

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Sociologia

**CENTROS DE SAÚDE:
CULTURA ORGANIZACIONAL NA ENCRUZILHADA
DA CULTURA E DA IDENTIDADE PROFISSIONAL**

**ESTUDO DO CASO DE TRÊS CENTROS DE SAÚDE
DO DISTRITO DE BEJA**

Tese de Dissertação elaborada por

Carlos Alberto da Silva

ÉVORA

Outubro 1996

Título:- CENTROS DE SAÚDE: CULTURA ORGANIZACIONAL NA ENCRUZILHADA DA CULTURA E DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

Sub-título:- Estudo do caso de três Centros de Saúde do Distrito de Beja

**Tese de dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia
na variante de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável**

Orientada por

Prof. Doutor Eduardo Figueira

Elaborada por

Carlos Alberto da Silva



ÉVORA, Outubro 1996

811.1.44.001
C

**Este trabalho não inclui as observações
e críticas feitas pelo júri**

ABSTRACT

In the selective review of literature we found sociological and psychological studies about health organization with particular attention to the nurse-doctor relationship, communication patterns, leadership, process team member's responsibilities and roles, doctor's authority, profession ideology and job satisfaction. However, many of these studies only cover with emphasis the hospital environment and we found a lack of research about the workplace in the primary health care services.

The purpose of this research is to investigate the structure and the symbolic patterns within the organization of primary health care services and to analyse the impact of the professional identity and culture on the organizational culture of such health care organizations.

The research methodology implemented was based on a case study of three primary health care centers in Beja - Portugal. The theoretical framework for this study was developed with a multidimensional constellation of concepts, through the discussion of the theory of power in organization developed by Crozier and Friedberg (1977); the knowledge as power in health services by Carapinheiro (1993); the organizational culture by Vala et al. (1994), the professional identity by Dubar (1995) and so on. Based on this theoretical foundation and on the assumption that there are a special relationship between the organizational environment (power-control, work environment and organization values) and the professionals attitudes and self-presentations, it was hypothesized that the different professional cultures don't converge to the production of an homogeneous organizational culture within the primary health care centers.

Using a modified version of the organizational culture survey model developed by Vala et al. (1994) and based on the socioprofessional field concept to incorporate new variables to study the health service, the professional culture and identity and the organizational culture were discussed and analysed.

To reconstruct the professionals' point of view of the organizational and professional culture, four groups of professionals (physicians, nurses, secretaries and other personnel) were inquired concerning their roles, values, attitudes and self-presentations about the characteristics of the organization structure and the work environment.

A quantitative approach was utilized as the main strategy to support the study. However for a deeper understanding we also applied qualitative methodology. Participant observation, non-structured interviews and a self-administered questionnaire with four forms of scale (power-control, work environment, organization value and global service view) were the techniques of data collection. Quantitative data were gathered from a cluster sample of 85 professionals. Internal consistency of the instrument was determined by Cronbach's alpha coefficient, ranged from 0.86 to 0.92. Content validity was determined by a panel of experts. Convergent, discriminant and nomologic validity has been demonstrated through Pearson correlation product moment measure. Multivariate analysis (factor analysis, correspondence analysis and cluster analysis) was used to describe quantitative data and assess similarities and differences among groups. Content analysis was used to explain qualitative data.

The main findings were that roles and identity disputes are negotiated in routine work, and professional occupation and identity were found to have a significant influence on attitudes and self-presentations of the work sphere. Data analysis also found that socio-organizational, professional and ideology factors avoid or limit team performance. The results also show different patterns between nurses', physicians' and other primary health care professionals' perceptions of the work space (power-control, managers' authority, structure of team work, professional autonomy and work value). The findings also suggest 14 value factors that can be grouped in four organizational symbolic patterns. Each four groups of the symbolic patterns founded had higher degrees of relationship with one of the four professional groups (physicians, nurses, secretaries and other personnel). So the results support the presence of an heterogeneous organizational culture model within the primary health care centers, related to the intrinsic factors of each four professional groups.

RESUMO

Constata-se na bibliografia revisada que os estudos sociológicos e psicológicos sobre as organizações de saúde têm conferido particular atenção às relações enfermeiro-médico, aos padrões de comunicação, à liderança, às normas e às responsabilidades no trabalho em equipa, à autoridade do médico, à ideologia das profissões e à satisfação no trabalho. Contudo, a maioria destes estudos analisa com particular ênfase o ambiente hospitalar, não sendo fecundos os estudos sobre as relações de trabalho, a cultura profissional e organizacional nas instituições dos cuidados de saúde primários.

O objectivo da presente pesquisa reside no estudo dos padrões estruturais e simbólicos nas organizações de cuidados de saúde primários e na análise do impacto da identidade e da cultura profissional na cultura organizacional dos centros de saúde.

A metodologia da pesquisa foi baseada num estudo de caso de três centros de saúde do Distrito de Beja. O quadro teórico foi delineado através de uma constelação multidimensional de conceptualizações, entre os quais as da teoria do poder de Crozier e Friedberg (1977); o saber-poder na saúde de Carapinheiro (1993); a cultura organizacional de Vala et al. (1994) e a identidade profissional de Dubar (1995). Baseado nestas referências teóricas e na assumpção da existência de uma relação entre o ambiente organizacional (controlo do poder, ambiente de trabalho e valores organizacionais) e as atitudes e representações dos profissionais, colocou-se como hipótese de que as diferentes culturas profissionais não convergem para a produção de uma cultura organizacional homogénea nos centros de saúde.

Recorrendo a um modelo de análise baseado na noção do campo socioprofissional que resultou de uma adaptação do modelo de pesquisa de cultura organizacional de Vala et al. (1994), incorporando nele, novas variáveis para o estudo dos serviços de saúde, foram discutidos e analisados a cultura e a identidade profissional e a cultura organizacional. Para a reconstrução da cultura organizacional e da cultura profissional, a partir do ponto de vista dos profissionais, foram estudados as normas, as atitudes, as representações e os valores partilhados de quatro grupos de profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e outro pessoal) em relação à estrutura organizacional e ao ambiente de trabalho.

A estratégia de estudo circunscreveu-se predominantemente ao nível da abordagem quantitativa. Contudo para alcançar um melhor aprofundamento da problemática, adoptou-se igualmente a metodologia qualitativa. Assim, como técnicas de recolha de dados recorreu-se à observação participante, às entrevistas não estruturadas e à aplicação de um questionário de administração directa, que contém quatro escalas de medida (controlo - poder, ambiente de trabalho, valores organizacionais e perspectiva global do serviço). Os dados foram recolhidos de uma amostra de 85 profissionais dos três centros de saúde em causa. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente de Cronbach's alpha, cujo valor situou-se num intervalo entre 0.86 to 0.92. A validade de conteúdo foi assegurada por um painel de especialistas. A validade convergente, discriminante e nomológica foram demonstradas através do cálculo do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. Foi utilizada a análise multivariada (análise factorial, de correspondência e de *cluster*) para a exploração das similaridades e das diferenças entre os grupos. Recorreu-se ainda à análise de conteúdo para a clarificação dos dados qualitativos.

Os principais resultados sugerem, por um lado, que na rotina do trabalho do centro de saúde há um conflito e uma negociação das normas e da identidade entre os profissionais, e por outro lado, que a categoria profissional e a identidade profissional exercem uma influência significativa nas atitudes e nas representações sobre a esfera do trabalho. Igualmente da análise dos dados se retira a noção de que os factores sócio-organizacionais e profissionais e a ideologia constroem o trabalho em equipa. Demonstrou-se nesta pesquisa a presença de diferentes padrões de percepção da esfera do trabalho (controlo-poder, autoridade dos gestores, estrutura do trabalho em equipa, autonomia profissional, valores do trabalho, etc.) entre os enfermeiros, os médicos e os outros profissionais dos cuidados de saúde primários. Os resultados sugerem a presença de 14 factores de valorações, agrupáveis em quatro padrões simbólicos organizacionais. Cada um destes quatro grupos de padrões emergiram com elevados graus de relação com cada um dos quatro grupos de profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e outro pessoal). Em face dos resultados alcançados conclui-se que existe um modelo de cultura organizacional heterogéneo nos centros de saúde relacionado com os factores intrínsecos de cada grupo profissional.

AGRADECIMENTOS

A construção de qualquer trabalho de investigação não se realiza de modo isolado, nem é fruto de qualquer geração espontânea. O presente trabalho não escapou da necessidade de contribuições diversificadas, razão pelo qual devo expressar aqui os meus agradecimentos aos apoios e colaborações que recebi.

Em primeiro lugar, dirijo o meu agradecimento muito especial ao meu orientador Professor Doutor Eduardo do Carmo Figueira, Digníssimo Vice-Reitor da Universidade de Évora, pelos ensinamentos e conselhos que me transmitiu para ultrapassar os inevitáveis constrangimentos e dúvidas surgidas ao longo da pesquisa.

Ao Professor Doutor Francisco Martins Ramos, Director do Mestrado em Sociologia da Universidade de Évora, pelas frutuosas *pistas* e sugestões para a consolidação das questões teórico-metodológicas.

Ao Professor Doutor António Brandão Moniz da Universidade Nova de Lisboa, pelos ensinamentos que me transmitiu para a análise das organizações.

Merece igualmente um lugar de destaque aqui o meu apreço e profundo agradecimento à minha amiga e colega de curso, Dr.^a Alda Vitória Baltazar, docente da Universidade Moderna de Beja, pelo apoio incondicional e sincero dispensado ao longo da trajectória da investigação, colocando à minha disposição todos os seus conhecimentos de planeamento e estratégia em investigação social, bem como os seus saberes linguísticos, semânticos e gramaticais para a revisão ortográfica deste trabalho.

Ao Dr. António Matos, médico de Clínica-Geral/ Medicina Familiar do Centro de Saúde de Mértola, fica aqui registado o meu agradecimento pelos diversos contributos para o esclarecimento das noções sobre a prática e os conceitos dos cuidados de saúde primários, bem como pelas inúmeras horas de debate e análise crítica sobre a problemática do trabalho em equipa na saúde.

Dirijo ao Enfermeiro António Tomé, responsável do Gabinete de Enfermagem da Sub-Região de Saúde de Beja, ao Enfermeiro António Carlos Carvalho, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Beja e ao Enfermeiro José Álvaro Pereira do Hospital Distrital de Beja, o meu agradecimento pelos esclarecimentos sobre os modelos da praxiologia em enfermagem.

ÍNDICE

<i>Abstract</i>	4
Resumo	6
Agradecimentos	8
Relação de Quadros	11
Relação de Esquemas e de Gráficos	12
INTRODUÇÃO	14
1. DO PROBLEMA À HIPÓTESE DE ESTUDO	23
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	26
2.2. PRINCÍPIOS DO TRABALHO EM EQUIPA	31
2.3. LÓGICA DA VISÃO PLURAL DA CULTURA	37
2.4. IDENTIDADE PROFISSIONAL	50
2.5. ACÇÃO ESTRATÉGICA NA RECOMPOSIÇÃO IDENTITÁRIA	57
2.6. CAMPO SOCIOPROFISSIONAL	70
3. METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO	77
3.1. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	77
3.2. CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE	80
3.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA	86
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	93
3.5. PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS	103
4. CENTROS DE SAÚDE	108
4.1 PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AO <i>LOCUS</i> ORGANIZACIONAL	108
4.1.1. UMA PERSPECTIVA GLOBAL SOBRE O CENTRO DE SAÚDE	112
4.1.2. CENÁRIOS DO QUOTIDIANO NUM CENTRO DE SAÚDE	116
4.2. CAMPO SOCIOPROFISSIONAL	121
4.2.1. CONTROLO ORGANIZACIONAL	121
4.2.2. AMBIENTE DO TRABALHO	126
4.2.3. VALORES ORGANIZACIONAIS	132
4.2.4. PERFIL DO CAMPO SOCIOPROFISSIONAL	136
4.3. CONFIGURAÇÕES CULTURAIS	140
4.3.1. CULTURA ORGANIZACIONAL	142
4.3.2. CULTURAS PROFISSIONAIS	154
4.3.2.1. MÉDICOS	157
4.3.2.2. ENFERMEIROS	161
4.3.2.3. ADMINISTRATIVOS	169
4.3.2.4. OUTROS PROFISSIONAIS	175
4.3.3. MODELOS CULTURAIS: UMA SÍNTESE	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
BIBLIOGRAFIA	192
ANEXOS	206

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1.- Valores organizacionais e profissionais, segundo Vala et. al.	45
Quadro 2.- Subculturas de uma organização de saúde, segundo Kinnunen	47
Quadro 3.- Caracterização da população, segundo a profissão e o sexo	88
Quadro 4.- Aglomeração dos centros de saúde	89
Quadro 5.- Caracterização dos inquiridos	90
Quadro 6.- Caract. da população e da amostra, segundo as antiguidades e a idade	91
Quadro 7.- P01: Escala do controlo organizacional	95
Quadro 8.- P03: Escala do ambiente de trabalho	96
Quadro 9.- P04: Escala dos valores organizacionais	97
Quadro 10.- P02: Escala da visão global da funcionalidade da organização	97
Quadro 11.- P05 e P06: Interesses dos profissionais	97
Quadro 12.- Valores do coeficiente de <i>alfa Cronbach</i> das dimensões de análise	99
Quadro 13.- Matriz de avaliação da validade da escala do controlo organizacional	101
Quadro 14.- Matriz de avaliação da validade da escala da visão global da organização	102
Quadro 15.- Matriz de avaliação da validade da escala do ambiente organizacional	102
Quadro 16.- Matriz de avaliação da validade da escala dos valores organizacionais	102
Quadro 17.- Pergunta P2: «O que pensa sobre o centro de saúde onde trabalha?»	113
Quadro 18.- Comparação perspectiva global do centro de saúde entre os grupos profissionais	114
Quadro 19.- Pergunta P5: «Prioridades para o Centro de Saúde»	116
Quadro 20.- Pergunta P1: «Na sua opinião, qual é o grau de influência dos seguintes grupos e pessoas no trabalho que se efectua no seu centro de saúde?»	122
Quadro 21.- Comparação das opiniões sobre o controlo organizacional entre os grupos	122
Quadro 22.- Comunalidades das variáveis da percepção do controlo organizacional	123
Quadro 23.- Pesos factoriais da percepção do controlo organizacional	124
Quadro 24.- Pergunta P3: «Na sua opinião, até que ponto acha que as seguintes situações podem influenciar o desempenho das suas funções no seu trabalho?»	127
Quadro 25.- Comparação das opiniões sobre ambiente de trabalho entre os grupos	128
Quadro 26.- Comunalidades das variáveis da percepção do ambiente de trabalho	129
Quadro 27.- Pesos factoriais da percepção e explicação do trabalho nos centros	130
Quadro 28.- Pergunta P4: «Na sua opinião, qual é o grau de importância que tem para o Centro de Saúde cada uma das seguintes valorações?»	133
Quadro 29.- Comparação das opiniões sobre ambiente de trabalho entre os grupos	133
Quadro 30.- Comunalidades das variáveis da percepção dos valores organizacionais	134
Quadro 31.- Pesos factoriais da percepção dos valores organizacionais	135
Quadro 32.- Médias dos indicadores sintéticos do campo socioprofissional	138
Quadro 33.- Grau de importância dos factores de correspondência	142
Quadro 34.- Contribuições acumuladas dos factores 1 a 5	143
Quadro 35.- Discriminação das variáveis e modalidades no factor 1	144
Quadro 36.- Discriminação das variáveis e modalidades no factor 2	147
Quadro 37.- Discriminação das variáveis segundo os quadrantes dos planos 1 e 2	149
Quadro 38.- Decomposição da inércia dos grupos	156
Quadro 39.- As características do grupo dos médicos da classe 4/5	157
Quadro 40.- As características do grupo dos enfermeiros da classe 5/5	161
Quadro 41.- As características do grupo dos administrativos da classe 1/5	170
Quadro 42.- As características do grupo dos administrativos da classe 2/5	171
Quadro 43.- As características do grupo dos outros profissionais da classe 3/5	175
Quadro 44.- Síntese da relação entre os grupos e as culturas profissionais e organizacionais	179

RELAÇÃO DE ESQUEMAS E DE GRÁFICOS**ESQUEMAS**

Esquema 1.- Modelo de análise	86
Esquema 2.- Organigrama dos centros de saúde	110
Esquema 3.- Componentes estruturais e simbólicos	139

GRÁFICOS

Gráfico 1.- Distâncias entre os centros de saúde que se combinam	89
Gráfico 2.- Representação inter-quartil da idade da população-alvo	91
Gráfico 3.- Planos factoriais 1 e 2 da percepção do controlo organizacional	125
Gráfico 4.- Planos factoriais 1 e 2 da percepção do ambiente de trabalho	131
Gráfico 5.- Planos factoriais 1 e 2 da percepção do valores organizacionais	137
Gráfico 6.- Projecção das variáveis e das modalidades significativas nos eixos 1 e 2	146
Gráfico 7.- Configurações plurais da cultura organizacional	150
Gráfico 8.- Projecção das modalidades nos planos 1 e 2	152
Gráfico 9.- Projecção dos <i>clusters</i> nos quadrantes das modalidades dos planos 1 e 2	168

fazer ciência — nota justamente Pierre Bourdieu — não implica somente interrogarmo-nos a respeito da eficácia e do rigor formal das teorias e dos métodos disponíveis: obriga a que interroguemos os métodos e as teorias efectivamente utilizadas, a fim de determinar o que eles fazem aos objectos e os objectos que eles fazem

Sedas Nunes

nada há de menos inocente do que a questão, que divide o mundo douto de saber se se devem incluir no sistema dos critérios pertinentes não só as propriedades ditas «objectivas» (como a ascendência, o território, a língua, a religião, a actividade económica, etc.), mas também as propriedades ditas «subjectivas» (como sentimento de pertença, etc.), quer dizer, as representações que os agentes sociais têm das divisões da realidade e que contribuem para a realidade das divisões

Pierre Bourdieu

INTRODUÇÃO

A escolha de um tema e a pertinência analítica dum objecto de estudo não são frutos de qualquer acaso. Está sempre implícito uma opção subjectiva do investigador. A escolha do tema da presente investigação, subordinado ao título «*Centros de Saúde: a cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo do caso de três centros do Distrito de Beja*», não foge à regra.

