



SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

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

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

A RESPONSABILIDADE SOCIAL E OS CLUSTERS ENTREMEIO ÀS POLÍTICAS PARA O SECTOR DA SAÚDE

FREITAS, Mónica

Doutoranda em Sociologia das Organizações

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e Universidade Nova de Lisboa

Investigadora em Estudos Sociais

Centro de Investigação em Estudos Sociais CESNOVA

monicaflul@hotmail.com

RESENDE, José Manuel

Prof. Associado e Orientador Científico

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa FCSH/UNL

Investigador em Estudos Sociais

Centro de Investigação em Estudos Sociais CESNOVA

josemenator@hotmail.com

SANTOS, Maria João Nicolau

Profa. Associada e Co-Orientadora Científica

Instituto Superior de Economia e Gestão ISEG

Investigadora SOCIUS

mjsantos@gmail.com

Resumo

O presente artigo é parte integrante de um projecto de investigação que está a ser desenvolvido no âmbito do doutoramento em Sociologia na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Buscaremos perceber em que medida a estratégia europeia para a Saúde EU (2008-2013) integrou linhas de orientação e estratégias típicas do sector privado. De acordo com (Trigilia, 2002) as alterações demográficas, o aumento do desemprego e a intensificação da procura pelos subsídios estatais por um lado, e a diminuição dos recursos disponíveis para a acção social estatal pelo outro lado, terão acarretado profundas mudanças no modelo de estado – providência consolidado na Europa no período pós-guerra.

Importa-nos essencialmente tentar perceber neste artigo até que ponto a estratégia europeia para a Saúde EU (2008-2013) apresenta linhas de orientação incentivadoras à constituição de *clusters* na área da saúde (Ismael, 2008), (Porter, 1996), (Zadeck, 2003) e à prática da RS.

A pertinência científica da reflexão que propomos neste artigo, surge numa altura em que crescem os rumores de que as transformações que vêm ocorrendo no sector público inclusive da saúde, podem não estarem a ser devidamente acauteladas por ponto de vista ontológico e estrutural.

Abstract

This article is part of a PHD project in Sociology that is being developed at the Faculty of Social Sciences and Humanities, New University of Lisbon.

We will seek to understand to what extent the European strategy for Health EU (2008-2013) integrates guidelines and strategies typical of the private sector. According to (Trigilia, 2002) the demographic changes, the rising unemployment and the increased demand for state subsidies on the one hand, and fewer resources available for social action by State on the other hand, maybe have generated profound changes in the providence state model that consolidated in Europe in the postwar period.

The objective of this article is understanding to what extent the European strategy for Health EU (2008-2013) presents guidelines that encourage the formation of clusters in health (Ismael, 2008), (Porter, 1996) (Zadeck, 2003) and the practice of RS.

The scientific relevance of the reflection that we propose comes at a time that are rising the rumors that the transformations that are occurring in the health public sector are not being controlled of the ontological view point.

Palavras-chave: estado – providência europeu, estratégia europeia da saúde, responsabilidade social, clusters

Key – words: European strategy for health, clusters, social responsibility

[PAP1325]

1. Clarificações Iniciais

1.1. Análise Macro ao Modelo de Estado Providência Europeu

O modelo de regulação do capitalismo e das relações industriais designado como Estado-Providência, nos diversos modelos que historicamente desenvolveu nas sociedades europeias, pretendia ser um motor fundamental de desenvolvimento económico e social no período do Pós-Segunda Guerra Mundial, através de políticas públicas macro-estruturais de redistribuição de rendimentos e de garantia de direitos sociais como parte integrante dos direitos de cidadania (Esping-Andersen, 1990) em (Trigilia, 2002:170).

Tais políticas conferiam ao Estado, além da função de garantia do direito, da ordem pública e dos direitos de propriedade que lhe é atribuída pela teoria económica clássica, a de garantir a igualdade de oportunidades sociais e o acesso a rendimentos e a direitos sociais através da prestação de serviços prestados por organizações sob tutela estatal, financiados por diferentes fontes de receitas públicas.

Na conjuntura política da Guerra Fria, e económica do grande crescimento e de reconstrução das economias europeias após a Segunda Guerra Mundial, este novo modelo de regulação dos rendimentos e das relações de trabalho teve um papel fundamental no controlo dos conflitos sociais, no enquadramento político das reivindicações salariais e laborais, e na legitimação política do sistema capitalista.

Contudo, este sistema viu progressivamente perigar a sua sustentabilidade em período de crise, a partir dos anos 70. A teoria clássica do sistema capitalista previa que, em momento de crise, os consumidores perderiam poder de compra, logo a inflação e a escala da produção de massas seriam contidas por mecanismos automáticos de mercado, reconduzindo o sistema macroeconómico ao equilíbrio. Contudo, como o Estado continuou a injectar recursos no campo social, a procura por bens e serviços continuou em alta, originando com isto a combinação imprevista de inflação e estagnação económica (“*stagflation*”) – a qual só seria relativamente contida nos regimes de Estado-Providência fortes, assentes em sistemas de regulação neo-corporativa, capazes de gerar compromissos políticos credíveis de moderação salarial, em troca da garantia estatal de direitos sociais (Trigilia, 2002: 177).

