



ÁREA TEMÁTICA: Trabalho, Profissões e Organizações

(Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar

CARVALHO, Maria Teresa

Doutora em Ciências Sociais

Universidade de Aveiro – CIPES

teresa.carvalho@ua.pt

SANTIAGO, Rui Armando

Doutor em Ciências da Educação

Universidade de Aveiro – CIPES

rui.santiago@ua.pt

Resumo

As reformas do sector público de saúde em Portugal têm sido concebidas e implementadas no quadro da ideologia da Nova Gestão Pública. A Lei 27/2002, (8 Novembro), conhecida como a Lei da Gestão Hospitalar, introduz mudanças na natureza dos hospitais públicos que adquirem o estatuto de hospitais empresariais. O presente artigo tem por objectivo proceder à análise do impacto das alterações políticas na estrutura burocrático-profissional tradicional dos hospitais. A análise de conteúdo de 83 entrevistas semi-estruturadas, envolvendo profissionais de enfermagem com funções de gestão, permite conceptualizar três cenários distintos: Adaptação burocrática, reformulação burocrática e reconstrução burocrática. Estes cenários podem ser apresentados enquanto 'tipos-ideais' que se estendem num contínuo que vai desde a tentativa de manutenção do modelo de organização pública tradicional até à tentativa de implementação de um novo modelo mais claramente inspirado nos ingredientes da NGP.

Palavras-chave: Reformas da saúde, Nova Gestão Pública, Hospitais, Burocracia





1. Introdução

O presente estudo procura desenvolver um quadro de análise que permita identificar as tendências actuais de mudança organizacional nos hospitais públicos. O lugar central que estes ocupam nos sistemas de saúde transforma-os no alvo privilegiado das reformas. A este hospitalocentrismo corresponde, de igual forma, uma hegemonia do sistema cultural hospitalar, que determina grande parte da cultura dos profissionais ao nível nacional (Carapinheiro, 1998). Por outro lado, as instituições hospitalares absorvem uma proporção considerável das despesas da saúde e, concomitantemente, surgem, também, como um objecto privilegiado de mudanças com o propósito formal de melhorar a eficiência, a qualidade e a economia (Harding & Preker, 2003; Saltman & Figueras, 1997).

O quadro de análise que propomos parte das iniciativas de reforma implementadas no contexto do *managerialismo*/Nova Gestão Pública (NGP), estruturando-se em torno dos resultados de um estudo qualitativo, desenvolvido com base em 83 entrevistas, semi-estruturadas, realizadas com profissionais de enfermagem vinculados a 10 hospitais.

Apesar da extensa literatura desenvolvida sobre este tema, existe alguma escassez de estudos empíricos que permitam perceber quais são as tendências de mudança nas estruturas organizacionais e nos quadros cognitivos das instituições. Assim sendo, este estudo procura contribuir para encontrar elementos de resposta para as seguintes questões: Como é que as burocracias profissionais hospitalares recepcionam as exigências de mudança impostas do exterior? Qual o tipo de resposta adaptativa que desenvolvem face a estas mesmas exigências?

No caminho de reflexão iniciado com estas questões procuramos analisar, inicialmente, os contextos das reformas da saúde, desenvolvidas no quadro da NGP, nas quais se inscrevem as mudanças nas instituições hospitalares. Centramo-nos, num segundo momento, de forma mais específica, nos elementos que balizam a construção teórica da burocracia profissional, questionando, igualmente, as tentativas de a superar. Debruçamo-nos, num terceiro momento, sobre a metodologia eleita para a recolha dos dados, para em seguida, discutirmos os resultados e concluirmos com uma proposta de conceptualização das mudanças nas burocracias hospitalares.

2. Burocracia Profissional: ‘Diagnóstico’ e ‘Terapêutica’

Na Europa, a consolidação da ordem democrática, sustentada nos princípios do bem-estar social, foi edificada através da associação entre a burocracia e o conhecimento profissional especializado. Max Weber (1999) foi o primeiro autor a estabelecer esta ligação simbiótica, fazendo depender a expansão da burocracia, enquanto projecto de racionalização das sociedades capitalistas, do seu apoio em conhecimento e profissionais altamente especializados (Reed, 1999). Posteriormente, na tentativa de fornecer uma matriz organizacional à gestão, Mintzberg (1996) formalizou esta ligação ilustrando-a com os exemplos dos hospitais e das instituições de ensino superior. Para este autor, estas organizações podem ser representadas como um tipo especial de configuração estrutural traduzida na noção de burocracia profissional. Apesar do carácter funcionalista e estático desta configuração ela tem o mérito de evidenciar a grande importância do ‘centro operacional’, controlado pelos profissionais, na estruturação das organizações. A padronização das qualificações configura a forma dominante de controlo dos profissionais que, expressando-se através da autonomia, se sobrepõe às componentes administrativas (tecnoestrutura e apoio logístico) e desvaloriza as posições de gestão intermédia.