O interesse pelas questões sócio-culturais nas organizações não é, para o autor, de data recente. Foi tomando forma ao longo de vinte anos de permanência como técnico de saúde em vários centros de saúde do Distrito de Beja (Sub-Região de Saúde de Beja). Esta presença privilegiada permitiu registar, não só um conjunto de informações sobre as formas estruturais dominantes no trabalho nestas organizações, mas também conduziu à percepção da especificidade das redes de sociabilidade intra-organizacional, à constatação de clivagens de posicionamentos diferentes e diferenciados nas relações individuais e colectivas, entre os grupos profissionais.

Porém, a génese da presente pesquisa não emergiu, somente, de um contexto motivacional sobre a temática das profissões na saúde, nem do conhecimento obtido sobre os centros de saúde, mas derivou também, de um conjunto de vectores, cuja pertinência é importante destacar para justificar a opção do tema.

Em primeiro lugar, assiste-se no seio da literatura científica, desde a psicologia à sociologia das organizações, passando ainda pela antropologia e a gestão, a um crescimento caleidoscópico de temas sobre concepções e renovações de práticas na organização do trabalho, incidindo estes, com particular destaque, sobre o factor humano, a mudança organizacional e a cultura. A diversidade de áreas temáticas imprimiu uma pulverização de tendências de investigação. Porém, no âmbito da revisão bibliográfica efectuada, não se conhecem estudos sobre os modelos identitários e as configurações culturais dos profissionais dos centros de saúde portugueses, apesar de serem fecundas as investigações sobre as relações profissionais entre os médicos e os enfermeiros e sobre a recomposição dos seus saberes e poderes nas instituições hospitalares. É de referir, que se constata no âmbito da bibliografia revisada que as profissões na saúde em Portugal, tais como as médicas e de enfermagem, comportam uma estruturação identitária particular, diferente e diferenciada nas organizações hospitalares, que não está dissociada das formas de

recomposição dos saberes, ideologias e identidades profissionais, nem dos contextos estruturais que modelam a divisão social do trabalho na produção de cuidados de saúde (Carapinheiro 1993 e Lopes 1994).

Em segundo lugar, os centros de saúde constituem, no actual sistema de saúde português, as estruturas organizacionais vocacionadas não só para o tratamento da doença, mas também para a promoção de cuidados continuados na reabilitação da saúde, em termos individuais e colectivos. Não dispendo de uma oferta de tecnologias biomédicas como os hospitais, a produção e a oferta de cuidados de saúde desenvolvidos por um centro de saúde são caracterizadas por um outro tipo de concentração, a prática em equipa dos grupos profissionais, estruturadas em quatro níveis de diferenciação: médica, enfermagem, administrativa e outros profissionais. Assinala-se, que desde há cerca de uma década que se encontram organizadas, nos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja, equipas de trabalho designadas de equipas nucleares de saúde, sendo elas compostas por actores com graus distintos de diferenciação nos conteúdos técnico-científicos (médicos, enfermeiros e administrativos vinculados a uma lista de utentes e famílias), logo díspares quanto às formas clássicas de estruturação do trabalho na saúde, consideradas como individualizados e medicocêntricos (Durval et al. 1989; Durval 1992; Graça 1992). Esta constatação sugere que o quotidiano do trabalho nestes centros de saúde deve ser modelado por processos de negociações entre os diferentes grupos profissionais.

Pelas razões apresentadas, as quais interceptam as formas de redefinição dos modelos de organização do trabalho na saúde, a teia das relações de sociabilidade e a constelação de signos e códigos profissionais que informam as normas, as regras e os comportamentos no trabalho, considerou-se pertinente estruturar uma investigação sobre a configuração simbólico-estrutural dos centros de saúde. Foi esta linha de pensamento que veio consubstanciar a formulação do objectivo geral da investigação a análise das dimensões estruturais e estruturantes da componente cultural nos centros de saúde. Assim, o objectivo da presente pesquisa situa-se ao nível do diagnóstico das configurações dos padrões simbólico-valorativos dos profissionais dos centros de saúde que medeiam a estrutura das atitudes e das representações dos mesmos face à organização. Em termos específicos, procura-se na presente investigação diagnosticar e compreender o perfil das relações interprofissionais no trabalho em equipa, dos modelos identitários e culturais dos grupos

profissionais e da cultura organizacional nos centros de saúde do espaço sócio-geográfico do Distrito de Beja (Sub-Região de Saúde de Beja).

Neste sentido, toda a investigação realizada foi centrada na tradução analítica da unidade social de observação, através da operacionalização de um modelo que privilegia a discussão da dominação simbólica na materialização do conceito de campo socioprofissional, sem negligenciar a importância da noção de estrutura organizacional. Este campo pode ser definido como um espaço social, caracterizável como um microsistema social, onde os processos de modelação do sistema de divisão do trabalho e a distinção identitária profissional comportam implicações sociais e culturais, e que interferem na matriz das condições sociais de existência intra-organizacional, ou seja, nas redes de sociabilidade e nas relações profissionais, em suma, na vida quotidiana do trabalho em equipa em que se envolvem os profissionais. Daí que as referências teórico-metodológicas eleitas, baseiam-se na noção de que as organizações de trabalho como os centros de saúde são espaços sociais específicos de interacção, geradores de cultura e de culturas internas que intersectam a condição profissional dos actores.

Apesar de ter presente as experiências de modificação das práticas organizacionais desenvolvidas no Distrito de Beja, considerou-se o objecto de estudo deveras abrangente. Tendo em vista o esclarecimento analítico dos processos simbólico-valorativos dos profissionais deu-se à presente investigação um carácter mais de natureza exploratória, incidindo sobre uma unidade social de observação constituída a partir de três centros de saúde do espaço geográfico de intervenção da Sub-Região de Saúde de Beja.

Os resultados que adiante se descrevem, resultaram da intersecção de níveis diferenciados de percepção da realidade organizacional, captados através de uma análise mais quantitativa do que qualitativa, e que privilegiou o uso de técnicas estatísticas multivariadas com capacidade para explorar a articulação das opiniões produzidas pelos actores em relação a diferentes vertentes inerentes à organização do trabalho na saúde.

O presente trabalho encontra-se fundamentalmente estruturado em seis segmentos interconectados, sendo o primeiro, a presente introdução que se orienta no sentido da justificação e escolha do tema, para além de sintetizar, também, as vertentes de análise da investigação. No segundo, é efectuada uma sistematização da problemática da investigação, sintetizando-se a contextualização da pesquisa e os objectivos do estudo. No terceiro, são tecidas as linhas teóricas adoptadas. No quarto, discute-se a proposta

metodológica e os instrumentos de análise e de interpretação dos dados recolhidos, remetendo-se para o quinto, a análise dos resultados da investigação. No sexto, e último segmento, são apresentadas as considerações finais, onde se encontram sintetizados os resultados alcançados, bem como as recomendações e demais sugestões.

Para o enquadramento teórico-metodológico da presente investigação foi accionado um conjunto de perspectivas interdisciplinares, desde a psicologia social à sociologia das organizações, passando pelas noções de gestão dos recursos humanos, ou seja, recorreu-se a teorias de *médio alcance* diversificados para explicitar a dinâmica cultural e as lógicas formais intrínsecas do trabalho na saúde e para traduzir a lógica das representações e das atitudes dos profissionais nos centros de saúde, designadamente através da clarificação da noção de campo socioprofissional.

A construção do enquadramento teórico apresentou-se como um verdadeiro desafio. De facto, se é possível equacionar vasta literatura sobre as organizações em geral, e os hospitais em particular, constatou-se um *déficit* de bibliografia específica disponível, no domínio da "*cultura nos centros de saúde*". Neste sentido, o modelo teórico que referencia o presente trabalho foi concebido numa argumentação construída através de referências bibliográficas transversais, recorrendo a teses e modelos desenvolvidos no domínio dos serviços e da indústria, dos hospitais e das escolas, como forma de conceptualização da *visibilidade* da estrutura formal e da natureza informal do campo socioprofissional dos centros de saúde. Assim, a argumentação teórica do presente trabalho parte duma concepção sistémica da configuração do conteúdo estrutural e estruturante das organizações de cuidados de saúde primários, para a análise dos contextos formais e dos conteúdos informais, a fim de sustentar a *visibilidade* do campo socioprofissional, balizada em três eixos analíticos: a lógica do trabalho em equipa, a perspectiva plural da cultura e a composição identitária, num contexto de acção estratégica.

Por outras palavras, a estrutura teórica delineada comporta essencialmente um objectivo específico, que diz respeito à construção do modelo do campo socioprofissional, implicando, para o efeito, uma certa abstracção para reproduzir o ambiente organizacional e a conceptualização da dinâmica intra-organizacional, que não refute a perspectiva quer sincrónica quer diacrónica da organização, no sentido de percepcionar o estilo de vida dos profissionais, as normas, as crenças e os valores, as acções estratégicas, as representações, bem como as atitudes dos diferentes grupos profissionais.

Argumentou-se, como ponto de partida, a caracterização dos conteúdos formais da organização de trabalho nos cuidados de saúde primários, analisando os pressupostos das concepções e práticas do trabalho em equipa, a fim de clarificar a lógica da sua génese. Recorreu-se, para o efeito, a teses no domínio macro e meso, nomeadamente as perspectivas antropocêntricas de Ilona Kovács (1989, 1992 e 1993), os pressupostos das estruturas matriciais e do modelo de trabalho em equipa na saúde de Luís Graça (1992 e 1994) e de Amando Zurro e Juan Pérez (1991), entre outros.

Em seguida, foram delineadas as referências sobre o contexto informal intra-organizacional, abordando um conjunto de perspectivas de análise organizacional, centrado numa ênfase teórica exposta através da articulação dos contributos de diferentes autores sobre o conceito de cultura organizacional, nomeadamente os resultados de investigações de autores portugueses, tais como as de Jorge Vala et al. (1994), de João Bilhim (1988 e 1995) e de Duarte Gomes (1994). Adoptou-se uma posição de não redutibilidade da cultura organizacional a uma visão homogénea ou heterogénea à partida, para equacionar aquele que melhor concorre para elucidar as relações intrínsecas com as culturas profissionais e as identidades do trabalho. Esta última questão remeteu ainda para a abordagem sumária dos conceitos teóricos sobre o fenómeno da identidade profissional e as relações de poder nas organizações, escudando-se, entre outros autores, em Claude Dubar (1995) para as perspectivas da construção da identidade profissional, em Renauld Sainsaulieu (1985-86) sobre a configuração plural das identidades do trabalho, em Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977) para a questão da análise estratégica dos actores. Para o enquadramento das estratégias na divisão do trabalho na saúde, adoptou-se uma transição não mecânica das perspectivas empíricas derivadas de investigações realizadas em Portugal, entre as quais se destaca a de Graça Carapinheiro (1993) sobre os saberes e poderes nas organizações hospitalares e a de Noémia Lopes (1994) sobre a prática e as estratégias que medeiam o trabalho da enfermagem, consubstanciadas pelos trabalhos francófonos de Antoinette Chauvenet (1972 e 1973). Foi, assim, abordado de um modo sumário a lógica da recomposição das identidades profissionais, a reconversão dos saberes em poderes, para explicitar os mecanismos intrínsecos e extrínsecos que concorrem para clarificar a dinâmica sociocultural e a acção estratégica nas organizações de saúde em geral, e nos centros de saúde em particular.

A seguir à fundamentação teórica, é apresentado o capítulo das linhas de força metodológicas adoptadas, discutindo a este nível a operacionalização dos conceitos nucleares, os critérios adoptados para a construção do modelo de análise, e as etapas dos procedimentos e instrumentos utilizados. Transita-se, assim, após a apresentação do enquadramento analítico do objecto de estudo e da estratégia de abordagem da unidade de análise, para a análise dos resultados, sendo esta centrada na leitura dos eixos simbólico-valorativos capturados através de um inquérito por questionário.

Porém, é de salientar aqui que no domínio da recolha de dados através do inquérito por questionário constatou-se algumas de limitações, como por exemplo a ocorrência de uma fraca adesão. Argumentações como «*não tive tempo ainda*», «*não dá jeito hoje*», «*não estou motivado para responder*», representaram as formas de recusa que maior número de vezes ocorreram. Estas apreciações colocaram de certo modo em evidência a presença de um certo constrangimento nos centros de saúde estudados, mais característico das organizações burocráticas, onde ninguém gosta de ser confrontado com questões de percepção sobre a organização, as relações de trabalho e os valores. Provavelmente, é de colocar como hipótese para justificar a recusa na colaboração no estudo, como um produto do quadro de incerteza que os profissionais conferem ao próprio estudo, ou seja, que este tenha sido visto, mais como um processo inquisitório que pode vir a colocar em causa as regras de jogo a nível local ...

Então, em face da situação teria sido correcto o abandono da pesquisa e do instrumento de recolha de dados? É óbvio que não. Neste sentido, ao admitir uma dimensão da amostra, menor do que o previsto, não poderá ocorrer a perda da objectividade da estrutura metodológica da investigação e da qualidade da informação a interpretar? Ou melhor, não existirá o risco de falta de rigor nas evidências empíricas? A este propósito, importa recordar aqui as perspectivas de Pierre Bourdieu (1992) sobre a evidência e a de Gunnar Myrdal (1976) sobre a garantia da objectividade na investigação social.

«O feiticismo da evidência conduz à rejeição de trabalhos empíricos que não aceitam como evidente a mesma definição da evidência que cada investigador concede o estatuto de "dados"; data, apenas a uma pequena fracção dos dados, não como deveria ser, àquela que é chamada a existir cientificamente pela sua problematicidade (o que é normalíssimo), mas sim à que é validada e garantida

pela tradição pedagógica na qual o investigador se situa, e apenas a essa» (Bourdieu 1992: 197).

