sindical à descentralização passa em primeiro lugar pelo reconhecimento de que o sector hospitalar hoje em dia rege-se por lógicas de funcionamento novas e distintas.

Estas diferenças acabam por ter implicações no significado do sindicalismo e no modo de compreender a intervenção sindical neste sector. Segrestin (1985, referido por Carapineiro, 2004: 59) apresenta uma dicotomia entre as associações profissionais, nomeadamente entre as sindicais e as não sindicais. Se as primeiras são associadas a uma *“lógica predominantemente associativa, isto é, de representação dos interesses do trabalho e do emprego”*, as segundas são sobretudo perspectivadas segundo uma *“lógica predominantemente profissional, isto é, de visibilidade, reconhecimento e legitimidade social das profissões.”* Dado o actual panorama das relações laborais na saúde importa questionar a adequação desta distinção, parecendo, que a actividade sindical conjuga as lógicas associativas às profissionais. Um dos aspectos que a empresarialização hospitalar implica é o reforço da linha de autoridade administrativa do hospital. À luz dos contributos de Carapineiro (1993), e dadas as características específicas do hospital enquanto organização burocrática, mudanças na autoridade administrativa irão provocar efeitos na autoridade profissional (médica). Mesmo sem sabendo para já quais são esses efeitos,¹⁵ não se pode pressupor que os sindicatos, enquanto representantes de interesses profissionais, mais ou menos associativos, não incluam na sua intervenção aspectos que Segrestin remeteu predominantemente para as associações profissionais não sindicais. Ilustrando este argumento, na análise à actividade sindical médica nos últimos 5 anos foi constante a valorização dos sindicatos em torno da legitimidade social da profissão médica, decorrente daquilo que entendem ser a centralidade na prestação de cuidados e, conseqüentemente, da sua posição no desempenho hospitalar. Estes argumentos, nitidamente, associados a uma lógica profissional são aplicados tendo em vista a defesa e legitimação no plano associativo, sobretudo para o envolvimento dos sindicatos na consulta e negociação das alterações legais que vieram a ter lugar.

4. Implicações da Empresarialização (II): a regulação do sector e o mercado de emprego

Viu-se de que modo a descentralização das competências e da regulação do sector para o nível micro das relações laborais tem vindo a introduzir alterações no sistema hospitalar em Portugal. No entanto, torna-se ainda necessário discutir as implicações de esta descentralização ocorrer num contexto de forte restrição orçamental, sobretudo no que pode representar em termos da concorrência entre os prestadores de cuidados hospitalares e o funcionamento do mercado de emprego dos médicos.

Esta questão prende-se com a autonomia da acção dos CA. Entender os hospitais sob o ponto de vista empresarial implica considerar a sua capacidade de afirmação competitiva, em particular, para a atracção de determinados profissionais. Todavia, tem-se de tomar em conta que, por um lado, a transferência de competências do nível central para o nível organizacional hospitalar significa que o capital estatutário do hospital tem de ser gerido em contextos de abertura às lógicas de mercado, acrescentando o facto de ainda



não existir um Acordo Colectivo do Sector que regulamente o mercado de emprego dos profissionais de saúde.

Sintetizando, estamos perante dois vectores de concorrência: tanto do lado dos profissionais envolvidos nessa prestação, como entre quem presta cuidados de saúde.

A discussão sobre as implicações que a reorganização do mercado de emprego pode representar para a profissão médica convoca um debate já antigo sobre o poder e autoridade desta profissão. Freidson (1994), por exemplo, refere que nos anos 70 emergiu entre autores ingleses e americanos uma perspectiva crítica sobre o poder médico e sobre o modo como os médicos detinham e detêm uma posição social, económica e política dominante no seu domínio de actuação profissional. Vaticinou-se nessa altura uma reconfiguração desta profissão, ora para a sua proletarização, ora para a quebra do seu status. Contudo o autor refere que o “profissionalismo” presente nas profissões de elite, a autoridade técnica, administrativa e cultural e o consequente controlo que representam sobre a sociedade, para além de não estar a desaparecer, parece mesmo renascer sobre novas formas (Idem, *Ibidem*: 9).¹⁶ O aspecto que aqui nos interessa analisar prende-se com os efeitos que a atomização das relações laborais e um clima de concorrência crescente entre os profissionais pode significar sobre o poder da profissão médica. Longe de se pressupor a classe médica enquanto corpo unificado, homogéneo e não estratificado (Freidson, 1986), este é um caso paradigmático da capacidade de acesso e fechamento a saberes e poderes (Carapinheiro, 1993), transparecendo para os demais grupos profissionais uma imagem solidária e de ampla partilha de interesses.