A noção de burocracia profissional constitui, assim, um ponto de partida interessante para explorar o impacto organizacional das políticas públicas de reforma das instituições hospitalares. O discurso sobre a imperiosa e inevitável necessidade de mudança nas concepções do Estado de bem-estar social encontra as suas raízes não só nas profundas transformações dos contextos globais e locais (a economia global, a reestruturação produtiva, o desenvolvimento tecnológico e as transformações da sociedade) mas, sobretudo



nas limitações estruturais da burocracia profissional. Esta é narrada como um conjunto de limitações intransponíveis, entre as quais são particularmente enfatizadas: a incapacidade de assegurar a isenção face a interesses particulares, o movimento tendencial para definir prioridades em função de interesses próprios, as limitações na produção dos resultados esperados, a excessiva hierarquização e a aversão à avaliação e controlo externo (Clarke e Newman, 1997).

A elaboração de semelhante diagnóstico é acompanhada da prescrição 'terapêutica' que insiste na rapidez dos resultados esperados: uma organização flexível, orientada para resultados, focada no interesse dos clientes e transparente porque aberta ao controlo social. A administração desta 'terapêutica' está claramente embebida nos princípios estruturantes da NGP.

A NGP traduz uma tendência de reformas encetadas no sector público dos países desenvolvidos, com base na hegemonia dos três E's: Economia, Eficiência e Eficácia. Sustentada numa ideologia manageralista, de carácter *hard* e tecnocrático, desenvolve-se no sector da saúde com base nos seguintes elementos estruturantes:

- Substituição de modelos integrados de provisão de serviços de saúde por modelos que separam os financiadores públicos, ou quase-públicos, dos prestadores, passando, em consequência, a contratualização a desempenhar um papel fundamental no sistema de saúde. Esta separação tem como objectivo aumentar a competição e promover mecanismos de mercado ou quase-mercado (Chinitz et al., 1998).
- Mudanças na concepção dominante do papel do Estado na saúde, que passa a ser interpretado como predominantemente baseada nos princípios da auto-regulação das instituições de prestadores e de financiadores.
- Concessão de maior responsabilidade e autonomia organizacional às instituições públicas de saúde, proporcionando aos seus gestores maior liberdade para gerir, mas acompanhada de um controlo apertado dos resultados.
- Procura de alternativas de financiamento, tanto do lado da procura, como da oferta. No primeiro caso, situam-se as medidas que procuram aumentar a proporção de custos imputados aos utilizadores e o incentivo à procura de serviços privados. No segundo, desenvolvem-se iniciativas no sentido de promover uma maior participação da economia privada.

Simultaneamente, a intrusão da ideologia manageralista/NGP no sector da saúde induz mudanças na representação social do conceito de saúde, que deixa de ser socialmente identificada como um bem colectivo para se institucionalizar, crescentemente, como um bem comercializável e transaccionável. Esta transição é acompanhada pela própria substituição do 'ethos' de serviço público pelos valores e normas da gestão privada, correspondendo, concomitantemente, a tentativas de institucionalização do consumidor/cliente, como 'rei' e protagonista das novas políticas de saúde.

Contudo, estas propostas de mudança, ao nível do sistema, só são viáveis quando acompanhadas de alterações profundas, ao nível institucional, capazes de transformar as concepções, valores e atitudes dominantes nos profissionais. Neste sentido, alguns autores consideram que reformar a burocracia profissional e, em última instância, as referências tradicionais dos seus profissionais, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento com sucesso destas reformas (Clarke & Newman, 1997; Kirkpatrick & Ackroyd, 2003; Kirkpatrick et al., 2005).

2.1 Instituições Hospitalares: 'Radiografia' da Mudança

As alterações que se procuram promover nas instituições hospitalares não se confinam à esfera jurídica, estendendo-se, igualmente, às estruturas, modelo administrativo, sistemas de informação, tecnologias, normas e valores dominantes assentes em diferentes 'doses de receitas' da gestão privada. A proporção



distinta da aplicação destas 'doses' resulta, segundo Harding e Preker (2003), na emergência de três modelos de reforma hospitalar:

- 1) A autonomização, que amplia os níveis de liberdade dos gestores na tomada de decisão, embora confinada aos limites e regras da administração pública.
- 2) A empresarialização, que consente a aplicação de todas as regras de gestão empresarial na organização flexível das unidades hospitalares.
- 3) A privatização, que transforma os hospitais públicos em empresas privadas, com total abertura e exposição ao mercado e completa liberdade na definição das regras da competitividade.