«(...) os meios lógicos disponíveis para nos protegermos das distorções são, em termos gerais, os seguintes: definir claramente as valorações que efetivamente determinam as nossas concepções teóricas e as nossas investigações práticas, analisá-las do ponto de vista da sua relevância e efeito na sociedade que se estuda, transformá-las em premissas de valor específicas e determinar a perspectiva de análise e os conceitos utilizados em termos do conjunto formado pelas premissas de valor que foram explicitamente definidas» (Myrdal 1976: 8-9).

Estas duas perspectivas vem elucidar que nas ciências sociais encontram-se impregnadas de valores, quer na produção teórica, quer na construção da prática científica, de tal modo que se torna necessário ao investigador o recurso aos meios lógicos não só para superar as distorções que possam conduzir a falsos conhecimentos (Myrdal 1976), mas também para evitar a confusão entre o rigor e a rigidez (Bourdieu 1992).

«(...) a investigação é algo de demasiado sério e difícil que nos possamos dar ao luxo de confundir a rigidez, que é o contrário da inteligência e da invenção, com o rigor, e privarmo-nos deste ou daquele recurso que pode oferecer o conjunto das tradições intelectuais da disciplina —e das disciplinas vizinhas, a etnologia, a economia, a história. Teria vontade de dizer "é interdito interditar", ou, cuidado com os cães de guarda metodológicos. É claro que a liberdade extrema que prego, e que me parece de bom senso, tem por contrapartida uma extrema vigilância sobre as condições de utilização das técnicas, da sua adequação ao problema colocado e às condições da sua execução» (Bourdieu 1992: 199).

Neste sentido, no contexto da presente investigação, houve a necessidade de ressaltar os critérios de aplicabilidade dos resultados derivados da amostra eleita, a fim de evitar a acusação de enviesamento valorativo, de inconsistência numérica ou de produtor de falsos conhecimentos. Para o efeito, procedeu-se à comparação de algumas das características da amostra com as da população. Admitiu-se como razoável a dimensão dos

elementos da amostra recolhida, na medida em que foi possível avaliar, em termos estatísticos, de que algumas das características dos respondentes (idade e antiguidade na carreira e na organização) não parecem diferir significativamente da população alvo dos profissionais do Distrito de Beja, cujos pormenores estão descritos, mais adiante.

Todavia, importa igualmente acrescentar que se tivesse prevalecido o critério da rigidez do rigor absoluto em obter a totalidade dos elementos da dimensão amostral, dentro de uma lógica de cegueira *matemática* até às últimas consequências, levaria à adopção de procedimentos pouco transparentes. Não se está a falar aqui da adulteração da leitura dos enunciados observacionais, através da validação falsacionista dos constructos teóricos, dito no sentido de Karl Popper (s.d.), a fim de sustentar a confirmação da adequação do modelo de análise e a própria pesquisa. Refere-se concretamente à adulteração dos dados, manipulando nomeadamente a dimensão dos elementos da amostra, através da inflação do número de casos até ao limite previsto, tão fácil de executar na actualidade com os recursos da *engenharia informática*, só para satisfazer o rigor de uma corrida cega, atrás da representatividade estatística e para evocar ou para legitimar uma cientificidade inexistente. Nestas circunstâncias ter-se-ia produzido uma mentira de forma consciente, esperando iludir e confundir a comunidade científica, a sociedade em geral e os actores estudados em particular, com um exercício estilístico de discurso numérico, pautado pela ausência de critérios ético-deontológicos. Em resumo, procurou-se essencialmente dentro dos instrumentos de análise disponíveis não enviesar o estudo com os meios menos transparentes, e com uma procura *cega, estéril*, causal e mecânica do número de respondentes, ditos necessários, só para garantir a obtenção de um número.

A análise de dados realizada desenvolveu-se através da aplicação de técnicas estatísticas multivariadas, desde a análise factorial dos componentes principais à das correspondências múltiplas, passando pelo estudo dos grupos através da análise de *cluster*, balizadas por teses diversificadas, entre as quais as de George Dunteman (1989), J. P. Benzécri (1973 e 1980), Philippe Cibois (1983 e 1984), Michel Jambu (1989), Jean-Pierre Fenelon (1981), Joseph Hair et al. (1992), Beatriz López-Valcárcel (1991), W. Doise, A. Clemence e F. Lorenzi-Cioldi (1992), Brigitte Escofier e Jérôme Pagés (1990) e Elizabeth Reis (1990 e 1991). Tendo em atenção a fonte de dados resultantes da observação directa e vivida pelo autor, durante cerca de vinte anos na organização, e de uma forma mais intensiva neste último ano, adoptou-se uma estratégia predominantemente quantitativa, sem negligenciar as

de natureza qualitativa para a interpretação global das mapificações gráficas das representações e atitudes dos diferentes grupos estudados, a fim de descodificar os modelos culturais presentes nos centros de saúde.

Como corolário dos dados recolhidos, é apresentado um conjunto de considerações finais, sem todavia padronizar qualquer tipo de conclusão generalizada para todos os centros de saúde portugueses, pois o constructo da reflexão aqui delineado detém apenas uma natureza exploratória e constitui somente a ponta do *mega-iceberg* da problemática das relações implícitas dos actores em contexto de trabalho. Porém, delimitando somente os resultados obtidos em relação aos três centros de saúde pode-se dizer que se colocou em evidência uma perspectiva plural da cultura organizacional, estruturada pelas culturas profissionais, sendo estas organizadas pela afirmação de uma ambivalência dos padrões cognitivos e deontológicos no seio dos diferentes grupos profissionais.

1. DO PROBLEMA À HIPÓTESE DE ESTUDO

A configuração actual dos centros de saúde portugueses resultou de um legado histórico que remonta ao processo de remodelação global do sistema de saúde português no pós 25 de Abril, e que integrou estruturas como os antigos Hospitais Concelhios e os Postos Clínicos dos ex-Serviços Médico-Sociais. Os actuais centros de saúde detêm um enquadramento jurídico-institucional, quer do funcionamento, quer da organização do trabalho, que não sofreu qualquer alteração face à criação das Administrações Regionais de Saúde, encontrando-se, assim ainda, regulamentado pelo Despacho Normativo n.º 97/83.

Em termos normativos, cabe no domínio dos centros de saúde, a dinamização de práticas organizacionais, objectivadas essencialmente para a prevenção da saúde da comunidade, no sentido do aumento da esperança de vida, bem como da redução da mortalidade, designadamente a morte prematura. Por outras palavras, no plano dos objectivos organizacionais, cabe aos centros de saúde a implementação da política de prevenção da saúde de uma forma integrada, com cuidados compreensivos e dirigidos ao utente, em termos individuais ou colectivos. De salientar, ainda, que os objectivos estratégicos portugueses a alcançar, a médio prazo, no quadro das actividades de prevenção na viragem do século XX, segundo a comunicação da Comissão das Comunidades Europeias - COM (93) 559, relatório final de 24-11-1993, são: melhorar o padrão da saúde pública, através de campanhas contra o cancro, a droga e a SIDA e pela prevenção de suicídio, e melhoria da assistência aos idosos, às crianças e aos jovens.

Em termos nacionais, toda a prevenção da saúde é coordenada pelo Ministério da Saúde, através das estruturas do Serviço Nacional de Saúde, pelas Administrações Regionais de Saúde, nas quais se inserem os centros de saúde. Importa situar que o actual estatuto do Serviço Nacional de Saúde é regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. Em termos de repartição geográfica e administrativa, Portugal continental apresenta-se dividido em cinco regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), sendo as Administrações Regionais de Saúde regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de Setembro.

A Sub-Região de Saúde de Beja encontra-se integrada na Região de Saúde do Alentejo, cuja área de intervenção, corresponde à delimitação administrativa do Distrito de

Beja, e que é de cerca de 10223 Km². A Coordenação da Sub-Região de Saúde de Beja encontra-se sediada na capital do Distrito, situando-se a cerca de 81 Km de distância de Évora (sede da Região de Saúde do Alentejo) e de cerca de 183 Km de distância de Lisboa. Na actualidade, a rede das infra-estruturas da Sub-Região de Beja é composta por uma área hospitalar, com dois Hospitais — um Geral em Beja e um do Nível 1 em Serpa —, e pelos serviços dos cuidados de saúde primários — 14 Centros de Saúde e 78 extensões. Isto é, as diferentes infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde encontram-se distribuídas nos concelhos (sedes e freguesias) do seu espaço geográfico, ou seja em Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira.

Em 1988 foi implementado no Distrito de Beja, designadamente no Centro de Saúde de Aljustrel, uma modificação das práticas organizacionais para a prestação dos cuidados de saúde. Tal projecto propunha que a actividade de prestação dos cuidados de saúde fosse *concebida* a partir de equipas de profissionais diferenciados, apoiada numa perspectiva não restrita a elementos físicos (produtos e serviços) e estruturais (sistemas de trabalho), mas também, dinamizada no âmbito da comunicação intra e inter-equipa (aquisição e transferência de informação e de normas). Por outras palavras, tais equipas, constituídas por um médico, um enfermeiro e um administrativo, foram *concebidas* como unidades de profissionais, afectos a agregados populacionais específicos (grupos de famílias), que intervêm com responsabilidades e objectivos próprios na gestão das necessidades de saúde dos mesmos. Segundo os promotores do projecto no Distrito de Beja, esta forma de organização das práticas de saúde permite uma maior proximidade dos profissionais em relação aos utentes, o que, para além de poder ser gerador de uma maior satisfação para os diferentes grupos profissionais, é igualmente uma outra forma de concepção da regulação das práticas organizacionais tendentes a melhorar a acessibilidade da comunidade aos *bens* e à oferta de cuidados de saúde primários (Durval et al. 1988; Lourenço 1989; Graça 1992; Matos 1993; Tomé 1993).

Apesar da ausência de um enquadramento jurídico que formalize e legitime as regras e os procedimentos das equipas de saúde na Sub-Região de Saúde de Beja, encontra-se difundida a lógica desta prática na globalidade dos centros de saúde desta sub-região. Assim, face às experiências desenvolvidas no espaço geográfico em causa, orientadas numa lógica de mudança de processos na administração pública e na reconversão dos

estilos de trabalho na saúde, pretende-se com este trabalho procurar a compreensão da seguinte questão: *«Quais são os pilares simbólico-valorativos que se encontram subjacentes às atitudes e representações dos diferentes grupos profissionais, nomeadamente as que concorrem para a acção da identidade profissional dos médicos, dos enfermeiros, dos administrativos e outros profissionais, nas redes de sociabilidade e no funcionamento dos centros de saúde?»*

Em face desta questão de partida, perspectivou-se o presente estudo no sentido da procura de uma interpretação, à luz das racionalidades dos actores, da organização do trabalho, do papel da influência da condição profissional na dinâmica sociocultural nos centros de saúde, a fim de compreender os conteúdos valorativos e os contextos estruturais intra-organizacionais. Pode-se dizer, assim, que constituíram como objectivos gerais para a presente investigação, a procura de uma inteligibilidade do perfil dos centros de saúde em causa. Neste sentido, situando o estudo ao nível do quadro estrutural e cultural para o diagnóstico da simbologia implícita às atitudes e representações dos profissionais de saúde, inseridos numa realidade técnico-estrutural de organização do trabalho em equipa, o problema da investigação remete não só para a procura do conhecimento da presença ou ausência de uma pluralidade de valores, mas também da forma como é concebido a dinâmica organizativa do trabalho em equipa e a lógica das estratégias dos actores no campo socioprofissional dos centros de saúde.

Radicando o objectivo fulcral do estudo na intenção de captar e identificar o modo como os quadros de referência individual e colectiva intervêm na construção das culturas locais e na mediação da sua relação com a cultura organizacional, subjaz a este objectivo genérico, a hipótese central de que as atitudes, as representações e os modelos identitários e culturais são construídas e apropriadas de modo distinto pelos grupos profissionais. Por outras palavras, parte-se da noção de que os modos de condicionamento e de vinculação identitária dos actores na organização do trabalho na saúde, constituem as teses que sustentam a seguinte hipótese teórica: *«A situação profissional é geradora de padrões simbólicos que modelam a distinção das culturas profissionais nos centros de saúde, interferindo ainda nos modos de ser e fazer, e na construção diferenciada, quer das atitudes e das representações em relação à organização do trabalho, quer da cultura organizacional.»*

Para operacionalizar o ensaio desta hipótese teórica, a mesma foi formulada no modo seguinte: *«As diferentes culturas profissionais não convergem para a produção de uma cultura organizacional homogénea nos centros de saúde.»*

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No final do século XX, o debate para a promoção de uma melhoria qualitativa na prestação dos cuidados de saúde orienta-se no horizonte da mudança estrutural e funcional das organizações dos serviços de saúde, colocando como condição *sine qua non* para a promoção de cuidados, a presença de uma *competição* gerida entre a estratégia da organização e administração dos serviços de saúde do sector público, «face aos valores da equidade, da satisfação dos utilizadores e do sentido de participação comunitária» (Campos, A. 1994: 35). Esta perspectiva, inserida na lógica da renovação das práticas para o alcance de melhores resultados na saúde, veio colocar em ênfase a necessidade duma redefinição conceptual das estruturas das organizações de serviços de saúde, dos papéis dos diferentes grupos profissionais na abordagem da saúde e da doença, e nas relações com o doente e/ou utente. Emerge a necessidade de um novo quadro simbólico nas relações profissionais que se estabelecem nas organizações de serviços de saúde, quer no seio dos diferentes grupos de trabalho quer entre todos aqueles que recorrem aos serviços de saúde.

O modelo de prestação de cuidados de saúde que vigorou, até há poucas décadas nas sociedades do mundo ocidental, estava inserido numa lógica de centralidade sobre a sociedade, predominando nas instituições de saúde que dele derivaram um mito do tecnologismo biomédico, com uma concepção da prática da medicina e da enfermagem num contexto relacional de causa/efeito, de doença/cura e de tratamento/cuidados ocasionais e individualizados. Ou seja, até à década de 80 a prestação de cuidados de saúde nas sociedades ocidentais assentava num modelo biomédico, sendo a saúde definida no sentido biológico, como um factor bioquímico em *stock* e em constante desgaste no corpo humano. Por sua vez, qualquer indivíduo era visto como um somatório de órgãos que podem estar disfuncionais, gerando assim uma visão dos cuidados de saúde centrada na relação dual doença-cura, onde não havia lugar para os aspectos psicológicos, sociais e culturais na moldura do estado da doença (Billig et al. 1988; Rakel 1990; Ribeiro 1995; Taylor 1988).

Subjaz ainda dentro da lógica centralista, o crescimento e a complexificação de hospitais, absorvendo cada vez maior número de recursos humanos e tecnológicos, que mais não gerou do que uma assistência sanitária marcadamente desigual, designadamente no que concerne à acessibilidade das populações do mundo rural. Porém, se tais políticas de

saúde perspectivavam que o incremento tecnológico na medicina poderia proporcionar uma melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade de certas doenças, estas, como se veio a comprovar, têm estado fundamentalmente relacionadas com factores ambientais, de ordem económica e com a qualidade e as condições de vida (Barbosa 1987).

Segundo as opiniões de Illich, os avanços tecnológicos da medicina moderna resultantes da sociedade industrial têm sido pouco eficazes na melhoria da saúde da população em geral (Barbosa 1987). Na linha do pensamento do mesmo autor, o crescente peso das instituições de saúde na sociedade industrial, desencadeado por políticas globalistas dum Estado centralizador, constituiu *«uma fonte de iatrogenia simultaneamente clínica — novos problemas de saúde—, social —medicalização da sociedade— e estrutural —limitação da capacidade de cada indivíduo para o crescimento pessoal e para o auto-cuidado consciente, com exacerbamento, portanto, da sua vulnerabilidade e da sua dependência»* (Barbosa 1987: 170).