Em sistemas de regulação neo-corporativa, os estados optam por abrir mão de parte da soberania que lhe foi concedida, com vista consolidarem sistemas participativos de negociação. Estes sistemas encontram-se sustentados por redes de *stakeholders* bastante complexas do ponto de vista da diversidade dos actores envolvidos (ex.: instituições públicas, universidades, sindicatos e outras associações representativas da sociedade) como também dos tipos de interesses e das estratégias de *lobbying* que permeiam o processo decisional.

O sistema neo-corporativista suscita algumas controvérsias quanto à justiça dos resultados que proporciona, pelo facto de envolver no processo decisional organizações de lobbying com níveis de competências técnicas e políticas bastante distintas.

Sublinhamos o facto que, apesar de existirem algumas controvérsias em torno do processo decisional nos sistemas neo-corporativistas, países como a Holanda, a Noruega e a Suécia continuam a apostar neste sistema enquanto modelo de gestão pública, pelo facto de permitirem a estes, manterem a coesão social mesmo quando necessitam adoptar medidas severas relacionadas a reajustes salariais ou fiscais.

Tal facto se deve ao pensamento generalizado que predomina nestes países, onde a articulação dos diferentes sectores da sociedade em redes de *stakeholders*, é encarada como um meio eficaz para a elevação dos níveis de transparência pública e participação democrática por um lado, e para a minimização do índice de corrupção por outro lado.

As mais – valias do sistema neo-corporativista parece inquestionável principalmente quando encontramos os países neo-corporativistas nos primeiros lugares dos *rankings* referentes aos estados mais sustentáveis do globo.

Já nos países do sul da Europa, consolidou-se um estado – providência centralizador do direito, das garantias sociais e da produção de bens sociais. De acordo com (Parjis, 1994) o modelo de estado – providência consolidado nos países do sul da Europa poderá estar em causa se não forem restabelecidos os laços de confiança e a sociedade civil e as instituições estatais.

Segundo (Parjis, 1994) a fuga ao pagamento dos impostos ilustra bem a quebra de confiança que se deu entre o Estado e os cidadãos principalmente nos países do Sul da Europa (ex.: Portugal, Espanha e Itália).

Em suma, pode-se dizer que o abrandamento conjuntural e a incerteza estrutural que se abateram sobre o ritmo de crescimento económico após o período de estagnação económica, acrescidos de outros factores de ordem social e ética minaram estruturalmente a sustentabilidade dos regimes de Estado-Providência (alterações demográficas: envelhecimento e rácios de dependência; limites à fiscalidade sobre os lucros e o capital em contexto de globalização; declínio do modelo de produção fordista e da composição social das classes assalariadas no capitalismo pós-industrial (Trigilia, 2002:172), Esping-Andersen 1990, 1999) em (Trigilia, 2002:188).

A crise de sustentabilidade financeira e política do Estado-Providência principalmente no sul da Europa, obrigou a reajustamentos políticos e financeiros o que têm levado à restrição de garantias públicas de direitos sociais, à transferência de parte dessas responsabilidades para o sector privado, à exigência de maior eficiência na aplicação dos recursos pelo sector público e à consolidação de alianças envolvendo o sector público, privado e ONGs com vista a resgatar a legitimidade do Estado-Providência e a manutenção do próprio capitalismo.

Contrariamente a esta perspectiva teórica, a responsabilidade social surge no seio do sector privado como um novo modelo societal e expande-se para o sector público, com bases assentes numa economia ao serviço da sociedade e em equilíbrio com o meio ambiente. Este paradigma, frequentemente associado à noção de desenvolvimento sustentável, embora não rompendo em absoluto com o modelo de desenvolvimento capitalista, pressupõe uma alteração estrutural na estrutura de funcionamento do mesmo, pois tem subjacente uma co-responsabilização, individual e colectiva, promotora de formas inovadoras nos hábitos de vida, de produção e de consumo que, por sua vez, permitem uma gestão sustentável a nível climático, energético e dos diferentes recursos naturais, bem como de maiores níveis de coesão social a nível global. O exercício da RSⁱ pressupõe assim a integração de padrões sociais e éticos diferenciados que se assumem como indutores de um novo modelo de desenvolvimento.

2. Radiografia da Política Européia da Saúde

A EUⁱⁱ começou a integrar a saúde na sua acção política e estratégica por volta dos anos 90 após a introdução das linhas de orientação específicas à saúde pública no Tratado Europeu, cujo intuito era conceder à Comunidade Europeia competências e responsabilidades legais no campo da saúde pública.

Embora seja obrigação dos Estados-membros garantirem o acesso aos cuidados de saúde aos seus cidadãos, existem domínios em que estes não podem actuar sozinhos e de modo eficaz principalmente no que concerne às pandemias, ao bioterrorismo e às doenças transmissíveis (COM, 2009).

A partir de 2007 que a EU passou a dispor de uma política integrada para o sector da Saúde, com dois eixos de actuação, um relativo à luta contra as desigualdades sociais, e um outro, ao desenvolvimento económico.

De acordo com o Conselho Europeu, a consolidação de uma Europa mais coesa exigia além do tratado, a realização das seguintes reformas estruturais:

- Consolidação de sistemas de pensões mais sustentáveis;
- Promoção da inclusão social;
- Assegurar cuidados de saúde de elevada qualidade e sustentáveis em toda a Europa.