Todos estes modelos comportam uma redução do controlo directo do Estado sobre os hospitais, assim como a sua exposição aos incentivos de mercado ou quase-mercado. A principal diferença entre eles é que os dois primeiros implicam a manutenção do estatuto de hospital público, enquanto o último traduz o seu total afastamento desse estatuto. Ou seja, as reformas ao nível da organização hospitalar deslocam estas instituições do centro do sector público, cuja ênfase é colocada no controlo e na monitorização dos *inputs*, para um ambiente misto, característico da autonomização e empresarialização, em que o controlo é menor, menos directo e os resultados sobrevalorizados. No extremo, situa-se o modelo privado, onde não existe controlo directo do governo, apesar deste continuar a influenciar a gestão, em particular através da regulação e dos contratos de prestação de serviços.

O conjunto de elementos estruturantes das reformas aponta para uma reconfiguração da estrutura da burocracia profissional hospitalar, promovendo um afastamento dos profissionais do controlo da organização e instaurando, em sua substituição, a sua dependência do controlo de gestão. Por outro lado, as propostas de alteração atingem igualmente a organização do trabalho. A este nível parece emergir uma relação paradoxal entre o modelo '*fordista*' de organização do trabalho e o modelo '*pós-fordista*'. De facto, algumas das tecnologias da NGP são coincidentes com as práticas '*fordistas*' – aumento da rotina, do controlo da gestão sobre o processo de trabalho e da diminuição do nível de competências exigidas (Daykin & Clark, 2000; Walby, et al., 1994); – enquanto outras podem ser mais identificadas com o '*pós-fordismo*' – a flexibilidade, polivalência e mobilidade (Walby et al., 1994).

As tecnologias '*pós-fordistas*' enquadram-se numa tendência mais vasta de mudança paradigmática ao nível dos recursos humanos na administração pública. Esta mudança tem sido incentivada no sentido de aproximar este modelo do que é mais característico da gestão privada: a gestão racional – baseada em critérios como a avaliação do desempenho, a qualidade dos resultados, a valorização do consumidor e o 'valor do dinheiro'; a flexibilidade e a diferenciação – instituídas através da consolidação dos contratos temporários e de mecanismos de promoção ligada ao desempenho; a negociação individual – traduzida na ausência de participação dos trabalhadores e na desvalorização dos sindicatos; o seguimento das boas práticas do privado – o modelo da administração pública já não é aceite como padrão e deixa de se assumir como modelo de empregador (Farnham & Horton, 1996).

As medidas encetadas com o objectivo de promover reformas estruturais e de organização do trabalho, têm por objectivo, em última análise, incentivar mudanças culturais, consubstanciadas em alterações ao nível do próprio comportamento dos profissionais. Neste contexto, as exigências e necessidades individuais dos pacientes, interpretadas com base nos pressupostos do mercado, poderão constituir-se como um dos elementos mais fortes de controlo sobre os profissionais. O recurso ao argumento sobre a necessidade de orientar os serviços para os pacientes, e para a satisfação das suas necessidades, pode ser utilizado, de forma instrumental, para permitir a consolidação da lógica da racionalidade económica e da quantificação na condução das instituições de saúde (Bolton, 2002; du Gay & Salaman, 1996; Reed, 2002).

Em Portugal as iniciativas desenvolvidas neste âmbito centram-se na criação de instituições autónomas e empresarializadas, bem como nas alterações ao nível dos recursos humanos, da organização do trabalho e na institucionalização das ideias de cliente ou consumidor. O primeiro exemplo de tentativa de mudar as regras burocráticas da organização hospitalar data de 1993 com a criação de um modelo de gestão privada



num hospital público (Hospital Fernando Fonseca). Outras iniciativas se seguiram até que, com o advento da Lei 27/2002 da Gestão Hospitalar, se cria a figura das sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos que promove a substituição de 31 organizações orçamentadas (Harding & Preker, 2003) por organizações empresarializadas. Estas passam a ser dominantes no país a partir de Dezembro de 2005, altura em que grande parte dos hospitais portugueses é juridicamente edificada como Entidade Pública Empresarial (EPE). As perguntas que continuam sem resposta, e para as quais este trabalho procura dar a sua contribuição, são se estas alterações foram suficientes para mudar a burocracia profissional e em que grau de profundidade.

3. As Opções Metodológicas

No sentido de encontrar elementos de resposta para as questões de investigação enunciadas, o nosso estudo apoia-se num conjunto de dados empíricos fornecidos por 83 entrevistas realizadas com enfermeiros com funções de gestão. Os participantes que integram a amostra do estudo foram seleccionados em dez hospitais, com características similares, sub-divididos em dois grupos contrastados: cinco hospitais públicos tradicionais, e cinco hospitais empresarializados. A necessidade de manter o anonimato dos actores e das instituições conduziu a que estas fossem identificadas por letras do alfabeto: hospitais empresarializados - A, B, C, D e E; hospitais autónomos - F, G, H, I e J.