A profissão médica inscreve-se no conjunto de profissões que Freidson (1994, pp. 32 – 33) define enquanto profissões com total poder para controlar o seu próprio trabalho, possuindo associações independentes do estado e do patronato, que organizam e administram um corpo de conhecimentos e de competências. A desregulação do mercado médico pode traduzir-se em novas pressões para os profissionais, mas, corroborando os argumentos de Freidson, não está em causa por isso um aumento da sua proletarização nem muito menos uma quebra do seu status, tanto profissional como social. O que parece acontecer é uma crescente noção de mercadorização do seu saber, nomeadamente do saber especializado que formalmente é definido por colégios de especialidade, pois daí depende a capacidade dos profissionais negociarem individualmente as suas condições de emprego. Tal significa que mais do que nunca, a escolha das especialidades médicas, além de continuar a representar uma hierarquização profissional interna, ao influenciar a capacidade individual de afirmação dos profissionais no mercado de emprego, reproduz e acentua essa hierarquia profissional. No seio da profissão, o momento de concorrência que representa os internatos e os exames de especialidade podem ser assim exacerbados, sendo essa uma escolha cada vez mais instrumental e estratégica para o seu futuro na diferenciação entre os seus pares.

Neste sentido, importa clarificar o que justifica a que as especialidades funcionem enquanto elemento de distinção dos profissionais e que relação se estabelece com a regulação do mercado profissional. Antes do actual processo de empresarialização, os profissionais tinham como único vínculo de trabalho o vínculo público de emprego seguindo princípios de carreira. Aqui, a diferenciação e hierarquização decorrentes da escolha das especialidades advinha do número de profissionais para cada uma delas, anualmente definidas pelo Ministro da Saúde, sendo o acesso às especialidades estratificado por quotas. No entanto, sob a alçada de lógicas colectivas de contratação, aspectos como condições de progressão na carreira, escalões profissionais, salários, horas de trabalho, férias, folgas e dias de descanso eram uniformizadas. O que acontece agora é que sem estes princípios uniformizadores, a maior ou menor procura das especialidades, enquadrável à luz da procura de mercado, pode significar a maior ou menor capacidade de, individualmente, os médicos negociarem os termos dos seus contratos.

Uma coisa é a maior diferenciação e competitividade interna à profissão e que é inquestionável em todo este processo, outra é a ameaça à imagem de classe profissional e de interesses corporativistas que sempre caracteriza os médicos. Com efeito, fica por saber quais as consequências deste processo para a imagem de unidade e de protecção mútua entre os pares. Utilizando a terminologia de Freidson, o facto dos médicos poderem ser vistos enquanto profissão com total poder, estes factores potenciais de cisão podem



ser vistos enquanto mecanismo de reforço da sua centralidade e de reprodução do seu poder e status. Se por um lado, a escassez de médicos em algumas especialidades na lógica pura de mercado é vista como um aumento da concorrência da procura (hospitais) para a pouca oferta (médicos) existente, por outro, falar-se na abundância de médicos noutras especialidades nunca é na verdadeira acepção da palavra. Esta profissão não se caracteriza por um excesso de profissionais em relação às necessidades do mercado de emprego, pelo que falar na abundância de determinados médicos é referir que comparativamente àqueles em que a falta é mais sentida, o poder individual de negociação dos termos da contratação acaba por não ter condições de se fazer sentir de forma tão proeminente.