Para Matos (1993), a assumpção por parte do Estado da educação, das políticas de saúde, bem como a criação de mecanismos de segurança social, o trabalho feminino generalizado, o reconhecimento dos direitos da criança e dos jovens e a cada vez maior diversidade de tipos de trabalho, distanciada das dependências familiares, retiraram competências à própria família, tornando-a quase como um ponto de encontro emocional entre indivíduos. E ainda na linha do pensamento do autor, ao retirar competências, retiraram-se em simultâneo os constrangimentos, e a família torna-se mais móvel e multiforme, ao mesmo tempo, que a dependência em relação aos sistemas sociais organizados aumenta, da qual não escapam os da saúde, tornando-se, estes, indispensáveis para todas as situações em que os seus elementos necessitam de cuidados (Matos 1993).

Porém, desde os finais da década de 70 e princípios da década de 80, começaram a emergir com grande intensidade um vasto conjunto de investigações que apontavam as limitações do modelo biomédico, conceptualizando a importância da necessidade de uma abordagem sociológica e antropológica da doença. Isto porque, as teses que entretanto vieram a lume, trouxeram uma nova visão sobre a relação entre o doente e a doença, o indivíduo e a sociedade, o que gerou a noção de que ser doente radica numa conceptualização da alteração do estado biológico individualizado e estar doente reenvia a problemática da doença às representações sociais a que se reportam a própria doença (significado dos sintomas da doença a que se reporta e referencia o seu grupo social),

revalorizando assim a dimensão da pessoa, enquanto actor e protagonista, com uma dimensão cultural (Billig et al. 1988; Carapinheiro 1993; Pereira, J. 1987).

Com efeito, em face desta mudança de mentalidade na medicina e na enfermagem, as formas de organização do trabalho existentes, até então, nas instituições de saúde, começaram a ser postas em causa, da qual não escaparam os hospitais, acusados de uma prática impessoal, individualizado e distanciado da lógica da necessidade de cuidados globais para o doente.

É nesta encruzilhada de necessidades, dependências e constrangimentos, entre as quais a procura crescente de cuidados de saúde e o esgotamento do modelo biomédico, que, na década de 80, a OMS propôs trinta e oito metas europeias, no quadro das estratégias da «Saúde para Todos no ano 2000». Para tal, aos Estados Membros da Região Europeia competia o desenvolvimento de políticas de saúde com capacidade para mobilizar os organismos da saúde de cada país, no sentido de aperfeiçoar os processos de planeamento e gestão, procurando assegurar os meios eficientes e eficazes para o fornecimento de bens e serviços apropriados a todas as pessoas, preservando o seu potencial de saúde, ou seja, a sua dimensão bio-psico-social (OMS 1985).

A saúde é assim perspectivada, na era pós-moderna, numa lógica dinâmica que se distancia da visão de outrora como um mero estado biológico de ausência de doença e passa a ser equacionada num quadro de mutação cultural, onde a equidade, a justiça social e a acessibilidade de bens e equipamentos sociais, constituem os pré-requisitos para que todos alcancem uma vida com qualidade. Subentende-se, aqui, que ser doente e/ou estar doente, ter saúde *boa* e/ou estar com saúde são questões, cujo debate se insere não só no domínio da abordagem da doença e do contexto sociocultural da mesma, mas constitui, também, um tema com muitas implicações político-ideológicas, que extravasam a simples definição da saúde como um mero estado de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar bio-psico-social (Billig et al. 1988; Pereira, J. 1987).

Daqui emergiu um novo conceito na prática médica que Kanton e Kleinman designou de *aliança terapêutica*, estruturada na base da partilha de interesses entre o doente e os profissionais de saúde, baseada numa visão global da situação de doença, mas actuando terapêuticamente, a nível individual, com o envolvimento da família do doente, para a solução do problema, assumindo, assim, a ideia de uma prática negociada na medicina (Pereira, J. 1987). Na prática da enfermagem, emergiu igualmente, com certa concordância

simétrica, a noção da necessidade de uma mudança de orientação na abordagem do utente, transitando das acções centradas no tratar, ou seja, relacionadas somente com os procedimentos terapêuticos, para a dimensão do cuidar, apelando, assim, à estruturação de acções que envolvam não só a visibilidade da cura, mas também todos os aspectos relacionais que interceptam o utente e o seu ambiente (George et al. 1993; Ribeiro 1995).

Assim, os princípios de gestão e os de planeamento propostos pela OMS para o desenvolvimento da «*Saúde para Todos no ano 2000*», radicados na maximização dos cuidados de saúde primários, vieram criar uma ruptura nos sistemas de saúde na maioria dos países do mundo ocidental (Zurro e Pérez 1991). Tais estratégias vieram induzir mutações, na prática da medicina e na enfermagem, que passaram a ser perspectivadas numa visão holística do utente, com exercícios assentes em transacções sociais e interpessoais, ou seja, práticas baseadas na negociação activa entre os profissionais de saúde e o utente. Esta nova forma de dinamização das práticas, veio criar uma situação relacional na prestação de cuidados de saúde, implicando nomeadamente «o acesso a dados pessoais, familiares e culturais e sublinha a importância da família, que poderá ser parte activa no processo. (...) Daí a conveniência de uma equipa pluridisciplinar para ajudar a estabelecer compromissos exigidos por aquela relação» (Pereira J. 1987: 190-191).

Com efeito, o conceito de cuidados de saúde primários, ao emergir como uma oferta de um primeiro nível de contacto individual, da família e da comunidade com o sistema de saúde, segundo a lógica da promoção, prevenção, tratamento, cuidados continuados e reabilitação, veio igualmente revitalizar a importância das estruturas não especializadas de saúde, gerando a criação dos centros de saúde como unidades promotoras deste processo permanente de desenvolvimento e de melhoria da saúde de uma comunidade e como unidades integradoras das acções de saúde individual e familiar.

Apesar de temporalmente distante, a Declaração de Alma-Ata da OMS «*Saúde para Todos no ano 2000*» (1985), subscrita pelos países membros, ao perfilhar a ideia de que os cuidados de saúde primários constituem a placa giratória para a potenciação e alcance dos objectivos de saúde para todos, não perdeu a actualidade como proposta interessante para o desenvolvimento da saúde. Assim, subjacente às declarações da OMS para o alcance do estado de saúde *boa*, encontra-se uma lógica diferenciada para a manutenção de um potencial de saúde no homem, cujas actividades fulcrais a dinamizar pelos cuidados de saúde primários vão desde a prevenção ao tratamento, cuidados continuados e

reabilitação, em articulação com a auto-responsabilização e a participação da comunidade (educação para a saúde; provisão de alimentos e nutrição adequada; salubridade da água e saneamento básico; cuidados materno-infantis; imunização, prevenção e controlo das doenças endémicas; tratamento básico dos problemas de saúde; abastecimento de medicamentos essenciais).

Hoje, assiste-se, neste final do século, à génese de novas propostas oriundas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA — *World Organization of Family Doctors*), que remetem para velhas questões, ao sugerirem às organizações de serviços de saúde a renovação das suas estruturas e a adopção de filosofias de prestação de cuidados, que assentem no princípio da complementaridade e que privilegiem a adequação das práticas à promoção da saúde (prevenção primária), as acções correctivas (prevenção secundária), reabilitadoras (prevenção terciária) e a prática preventiva eticamente aceite (prevenção quaternária), designadamente na luta contra o risco da sobre-medicalização dos doentes (Jamouille e Roland 1995), para além do aprofundamento da relação entre os grupos profissionais de saúde e o doente e a sua comunidade (Zurro e Pérez 1991; OMS 1995; RCGP 1996).

Em 1994, numa conferência conjunta da OMS-WONCA, realizada em Ontário - Canadá, a perspectiva da necessidade de optimização dos cuidados de saúde, é recolocado, não só porque se torna imprescindível implementar a nível mundial as estratégias acima citadas, mas, também, porque se exige, neste final de século, a necessidade de um maior financiamento e envolvimento das organizações governamentais e não governamentais na definição de políticas orientadas para a implementação da qualidade nos cuidados de saúde, procurando o uso apropriados dos meios, a adequação da formação dos recursos humanos à medicina familiar, como resposta para a efectivação de uma prática mais responsável quer para o indivíduo (utente) quer para a comunidade. Entende-se, assim, a saúde como um bem colectivo que deve ser salvaguardado através da intervenção conjunta de todas as instituições sociais e políticas (Nicola 1994).

É neste sentido que as práticas organizacionais, nomeadamente médica e enfermagem, subjacentes ao conceito de cuidados de saúde primários e radicadas num claro distanciamento da lógica de especialização das tecnologias biomédicas (mas não as refuta), não traduzem «apenas um conjunto de cuidados, significa também uma estratégia de organização dos cuidados de saúde, além de uma filosofia» (Graça 1992: 5-6). Distingue-se

como traço característico da prática dos cuidados primários, fundados numa cooperação e consenso, distanciando-se da concepção individualista da doença e do doente e da noção de infantilidade na relação assimétrica médico-doente, descrito por Talcott Parsons na década 50 (Donati 1994). Deste modo, a promoção e prevenção da saúde, sob uma perspectiva de cuidados continuados, são hoje entendidas como as medidas que poderão induzir o autocuidado do utente e à modificação de certos hábitos de vida, responsáveis de certas doenças degenerativas. Exacerba, assim, a noção de cuidar (visão holística do utente) em vez de tratar (vertente instrumental da cura), como uma renovação das formas de intervenção, apelando à complementaridade de acções entre os profissionais de saúde, e recriando, igualmente, uma nova configuração simbólica nas práticas dos mesmos, mais holística e centrada na pessoa humana, no profissional e no utente, enquanto actores e protagonistas sociais. Esta redefinição conceptual das formas de trabalho na saúde enfatiza um distanciamento do centro de saúde como uma instituição totalitária, hermética e impessoal, na acepção de Erving Goffman (1975), na medida em que o seu carácter de organização aberta à comunidade, configura as suas condições de trabalho em permanente interacção com as transformações que ocorrem no espaço social envolvente.

Em síntese, a mutação das práticas na prestação de cuidados de saúde passa, assim, pela humanização dos serviços, ao mesmo tempo que refuta a continuidade da prestação de cuidados individualizados (fundados nos princípios da especialização e atomização e numa visão hospitalocêntrica das práticas na medicina), quer nos hospitais quer nas outras organizações de serviços de saúde.

2.2. PRINCÍPIOS DO TRABALHO EM EQUIPA

Para equacionar os centros de saúde, como unidades dotadas de certa autonomia e como espaços privilegiados de promoção de práticas *inovadoras* na saúde, assentes no princípio do trabalho em equipa, é necessário que o debate adopte pressupostos conceptuais transversais, tais como os que se têm vindo a sedimentar no quadro macro e meso social. Por outras palavras, a perspectiva de aplicação do princípio de trabalho em equipa nos cuidados de saúde primários, constitui, na actualidade, a renovação das práticas

na prestação de cuidados de saúde, de uma forma distanciada dos modelos anti-mecanicista-burocrático.

Sendo, assim, a renovação da mentalidade sobre as organizações dos serviços de saúde não pode ser encarada de forma isolada das modificações verificadas no mundo do trabalho, tais como as derivadas da abordagem sócio-técnica, inspirada nos trabalhos realizados na década de 60 pelo *Tavistock Institute of Human Relations de Londres*, e na *Escola Americana de Job Design*, e da abordagem antropocêntrica (*human centred systems*) da década de 90 (Kovács 1992, 1993 e 1994). Aliás, para Ilona Kovács (1992) a filosofia do trabalho em equipa não se inscreve num modelo burocrático-mecanicista, porque este modelo detém as características taylorista-fordista, mas sim no modelo organizacional orgânico-flexível, pois este é aquele onde residem, entre outras características, os princípios da participação e da partilha de responsabilidades.

Importa recordar que, até há poucas décadas, a concepção orgânica do mundo empresarial baseava-se num modelo burocrático-mecanicista, inscrito numa lógica taylorista-fordista, cujas principais características assentavam num discurso de avanço tecnológico, baseado nos princípios da «*divisão dicotómica, fragmentação do trabalho, simplificação e desqualificação do trabalho, centralização das decisões e do controlo sobre o processo produtivo*» (Kovács 1992:19). Era um modelo de organização do trabalho que convertia a empresa numa simples «*máquina, em que não há lugar para a subjectividade, criatividade e satisfação pessoal da grande maioria dos indivíduos*» (Kovács 1992:19).

Porém, abordar a lógica do trabalho em equipa nas organizações coloca em primeiro lugar em ênfase, os componentes dos sistemas sócio-técnicos de uma organização, ou seja, significa concebê-la como uma articulação entre os sistemas técnicos e os sociais, sem a redutibilidade de um em relação ao outro. A sua aplicação no campo da saúde pode ser vista de modo semelhante com o que se passa no mundo empresarial, constituindo uma perspectiva que pode reforçar o desenvolvimento de uma orientação flexível e humanizadora na prestação de cuidados de saúde, a fim de dar resposta às expectativas e necessidades de uma comunidade, bem como à satisfação do trabalhador e à melhoria das condições e da qualidade de vida no trabalho. Em segundo lugar, a noção de equipa remete à perspectiva de uma lógica orgânico-flexível nas estruturas relacionais do trabalho, inscrevendo-se igualmente nas teses de abordagem antropocêntrica, porque coloca em ênfase a estruturação de uma organização de modo descentralizado, com uma convergência de interesses e

estratégias entre as unidades de concepção e de execução, no sentido da maximização das competências, sem prejuízo do ambiente de trabalho.

«Na perspectiva antropocêntrica, a fluidez, mobilidade e adaptabilidade obtêm-se pela interligação e integração de operações, de postos de trabalho, de funções, de unidades funcionais, do saber-fazer empírico e do saber teórico; pela cooperação nas relações de trabalho, participação nas tomadas de decisões e formação contínua dos recursos humanos. O factor humano, em vez de ser considerado como “elemento irracional” a ser marginalizado, é encarado como elemento indispensável ao bom funcionamento» (Kovács 1994:7).

Neste sentido, a prática dos cuidados de saúde primários deve ser entendida numa perspectiva antropocêntrica, como uma prática específica da medicina e da enfermagem em ambiente extra-hospitalar, cuja tendência apela, cada vez mais, à prática efectiva do trabalho em equipa numa perspectiva multidisciplinar (médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde) que possa dinamizar a prevenção, a promoção, o tratamento, os cuidados continuados e a reabilitação da saúde na comunidade (OMS-WONCA 1994; RCGP 1996).

Todavia, o trabalho em equipa não é uma questão linear no contexto da organização do trabalho na saúde. Na década de 70, ela foi abordada por Chauvenet (1973) a propósito da divisão do trabalho nos hospitais. Neste período o trabalho nos hospitais era fundado na lógica da atomização das tarefas, construídas num quadro de hierarquização de competências, onde exacerba o poder decisório do acto médico e uma clara distinção de papéis entre os médicos e os enfermeiros.

A participação numa equipa médica era então vista como um mero agrupamento de profissionais que colocam a sua eficácia técnica, única e exclusivamente, ao serviço do cumprimento das tarefas, contribuindo para a hipertrofia dos saberes e poderes médicos, tal como tem sido evidenciado nos recentes trabalhos desenvolvidos em Portugal por Graça Carapinheiro (1993). Na linha do pensamento da autora, verifica-se que a nível dum serviço de medicina hospitalar uma ausência de um verdadeiro sentido de equipa.

«O princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas, concretizando-se na existência de duas hierarquias funcionais pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço (...), traduzindo a separação profissional no contexto de uma relação de superioridade da hierarquia funcional médica sobre a hierarquia funcional de enfermagem» (Carapinheiro 1993: 111).

Não representando os centros de saúde uma organização de trabalho no sentido hospitalar, entende-se que a constituição das respectivas equipas nucleares deve privilegiar a articulação de competências técnico-científicas diferenciadas dos diferentes profissionais, e a autonomia de processos em torno dos objectivos da organização, de modo a estabelecer uma *interface* homogénea e individualizada do sistema com o utente e a expressão diferenciada dos sentidos individuais de cada profissional (Matos 1993). Aliás, parte-se da consolidação do pressuposto de que, trabalhar em equipa não se reduz a uma acção concertada entre duas ou mais pessoas, como outrora, mas baseia-se no estabelecimento de uma base de igualdade, não subordinada e não hierárquica (Graça 1992).