A eleição de enfermeiros com funções de gestão para constituir a amostra prende-se, por um lado, com o facto desta análise se inserir num estudo mais vasto que procurava identificar os efeitos da NGP sobre a profissionalização deste grupo, e, por outro, com o lugar chave que estes actores ocupam no contexto organizacional. Na realidade, os enfermeiros constituem o grupo profissional que permanece mais tempo nas instituições hospitalares e mais próximo se encontra dos pacientes, assumindo um espaço de intervenção da organização que ultrapassa o que está consignado na Lei.

A informação obtida com as entrevistas foi objecto de uma análise de conteúdo, da qual emergiram quatro categorias construídas a partir da articulação do quadro teórico do estudo com os dados empíricos fornecidos pelo discurso dos actores (Figura nº1).



Figura nº1 – Categorias de análise das mudanças nas instituições hospitalares

A categoria 'estruturas e processos' refere-se às percepções manifestadas sobre as alterações nos níveis, normas, relações e nos procedimentos organizacionais. A categoria 'retórica' analisa o discurso dos actores incidindo sobre as questões de legitimação das mudanças propostas no âmbito da NGP. A 'organização do trabalho' cobre os significados correspondentes às formas de coordenação das estruturas e processos relacionados com a prestação de cuidados. Finalmente, a categoria 'políticas de recursos humanos' reagrupa todos os segmentos do discurso dos actores estruturados em torno da definição estratégica da relação entre os profissionais e as instituições. As operações de análise de conteúdo permitiram desenvolver um conjunto de conceptualizações que passamos a explorar a seguir.



4. A Emergência de uma Nova Tipologia?

Sabemos, hoje, que a mudança é um processo complexo e interactivo que ocorre em multiníveis, sendo os seus resultados moldados por interesses e compromissos ao nível dos actores e dos grupos no contexto organizacional. Assim sendo, verifica-se, como era expectável, que a forma como as instituições hospitalares recebem as mudanças impostas pelo exterior é diversificada e multifacetada. Dito de outra forma, perante o mesmo ambiente institucional, os hospitais organizam soluções diferenciadas traduzidas em reconfigurações que, em diferentes graus, traduzem modelos híbridos de organização.

4.1 Estruturas e Processos

A reflexão teórica desenvolvida anteriormente permite-nos salientar que o propósito das políticas de reforma da saúde de alterar a burocracia profissional se consubstancia na reconfiguração das estruturas organizacionais e das relações de poder, em particular através das propostas para aumentar o peso e a importância dos sistemas de gestão e dos gestores no processo de tomada de decisão.

Nas entrevistas, os actores referem-se, abundantemente, a este tipo de alterações que assumem configurações diversas. Desde logo, verifica-se um aumento do peso da tecnoestrutura, o que se traduz numa maior representação de áreas específicas de gestão na estrutura organizacional. Observa-se, igualmente, o surgimento de tendências para a implementação de algumas mudanças estruturais, que se materializam na agregação de diversos serviços em departamentos, o que, aliás, parece emergir como um fenómeno similar nos processos de reestruturação dos hospitais (junção de serviços com afinidades).

Mas a forma como estas alterações estruturais se concretizam é diferenciada, tal como pode ser constatado na tabela que se apresenta a seguir. É possível constatar, com base no discurso dos actores, que existem hospitais que praticamente não sofreram alterações na sua estrutura organizacional, enquanto outros desenvolveram processos mais visíveis de diferenciação horizontal e vertical. No primeiro caso, sublinha-se a existência de mudanças de fraca amplitude que se consubstanciam apenas no agrupamento de unidades diferenciadas e no aumento da tecnoestrutura e do apoio logístico. No segundo caso, as mudanças configuracionais emergem com maior amplitude, em particular através da criação de estruturas intermédias de gestão, correspondendo a um processo de departamentalização. O objectivo parece ser o de estabelecer uma integração simbiótica entre as estruturas organizacionais e os sistemas de gestão na tentativa de autonomizar e flexibilizar as unidades internas.