Do ponto de vista da concorrência entre os prestadores de cuidados, importa perceber que este processo de empresarialização da prestação pública de cuidados representou uma maior intersecção com as regras presentes na prestação privada. Afinal o funcionamento dos hospitais públicos passa invariavelmente pela necessidade de resposta a uma situação de dupla concorrência: com os demais hospitais públicos, como com os prestadores privados na atracção de profissionais. Isto pode significar efeitos perversos na qualidade da prestação de cuidados. No plano hipotético, a ideia de livre concorrência deixa, à partida, os hospitais EPE em desvantagem em relação aos prestadores privados, já que num contexto de constricção orçamental, em que aos Conselhos de Administração dos hospitais são dadas orientações de acção tendo em vista a eficiência do desempenho organizacional, a capacidade de contra-resposta à atractividade possível no sector privado encontra-se limitada. Mais, importa considerar que a tendencial orientação para a captação individualizada dos profissionais abre possibilidades de uma distinção da qualidade técnica dos recursos humanos, logo, de uma maior diferenciação da qualidade dos serviços prestados dentro da rede hospitalar pública portuguesa.

5. Discussões futuras: o lugar dos sindicatos num contexto de desregulação profissional

Foi objectivo desta comunicação discutir a empresarialização hospitalar sob o ponto de vista das incertezas tanto para a prestação de cuidados de saúde, como para o mercado de emprego médico, e as consequências que a ausência de regulação do sector representa para o sindicalismo. É por isso possível afirmar que se vive um verdadeiro momento de reforma e de mutações no sector da saúde e não apenas mudanças incrementais.

Sob a perspectiva da actuação sindical, foi defendido em que medida a empresarialização está longe de ameaçar o sindicalismo. Implicando uma necessária adaptação à multiplicidade de regras de trabalho em presença e a uma orientação das negociações sobretudo para o nível micro das relações laborais são abertos espaços de maior envolvimento do trabalhador com o actor sindical. Nem por outro lado é possível inferir que este processo em que os CA são dotados de maior protagonismo e poder na gestão hospitalar dificultem os canais de diálogo com os sindicatos. Pelo contrário, torna-se mesmo possível que assuntos outrora comuns e uniformizados, sem abertura de negociação por parte do poder central sejam agora localmente discutidos com desfechos variados. Isto traduz-se numa maior intervenção dos sindicatos a este nível, exigindo um conhecimento aprofundado das diferentes problemáticas existentes em cada hospital. É este um momento, em que possivelmente as lógicas de intervenção sindical se estejam a modificar, sem nunca perder a função de defesa dos interesses profissionais perante as entidades empregadoras, sendo os próprios trabalhadores a reconhecer ao sindicato legitimidade para intermediar a sua relação individual de trabalho com o seu empregador.

6. Bibliografia

Beck, Ulrich (2000), *The Brave New World*, Cambridge, Polity Press

Campos, António (1984), *Os Hospitais no sistema de saúde português*, Lisboa, Visita de Estudo da Federação Internacional dos Hospitais



- Carapinheiro, Graça (1993) *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento
- Carapinheiro, Graça (2004), "O sector da saúde: formas de hierarquização interna", in João Freire (org.), *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora, pp. 57 – 82
- Correia, Tiago (2007), "O Lugar dos Grupos de Auto-Ajuda na Configuração do Estado-Providência em Portugal", em *Sociologia, Problemas e Práticas*, 55, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers*, Chicago, The University of Chicago Press
- Freidson, Eliot (1994), *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge Polity Press
- Golden, Miriam (1992), "Conclusion: Current Trends in Trade Union Politics", em Miriam Golden, et al (eds.), *Bargaining for Change: Union Politics in North America and Europe*, New York, Cornell University, pp. 307 – 333
- Mozzicafreddo, Juan (2002), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora
- Pontusson, Jonas (1992), "Introduction: Organizational and Political-Economic Perspectives on Union Politics", in Miriam Golden, et al (eds.), *Bargaining for Change: Union Politics in North America and Europe*, New York, Cornell University, pp. 1 – 44
- Santos, Boaventura (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto, Edições Afrontamento
- Stoleroff, Alan (1988), "Sindicalismo e Relações Industriais em Portugal", em *Sociologia Problemas e Práticas*, 4, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora
- Stoleroff, Alan, et al (1993), "A sindicalização em Portugal: a sua medida, a sua distribuição e os seus determinantes" em *Sociologia Problemas e Práticas*, 19, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora
- Stoleroff, Alan (2007), "Relações laborais nas empresas e sistema de relações industriais em Portugal", José Manuel Leite Viegas, Helena Carreiras e Andrés Malamud (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu. Vol. I: Instituições e Política*, CIES-ISCTE, Lisboa, Celta Editora