Com vista cumprir os objectivos estipulados pela CE com vista consolidar uma Europa mais coesa, criou-se a estratégia europeia para a saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007). Nesta os estados - membros demonstraram estar de acordo com a integração da saúde em todas as políticas da CE, que as desigualdades da saúde fossem reduzidas, que a CE assumisse um papel de relevo a nível mundial no âmbito da saúde e que fosse dada prioridade à promoção da saúde e à melhoria da informação na área da saúde tal como se consolidasse uma estratégia da saúde com abordagem a longo prazo.

Além da função de intermediadora, foi destinado à CE o papel de reunião de consensos em torno dos dispositivos a serem empregues com vista o cumprimento dos objectivos previstos para todos os estados-membros e para o continente europeu no seu todo principalmente no que concerne à saúde.

Como se sabe, nem todos os Estados-membros dispõem dos mesmos recursos, ferramentas e conhecimentos para abordar as diferentes causas das desigualdades na saúde.

Com vista ainda assessorar os estados – membros, a CE impulsionou a criação do *EU Health Policy Forum* EUHPF, cuja função é essencialmente consertar os esforços das ONGs, dos profissionais de saúde, dos fornecedores e das empresas em torno dos objectivos da estratégia da saúde tal como o *Working Party on Public Health at Senior Level* SLWPⁱⁱⁱ, cujo papel incide na concertação dos esforços entre os estados membros com vista garantir o cumprimento dos objectivos estipulados na EU (2008-2013).

Neste sentido, para que o EUHPF^{iv} pudesse dar resposta às expectativas que lhe foram endereçadas na estratégia da saúde, este procurou consolidar as seguintes linhas de orientação estratégica:

- Consolidar um canal de comunicação entre as instituições políticas e os seus respectivos *stakeholders* na área das políticas da saúde;
- Incentivar os *stakeholders* a contribuírem para a implementação das políticas da Saúde europeias;
- Fornecer os mecanismos de suporte essenciais a implementação da Estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007);
- Incentivar os actores da área da saúde de âmbito nacional e local a definirem planos de trabalho a nível europeu baseando-se na agenda EU (2008-2013) em (COM, 2007).
- Definir acções a nível europeu que atendam às expectativas da maioria dos actores da saúde.

Além do EUHPF, a estratégia europeia da Saúde criou ainda, como vimos, o SWLP, cujo papel tem sido importantíssimo na divulgação dos progressos da Estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) em especial, através dos encontros bianuais que organiza.

Tanto a EUPH como a SWLP, vêm propocionando à EU (2008-2013) em (COM, 2007) alcançar índices consideráveis de progresso em áreas como o combate ao Cancro e a promoção de cuidados de saúde intersectoriais. Contudo, este progresso ainda está muito aquém daquele que é esperado, principalmente no que diz respeito ao combate às desigualdades na área da saúde (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/midtermevaluation_euhealthstrategy_2011_report_en.pdf, consultado em 26.11.11).

De acordo com as organizações internacionais e demais parceiros da CE, a Estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) tem contribuído em sobremaneira para que determinadas áreas da saúde apresentassem melhores resultados principalmente no que concerne a: a) a integração das políticas de saúde em todas as outras políticas a nível nacional ; b) a intensificação do número de iniciativas desenvolvidas no âmbito do controlo ao consumo do tabaco; c) a transformação da saúde como pré-condição para o crescimento económico; d) a consolidação de redes de parcerias na área da saúde à escala global; e) tornar a Europa num continente mais propício ao envelhecimento saudável.

No que se refere aos objectivos estratégicos definidos para a área da saúde, pode-se dizer que existem desnivelamentos tanto a nível das adesões quanto ao nível dos esforços empregues por cada um dos estados - membros.

A Alemanha e a França, por exemplo, são dois estados-membros com fraca adesão às novas políticas para a área da saúde promovidas pela CE. Embora a CE defina linhas de orientação estratégica e de acção comum para a área da saúde com base nas impressões e indicadores recolhidos junto dos estados-membros, no entanto, cada um destes estados são soberanos no que diz respeito à implementação das suas políticas públicas para a área da Saúde (COM, 2009).

Mesmo não aderindo à política comum de saúde da CE, tanto a Alemanha como a França reforçaram a pertinência deste documento para redefinição das suas linhas de orientação estratégicas para este sector (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/midtermevaluation_euhealthstrategy_2011_report_en.pdf, consultado em 26.11.11).

Posto isto, interrogamos em que medida a CE tem conseguido mobilizar as organizações de saúde de Portugal para o cumprimento das metas propostas para a EU (2008-2013) em (COM, 2007); quais são as áreas da Saúde em que Portugal tem alcançado os melhores resultados; até que ponto Portugal tem incentivado a constituição de redes de *stakeholders* em torno dos objectivos propostos para a CE; que tipos de projectos são desenvolvidos; até que ponto a Responsabilidade compreende uma das áreas de actuação desta rede de stakeholders; em que medida as redes constituídas potenciam ou não a constituição de clusters na área da saúde em Portugal.