Hospitais Alterações		Empresarializados					Autónomos				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Ausência de alterações nas estruturas						X	X	X	X	
Diferenciação Horizontal	Agrupamento de unidades diferenciadas	X	X		X						
	Aumento da tecnoestrutura e apoio logístico			X							X
Diferenciação Vertical	Tentativa de criar níveis intermédios de gestão					X					
	Criação de níveis intermédios de gestão	X									

Quadro nº 2 - Alterações nas estruturas organizacionais dos hospitais

Os casos em que se verifica a introdução de um nível intermédio na estrutura organizacional (caracterizado por possuir uma forte componente de gestão) correspondem, quase sempre, a um afastamento, mais claro,



da configuração estrutural da burocracia profissional. Constata-se, nestes casos, uma tendência para o alongamento vertical das estruturas, que passam a estar dotadas de uma nova rede escalar e piramidal de autoridade. A cadeia de controlo torna-se mais extensa porque aumentam os níveis hierárquicos e os profissionais perdem poder, em detrimento das estruturas de governação e gestão de topo.

Em síntese, a análise da categoria, resumida no quadro 2, revela-nos, em geral, que é possível detectar mudanças nas estruturas organizacionais dos hospitais, com relevância particular nos empresarializados, que configuram um afastamento da estrutura característica da burocracia profissional e uma crescente proximidade a modelos de organização mais próximos da gestão privada. Importa reflectir sobre as restantes categorias de análise para perceber o nível e dimensão das mudanças verificadas a neste contexto.

4.2 Retórica

Como salienta Reed (2002), a NGP, ao basear-se na ideologia do *managerialismo*, procura promover não só uma reengenharia dos processos (através da alteração dos modos de trabalho), mas, também, uma reengenharia cultural, que se expressa na existência de uma nova matriz de símbolos e valores e de um novo léxico de terminologias, através dos quais se espera que os novos procedimentos administrativos e institucionais, e as novas práticas organizacionais, venham a ser aceites como norma. O autor considera, assim, que o *managerialismo*, para além de um programa de reforma organizacional, e de uma tecnologia de controlo do trabalho, pode também ser considerado como uma meta-narrativa da mudança estratégica.

Um importante aspecto extraído da análise das entrevistas parece poder ser conectado com a 'intromissão', nas concepções dos profissionais, de noções ligadas à racionalidade económica, aos constrangimentos financeiros e à quantificação. De facto, é possível detectar, nas práticas discursivas, a diferentes níveis, algum domínio das narrativas sobre a racionalidade económica, que emergem como um valor organizacional de referência.

O domínio da linguagem de gestão traduz, igualmente, a hegemonia da medição e da quantificação. No novo contexto só possui legitimidade e visibilidade organizacional o que for passível de se transformar em linguagem numérica, apresentada como neutra e superior a qualquer outro tipo de avaliação ou aferição. A consequência imediata desta autoridade numérica, parece ser a desconstrução da unidade da organização burocrática: os serviços e actividades mais traduzíveis em indicadores numéricos são os mais valorizados por oposição aos restantes. A neutralidade da decisão 'técnica' da gestão é sobreposta à decisão 'apaixonada' dos profissionais.

Mas, os actores também assumem uma postura de defesa do serviço público, em que a legitimidade da lógica da quantificação é contestada pelas tensões que provoca em relação às questões éticas e de valores humanos – oposição entre a saúde e o lucro (o que, aliás, surge como um tema dominante ao longo das entrevistas).

Um dos principais indicadores da extensão da adopção da linguagem da gestão pelos profissionais relaciona-se, igualmente, com a forma como o utilizador dos serviços de saúde é percebido. É importante lembrar, como se viu na nossa discussão teórica, que a substituição que a NGP propõe da figura do utente pela do cliente/consumidor representa, igualmente, a possibilidade de o controlo sobre as práticas deixar de ser exercido primordialmente pelos pares e passar a sê-lo pelas exigências dos consumidores (du Gay & Salaman, 1996; Bolton, 2002).

Os actores entrevistados identificam o argumento sobre a necessidade de 'orientar os serviços para o cliente' como um importante móbil politicamente accionado pelos Conselhos de Administração (CA) para legitimar as mudanças. Alguns CA procuram sustentar as reformas na ideia de que o seu único propósito é melhorar a prestação dos serviços aos pacientes (H, F e E). Este tipo de discurso parece ter sido facilmente aceite pelos nossos entrevistados, conseguindo congregiar tanto os que defendem uma concepção de paciente como utente, mais próximos da noção de serviço público, como os que expressam uma posição



oposta, próxima de uma imagem do paciente enquanto consumidor. Outros CA assumiram claramente (A, B e I), as tentativas de implementação de medidas de coroação do paciente/consumidor com o objectivo de melhorar a imagem do hospital, aproximando-se da linguagem dominante do marketing na gestão. Finalmente, parece, ainda, ser possível identificar um terceiro grupo de CA, que adere plenamente ao conceito de consumidor para categorizar o paciente, visível na adopção das técnicas da gestão privada orientadas para aferir a satisfação do cliente (C, D, J e G). Em todos estes grupos, cuja classificação resultou da análise da percepção dos entrevistados sobre as políticas e estratégias dos CA, a 'orientação para o cliente' (qualquer que seja a fórmula adoptada) parece constituir-se enquanto importante instrumento de controlo de gestão, substituindo-se ao controlo profissional.