¹ Comunicação apresentada no âmbito do projecto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia incluído no Programa Operacional Ciência e Inovação (POCI 2010), intitulado *Mudança Organizacional e Relações do Emprego na Administração Pública em Portugal: o papel dos sindicatos e dos trabalhadores*.

² É sobretudo esse o motivo que nos levou a centrar esta análise apenas no sector hospitalar. Contudo, tal não significa que a reforma na saúde não tenha vindo a decorrer também ao nível dos cuidados primários, como por exemplo o encerramento dos SAP – serviços de atendimento permanente – nos centros de saúde amplamente mediatizados. Sobre os contornos do sistema de saúde português vide Carapinheiro (1993).

³ Sistematizando, a Lei n.º 27/2002 passa a contemplar as seguintes entidades hospitalares:

- A) Estabelecimentos públicos – dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- B) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, em que as diferenças em relação à primeira entidade diz respeito à imprescindível autonomia patrimonial e à natureza empresarial da actividade hospitalar (o que mais tarde, já com este governo de maioria socialista passa a assumir a designação de EPE's – Entidades Públicas Empresarializadas);
- C) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- D) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

⁴ Para uma sistematização dos principais argumentos dos autores sugere-se a leitura de Correia (2007).

⁵ Os restantes sectores que compõem as funções sociais do Estado são: Segurança e acção sociais, Habitação e serviços colectivos, Serviços culturais, recreativos e religiosos (Cf. Orçamento do Estado em <http://www.dgo.pt/oe/>).

⁶ Vd. www.portaldasaude.pt

⁷ Esta análise reporta-se apenas ao território continental devido às especificidades da gestão dos prestadores hospitalares nas regiões autónomas. Com efeito, embora os estatutos jurídicos aplicados nestes hospitais assumam a mesma designação vigora um documento legislativo de âmbito regional que define os estatutos dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, criando especificidades na prestação, regulação e financiamento dos cuidados (Vd. Decreto Legislativo Regional n.º4/2003/M para a região Autónoma da Madeira e Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A).

⁸ Deixou-se de parte os hospitais SA de capitais exclusiva ou maioritariamente públicos bem como as entidades hospitalares privadas. Em relação aos hospitais SA o motivo deveu-se ao facto de este modelo ter sido substituído pelo modelo EPE (decreto-lei n.º 93/2005). Quanto aos hospitais privados, a opção foi no sentido em que as reformas da administração pública, ao terem influência nesse funcionamento, serão para já, de alcance relativo. Note-se que não estamos simplesmente a remeter a relação entre a presença pública e privada no sector para um lugar periférico, já que as dinâmicas políticas recentes têm sido para um progressivo aumento da presença de entidades privadas na prestação pública de cuidados de saúde por via quer das Parceria Público Privadas (PPP), quer da concessão da concepção, financiamento, construção e gestão de novas unidades de saúde. É de referir os acontecimentos recentes no Hospital Fernando Fonseca, cuja actividade concessionada a um agente privado – Grupo Mello Saúde –, não irá ser renovada para os próximos 10 anos aquando do fim do actual contrato. Com isto, o governo destacou a necessidade de cingir as PPP apenas à construção das infra-estruturas, incluindo a sua gestão no modelo EPE.