2.1. Endoscopia à Estratégia Europeia da Saúde EU (2008-2013)

Na endoscopia que realizamos à estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) constatamos que esta incorporou os seguintes veios estratégicos: a) promover a inclusão social por via da equidade na área da saúde; b) conciliar as políticas de desenvolvimento económico com as políticas de coesão social; c) fomentar a intersectoriedade na área da saúde; d) projectar a Europa na arena internacional dos cuidados de saúde.

Com vista cumprir os objectivos propostos pelos veios estratégicos, a Estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) definiu os seguintes princípios estruturantes:

- **1º Princípio:** a Estratégia da Saúde (2008-2013) em (COM, 2007) deverá se basear em valores partilhados tais como universalidade, o acesso a cuidados de saúde, a equidade e a solidariedade. Neste sentido, a referida estratégia deverá ser capaz de: a) aumentar o nível de capacitação dos cidadãos no domínio da saúde; b) reduzir as desigualdades na área da saúde; c) consolidar uma política de saúde transparente e fundamentada em indicadores.
- **2º Princípio:** Dinamização do sector da Saúde. Na EU (2008-2013) em (COM, 2007), o sector da saúde é apresentado como um sector importante para a economia regional, pelo facto de ser fornecedor de emprego e formador de profissionais. Os serviços médicos - sociais têm sido um motor essencial na expansão do sector dos serviços desde 2000. Até este ano, 2,3 milhões de empregos haviam sido criados pelos segmentos relativos ao sector da saúde.

Posto isto, sublinha-se o facto de o sector da saúde representar também um importante utilizador de tecnologias inovadoras, constituindo além disso um sustentáculo da política regional e da coesão económica e social (COM, 2007:06).

- **3º Princípio:** Integrar a Dimensão da Saúde em Todas as Políticas. Tendo em vista garantir a intersectoriedade na saúde, a CE tem buscado integrar as políticas regionais relacionadas ao ambiente, à regulamentação dos produtos farmacêuticos, à saúde animal, à investigação no domínio da saúde, à coordenação dos regimes de segurança social, à dimensão da saúde na política de desenvolvimento das TICs, à protecção radiológica e à coordenação das agências que regulam as importações nas políticas de desenvolvimento da Saúde.

Para que esta intersectoriedade se reflectisse também no plano empírico, a CE vem incentivando a concertação das sinergias entre os vários sectores da sociedade (industrial, universitário e media) além das ONGs, com vista a consolidar uma política de saúde sólida e coesa. Como exemplo, cita-se

um programa que está a ser desenvolvido no âmbito da cooperação inter-regional no combate ao HIV SIDA. Este programa está a ser levado a cabo pela EU em conjunto com outros países vizinhos.

- **4º Princípio:** Reforçar a Influência da EU no Domínio da Saúde a Nível Mundial. Para que a EU pudesse vir a ser uma referência mundial na área da saúde, apostou-se na consolidação de uma coordenação reforçada em matéria de saúde com organizações internacionais (eg.: OMS - Organização Mundial de Saúde, Nações Unidas, Banco Mundial, Organização Mundial do Trabalho, OCDE, Conselho da Europa).

No intuito de atribuir uma orientação estratégica aos princípios enumerados acima, pode-se dizer que a estratégia EU (2008-2013) definiu os objectivos que se seguem:

- **1º Objectivo:** Promover a saúde numa Europa em envelhecimento, a partir da promoção de estilos de vida saudáveis, da redução de comportamentos nocivos e de prevenção e tratamento de doenças específicas, incluindo doenças genéticas, de modo a favorecer o envelhecimento saudável.
- **2º Objectivo:** Proteger os cidadãos das ameaças para a saúde. A protecção da saúde humana é um dever consagrado no artigo 152º do Tratado da CE. Por este motivo, procurar-se-á reforçar os mecanismos de vigilância e de resposta às ameaças para a saúde, designadamente mediante a revisão do mandato do centro europeu de prevenção e controlo das doenças. Reforçar-se-á ainda os aspectos de saúde no quadro da adaptação às alterações climáticas (COM, 2007:10).
- **3º Objectivo:** Promover os sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias. As novas tecnologias estão no centro da revolução dos cuidados de saúde e sistemas de saúde tal como na garantia da sustentabilidade futura do próprio sistema de saúde.

A endoscopia à estratégia da saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) permitiu-nos constatar que os valores que estiveram subjacentes na formulação dos princípios e dos objectivos propostos para a área da Saúde foram essencialmente:

- **Protecção:** Proteger os cidadãos das ameaças à Saúde. Neste sentido, importa desenvolver acções que ajudem a colmatar os efeitos causados pelas alterações climáticas, com vista a minimizar e/ou erradicar a incidência das doenças infecciosas transmissíveis.
- **Prevenção:** Desenvolver acções que promovam a adopção de hábitos saudáveis de vida e o despiste de comportamentos nocivos à saúde individual e colectiva.
- **Intervenção:** Desenvolver e fomentar o uso das tecnologias inovadoras da saúde, com vista garantir a sustentabilidade dos sistemas da saúde.

Sublinhamos que os valores partem de uma dimensão mais macro para uma outra dimensão mais micro. Na dimensão mais macro, cabem às instituições fazerem os possíveis para garantir as condições de protecção à saúde e bem estar dos indivíduos, como por exemplo, o desenvolvimento de acções que colmatem os danos causados pelas alterações climáticas, pelo bioterrorismo e pela transmissão de doenças infecciosas.