4.3 Organização do Trabalho

A adopção de formas organizacionais mais orientadas para a gestão implica, também, alterações ao nível da própria organização do trabalho. À medida que se afastam do regime Weberiano de controlo (Reed, 1999), as instituições de saúde passam a desenvolver formas de organização do trabalho *pós-fordistas*. Ou seja, aumenta o trabalho desenvolvido por profissionais altamente qualificados, em simultâneo com a concessão de uma forte autonomia na realização das tarefas, articulada com princípios de flexibilidade funcional, numérica e financeira (Atkinson, 1987).

A este nível, parece constatar-se uma diferença entre hospitais autónomos e empresarizados, que não segue exactamente o mesmo padrão das anteriores. A defesa nos hospitais autónomos, a um nível elevado ou moderado, da flexibilidade funcional deve-se, talvez, a duas ordens de razões: a existência de alguma 'tradição', deste tipo de práticas (em particular no que se refere aos cargos de chefia); a tentativa de resolver, com base nesta 'tradição' o paradoxo do aumento substancial da carga de trabalho e da diminuição do número de efectivos. No que respeita aos hospitais empresarizados, a 'desejabilidade' deste tipo de flexibilidade é também elevada ou moderada, exceptuando-se um caso de um hospital que já anteriormente havia sido sujeito a um processo de empresarização. Nesta situação, os factores que poderão explicar esta reduzida flexibilidade poderão estar relacionados com a tentativa de 'consolidar' as equipas de trabalho, dado o período de forte instabilidade a que se assistiu com a primeira mudança no estatuto jurídico.

O impacto do aumento da flexibilidade funcional, que é significado de forma diversificada pelos actores, está directamente ligado à introdução de novas formas de controlo do trabalho da enfermagem por parte dos gestores. Na realidade, tal como outros autores constataram em contextos diversos (em particular no Reino Unido) (Kirkpatrick et al., 2005; Walby et al., 1994), também no caso dos hospitais que analisamos os factores que ampliam a intensificação do trabalho de enfermagem parecem vincular-se às mudanças induzidas no contexto organizacional. A padronização de processos e práticas e a criação de indicadores quantitativos, inseridos nos sistemas de informação, têm contribuído, amplamente, para essa intensificação e para a legitimação das decisões de gestão.

São estas 'tecnologias', típicas da gestão hard, que tornam as actividades dos profissionais visíveis, e permitem comparar o desempenho actual com o desejado, possibilitando a extensão das técnicas e do controlo de gestão sobre os profissionais (Exworthy & Halford, 1999). Em geral, a autonomia dos profissionais diminui, desenvolvendo-se, assim, numa lógica diferente da que é característica das organizações 'pós-fordistas'.

4.4 Políticas de Recursos Humanos

A relevância concedida aos profissionais no processo de (re)configuração da estrutura burocrática determina a concessão de um papel preponderante às políticas e práticas de GRH nas instituições públicas, que, neste contexto, podem ser representadas como um importante instrumento na sua regulação pelo Estado. Três temas são particularmente relevantes a este nível: as políticas salariais, os vínculos contratuais e a racionalização de efectivos (Quadro 3).



A análise deste item indicia a existência de uma mudança paradigmática na GRH das instituições hospitalares. Tal mudança consubstancia-se, em particular, na substituição da padronização do emprego pela flexibilidade e diferenciação e da colectivização das relações pelas negociações individuais (empregos mais precários, inseguros e incertos).

Hospitais	Nível de mudanças	Empresarializados					Autónomos				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ELEVADO	Políticas salariais	X	X	X	X	X	X				
	Vínculos contratuais	X	X	X	X						X
	Racionalização efectivos	X	X			X				X	X
MODERADO	Políticas salariais								X	X	X
	Vínculos contratuais					X	X	X	X	X	
	Racionalização efectivos				X		X	X	X		
REDUZIDO	Políticas salariais							X			
	Vínculos contratuais										
	Racionalização efectivos			X							

Quadro nº 3 - Percepção do nível de mudanças nas políticas de recursos humanos segundo o tipo de hospital.

A análise do quadro anterior permite globalmente constatar que a percepção das mudanças ao nível das políticas de recursos humanos é bastante elevada nos hospitais empresarializados. No entanto, tal não significa que o discurso dos actores vinculados aos hospitais autónomos não indique, também, a presença de algumas mudanças neste campo, só que estas parecem emergir com um maior grau de moderação.