⁹ Embora o enfoque nesta comunicação seja os processos de reconfiguração introduzidos pela empresarialização hospitalar, importa não deixar de referir que a reconfiguração acaba por ser igualmente identificada no próprio SPA. Nestes hospitais vigoram as “tradicionalis” regras do funcionalismo público e onde o Estado exerce uma intervenção mais directa no funcionamento hospitalar. Todavia, isto não significa que o Sector Público Administrativo mantenha as dinâmicas que fizeram dele um sistema “*excessivamente dispendioso, rígido e burocratizado*” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005). Assim, se os EPE são definidos segundo princípios de descentralização ou mesmo de individualização das relações laborais, as medidas reformistas aplicadas no SPA levam-nos a equacionar um processo de esbatimento das distâncias de gestão organizacional e financeira com o sector empresarial do estado. Claro que através de outros mecanismos, mas sem dúvida que se tivermos por base os 4 principais eixos de reforma da administração pública, percebe-se em que moldes os hospitais públicos passam invariavelmente por reconfigurações da concepção organizacional, fundamentalmente através da incorporação de objectivos de agilização da prestação pública de cuidados, ao mesmo tempo que se incorporam medidas de gestão de recursos humanos, no sentido da flexibilidade e da controlo dos profissionais.

¹⁰ A partir de uma análise efectuada à actividade sindical no sector hospitalar de 2002 a 2007, das 345 iniciativas analisadas cerca de 63% foram dirigidas para o nível micro das relações laborais – hospitais.

¹¹ Apresentam-se de seguida alguns exemplos particulares do modo como a actuação das ARS em diferentes processos negociais com sindicatos surtiu efeitos práticos. Em Março de 2002, perante um pré-aviso de greve emitido pelo SIM – Sindicato Independente dos Médicos – a todas as horas extraordinárias, somente após a deliberação da ARS do Algarve em aplicar o diploma legal referente ao pagamento de horas extraordinárias, os Conselhos de Administração do Hospital Distrital de Faro (SPA) e do Hospital do Barlavento Algarvio (SA) comprometeram-se a pagar as horas extraordinárias reivindicadas aos médicos, com os respectivos retroactivos. Situação semelhante, no assunto reivindicado, nos actores envolvidos e nos resultados alcançados, ocorreu em Setembro de 2002 agora com a ARS do Norte em relação ao IPO Porto (SPA).

¹² Em Julho de 2003, o SIM denuncia que o acordo prévio estabelecido com a ARS do Centro e com o conselho de administração do Hospital Infante D. Pedro sobre o pagamento uniforme das horas extraordinárias não foi cumprido devido à falta de processamento financeiro do ministério da saúde. Perante o desencadeamento de uma greve total, no final desse mês, o Ministério das Finanças viabilizou esse pagamento, pondo fim ao período de contestação que se fazia sentir.

¹³ Embora existam diferenças significativas na quantidade e no conteúdo das matérias reivindicadas entre os diferentes sindicatos que representam os mesmos grupos profissionais, acaba por ser analiticamente relevante agrupá-los por profissões – médicos, enfermeiros e trabalhadores administrativos.

O que está em causa é que, se por um lado, internamente os representantes dos médicos e dos enfermeiros expõem uma falta de consenso na maioria dos assuntos reivindicativos, chegando a expressar desacordos com outras estruturas sindicais representantes do mesmo grupo profissional, por outro, externamente, há uma imagem de unidade profissional que se procura disseminar. Esta uniformidade dirigida para fora da profissão acaba por ser percebida quer pelas instâncias de regulação da actividade profissional, na procura de legitimação e de um maior peso nas reivindicações, quer para os restantes grupos profissionais.

¹⁴ É interessante contrastar a capacidade dos sindicatos profissionais neste âmbito na situação actual com os sindicatos industriais nos processos de privatização do início dos anos 1990. Veja-se Stoleroff (1988) e Stoleroff & Naumann (1993) sobre os problemas de adaptação estratégica dos sindicatos de metalúrgicos face à privatização na Siderurgia Nacional.

¹⁵ Esta temática é o ponto central da Tese de Doutoramento de Tiago Correia (Vd. www.cies.iscte.pt).

¹⁶ Como o autor refere: *"I use word profession to refer to an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service. I use the word professionalism to refer to that ideology and special set of institutions."* (Freidson, 1994: 10)