Numa escala mais micro, as iniciativas que são levadas a cabo visam desenvolver comportamentos mais saudáveis nos indivíduos tal como os levarem a serem mais pró-activos na prevenção de doenças. Somados a estes esforços, acrescem-se outros que vão no sentido de desenvolverem tecnologias da saúde mais avançadas e consolidarem redes de stakeholders intra e trans-européia.

Uma vez constatado que as linhas de orientação estratégica da CE para a saúde invocam a incorporação voluntária de preocupação sociais e ambientais nas estratégias das organizações e a articulação das organizações da saúde em redes de *stakeholders* intra e trans-europeias, propomos como desafio para este estudo, tentarmos perceber até que ponto as referidas linhas de orientação trazem subtendidas indicações relativas à prática da Responsabilidade Social e à constituição de clusters da saúde

Segundo Zadeck (2003) a Responsabilidade Social constitui um elemento basilar à consolidação dos *clusters* visto que fomenta a troca de informação pertinente entre os actores; potencia a inovação; favorece a

descoberta de novas oportunidades de mercado além de permitir actualização da própria doutrina empresarial.

3. Clarificação dos Eixos Teóricos da Responsabilidade Social Verificados na EU 2008-2013

Na investigação teórica que realizamos aos conceitos de Responsabilidade Social, constatamos que os conceitos apresentam dois eixos estruturantes: um relacionado à integração voluntária das questões relacionadas à preservação do ambiente, à coesão social, ao desenvolvimento económico e ao cumprimento dos dispositivos legais que regulam o sector nas estratégias das organizações e o outro relativo ao desenvolvimento de programas nestes âmbitos em redes articuladas de *stakeholders* (Almeida, 2010).

Na tentativa de reunir consensos em torno da Responsabilidade Social, (Garriga & Mellé, 2004) procurou enquadrá-la em quatro grandes teorias da RS tomando como base os tipos de relação que as empresas mantêm com as sociedades.

As quatro grandes teorias da RS segundo (Garriga & Mellé, 2004) são as seguintes: **Teorias Instrumentais**, **Teorias Políticas**, **Teorias Integrativas** e **Teorias Éticas**.

- ❖ **Teorias Instrumentais:** as teorias instrumentais integram as acções levadas a cabo pelas organizações com vista a melhorarem o seu desempenho organizacional. Estas acções podem ter como intuito tanto a produção de lucros aos accionistas como a obtenção de vantagens competitivas.
- ❖ **Teorias Políticas:** de acordo com as teorias políticas, as empresas têm deveres quanto à sociedade das expectativas sociais devido ao poder que dispõem e a posição que ocupam nas sociedades.
- ❖ **Teorias Éticas:** segundo as teorias éticas, cabe às empresas criarem externalidades positivas às sociedades mesmo que disto não resultem benefícios às próprias organizações.
- ❖ **Teorias Integrativas:** cabe às organizações integrarem as demandas sociais nas estratégias organizacionais. Para gerir eficazmente as demandas sociais, as organizações deverão transformar as demandas sociais em responsabilidades corporativas com base essencialmente nos pilares económico, social e ético do desenvolvimento social corporativo e no estabelecimento de redes de diálogo com os *stakeholders*».

Na análise que efectuamos às teorias relacionadas à Responsabilidade Social (Agle, Donaldson, Freeman, Jensen, Mitchell, Wood, 2008), (Almeida, 2010), (Blowfield & Murray, 2008), (Krisnher, Nueva Sociedad 202), (Porter, 1996), (Santos, 2010) e (Zadeck, 2003), pudemos constatar que estas evidenciaram essencialmente dois dos quatro tipos de relação que as organizações costumamente estabelecem com a sociedade segundo (Garriga & Mellé, 2004).

Os dois tipos de relação que evidenciamos foram essencialmente o instrumental onde a organização instrumentaliza a relação que mantém com a sociedade com vista a maximizar dividendos para si própria e o integrativo, cujos esforços desenvolvidos pelas organizações vão no sentido de integrarem as demandas dos *stakeholders* nas linhas estratégicas que levam a cabo.

3.1. Evidenciação dos Agentes Teóricos da RS Aplicados à Estratégia da Saúde Europeia EU (2008-2013)

Na análise que realizamos à Estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) constatamos que esta contempla os princípios relacionados às teorias instrumentais da RS (Rego, Cunha, Costa, Gonçalves, Cardoso: 2006) principalmente quando defende que o combate à doença é indispensável com vista a

minimizar o número de pessoas inactivas e de garantir os níveis de produtividade e de prosperidade económica desejados (COM, 2009:03).

O carácter instrumental da estratégia da Saúde também se reforça quando esta evidencia a pertinência de se investir nas políticas públicas e no acesso aos cuidados de saúde e sistemas de prevenção de doenças, com vista a colmatar as disparidades existentes na área da saúde e a consolidar uma Europa mais saudável mesmo que envelhecida.