Subjacente ao conceito de trabalho em equipa num centro de saúde, encontra-se *«o princípio de que cada profissional assume um papel determinado e decisivo na definição de metas, objectivos e resultados da organização, na sua operacionalização e na sua avaliação»* (Lourenço et al. 1994: 14), distanciando-se assim das lógicas de centralização burocrática no planeamento das actividades. Ou seja, o conceito de equipa em cuidados de saúde primários radica na prestação de cuidados através de um grupo de profissionais com *«contributos distintos, com uma metodologia partilhada, frente a um objectivo comum; cada membro da equipa assume claramente as suas próprias funções assim como os interesses comuns do colectivo, e todos os membros partilham a responsabilidade dos resultados»* (Zurro et al. 1991: 29).

Perspectiva-se, assim, que os cuidados de saúde primários devem actuar através de um modelo de equipas nucleares, *core team*, estruturado por um núcleo central, inserido num espaço multidisciplinar e transdisciplinar, cujos membros das equipas devem

intervir, segundo consensos não só no domínio intra-equipa mas também a nível inter-equipa (RCGP 1996), para alcançar uma optimização de práticas e uma maior responsabilização dos profissionais perante a comunidade (OMS-WONCA 1994). Retomando os papéis dos membros de uma equipa nuclear, o médico de clínica geral / medicina familiar pode ser perspectivado como um negociador de comportamentos, em vez de um prescritor de terapêutica para o utente ou sua família; o administrativo não representa um responsável por papéis, mas, antes um responsável por pessoas (utentes) no sentido da sua orientação e encaminhamento; e, por último, perspectiva-se que o enfermeiro deve passar a assumir uma maior autonomia técnica, no processo de negociação de mudança de atitudes e comportamentos, contrariando as lógicas de outrora, em que era encarado como um elemento secundarizado e simples aplicador das prescrições médicas (Durval et al. 1989 e Tomé 1993).

Contudo, a ideia de equipa não é uma questão pacífica, na medida em que ela comporta uma *nova* lógica da divisão social do trabalho na saúde, em que uma rede de comunicação aberta e multidireccional constitui o pilar fulcral da dinâmica deste processo (Graça 1992; RCGP 1996). Mas, o modo como é perspectivado a rede de comunicação organizacional, intra e inter-equipas, detém vantagens e inconvenientes. Para Luís Graça (1992), as vantagens radicam na eficácia organizacional, nomeadamente no que concerne à qualidade da informação, motivação e satisfação dos profissionais, e as desvantagens situam-se no domínio da eficiência, nomeadamente os custos homem/hora, bem como uma certa ausência de clareza na construção da liderança, e na assumpção de responsabilidades de cada profissional, o que tradicionalmente se aponta como um obstáculo ao funcionamento do trabalho em equipa, na saúde.

Tendo presente que a criação dos centros de saúde e a prática dos cuidados de saúde primários traduzem na actualidade uma *«outra lógica de organização do trabalho e de gestão, de modo a levar à substituição das tradicionais estruturas piramidais, autoritárias e rígidas, por outras matriciais, participativas e flexíveis, mais próximas dos utentes e da comunidade»* (Graça 1992: 6), cuja implementação põe em causa a presença de configurações burocráticas em tais organizações e distancia-as das configurações hospitalares, hiper-especializadas, baseadas numa concentração da tecnologia biomédica e uma hierarquização na distribuição da divisão do trabalho.

Percorre-se, assim, que o trabalho em equipa insere-se numa linha de gestão participativa e que adquire um carácter polissémico face à multiplicidade de vectores, tais como descentralização, democracia industrial, co-gestão e autogestão. Tal pressuposto remete-nos para Sainsaulieu, cuja tese, sintetizada por Ilona Kovács, evidencia que a gestão participada radica num conjunto de desequilíbrios face aos modos tradicionais de organização do trabalho:

«a) a antiga divisão taylorista entre concepção e realização torna-se impossível; b) modifica-se a relação entre a decisão e execução (...); c) os artigos circuitos hierárquicos e funcionais tendem a ser substituídos por um sistema de relações informacionais directas (...); d) requer-se uma formação contínua não como uma recompensa cultural, mas integrada no processo produtivo» (Kovács 1989:60).

Se a transposição da reelaboração teórica da noção de gestão participada para a organização do trabalho em equipa nos centros de saúde e para a definição de estratégias de intervenção na comunidade, apresenta-se como um modelo privilegiado de desenvolvimento dos pré-requisitos de saúde numa comunidade, para a sua implementação implica a adopção, em primeira e em última instância, de processos de intervenção baseados na autonomia, na autodeterminação, na partilha de poderes, e no princípio simbólico-valorativo da igualdade no seio dos diferentes grupos profissionais, designadamente no que diz respeito ao delineamento de tomadas de decisão. Por outras palavras, e na óptica de Crozier (1994), a dinâmica das organizações deve-se inscrever em torno dos princípios da simplicidade, da autonomia e da cultura...

Face ao exposto, subentende-se que a mudança da configuração organizacional dos centros de saúde para um modelo estruturado na base do princípio da equipa deve partir do pressuposto da presença de uma regulação não formal, baseada na valorização da cooperação e do consenso, da autonomia e de um maior sentido de responsabilidade na realização das tarefas de intervenção na comunidade. Então, a implementação de tal lógica organizacional nos centros de saúde parece igualmente concordar com a tese de Marcelino Passos (1993), no seio dos quais se perspectiva que a modelação da estrutura intra-organizacional das organizações na viragem do 2.º milénio, deve ser orientada numa mudança sustentada pela renovação dos serviços de saúde na

administração pública, e por um plano eivado de valores de equidade, de justiça e de solidariedade social, balizado em quatro pilares. O primeiro, fundado numa desburocratização, ou seja, baseado numa lógica de desformalização e na adopção de princípios de liderança colegiais ou participativos, a fim de gerar uma maior autonomia por parte do sistema e seus membros. No segundo, apoiando-se numa democratização como estratégia de abertura da instituição, sustentada por um intenso *feed-back* com a envolvente, no sentido de melhorar o seu poder de adaptação e maximizar a qualidade dos processos decisórios. Um terceiro vector que sugere uma mudança sustentada pela flexibilidade organizacional e apoiada numa matriz estrutural do tipo *adhocrático*, dito no sentido de Mintzberg (1995). E, no quarto parte-se da noção de uma capacidade de regulação das equipas de saúde, enquanto subsistema técnico-local que através das suas próprias normas, crenças e valores, podem reinterpretar a seu *favor* as estratégias oriundas ou não do mesmo espaço sócio-organizacional, a fim de produzir uma competitividade gerida...

Apela-se, neste sentido, no final do 2º milénio, a uma mudança de mentalidades e de formas de gestão para implementar a descentralização do investimento (meios financeiros, técnicos e recursos humanos) nos próprios centros de saúde, como modo de apoio directo aos procedimentos locais e à optimização qualitativa do estado de saúde de uma comunidade. Ou seja, propõe-se aos centros de saúde uma autonomia consubstanciada por princípios éticos de maior responsabilização dos profissionais na produção e oferta de cuidados de saúde, onde o poder de decisão não seja uma mera reprodução das lógicas do poder político, mas sim baseado em critérios de qualidade dos actos, ao serviço dos beneficiários (utentes).

2.3. LÓGICA DA VISÃO PLURAL DA CULTURA

Os debates teóricos e investigações empíricas sobre a cultura organizacional que têm sido intensificados nos últimos anos no seio da comunidade científica e empresarial, a nível mundial e, também, em Portugal, devem-se essencialmente à *tomada de consciência*, pelos investigadores e gestores, da importância dos factores culturais nas práticas de gestão.

Na óptica de Crozier (1994), em face dos problemas da evolução acelerada das nossas sociedades e do esgotamento do modelo de *management* clássico das organizações baseado em estruturas hierarquizadas e centralizadoras,

«não se pode responder à complexidade senão por estruturas simples, compostas por homens organizados em unidades operacionais autónomas. (...) Se não se pode mais governar por regras e por ordens, é-se levado a reexaminar os motivos dos comportamentos humanos; mais precisamente, a forma como se consegue obter as convergências e coordenações indispensáveis a uma cooperação eficaz. É a percepção dessas dificuldades que explica o entusiasmo pelo management participativo; da mesma forma, o interesse apaixonado de alguns pelos círculos de qualidade e pelo modelo japonês; mais geralmente ainda, o sucesso dos conceitos rejuvenescidos de cultura, e de valores, e de fórmulas como os projectos da empresa» (Crozier 1994: 46-47).

Emerge, assim, um novo quadro na gestão das organizações, assente em pilares valorativos da competência, inovação e cooperação, no seio do qual a gestão dos recursos humanos passa a ser encarada como uma gestão das pessoas, da mudança e da qualidade (Crozier 1994; Kovács 1992, 1993 e 1994). É neste sentido que se pode constatar que, desde a década de 70 e cada vez mais na década de 90, a cultura organizacional representa uma *entidade* modeladora dos ganhos de produtividade, e do grau de empenhamento dos trabalhadores, o que tem gerado a crença de que a cultura constitui um factor de diferenciação e marca de prestígio das empresas bem sucedidas.

«O estudo da cultura, oferece, porém, pistas importantes para um melhor conhecimento da organização. A cultura é fundamental enquanto processo de adaptação ao meio externo, através dos consensos que logra estabelecer no que se refere às missões, às estratégias, aos critérios de avaliação e mecanismos correctores, como é igualmente fundamental enquanto factor integrador do meio organizacional interno através da criação de padrões de comunicação e de integração, estabelecimento de normas, atitudes e valores e ainda de esquemas cognitivos de interpretação da realidade» (Bilhim 1995: 72).

Pode-se verificar na literatura específica que as organizações têm sido investigadas segundo diferentes perspectivas, recorrendo os autores a modelos de análise de integração cultural e a abordagens da aprendizagem organizativa, e das lógicas de acção estratégica, utilizando frequentemente, a imagem das metáforas (mecânica, orgânica, cultural, da qualidade, do poder, etc.) para explicitar a sua complexidade.

«Nos estudos de gestão comparativa, a cultura é considerada, como variável externa ou interna. Na primeira acepção, ela surge como factor de fundo (quase sinónimo de país), uma variável explicativa ou uma ampla moldura que influencia o desenvolvimento e o reforço de crenças. (...) Uma segunda maneira importante de relacionar cultura e organização é a utilizada pelos investigadores que consideram que as próprias organizações são elas próprias fenómenos produtores de cultura» (Bilhim 1988: 50-51).

«Vista como cultura, a organização é uma mini-sociedade dotada de símbolos e de ritos, de uma linguagem própria, de uma matriz interpretativa comum, de um percurso que a distingue e singulariza. (...) Enquanto cultura, a organização dispõe de meios para se representar e apresentar: uma história, uma identidade, uma linguagem própria, rituais (de entrada, de passagem e de saída), mitos, histórias (sobre como aproveitar oportunidades, superar crises, vencer ameaças, etc.), modelos de comportamentos desejáveis e indesejáveis (heróis e vilões), etc.» (Gomes, A. 1994:284-285).

«A reflexão sobre o que é a cultura de uma empresa é, finalmente, o mais central em termos intelectuais e o mais decisivo em termos práticos. Mesmo esta reflexão não tem sentido se não tratar prioritariamente, não do que deveria ser a boa cultura adaptada aos objectivos da empresa, mas da cultura actual da empresa tal como realmente é, aqui e agora» (Crozier 1994: 50).

Em termos estritos, a abordagem da cultura intercepta a análise dos significados que os actores atribuem aos acontecimentos e aos processos intra-organizacionais, na medida em que, segundo Neves e Jesuíno (1994), o deslocamento da

análise organizacional para o domínio do simbólico coloca em ênfase de que a organização é uma cultura, cuja análise se enquadra na perspectiva etnográfica e se orienta para uma reconstrução fiel da especificidade cultural do espaço sócio-organizacional. Por outro lado, se se considerar que a organização tem uma cultura, admite-se o papel da cultura como variável independente numa relação causa/efeito ou como factor moderador dos comportamentos organizacionais para explicitar, quer o desempenho organizacional, quer a relação dual, entre práticas organizacionais e eficácia organizacional.

Neste sentido, as diferentes perspectivas metodológicas de abordar a cultura vêm também colocar em evidência que o conceito de cultura pode ser caracterizado, por um lado, pela sua dimensão fenomenológica, remetendo a investigação da cultura para as práticas expressas pelos actores e, por outro lado, pela sua dimensão substantiva, privilegiando neste contexto a análise da ideologia, das normas, dos valores que modelam os símbolos e a rede de relações inter e intra-organizacionais (Neves e Jesuíno 1994). Por outras palavras, estas duas perspectivas ilustram a lógica da dicotomia analítica da cultura, sendo de salientar que ambos os paradigmas, procuram explicitar a cultura organizacional pela via dos modelos identitários colectivos, um, através de uma cultura forte e única, onde «a cultura é encarada como processo de integração» (Bilhim 1995: 73) e o outro assente em subculturas, que coloca em ênfase a perspectiva ideológica na análise cultural, onde a cultura emerge «como suporte das estratégias inter-grupo» (Bilhim 1995: 73). Ou seja, a análise da cultura organizacional pode ser efectuada segundo a lógica de uma homogeneidade ou de uma heterogeneidade cultural.

Na tradição dos estudos do domínio da psicologia social, da antropologia, da sociologia das organizações e da gestão, emerge a tese de Schein que se situa no horizonte da homogeneidade cultural, definindo a cultura organizacional como um conjunto de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a relacionar-se com os problemas de adaptação externa e de integração interna e que, por terem funcionado de modo eficiente, foram considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma mais correcta de perceber, pensar e sentir tais problemas. Para Schein, falar de cultura é falar de um sistema de ideias, que cumpre uma função integradora e equilibrada, sendo este modo de conceptualizar a cultura organizacional não distante das noções do domínio antropológico visto que enfatiza a lógica simbólica e de partilha dos significados. Perspectiva-se, assim, na linha do pensamento deste autor que a

cultura de uma organização pode ser analisada ao nível dos artefactos visíveis, expressos nos documentos produzidos ou na tecnologia presente na organização, ao nível dos valores que referenciam as práticas e representações dos profissionais, e dos pressupostos básicos e inconscientes que modelam os valores compartilhados pelos grupos (Bilhim 1988 e 1995; Neves e Jesuíno 1994; Vala et. al. 1994; Nóvoa 1995; Rodrigues 1994; Ferreira 1992; Gomes, R. 1993;).

Ao considerar aqui que a cultura pode assumir um sentido de partilha global das normas e valores, detendo uma lógica construtivista no quadro das situações concretas de trabalho, e enraizada no sistema técnico e na organização da produção, coloca em ênfase a gestão pela cultura, admitindo-se, deste modo, que uma organização tem uma cultura, ou seja, a presença de um sistema cultural, enquanto sub-sistema interno da organização que modela a integração dos trabalhadores e a adaptação da organização no meio ambiente (Neves e Jesuíno 1994).

Em face do exposto, diferentes autores que subscrevem esta perspectiva, enfatizam uma visão funcionalista da cultura, definindo-se como

«o resultado por um lado da lógica do desenvolvimento das estratégias, ou seja da forma como regularmente a organização resolveu os seus problemas de adaptação às mudanças do seu meio envolvente e, por outro lado, da lógica que sistematicamente presidiu à definição das políticas de gestão interna, ou seja, a forma como regularmente se manteve o equilíbrio na organização» (Rodrigues 1994:12).

Entre os modelos de análise da cultura organizacional, que foram desenvolvidos para dar conta da inteligibilidade da questão da integração e da diferenciação, ressalta o modelo dos valores contrastantes de Robert Quinn (1988). Segundo o autor, a partir do modo de percepção dos atributos organizacionais (p.e. estilo de liderança e clima organizacional) e dos valores partilhados e disputados pelos diferentes grupos, identificam-se relações duais, tais como a manutenção-inovação e a descentralização-centralização, que, por sua vez, permitem delimitar tipologias culturais caracterizadoras da diferenciação de modos de gestão nas organizações.