De qualquer forma, é nos hospitais empresarializados que a emergência de um modelo de GRH mais *hard* ganha visibilidade: tentativa de implementação de políticas salariais dependentes de objectivos de produtividade, desinstitucionalização de vínculos contratuais tradicionais, mobilidade extrema e diminuição do número de efectivos. Os profissionais de enfermagem são representados, crescentemente, como um custo, cujo impacto nos desempenhos organizacionais precisa de ser minimizado, submetidos, ainda, ao imperativo do aumento da produtividade, frequentemente perspectivado através da simples manipulação de variáveis de gestão ligadas ao controlo e intensificação do trabalho.

5. Um Esforço de Conceptualização das Mudanças

A análise dos dados empíricos, revelados em cada categoria, permite-nos concluir pela existência de três cenários distintos no processo de (re)configuração burocrática. Apenas num cenário se extrai o propósito claro da manutenção do modelo de administração pública, embora com reajustamentos que vão no sentido da introdução de factores de maior 'racionalização dos recursos'. Por esta razão, denominamos este cenário como sendo de 'adaptação burocrática'. No segundo, há claramente a tentativa de introduzir um maior domínio da gestão, característica que nos levou a designá-lo como um caso de reformulação burocrática. Finalmente, o último cenário apresenta-se como o que mais se aproxima da tentativa de edificar um novo modelo de organização, mais enfaticamente centrado na gestão, parecendo-nos, por isso, que a sua denominação como reconstrução burocrática daria conta da maior profundidade das alterações induzidas pelas reformas.



	ADAPTAÇÃO BUROCRÁTICA	REFORMULAÇÃO BUROCRÁTICA	RECONSTRUÇÃO BUROCRÁTICA
ESTRUTURAS E PROCESSOS	Relações de poder formalmente inalteradas.	Adaptação das estruturas à agilização da gestão das operações.	Reconfiguração das estruturas com alterações nas relações de poder.
RETÓRICA	Centrada em torno da lógica do serviço público.	Emergem referências mais frequentes à linguagem da gestão privada	Promoção de mudanças culturais <i>top-down</i> .
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Introdução de flexibilidade funcional e mobilidade. Padronização de processos e de práticas.	Flexibilidade funcional, numérica e mobilidade. Padronização de processos e de práticas.	Assente em mecanismos de mobilidade e flexibilidade funcional e numérica. Padronização de processos e de práticas.
POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Promoção da racionalização de efectivos.	Alterações ao nível dos vínculos contratuais e da racionalização de efectivos.	Fortes mudanças nas políticas salariais, vínculos contratuais e racionalização de efectivos.

Quadro nº 4 - Síntese da análise dos dados relativos à dimensão Reformas Organizacionais

No cenário de adaptação burocrática, o que parece estar em relevo é a manutenção do que é essencial no modelo tradicional de organização hospitalar (burocracia hospitalar) centrado na noção de serviço público. Porém, ocorrem tentativas para nele introduzir mecanismos de eficiência organizacional no âmbito da redução das despesas. A lógica burocrática continua a prevalecer, mas a ela são agregados elementos da lógica *managerialista* situados na esfera da GRH, em particular: a redução de efectivos, a flexibilização e mobilidade no trabalho e o uso das modalidades de contratualização individual, acompanhado da precarização dos vínculos à organização. Por outro lado, a este cenário continuam a estar associadas narrativas dominantes que realçam a importância dos valores tradicionais na saúde, fenómeno visível, por exemplo, na oposição estabelecida pelos actores entre as noções de qualidade (dos cuidados) e de eficiência (redução de custos).

No segundo cenário, de reformulação burocrática, mantém-se dominante a lógica de serviço público, mas expandem-se os objectivos de gestão – a redução de custos surge mais intimamente agregada ao aumento da produtividade. O objecto de intervenção é alargado: às políticas e práticas institucionais de GRH junta-se a gestão operacional, numa tentativa de agilizar as operações ligadas aos processos administrativos e prestação dos cuidados. Podemos considerar que, também neste cenário, a lógica da gestão continua submetida à lógica burocrática, mas esta apoia-se, agora, mais claramente, na primeira para implementar e legitimar um conjunto mais extenso de acções. Além da redução de efectivos, da flexibilização e da mobilidade no trabalho e da contratualização, surgem evidenciados, no discurso dos actores, aspectos como o controlo financeiro, a padronização de processos, o aumento das responsabilidades operacionais e tentativas de introdução da flexibilidade funcional. A principal diferença em relação ao grupo de hospitais incluídos no cenário anterior (adaptação burocrática) centra-se nas políticas de recursos humanos – vínculos contratuais e racionalização de efectivos (Quadro 4).