O princípio altruísta caracterizador das teorias éticas da RS também foram explicitados na estratégia da saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) especialmente quando esta salientou que a equidade na saúde deverá ser o valor fundamental pelo qual os estados – membros e profissionais da saúde deverão orientar as acções que desenvolvem em áreas como o tabagismo, os jovens, o cancro e o VIH- SIDA.

Constatamos ainda que houve a evidenciação dos princípios políticos das teorias políticas da Responsabilidade Social (Rego, Cunha, Costa, Gonçalves, Cardoso, 2006) na estratégia EU (2008-2013), principalmente quando esta sublinhou que a EC Europe Commission pode contribuir para a saúde global através do incentivo ao intercâmbio de valores, experiências e profissionais qualificados como também através da implementação de medidas concretas com vista dinamizar o sector da saúde. A CE dispõe destas alternativas devido ao poder institucional, político e social que os estados – membros lhe atribuíram no tratado de constituição.

Os princípios das teorias integrativas da RS também foram realçadas na estratégia da saúde da EU (2008-2013) em (COM, 2007) essencialmente quando esta sublinha que tem que se desenvolver esforços com vista articular a política da saúde às outras políticas sectoriais além de potenciar a integração das organizações da saúde europeia às redes de parcerias envolvendo organizações internacionais e países em desenvolvimento (COM, 2009:04).

Posto isto, acreditamos que os princípios inerentes à incorporação voluntária das demandas sociais nas estratégias organizações e na relação que estas estabelecem com os seus stakeholders foram integrados na estratégia da saúde EU (2008-2013) em (COM, 2002).

4. Mapeamento da Teoria dos Clusters

Considerámos também pertinente analisar a política da saúde da Europa EU (2008-2013) em (COM, 2007) sob à luz das teorias dos clusters pelo facto desta evidenciar alguns elementos caracterizadores destas teorias.

Como exemplo de elementos caracterizadores dos clusters, salientamos a proximidade geográfica enquanto factor potenciador à intersectoridade (Porter, 1996). Sublinhamos a importância das redes de parcerias no desenvolvimento de projectos intersectoriais (Porter, 1996), (Zadeck, 2003). Salientamos ainda o importantíssimo papel desempenhado pelo sector público no processo de mobilização social dos diversos segmentos que compõem a sociedade (ex.: universidades, empresas, ONGs, sindicatos e outras associações representativas da sociedade civil) em torno do desenvolvimento de projectos intersectoriais na área da Saúde (Ismael, 1998).

É certo que a mera concentração geográfica não garante por si só a consolidação dos clusters. Os clusters precisam ser capazes de gerar ganhos de competitividade às próprias organizações e às regiões onde se encontram inseridas, além de impulsionarem o intercâmbio de conhecimento, a conquista de novas fashias de mercado, a actualização da doutrina empresarial e ainda o reforço das redes de parcerias (Zadeck, 2003).

Neste sentido, as redes de parcerias geograficamente concentradas e incapazes de gerar ganhos de competitividade não passam de aglomerados meros organizacionais.

Neste sentido, destacamos que constitui um foco do nosso estudo, tentarmos perceber se as redes constituídas impulsionadas pela EU (2008-2013) em (COM, 2007) apresentam ou não características de *clusters* a partir da verificação dos tipos de *stakeholders* envolvidos.

Os tipos de redes de *stakeholders* podem ser simples ou complexas. Se as redes de parcerias contemplarem apenas actores de único segmento produtivo, dizemos que se tratam de redes simples. Contudo, se estas redes integrarem diferentes segmentos produtivos, dizemos que são complexas. De acordo com (Porter, 1996) os *clusters* devem envolver as universidades e os centros de investigação científica e tecnológica nas redes de parcerias, pois estes compreendem fontes inesgotáveis de conhecimento novo e inovação.

Buscaremos também perceber que tipos de contractos sociais são estabelecidos entre os actores. Os contractos sociais podem ser essencialmente formais ou informais. Os contractos sociais formais são aqueles consubstanciados de acordo com os parâmetros jurídicos e assinado entre as partes. Já os contratos informais não requerem contratos escritos e assinados entre partes consubstanciando-se apenas na confiança existente entre os actores.

Nos contratos sociais formais são quase inexistentes os contactos pessoais entre os actores ao contrário dos contratos informais, onde os actores encontram-se com regularidade inclusive para partilharem informações do foro mais subjectivo e/ou íntimo. Enquanto nos contractos sociais formais, a má fé e o oportunismo são colmatados através dos dispositivos legais, nos contratos informais, estes são colmatados através dos laços de confiança.

Além dos tipos de actores e das espécies de contratos sociais consolidados entre os actores, importa-nos também compreendermos qual é natureza dos recursos transaccionados entre os actores, pois de acordo com (Zadeck, 2003) nos *clusters* os actores trocam entre si desde equipamentos a conhecimento (recursos tangíveis) como indicações sobre novas oportunidades de mercado ou redes de parcerias (recursos intangíveis).

É também de nosso interesse constatar com que periodicidade os actores contactam uns aos outros, visto que em (Uzzi, 1996) os clusters mais competitivos são aqueles cujos actores privilegiam os contactos informais e contínuos em detrimento aos contactos formais e pontuais.