Assim, na óptica de Quinn (1988) os modelos culturais que caracterizam as organizações são quatro. A cultura racional (*rational goal approach*) encontra-se em organizações orientados para a competição, interessando principalmente os líderes o controlo dos resultados, ou seja, a produtividade e eficácia, sendo por conseguinte o planeamento e a fixação dos objectivos os meios para alcançar tais resultados. A cultura de apoio (*consensual or team approach*), caracterizada por uma orientação consensual, emerge em contextos organizacionais cuja liderança favorece a descentralização do poder e facilita a diferenciação das actividades, com um espírito de equipa, na medida em que o sistema é orientado na base da discussão, participação e consenso, ou seja a organização comporta uma lógica orientada na valorização dos recursos humanos. Na cultura de inovação (*developmental or open systems approach*), a descentralização do poder, a orientação prospectiva do meio externo constituem as valorizações da organização. A dinâmica da organização centra-se na inovação, sendo orientada na lógica dos sistemas abertos, para enfrentar novos desafios, através da flexibilidade dos meios, e estruturada pela via da iniciativa individual e pela criatividade. No que concerne à cultura hierárquica (*hierarchical or internal process approach*), a gestão dos recursos humanos decorre através de processos marcadamente burocráticos, com normas e regras de procedimento rígidos. A liderança é conservadora, existindo, por conseguinte, em organizações com uma forte estruturação formal, onde o controlo dos prazos e a estabilidade dos resultados, constituem os fins da organização.

Para Quinn (1988) são as tipologias baseadas no princípio dos valores contrastantes que explicam a integração social dos profissionais, onde a problemática da cultura organizacional é equacionada em função da lógica de permanente adaptação da vida organizacional às mutações do ambiente envolvente.

Neste sentido, coloca-se igualmente aqui em evidência uma separação *quasi-virtual* entre a estrutura e a cultura na abordagem das organizações, constituindo uma situação que parece caracterizar um contexto pluridimensional do investimento dos diferentes grupos profissionais na racionalidade organizacional. Esta situação acaba por enfatizar a visão de uma cultura forte e singular que referencia a integração dos profissionais através de mecanismos de controlo comportamental, sendo os mesmos vistos meramente como geníveis por formas diferenciadas de liderança. Assim, a perspectiva de Quinn não se distancia da noção de cultura de Schein, sendo ela derivada e gerida pelos líderes formais, e

que define um processo de integração organizacional unitário que permite diferenciar uma organização de outra.

Entende-se ainda aqui, uma segunda conceptualização da cultura, a da cultura plural, cuja natureza se define pela presença de subculturas que modelam a heterogeneidade, a diferenciação e a ordem negociada do profissional ou dos grupos profissionais que medeiam as divergências de interesses e objectivos individuais e colectivos. Subentende-se aqui a ordem negociada como um mecanismo de transacção relacional movido pelo perfil da identidade do actor, cuja abordagem ocupa um lugar privilegiado no aprofundamento do quadro analítico da relação indivíduo/organização. No âmbito da bibliografia revisada, este quadro de referências situa-se concretamente numa corrente estratégica, sistémica e cultural, que radica no paradigma da heterogeneidade das subculturas, e que valoriza a dimensão do eixo espacial da organização.

Neste horizonte situa-se uma das teses clássicas da sociologia das organizações, a tese de R. Sainsaulieu (1985-1986 e 1987), que privilegia a noção de que as regras e procedimentos específicos que hierarquizam os actores pelos seus saberes e competência técnica, constituem a fonte primária para a génese de uma configuração cultural plural intra-organizacional. É uma corrente teórica que enfatiza o problema da integração social, das estratégias individuais e de grupo no seio das organizações e que se fundamenta no seguinte pressuposto: A percepção dos indivíduos em relação ao trabalho não radica somente na dimensão técnica, mas passa igualmente pela dimensão afectiva, dos desejos e sentimentos, derivada do quadro das representações que os próprios indivíduos constroem sobre a organização. Ou seja, para o autor, a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural, que se constrói no quadro das relações hierárquicas, responsável pela génese de diversidade de modelos culturais, de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra-organizacional (Sainsaulieu 1987).

Entende-se, assim, a lógica da integração social como resultante de um jogo de interesses que reporta às redes de interacção social construídas na base das identidades grupais, perfilhando-se a perspectiva de que os profissionais são actores e sujeitos com racionalidades próprias. Daí que se possa afirmar que emergem a nível organizacional identidades culturais distintas, que são determinantes na integração sócio-organizacional das estratégias individuais e de grupo, razão pela qual a cultura organizacional não pode ser

analisada de modo dissociado da origem dos actores, nem da liderança formal e informal que define «*não uma realidade unitária e consensual, mas um sistema de acção concreto, com actores sociais lutando por interesses diferentes, num contexto de objectivos conflitantes e descrevendo jogos de poder diversificados*» (Bilhim 1995: 73).

As quatro grandes famílias de modelos culturais traçados por R. Sainsaulieu (1985-1986), resultantes da análise entre as normas de comportamento relacional num contexto empresarial podem ser interpretáveis da seguinte forma. O modelo de refúgio ou retraimento, também designado por alguns autores como o modelo dos desimplicados, ou fugitivos ou retraídos, inscreve-se no quadro cultural daqueles que não detêm quaisquer poderes na organização, partilhando uma valoração utilitarista do trabalho, no sentido material do salário e uma quase ausência de relações colectivas, excepto nos seus círculos de origem, tais como os emigrantes. O modelo de fusão reporta-se aqueles cuja forma de acesso ao poder é pela via grupal, e cujas normas salientam o unanimismo, cultivando o valor de massa e o conformismo. No modelo de negociação, partilha-se o sentido de solidariedade, estando associado aqueles que, apesar de valorizarem as normas democráticas, segregam valores da diferenciação profissional como modo de posse do poder e dinamização de estratégias de enquadramento organizacional. O modelo de afinidades, ou dos excluídos, corresponde aqueles que não detêm uma vida colectiva estável, estabelecendo-se a sua inserção na organização através de mecanismos de valorização dos contextos de diferenciação exacerbada, quer pela via do separatismo quer no modo de afinidades selectivas (entre pares).

No que concerne à visão plural da dinâmica simbólica intra-organizacional, emerge igualmente, no espaço português, a perspectiva de Vala *et al.* (1994), descrita na obra, «*Psicologia Social das Organizações*». Para estes autores, esta heterogeneidade simbólica deriva do modo diferenciado da percepção dos profissionais, nomeadamente no que se refere às dimensões da percepção dos valores organizacionais e do trabalho, procurando os autores evidenciar por esta via as crenças acerca do ambiente organizacional, ou melhor, em relação às práticas organizacionais e à explicação da dinâmica organizacional. Esta situação encontra-se sistematizada num conjunto de dimensões valorativas (burocracia, poder, relações humanas, desenvolvimento e participação) a que se reportam os valores estruturais da organização em função dos valores partilhados pelos profissionais, conforme o exposto no quadro 1.

Na linha de pensamento de Vala et al. (1994), o modo como os actores percebem o controlo organizacional, a avaliação da organização e valores partilhados pelos diferentes grupos profissionais, permite identificar a configuração da cultura organizacional. Ou seja, para estes autores, a cultura de uma organização não é perceptível sem a articulação das matrizes culturais, que veiculam no meio externo, com a simbologia implícita aos factores técnicos, económicos e de poder formal e informal que situam a nível intra-organizacional. É uma perspectiva da psicologia social denominada de abordagem genética que enfatiza as organizações como entidades dotadas de cultura, sendo ela derivada de processos auto-referenciados e produzidos pelos membros da organização. Neste sentido, para Vala et al. (1994) os indivíduos detêm um papel activo na dinâmica intra-organizacional, contribuindo de forma activa quer na modelação dos jogos estratégicos para a partilha de poderes, quer na construção e na transformação da cultura organizacional.

Quadro 1
Valores organizacionais e profissionais, segundo Vala et. al.

Dimensões de valores	Valores da Estrutura Organizacional	Valores Premiados nos Empregados
Burocracia	Estabilidade Normas e procedimentos	Antiguidade Assiduidade Cumprimento dos deveres diários
Poder	Autoridade Organização centralizada do trabalho	Submissão Lealdade Respeito pela autoridade
Relações humanas	Bem-estar das pessoas Bom ambiente	Colaborar Capacidade de criar boas relações
Desenvolvimento	Desenvolvimento tecnológico Mercado Formação	Criatividade Autonomia Realização profissional
Participação	Trabalho em equipa Recolher sugestões Descentralização das decisões Risco	Ter opiniões Intervir Tomar iniciativas

Fonte: Vala et al. (1994:29)

Assim, as organizações representam sistemas de conhecimentos que são utilizados pelos seus membros para perceberem, analisar e classificar os diferentes fenómenos, razão pelo qual, na óptica de Vala *et al.* (1994), a cultura organizacional pode-se apresentar com uma configuração diferenciada e plural, no mínimo com três níveis de conteúdos, tipificáveis em função da dinâmica organizacional, o ambiente do trabalho e o

modo de partilha dos significados simbólicos entre os diferentes grupos profissionais, e que são: cultura de conservação, cultura de orientação tecnocrática e cultura de oposição.

Segundo Vala et al. (1994), a cultura de conservação é partilhada pela maioria dos quadros da empresa, sendo caracterizada pela rejeição aos conflitos de poder, por uma forte interiorização de normas e regras, bem como uma resistência à mudança e inovação. Cultura de orientação tecnocrática que é partilhada pelos quadros de níveis hierárquicos mais elevados, ou seja, por aqueles que detêm o poder formal, cujos valores assentam no princípio do individualismo e da meritocracia, numa clara oposição à cultura de conservação, não se distanciando da tese de R. Sainsaulieu sobre os valores mais difundidos no seio dos quadros. Cultura de oposição, segundo Vala et al. (1994), apresenta um estatuto minoritário, sendo partilhada por aqueles que não detêm qualquer cargo de chefia ou de poder formal, por conseguinte próxima do modelo cultural de refúgio, partilhado pelos operários indiferenciados, segundo R. Sainsaulieu.

Neste sentido, as organizações podem ser entendidas como espaços sociais onde emergem redes de sociabilidade específicas, sendo igualmente interpretáveis como um *locus* onde se confrontam os valores face ao trabalho e ao próprio contexto estrutural da organização, maximizando, assim, a noção de que a organização constitui um espaço estruturado e subjectivo, portador uma matriz cultural plural. Ou seja, o espaço sócio-organizacional não é somente um espaço físico, mas também é um espaço de comunicação, que se dinamiza em função da natureza das interações entre os grupos profissionais.

Na perspectiva de Kinnunen, decorrente da análise da interação entre os grupos, pode-se constatar, nas organizações de serviços de saúde, uma maior proximidade entre as culturas dos gestores e os médicos, distanciando estes dos enfermeiros. Os médicos e os gestores são mais *paternalistas, proactivos, dominantes e privilegiam a lealdade à autoridade. A subcultura da enfermagem distingue-se das restantes por privilegiar a participação, a delegação, a tradição e a harmonia simbiótica no interior da organização* (Nunes 1994:20). Da interpretação da perspectiva de Kinnunen, reforça-se a ideia de profissões como grupos distintos na saúde, cujos membros controlam um conjunto de conhecimentos especializados que os posiciona de modo distinto no trabalho e no sistema de crenças, normas e valores dentro de cada profissão (Nunes 1994; Elliott 1975), facto este que permite sugerir que as organizações tendem a ser entendidas no plano simbólico-estrutural, através da visão plural da cultura organizacional fundada nas culturas profissionais (Quadro 2).

Porém, para alguns autores, a percepção da rede complexa de interações no seio da gestão da cultura das organizações nas sociedades modernas, focalizada numa transição do nível individual para o nível organizacional e intersectada pela dimensão simbólica, enfatiza um conceito integrador, para o estudo das estruturas hospitalares que se designa por identidade das organizações de saúde (Nunes 1994). Segundo Ramanantsoa et al., o conceito de identidade organizacional define-se a partir da seguinte noção:

«A organização compõe-se de seres humanos, que têm uma certa permanência. A acção colectiva numa dada empresa encontra-se, geralmente, marcada por uma lógica corrente que a distingue de todas as outras. Esta lógica constitui-se e afirma-se no tempo. Ela confere à empresa uma certa continuidade; permite, a cada um, identificar a empresa e, em alguns casos, identificar-se com ela» (Nunes 1994: 20-21).

Quadro 2
Subculturas de uma organização de serviços de saúde, segundo Kinnunen

Pressupostos básicos	Subcultura médica	Subcultura de enfermagem	Subcultura de gestão
<u>Relações com o meio</u> Identidade básica Envolventes relevantes Posição face ao meio	Peritos, especialistas Científicos, técnicos Dominante	Ajudantes, apoiantes Sociocultural Harmoniosa e simbiótica	Autoridades públicas Económicas, políticas Dominante
<u>Natureza da realidade</u> Orientação básica Critério de veracidade Orientação temporal	Física, externa Teste científico, autoridade Passado e presente	Física, social Tradições, dogmas morais Passado e presente	Física Autoridades, racional- legal Passado e presente
<u>Essência da natureza humana</u> Natureza básica Mutabilidade	Neutral Mutável no interior do grupo	Neutral Mutável no interior do grupo	Neutral, compromisso dos empregados Mutável no interior do grupo
<u>Natureza da actividade humana</u>	Proactiva, orientada para a acção	Harmonização, ser e tornar-se	Proactiva, mas com orientação externa
<u>Natureza das relações humanas</u> Relações entre as pessoas Relações entre as organizações	Individualidade, competição Paternalismo, colegiais	Colateralidade, consenso grupal Participação, delegação	Colateralidade, autocracia Paternalismo, consulta

Fonte: Adaptado de Francisco Nunes (1994: 21).

Pelo contexto delineado, a definição de uma estratégia de gestão nas organizações de serviços de saúde em função da interpretação da sua configuração identitária, evidencia a lógica da gestão dos valores, situação que não excluiu a noção da gestão da cultura organizacional, enquanto elemento unificador e integrador das subculturas intra-organizacionais. Apercebe-se assim que, ao discutir a identidade organizacional, Ramanantsoa et al. readaptam a perspectiva de uma cultura organizacional única, no sentido de Schein, situação que radica numa perspectiva da homogeneidade cultural para a percepção de uma organização, cuja conceptualização se situa mais no ângulo da explicitação da integração dos conflitos na génese da cultura, do que na procura da *visibilidade* das relações entre as atitudes dos actores e a sua condição socioprofissional.

Numa outra linha teórica, a propósito da mesma temática, destaca-se a concepção de Orton e Weicke sobre as organizações de serviços de saúde, que as caracterizam por uma situação de dupla fragmentação, sendo uma, de carácter externo derivada da incongruência entre as expectativas dos cuidados esperados pelos utentes e as políticas dos governantes, sendo a outra, de natureza interna movida por uma cada vez maior autonomia dos profissionais, e o distanciamento destes em relação à administração (Nunes 1994). Para estes autores, é pela presença desta lógica de fragmentação organizacional que se torna visível a necessidade de uma cada vez maior, intervenção na liderança das organizações de serviços, no sentido de fomentar actividades que possam concorrer para a construção de uma homogeneidade cultural, onde se insere a ideia da gestão pela cultura como modelo de compensação das imperfeições e desconexões, entre o nível intra-organizacional e o meio envolvente (Nunes 1994).

No âmbito das investigações realizadas por Quinn e Cameron, citado por Nunes (1994), que analisaram as crenças e valores de um centro de saúde mental, estes autores consideram que existe uma certa afectação à génese da diversidade dos quadros simbólicos a um eixo temporal, indissociável da própria história da vida organizacional e da sua relação com o meio ambiente.