O terceiro cenário, de reconstrução burocrática, apresenta-se, em certa medida, como um cenário em transição para um novo possível paradigma de gestão, e que, por isso mesmo, inclui processos de mudança



mais profundos, em comparação com os cenários anteriores. Para além da intervenção nas áreas de gestão referenciadas anteriormente, observa-se, de acordo com o discurso dos actores, a emergência de outras alterações vinculadas, por um lado, à reconfiguração das estruturas e dos modos de regulação organizacionais – *downsizing* e descentralização interna – e, por outro, aos processos de prestação de serviços – defesa de objectivos económicos pelos CA, e controlo dos profissionais com base na sua maior responsabilização pela execução dos objectivos definidos pelo topo.

Nos hospitais incluídos neste cenário, mais do que uma adaptação, procura-se mudar radicalmente o seu funcionamento, introduzindo-se uma lógica distinta que se expressa nas tentativas de imposição da passagem de um modelo de administração pública para um modelo de gestão. Espera-se, assim, que as transformações estruturais introduzidas nos hospitais potenciem mudanças nos processos de prestação de serviços, ao mesmo tempo que se promove uma mudança cultural *top down*, no sentido da imposição de valores, normas e pressupostos mais próximos do ambiente de negócios.

Em suma, a análise dos resultados permite-nos afirmar que as reformas propostas para a gestão hospitalar estão a promover o afastamento destas instituições da burocracia profissional para as aproximar de um modelo mais próximo da gestão privada.

6. Referências Bibliográficas

- ACKROYD, Stephen (1995), "From public administration to public sector management". *International Journal of Public Sector Management*, vol.8, nº2, pp.19-32.
- ATKINSON, John (1987), "Flexibility or fragmentation? The United Kingdom labour market in the eighties". *Labour and Society*, Vol.12, nº1, pp.87-105.
- BOLTON, Sharon (2002), "Customer as king in the NHS". *The International Journal of Public Sector Management*, Vol.15, nº2, pp. 129-139.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (3ª ed.) Porto, Edições Afrontamento.
- CHINITZ, David, PREKER, Alexander, & WASEM, Jürgen (1998), «Balancing competition and solidarity in health care financing», em Richard Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 55-77.
- CLARKE, John & NEWMAN, Janet (1997), *The managerial state*, London, Sage.
- DAYKIN, Norma, & CLARK, Brenda (2000), "They'll still get the bodily care. Discourses of care and relationships between nurses and health care assistants in the NHS", *Sociology of Health & Illness*, Vol.22, nº3, pp. 349-363.
- DU GAY, Paul, & SALAMAN, Graeme (1996), "The conduct of management and management of conduct: Contemporary managerial discourse and the constitution of the 'competent' manager", *Journal of Management Studies*, Vol.33, nº3, pp. 263-283.
- EXWORTHY, Michael, & HALFORD, Susan (1999), «Professionals and managers in a changing public sector: Conflict, compromise and collaboration», em Michael Exworthy & S. Halford (eds.), *Professionals and the new managerialism in the public sector*, Philadelphia, Open University Press, pp. 1-17.
- FARNHAM, David, & HORTON, Sylvia (1996), *Managing people in the public services*, London, MacMillan.
- HARDING, April, & PREKER, Alexander (2003), «A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals», em Alexander Preker & A. Harding (eds.), *Innovations in health service delivery. The corporatization of public hospitals*, Washington, The World Bank, pp.23-78.



- KIRKPATRICK, Ian, & ACKROYD, Stephen (2003), "Archetype theory and the changing professional organization: A critique and alternative", *Organization*, Vol.10, nº4, pp.731-750.
- KIRKPATRICK, Ian, ACKROYD, Stephen, & WALKER, Richard (2005), *The new managerialism and public service professions*, London, Palgrave- MacMillan.
- MINTZBERG, Henry (1996), *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa, Circulo de Leitores.
- REED, Michael (1999), "From the 'cage' to the 'gaze'? The dynamics of organizational control in the late modernity", em Glenn Morgan & L. Engwall (eds.), *Regulation and organizations. international perspectives*, London, Routledge, pp.17-49.
- REED, Michael (2002), «New managerialism, professional power and organisational governance in UK universities: A review and assessment», em Alberto Amaral, G. Jones & B. Karseth (eds.), *Governing higher education: National perspectives on institutional governance*, Dordrecht, Kluwer University Publishers, pp. 163-185.
- SALTMAN, Richard, & FIGUERAS, Josep (1997), *European health care reform. Analysis of current strategies (72)*, Copenhagen, World Health Organisation (WHO).
- WALBY, Sylvie, GREENWELL, June, MACKAY, Lesley, & SOOTHILL, Keith (1994), *Medicine and nursing – Professions in a changing health service*, London, Sage Publications.
- WEBER, Max (1999), *Economia e Sociedade* (Vol. 2), Brasília, Editora Universidade de Brasília.