Importa-nos ainda percebermos se a cooperação pretendida no âmbito da estratégia da saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007) dá-se em âmbito restrito ou transversal, pelo facto de autores como (Porter, 1996) acreditar que nos clusters mais competitivos a cooperação ocorre a nível transversal, ou seja, em vários projectos em simultâneo, principalmente por se acreditar que a cooperação e a concorrência podem subsistir pelo facto de ocorrerem em momentos distintos. A cooperação de âmbito restrito pressupõe que os actores articulem as suas sinergias apenas em volta a um determinado projecto.

Por último, importa-nos averiguarmos quais os sentidos que os actores atribuem à articulação em redes de *stakeholders* pelo facto destes poderem em muito delimitar as características destes acordos e posteriormente os seus resultados (Almeida, 2010).

O levantamento dos elementos caracterizadores dos clusters enumerados acima, levou-nos a identificar dois prováveis tipos de *clusters* para a área da Saúde:

- **CID:** Clusters Impulsionadores de Desenvolvimento;
- **CCM:** Clusters de Conservação dos Meios.



Com base na matriz de análise aos *clusters* que estamos a construir, tentaremos perceber se a estratégia da saúde europeia evidencia linhas de orientação incentivadoras à constituição de clusters ou aglomerados organizacionais. Em caso de apontar linhas de orientação direccionadas à constituição de clusters, tentaremos perceber de que tipo de clusters se trata a partir do descortinamento dos grupos de actores envolvidos, da natureza dos recursos transaccionados, da periodicidade dos contactos realizados entre os actores, dos tipos de contractos consolidados, o âmbito da cooperação e ainda dos sentidos que os actores atribuem aos projectos que desenvolvem em conjunto com os parceiros.

4.1. Identificação dos Eixos Estruturantes da Teoria dos Clusters na EU (2008-2013)

Pelo que pudemos constatar a partir da matriz de análise aos clusters que estamos a construir, a estratégia da saúde europeia apresenta linhas de orientação que vão no sentido de se consolidarem *clusters* impulsionadores de desenvolvimento.

Tal facto se deve à diversidade dos segmentos produtivos e actores que integram as redes de parcerias consolidadas na área da saúde dentre os quais se salienta autoridades ministeriais nacionais, profissionais ligados ao sector da saúde, universidades e ONGs (http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_pt.htm, consultado em 26.11.11).

Além da diversidade de segmentos e de actores que integram as referidas redes de parcerias, a estratégia incentiva a consolidação de cooperações transversais seja em torno de programas relacionados à investigação científica, à formação profissional, à empregabilidade como também à higiene, saúde e segurança dos trabalhadores. Além destes programas, existe um grande incentivo para o desenvolvimento de programas relacionados à promoção dos hábitos de vida e prevenção de doenças.

Quanto à natureza dos recursos transaccionados, constatamos que tanto podem ser tangíveis como intangíveis. Como exemplo de recursos tangíveis transaccionados entre as organizações que compõem as redes de parcerias, sublinhamos os medicamentos, as vacinas e os profissionais qualificados. Já os recursos intangíveis correspondem essencialmente à troca de informações pertinentes, de experiências e de boas práticas.

Quanto à periodicidade dos contactos, embora haja esforços da parte da CE com vista a torná-lo contínuo, constituindo inclusive organizações vocacionadas para o efeito tal como o EUPHF e o SWLP. No entanto, predominam até os dias de hoje os contactos pontuais os quais costumam se dar em especial de ano a ano ou de dois a dois anos.

O tipo de contrato social evidenciado é essencialmente o formal. Não conseguimos constatar indícios que apontam para a existência de contratos informais. Acreditamos que esta inexistência pode estar relacionada ao nível mais macro da acção do qual vem se ocupando a CE.

Quanto aos sentidos que são atribuídos às redes de parcerias, foram evidenciados a oportunidade para fortalecerem os acordos de cooperação com parceiros que consideram estratégicos. Salientaram ainda sentidos do foro mercantil, os quais aparecem associados à optimização financeira e tecnológica do sector da saúde. Reforçaram ainda a inovação como uma mais – valia a ser propiciada pelas redes, visto que lhes permitem implementarem técnicas de promoção, prevenção, diagnóstico e terapêutica mais inovadoras.

Conforme já foi referenciado, existe uma baixa adesão da parte dos estados membros à estratégia da Saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007), principalmente da parte dos estados co-fundadores. Neste sentido, interrogamos até que ponto a baixa adesão à referida estratégia está relacionada aos contactos poucos frequentes que os actores e organizações da saúde estabelecem entre si; até que ponto o modelo de concertação social que vem sendo utilizado pela CE no qual a intermediação institucional é realizada por agências não compromete as adesões dos estados - membros; em que medida modelos de concertação social geridos com base na gestão de *stakeholders* não proporcionaria melhores resultados. Interroga-se ainda de que forma se poderia colmatar o problema inerente quanto à desregularidade dos contactos que as organizações de saúde e profissionais destes sectores estabelecem entre si; até que ponto caberá unicamente à CE desenvolver iniciativas no âmbito do fortalecimento das parcerias; até que ponto atribuição de responsabilidades na área da mobilização social não poderiam ser assumidas por países europeus com prestigiada competência neste âmbito; até que ponto da descentralização de responsabilidade relacionada à mobilização social não comprometeria a multilateralidade defendida pela estratégia europeia da saúde EU (2008-2013) em (COM, 2007).