«(...) as organizações passariam por uma fase de empreendimento, centradas nos valores dos sistemas abertos, seguindo-se uma fase, a de colectivismo, na qual a organização tenderia a privilegiar valores relacionais. A esta segue-se a fase de formalização e controlo, a que corresponde uma deslocação para os processos

internos e para os objectivos racionais. Finalmente, na fase da maturidade, a da elaboração da estrutura, a organização, com a experiência anterior adquirida, tenderia a orientar-se para o exterior, no sentido de renovar» (Nunes 1994:18).

Este exemplo no campo da saúde ilustra que a análise organizacional na saúde deve incidir-se sobre os diferentes aspectos da organização, tais como, as características da sua estrutura, as suas funções, as relações sociais existentes, etc. Verifica-se que, ao abordar os centros de saúde, coloca-se em evidência o carácter polissémico e a *visibilidade* plural do contexto intra e extra-organizacional, na medida em que a realidade simbólico-valorativa é sugerida como um subsistema em permanente interacção com os modelos formais, com as normas e regras e com os objectivos organizacionais.

As perspectivas apresentadas acima concorrem para a construção de uma distinção dual, não só no domínio da racionalização dos recursos, mas também no domínio do quadro cultural e ideológico de uma organização. Isto, porque as perspectivas culturais se movem no seio dum discurso de integração e de reintegração permanente, dito no sentido de Joanne Martin (1992), onde a lógica da diferenciação e da fragmentação emergem na vida organizacional como uma forma cíclica, de certo modo dominante, derivada essencialmente da presença de uma ambiguidade relacional entre os profissionais e os interesses organizacionais. Daí que se parece mais apropriado perspectivar que a dimensão cultural nas organizações de saúde, possa emergir duma constelação de significados e quadros de referência partilhados pelos indivíduos em contexto organizado, comportando uma lógica simbólico-ideológica *flutuante* e plural que interfere na construção heterogerida da(s) identidade(s) da própria organização.

Da conjugação das diferentes perspectivas apresentadas, retira-se ainda a ilacção de que a percepção do funcionamento de uma organização não se encontra dissociada do modo de funcionamento do sistema simbólico intra-organizacional dos actores. É neste sentido que a cultura de uma organização pode ser caracterizado com uma natureza plural, heterogerida, sendo cada modelo cultural definível, no sentido de Vala et al. (1990), como um sistema de significados construídos e partilhados por cada grupo profissional e que servem para interpretar as suas representações e orientar as suas práticas e atitudes. Subentende-se assim que, «*Hoje em dia, o trabalho e a empresa tendem a ser vistos não apenas como espaços de produção de bens e de serviços mas também como espaços de*

produção social e cultural, ou seja como espaços de expressão de subjectividade, de identidade e de integração para indivíduos e grupos» (Kovács 1992:20). Daí que a emergência de uma nova lógica nas dinâmicas organizacionais passa pela afirmação de uma outra visão da organização. Perspectiva-se um nova visão que valoriza o recurso humano enquanto recurso estruturante das relações sociais, fundada no princípio dum social mais qualitativo do que quantitativo, e dum *management* como *«arte do cálculo nos conjuntos complexos abertos, incertos, com parâmetros múltiplos»* (Crozier 1994: 52).

Procurou-se deste modo conceptualizar, que a análise de uma organização reporta-se a subsistemas interdependentes (cultural, técnico, organizacional e de poder), onde a questão das relações sociais e técnicas não são percebidas de modo isolado dos valores sociais, da identidade profissional e das estratégias implícitas nas relações de trabalho na saúde. Neste sentido, a análise da cultura organizacional ultrapassa a mera descrição dos artefactos simbólicos presentes na organização, na medida em que intersecta a noção de identidade profissional com os modelos culturais perfilhados pelos grupos profissionais, donde, falar de cultura organizacional é falar das culturas profissionais, é questionar a identidade profissional.

2.4. IDENTIDADE PROFISSIONAL

Em face do exposto anteriormente, a abordagem da dinâmica intra-organizacional e a objectivação da *visibilidade* social das profissões radicam essencialmente no conceito de actor social, portador de um saber que, no contexto organizado, é mais do que um indivíduo ou grupo, pois representa uma entidade dotada de interesses próprios que actua segundo as lógicas e as estratégias específicas face à realidade do espaço organizacional. Neste sentido, a realidade sócio-organizacional pode ser entendida como uma derivação de um processo de construção que não se distancia das interferências do vivido e do quadro identitário onde se inscreve o próprio actor que, apesar de coexistir, de modo paradoxal, com as estruturas sistémicas da configuração organizacional, as suas lógicas e estratégias não se fundem a uma cultura única. Antes porém, concorrem para maximizar o seu poder simbólico no grupo de pertença, referenciado como grupo profissional e como fonte geradora de uma matriz cultural própria.

Porém, a discussão teórica sobre a gênese da identidade profissional, é uma questão que tem sido objecto de estudos e reflexão de imensos trabalhos, incidindo em áreas distintas que vão desde os fenómenos de poder, à aprendizagem colectiva e se cruzam com a problemática da mobilidade social, conferindo assim à análise da identidade profissional, um carácter de construção e procura permanente de um tipo ideal de formas identitárias com certas características homogéneas.

Em termos estritos, o interesse na discussão em torno das identidades no trabalho radica, por um lado, no pressuposto de que as diferenciações que se operam no seio das profissões (serviços ou indústrias) podem fazer emergir, em função da competência específica de cada uma delas, uma dada cultura ou culturas com características singulares e, por outro lado, a sua discussão permite igualmente elucidar os processos complexos da *visibilidade* social das organizações, e da lógica do espaço estruturado e estruturante, onde a vida quotidiana das profissões se constrói e reconstrói.

Neste sentido, falar de identidade não se resume à abordagem de um fenómeno psicológico ou sociológico de um actor e da posse de uma categoria e/ou nomenclatura socioprofissional. Entender a identidade profissional, enquanto fenómeno sociológico, passa por uma abordagem da relação indivíduo-organização, no âmbito da qual as interações sócio-organizacionais vão estruturando o quotidiano do actores. Mas, a identidade profissional não se confunde com a identidade social, apesar da existência de relações recíprocas entre ambas. A este propósito sistematiza Schnapper, referindo que a identidade profissional reporta-se às categorias identificáveis no sistema de emprego, reenviando a questão à esfera económica, e, quanto à identidade social, esta reporta-se ao domínio do *status social* (Dubar 1995).

Para uma melhor compreensão da gênese do conceito de identidade, importa tecer alguns considerandos sobre as principais tradições de estudos que têm incidido sobre a temática, designadamente o trabalho de Claude Dubar, sob o título de *«La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles»*.

Segundo Dubar (1995), uma primeira tradição teórica, descrita por Durkheim, privilegia o eixo temporal e distingue a identidade individual da identidade social. O ser social é sobretudo um produto da educação, derivado de uma socialização metódica e permanente. Assim, a identidade social é definido na lógica de Durkheim como um sistema de ideias e de hábitos que são experimentados num dado momento e transmitido

gradualmente de uma geração para a outra, podendo incorporar as crenças religiosas, as práticas morais e as tradições nacionais ou profissionais. Neste sentido, na tese durkheimiana, esta forma social assegura a estabilidade do indivíduo na sociedade e no seu grupo social e este ser social constituído precocemente impõe-se sobre o ser individual, fixando os princípios duráveis para toda a vida.

Na linha do pensamento de Dubar (1995), a construção da identidade, segundo a *teoria da prática social* de Pierre Bourdieu, ancora igualmente no eixo temporal, de certo modo próxima da lógica durkheimiana, e que detém como pano de fundo, dois conceitos. O conceito de *campo* que é teorizado como um conjunto de relações objectivas entre as posições fundadas em certas formas de capital. E, o conceito de *habitus* que pode ser traduzido analiticamente como uma força geradora das condutas individuais e grupais, derivado de um sistema de disposições *duráveis* que integram as experiências do passado, mas que funciona em cada momento, como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções. Em relação, a estes dois conceitos, parece ser esclarecedor a seguinte reflexão efectuada por Loic J.D. Wacquant.

«O habitus é um mecanismo estruturante que opera no interior dos agentes, (...) o princípio gerador das estratégias que permitem aos agentes enfrentar situações muito diversas. Produto da interiorização das estruturas externas, o habitus reage às solicitações do campo de um modo mais ou menos coerente e sistemático (...). O habitus é um operador de racionalidade, mas de uma racionalidade prática, imanente a um sistema histórico de relações sociais e por isso transcendente ao indivíduo. As estratégias que "gera" são sistemáticas e, no entanto ad hoc na medida em que elas são "despoletadas" pelo encontro com um campo particular. O habitus é criador, inventivo, mas dentro dos limites das suas estruturas. Os dois conceitos de habitus e de campo são igualmente relacionais no sentido em que não funcionam completamente a não ser na sua relação de um com o outro. Um campo não é simplesmente uma estrutura morta, um sistema de "lugares vazios" como no marxismo althusseriano, mas um espaço de jogo que só existe enquanto tal na medida em que existem também jogadores que participam, que acreditam nas recompensas que o jogo oferece e as procuram activamente» (Bourdieu e Wacquant 1992: 25-26).

Sintetiza-se, assim, que a *teoria da identidade* na lógica *bourdiana* apresenta-se numa perspectiva de dupla articulação, sendo uma fundada numa relativa autonomia do actor na construção do seu futuro em função das apreciações das oportunidades do campo (articulação entre a trajectória anterior e a estratégia), e a outra intimamente relacionada com a incorporação do *habitus*, que implica a existência de uma dialéctica entre a posição ocupada pelo mesmo num campo específico, as disposições herdadas e as lógicas implícitas nas suas práticas (articulação entre a trajectória anterior e a especificidade do campo social).

Na perspectiva analítica de Dubar (1995) equaciona-se uma segunda corrente teórica que privilegia o eixo espacial da construção social, reenviando para a tradição weberiana, visto que considera as identidades profissionais dos actores como efeitos emergentes dos sistemas de acção e como produtos de trajectórias biográficas relacionadas com as actividades colectivas, em contexto organizacional. Assim, para o autor trata-se de uma aproximação sincrónica às identidades do trabalho de Sainsaulieu, na medida em que esta abordagem sincrónica define os modelos identitários de trabalho em função de um conjunto de critérios singulares a cada indivíduo e grupo. Perspectiva-se, assim, uma construção biográfica da identidade profissional em função da análise das relações de poder, das normas e dos valores partilhados pelos actores em contexto de trabalho, designadamente nas relações hierárquicas a nível intra e inter-pares ou grupos.

Por outras palavras, na óptica de Dubar (1995), a perspectiva de Sainsaulieu coloca a identidade profissional como uma variável mediadora na dimensão cultural das organizações, na medida em que a socialização primária dos indivíduos não constitui a fonte das identidades dos actores, mas sim a socialização secundária, sendo esta derivada das situações e das posições estratégicas dos mesmos actores no campo do trabalho, movidos essencialmente pelo impacto das estruturas organizacionais na estruturação do processo de reconhecimento pelos outros, em função dos seus recursos e das relações de poder inscritas num jogo de forças sociais. Coloca-se, assim, aqui em evidência, que na perspectiva de Sainsaulieu a produção social da identidade profissional inscreve-se em torno de uma aprendizagem cultural face à prática do poder no quotidiano do espaço organizacional, não sendo por conseguinte, indissociável dos efeitos das estruturas organizacionais, ou seja, das *«características técnico-materiais da produção, incluindo a hierarquia de saberes e disposições para que apela, nem à natureza dos esquemas prático-simbólicos com que aquelas são diferencialmente apropriadas»* (Pinto 1991: 221).

Porém, ambas as tradições teóricas reenviam a questão da identidade para a construção de categorias socialmente *visíveis*, a partir das quais os indivíduos se definem a si mesmos ou a partir das quais as definições dos outros se equacionam no seu quadro legítimo de referência identitária. Neste sentido, estas duas tradições teóricas colocam em evidência, por um lado, a noção das categorias ditas pertinentes e possíveis que se reportam a uma dada posição social ou categoria socioprofissional e, por outro lado, faz emergir a *visibilidade* de uma trajectória biográfica construída em função da origem social, do capital escolar acumulado e a sua recomposição na esfera do trabalho ou do itinerário profissional.

Claude Dubar (1995) sugere, então, como ideia dominante para a análise da construção de identidades profissionais, a conceptualização de que as transformações se inscrevem num *puzzle* de movimentos colectivos, em resposta a uma lógica espaço-temporal individual distinta. Para este autor, o debate em torno da construção identitária, não constitui uma mera discussão da presença de uma diferenciação de recursos nos mecanismos de socialização, na medida em que tal debate não se dissocia da discussão dos processos que entrosam os indivíduos e as instituições, nem da abordagem da veiculação de um processo simbólico-ideológico na construção social das categorias identitárias. Coloca-se, assim, em evidência que, na óptica de Dubar, a leitura das identidades profissionais deve estar articulada, não só com a análise das dimensões simbólicas que interferem com a socialização, mas, também, com um ângulo de abordagem estratégica subjacente às relações intra e inter-profissionais, sugerindo, assim, uma perspectiva analítica que atende às teses de Erikson, ou seja, a noção de que a identidade emerge de uma dialéctica entre o espaço e o tempo, e que intercepta os efeitos paradoxais das influências geracionais, cruzando a ruptura com a continuidade (Dubar 1995).

«A relação entre indivíduo e espaço profissional é feita de oportunidades estratégicas para a realização de objectivos dos indivíduos, objectivos que contudo dependem dos recursos - cognitivos, afectivos e expressivos - que os indivíduos podem mobilizar, em cada momento. Estes recursos dependem sempre de uma trajectória anterior, não significando isto que o passado determine mecanicamente a visão do futuro (...). As identidades produzem-se permanentemente através de um processo de negociação que (...) pressupõe determinadas disposições em relação ao trabalho, às actividades de formação, à iniciativa de procurar ou

construir um emprego, quer dizer à identidade sócio-profissional» (Oliveira 1995: 154).

«(...) nenhum sistema de constrangimentos técnico-organizacionais impõe, no plano da construção de identidade, os seus efeitos, independentemente do feixe de trajectórias sociais e, portanto, do conjunto de habitus e projectos presentes no espaço social sui generis do trabalho. É por isso que, adjacentermente aos processos de aprendizagem e de "mise en place" social, existe sempre a construção diferenciada de relações ideológicas com o trabalho e com as profissões e é por que passam em grande medida a capacidade de adaptação aos postos, as propensões à reciclagem e reconversão profissionais, à sindicalização, ao protesto e à greve, o grau de conformismo face às injunções do organigrama e mesmo o modo de inserção concreta dos indivíduos nas redes de interação e de sociabilidade no emprego» (Pinto 221-222).

Reconhece-se igualmente nos estudos de alguns autores portugueses que nas relações quotidianas de trabalho se equacionam processos de *visibilidade* social da identidade, cuja manifestação é vinculada aos meios que um actor individual ou colectivo pode dispor a cada momento numa *luta* estratégica. Entende-se também, a importância da percepção das representações e as práticas, nos estudos sobre as identidades profissionais, na medida em que elas permitem objectivar e caracterizar o quotidiano vivido pelos actores individuais e colectivos. De facto, o posicionamento relacional dos actores e o processo de reconhecimento da própria identidade profissional no espaço sócio-organizacional, pode ser perspectivado num sentido dual de transacção, sendo uma de natureza subjectiva porque projecta as acções de cada profissional em continuidade ou em ruptura com um passado reconstituído, e a outra marcadamente objectiva, em virtude de permitir reconhecer a outros profissionais, a legitimidade das suas pretensões na instituição (Dubar 1995).