Por fim, sublinha-se que as linhas de orientação à prática da Responsabilidade Social e à constituição dos clusters, parecem reforçar os objectivos da CE relacionados por um lado, à resolução do problema referente às desigualdades no acesso à saúde e por outro lado, a fazer com que o sector da saúde deixe de ser apenas um sector «receptor de fundos e de utentes» para passar a ser um sector «produtor de dividendos económicos e formador de profissionais de elevada qualidade», conforme faz prova o trecho que se segue «*O sector da saúde assume uma importância crucial, competindo-lhe, por um lado, garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde e, por outro, apoiar a formação e o desenvolvimento do conhecimento dos profissionais de saúde e dos profissionais de outros sectores. As autoridades locais, os empregadores e outras partes interessadas também podem dar um contributo importante*» (COM, 2009:08).

Apesar da estratégia da saúde europeia EU (2008-2013) em (COM, 2007) apresentar as limitações assinaladas, principalmente no que concerne à fraca capacidade de mobilização dos estados membros, em especial, os mais antigos na CE, acredita-se que esta estará à altura de fazer frente aos desafios futuros na área da saúde, devido à sua plasticidade e amplitude político – prática. (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/midtermevaluation_euhealthstrategy_2011_report_en.pdf, consultado em 26.11.11).

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, Felipe. (2010). Ética, valores Humanos e Responsabilidade social das Empresas. Ed. Princípia. Cascais.
- Agle, et al (2008). Toward Superior Stakeholder Theory. Journal Business Ethics.
- Blowfield, et al (2008). Corporate Responsibility: A Critical Introduction. Oxford University Press. New York.
- Boltanski, L.; Thévenot, L. (1991). De La Justification. Les Économies de La Grandeur. Edition Gallimard.

- Burt (2004), Ronald S. (2004), "From Structural Holes: The Social Structure of Competition", in F. Dobbin (org.), *The New Economic Sociology: A reader*, Princeton University Press. Princeton. Pp. 349-384.
- COM (2002). Comunicação da Comissão Europeia de 2 de Julho de 2002, relativa à Responsabilidade Social das Empresas: Um contributo das empresas para o desenvolvimento sustentável. Pp. 347.
- COM (2007). Livro Branco. Juntos para a Saúde. Uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013). Bruxelas, Bélgica.
- COM (2009). Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Solidariedade na Saúde. Reduzir as Desigualdades no domínio da Saúde na EU. Bruxelas, Bélgica.
- EUROHEALTH (2004). Health and Social Inclusion in the Context of Lisbon.
- Garriga, E., Melé, D (2004). Corporate Social Responsibility Theories: Mapping the Territory. *Journal of Business Ethics*, 53. Pp. 51–71.
- Granovetter, MARK (2003). "Acção Económica e Estrutura Social. O Problema da Incrustação" In J. Peixoto e R. Marques (org.). *A Nova Sociologia Económica*. Celta Editora. Oeiras. Pp. 69-102.
- Ismael, Anthony B. (2008). Clusters And Competitiveness: The Development Of Sustainable Competitive Industries In Small Developing Countries. Published In *The Round Table*, Vol. 97, Issue 396, Pp. 453-474.
- Kirschner, Ana Maria. (Nueva Sociedad 202). Sociologia da empresa e responsabilidade social das empresas. Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ. www.nuso.org/upload/articulos/3343_2.pdf.
- North, Douglass C. (1996). "Markets And Other Allocation Systems In History: The Challenge Of Karl Polanyi". In Swedberg, Richard "Economic Sociology". Cheltenham. UK. Brookfield. US. Pp. 703-716.
- Parjis, Phillipe Van (1994). Variation Sur L'Éthique. Colóque Organisé Par Les Facultes Universitaires Saint Louis à L'Occasion de L'Éméritat du Recteur Jaques Dabin.
- Porter, Michael (1996), *Clusters And Competition*. Harvard University Press, Cambridge.
- Rego, Arménio; Cunha, Miguel P.; Costa, Nuno G.; Gonçalves, Helena; Cabral-Cardoso, Carlos (2006). *Gestão Ética e Socialmente Responsável*. Editora RH. Lisboa.
- Trigilia, Carlo (2002). *Economic Sociology. State, Market, and Society in Modern Capitalism*. Blackwell Publishers. United Kingdom.
- Uzzi, Brian (1996). "Embeddness In The Making Of Financial Capital: How Social Relations And Networks Benefit Firms Seeking Financing". In F. Dobbin (org.). *The New Economic Sociology: A Reader*. Princeton. Princeton University Press. Pp. 349-384.
- Zadeck S., et al (2003). *Responsible Competitiveness: Corporate Responsibility Clusters in Action*, AccountAbility / The Copenhagen Centre, London.

6. Sites Consultados

http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_pt.htm

http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_pt.html

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/midtermevaluation_euhealthstrategy_2011_report_en.pdf,
consultado em 26.11.11)

http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/index_pt.html

-
- i RS: Abreviatura de Responsabilidade Social
 - ii EU: Abreviatura de European Union
 - iii SWLP: Abreviatura Working Party on Public Health at Senior Level
 - iv EUHPF: Abreviatura de European Union Health Policy Forum