Na lógica de Dubar, a construção da noção de formas identitárias deriva da reinterpretação duma dupla transacção que estrutura a socialização profissional dos actores, sendo uma de natureza biográfica que reenvia ao eixo temporal a construção da identidade, e a outra relacional, que se reporta às relações dos actores num espaço estruturado. Estas duas transacções, simultaneamente heterogéneas e articuladas, colocam em jogo, por um

lado, uma convergência ou uma heteronomia de interesses e estratégias entre os grupos profissionais e destes com a própria organização e, por outro lado, uma regulação estratégica das relações, dos mecanismos simbólicos, dos recursos subjacentes à objectivação das categorias de referência que não se encontram dissociados da socialização profissional e da composição identitária. Esta ideia da identidade profissional, percebida numa lógica construtiva, não refuta as teses sincrónicas nem as diacrónicas, mas que as actualiza-as através do enquadramento da identidade profissional num jogo, o que reforça uma argumentação, cujo núcleo central se baseia no pressuposto de que, na actualidade, as identidades são forjadas por mecanismos de mudança e de renovação do saber-fazer, facto que confere à própria noção de identidade uma figura não abstracta (Dubar 1995).

Está-se aqui colocado a noção que não parece ser de refutar quer a tese de Pierre Bourdieu, quer a de R. Sainsaulieu para a problematização da integração do actor num espaço social, na medida em que *«As trajetórias profissionais surgem aqui como a objectivação do processo interactivo entre um espaço profissional específico e os indivíduos portadores de recursos sociais, escolares, técnicos e culturais que se movem nesse espaço»* (Oliveira 1995: 155).

Sintetiza-se, assim, que a identidade profissional resulta igualmente de uma dada construção social, assente numa experiência relacional e social do poder, e que se dinamiza num espaço privilegiado de relações derivadas de propriedades de interconhecimento, que se vão actualizando, ora em continuidade, ora em ruptura com o passado construído, no seio dos actores. Reconhece-se, neste sentido, a identidade como *«um produto às vezes estável e provosório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diferentes processos de socialização que conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições»* (Dubar 1995: 111). Daí que se possa afirmar que as configurações identitárias podem estar associadas a fases específicas de uma trajetória biográfica profissional. A fase da construção da identidade está associada ao período do início da formação profissional, a de consolidação relacionado com a inserção e a progressão na carreira, a do reconhecimento ao momento do acesso às áreas de responsabilidade na organização, e a do envelhecimento quando se aproxima ao período da reforma (Dubar 1995).

Então, ao equacionar aqui o carácter construído da identidade profissional, coloca-se igualmente em evidência o protagonismo dos actores num contexto organizado, o

que reenvia a discussão da problemática da identidade profissional para a dimensão estratégica, na medida em que as profissões podem ser perspectivadas e circunscritas sob dois pólos analíticos. Por um lado, as profissões podem ser percebidas como um complexo disciplinar que comporta uma constelação de actividades adstritas a um saber especializado e legitimado pela certificação da competência técnica. Por outro lado, as profissões podem ser perspectivadas como vectores que dinamizam através de processos de profissionalização a emergência de grupos, portadores de uma prática específica, de uma identidade colectiva e de estratégias de reconhecimento social das suas competências, objectivados à criação e o controlo de monopólios de saberes e das formas de organização do trabalho.

Foi pelas razões expostas que se tomou necessário elucidar os princípios relacionais e as estratégias de trabalho entre os diferentes grupos profissionais, o que se introduziu no horizonte da discussão da identidade profissional na encruzilhada da complexidade organizacional e da heterogeneidade simbólica. É com base nesta lógica de funcionamento organizacional que se segue a abordagem dos mecanismos transversais que promovem a acção estratégica dos actores na recomposição identitária das profissões na saúde, para a consistência teórica do presente trabalho.

2.5. ACÇÃO ESTRATÉGICA NA RECOMPOSIÇÃO IDENTITÁRIA

Para a compreensão da acção estratégica na recomposição da identidade profissional no seio do tecido social das organizações, ressaltam aqui em primeiro lugar os contributos teóricos de Crozier e Friedberg (1977), expostos na obra *«L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective»*. Estes autores partem do pressuposto de que existe nas organizações, relações de poder que emergem da dinâmica das estruturas informais e que a própria organização não é mais do que um palco de jogos, no seio do qual os actores sociais interagem entre si e com a organização, em função de uma relação desequilibrada de trunfos, resultantes de uma dada posição hierárquica que cada um possui no seio da organização. Para estes autores uma organização, na acepção de acção concreta, define-se como *«um conjunto humano estruturado que coordena as acções dos seus participantes através de mecanismos de jogo de certo modo estáveis e que mantém a sua estrutura»* (Crozier e Friedberg 1977: 286).

De facto, na linha do pensamento de Crozier e Friedberg (1977) a análise da estratégica das organizações fundamenta-se no facto de os actores se dotarem de objectivos próprios, na presença de uma certa liberdade de acção dos actores, cujas estratégias são sempre racionais, mas derivadas de uma racionalidade de certo modo limitado e contingente, na medida em que o núcleo central da análise estratégica é constituído pelos conceitos de poder, de incerteza e de sistema de acção. Para estes autores, o poder é definido como uma relação que assenta no princípio da assimetria dos recursos e das competências existentes entre os actores. Quanto à noção da incerteza, Crozier e Friedberg (1977) perspectivam que ela deriva da presença de uma certa imprevisibilidade das acções de cada actor. Neste sentido a liberdade de cada actor pode ser entendido como contingente, no sentido de se encontrar limitado pelas regras do jogo da própria organização. Daí que se percebe que o conceito de sistema de acção concreta construído por Crozier e Friedberg (1977) se fundamente no princípio relacional entre os actores, mais não traduz do que o modo como os mesmos estabelecem as regras e as relações de forças que balizam o poder da e na própria organização.

Se as fontes do poder, dito no sentido de Crozier e Friedberg (1977), podem derivar da posse de uma competência específica, sendo este movido da diferenciação posicional ou funcional ou da capacidade para controlar a circulação da comunicação interna nas organizações reportando-se, assim, aos domínios do saber, da ideologia, às regras organizacionais, ao controlo da informação e às relações com o meio, então, no exercício de dada actividade profissional, pode-se equacionar um certo condicionamento da mesma actividade pelo volume e pela estrutura do capital que cada profissional detém e que pode mobilizar a luta pela dominância num dado espaço sócio-organizacional. Por outras palavras, a teoria do poder nas organizações, segundo Crozier e Friedberg (1977), baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são detentores de objectivos próprios, possuindo uma margem de liberdade e autonomia e um sentido estratégico perante a organização. Ou seja, os actores detêm um comportamento activo, de certo modo racional, mas tal racionalidade é definida essencialmente pela posse de competência específica, radicada na recomposição da identidade profissional e pelo poder que dela deriva, influenciando a regulação das relações e oportunidades que lhes são *oferecidas* pelo modo de inserção na organização.

Por outro lado, coloca-se aqui a questão da disputa pelo controlo da previsibilidade no tecido social intra-organizacional, onde a manipulação directa ou indirecta

de tal previsão nas relações não é indiferente aos actores. Isto porque, apesar da omnipresença de uma certa margem de incerteza de cada actor relativamente aos objectivos dos outros, apercebe-se na lógica da teoria do poder nas organizações, «*que quanto maior for a previsibilidade do comportamento de um actor, menor é o poder disponível*» (Ganhão 1993:55).

«Por zonas de incerteza entende-se todo e qualquer problema técnico, estrutural ou social de relevância para a organização e para o qual não existem soluções pré-programadas. Uma avaria numa máquina, um comportamento imprevisível, uma legislação ambígua constituem exemplos típicos de zonas de incerteza. Este modelo sustenta que é sobretudo aqui que se travam os jogos de poder e influência, por que os actores sociais procuram afirmar-se, reforçando os seus poderes e, formando, para tanto, entre si relações de aliança, de coligação ou de antagonismo» (Bilhim 1995:74).

Percebe-se, assim, que os objectivos organizacionais e os objectivos individuais nem sempre se encaixam *à priori* como legos, na medida em que os indivíduos têm opções próprias, donde se pode dizer que a racionalidade intra-organizacional não é homogénea, antes, porém, é plural e deriva de uma diversidade de situações das quais não escapam a posse de competência específica nas relações no trabalho, as regras e as normas, os papéis de autoridade, em suma, os jogos de poder. «*A análise organizacional transforma-se assim, e é essa a expressão proposta, numa análise estratégica. A estratégia joga-se no interior das organizações e é através dela que se tornam inteligíveis os objectivos, as estruturas e o próprio estilo de gestão*» (Bilhim 1995: 74). Esta perspectiva da análise estratégica vem elucidar que tais relações podem ser entendidas como um sistema global de realidades sociais em permanente interacção, interpretável numa lógica do poder e do saber, estruturados com um nível de incerteza, detendo ainda o pressuposto de um quadro sistémico da acção organizada. Daí que nos jogos de poder, o saber derivado de estratégias e possibilidades de recomposição dum corpo de conhecimentos formais adquiridos no estágio anterior ao exercício efectivo da profissão (Carapinheiro 1993), se assume como fonte do poder, facto que reenvia a importância da recomposição da identidade profissional para o contexto da teoria do poder nas organizações.

Contudo, as vantagens que derivam da posse de uma competência específica na resposta às lógicas da incerteza intra-organizacional, só adquire sentido, na perspectiva de Teresa Ganhão (1993), se se verificar a correlação de três critérios sobre a importância do próprio saber, nomeadamente o domínio, a raridade e a necessidade. Para a autora, a necessidade está intimamente relacionada com a questão da incerteza na organização, visto que, quanto maior for o nível de incerteza, mais importante se torna o valor e posse do saber, apesar de que *«a concessão de maior ou menor poder por parte deste está directamente relacionada com o grau de dificuldade do seu domínio, onde a complexidade e iniciativa funcionam como condicionantes»* (Ganhão 1993: 60).

«Na análise da complexidade do domínio tem de se atender ao número da diversidade dos elementos intervenientes na tarefa (...). A iniciativa (...) corresponderá à margem de autonomia do titular da tarefa na adopção de soluções e resolução de problemas. (...) Na raridade do seu saber, que dificulta a substituição a curto prazo, ele encontra o meio de fortalecer a sua posição, de aumentar o poder, consolidando os recursos advenientes da situação» (Ganhão 1993: 61).

No campo da saúde, a obra de Graça Carapinheiro, *«Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares»*, marca um lugar privilegiado de passagem na problemática das lógicas de recomposição do saber em poder. Neste estudo, a autora estruturou um quadro de referência teórico, balizado por um vasto conjunto de perspectivas correlacionadas, que enquadra o hospital como organização a partir da análise da sua não adequação no modelo da burocracia racional de Weber, passando, ainda, pela análise da posição da profissão médica na divisão do trabalho no hospital, concluindo que a *«existência de um sistema dual de autoridade é o mecanismo central para a reconciliação dos padrões de autoridade com as normas profissionais dos médicos»* (Carapinheiro 1993: 48). Para a análise dos mecanismos de controlo social no hospital, a autora adoptou um enquadramento analítico das teses de poder, na lógica de Michel Foucault, B. Turner e J. O'Neill, colocando, assim, em evidência que a regulação da ordem e da política organizacional processa-se através do poder disciplinar do saber médico. Por outro lado, a autora dissecou os pressupostos subjacentes ao exercício da autoridade médica e os limites do exercício de poder dos outros profissionais e dos doentes, decompondo, assim, segundo as linhas das

teses de Strauss et al., os esquemas de negociação que balizam a divisão do trabalho no hospital. A autora fundamentou, ainda, com as teses de Crozier e Friedberg, uma análise estratégica do poder médico, colocando em evidência as formas de poder monopolística da profissão médica sobre as outras e as estratégias delineadas pelos médicos para a construção do monopólio dos saberes e a regulação do mercado da saúde. Em suma, segundo os resultados da investigação de Graça Carapinheiro, «*de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autónoma é a profissão médica*» (Carapinheiro 1993: 53).

Os estudos desenvolvidos por Antoinette Chaunevet, em relação aos hospitais franceses da década de 70, nomeadamente os trabalhos «*Professions hospitalières et division du travail*» e «*Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers*» inscrevem-se igualmente nesta linha de abordagem das características do monopólio da profissão médica. Porém, para a autora a lógica da dominância é explicada pela capacidade dos médicos de regularem a própria organização dos serviços dos hospitais, segmentando estes segundo níveis diferenciados de especialização. Neste sentido, a organização dum hospital segundo a divisão por serviços de medicina, serviços especializados e serviços de tecnologia de ponta não constitui uma mera orientação do poder administrativo na regulação das ofertas, antes, porém, esta segmentação representa um ajustamento das políticas médicas com as administrativas, na medida em que a criação de espaços de produção de cuidados segundo níveis de hierarquização permite aos próprios médicos definirem os critérios de diferenciação funcional a nível intra-grupo profissional, de dominância e de separação profissional em relação a outros grupos, tais como a enfermagem. Entende, assim, Chaunevet, que a organização da produção de cuidados de saúde e o próprio acto médico, deriva essencialmente de uma orientação ideológica da própria profissão médica para a maximização do saber em poder.

Esta problemática da recomposição do saber da medicina em poder dos médicos, foi igualmente analisada na década de 70 por François Robin e Nicole Robin (1978). Segundo os contributos teóricos destes autores, o saber médico adquire efectivamente uma força específica, que se manifesta numa dimensão de poder, através da percepção dos aspectos psicológicos, técnicos, socioculturais e económicos que modelam a prática da medicina.

No contexto económico, o poder médico advém da sua capacidade de influenciar as fontes (critérios) orçamentais, gerando e regulando as despesas de saúde, e maximizando, em simultâneo, e de forma directa e indirecta, a sua influência nos lucros da indústria farmacêutica e da electromedicina (Robin e Robin 1978). Hoje, tal como outrora, esta capacidade de controlo e regulação da dimensão económica pode parecer, *à priori*, possível de gerar uma incongruência com o poder administrativo das organizações de serviços de saúde, designadamente os hospitais. Tal incongruência é de certo modo mais virtual do que real, visto que os médicos procuram desenvolver estratégias de compatibilidade entre o seu poder técnico com o poder administrativo, detido pelos gestores da organização em representação da esfera política ao nível do *locus* organizacional. Aliás, esta questão não se diferencia das análises de Carapinheiro (1993) e de Chaunevet (1972, 1973 e 1978), que explicitam claramente que o saber-poder médico contrapõe-se às lógicas de racionalidade organizacional através do controlo de zonas de rarefação de efeitos do poder administrativo, nomeadamente ao «*nível de especialização das actividades médicas, na possibilidade de constituição de clientela próprias, na angariação de recursos suplementares, na conquista de autonomia, funcional e profissional*» (Carapinheiro 1993: 282).

Na dimensão psicológica e sociocultural, é-lhe conferido o estatuto de “mágico”, “senhor todo poderoso”, capaz de gerar efeitos benéficos, possuidor de um carisma especial, uma aura particular, e um estatuto paternal com «*o direito de tocar nos corpos, (...) a situação privilegiada que ele adopta na sua profissão: de pé e vestido, em frente do doente nu e deitado (...): as relações entre o médico e o doente não são em pé de igualdade*» (Robin e Robin 1978: 13-20). Mas, o carácter tecnicista que lhe é atribuído e conferido pelo saber sobre o corpo, atribui-lhe o estatuto monopolista «*dos tratamentos (a prática da medicina por outros que não sejam médicos é ilegal) — os que compartilham com ele esta responsabilidade são apenas seus auxiliares*» (Robin e Robin 1978: 16-17).

Porém, a lógica da transformação do saber médico em poder, não passa meramente pela posse de conhecimentos, mas também deriva da capacidade de gerar um discurso técnico e isotérico (*cefaleias em vez de dor de cabeça*), que à sombra da ciência, o distancia do *comum dos mortais*, impondo assim pela linguagem a lógica do segredo e à gestão da zona de incerteza do utente, para acentuar o seu poder, remetendo o próprio utente a um estatuto de total ignorância sobre o seu estado de saúde (Robin e Robin 1978).

Mas, a metamorfose do saber médico em poder também deriva de mecanismos iniciáticos em locais apropriados. Como se sabe, a aprendizagem do exercício da medicina, no caso português, é efectuada no espaço laboral dum hospital. Imensas são as teses que referem que este local constitui um lugar específico para a captação da noção dos princípios da hierarquização organizacional da prática médica, cuja análise permite a percepção da integração dos iniciados na lógica da divisão do trabalho na saúde.

«(...) as disposições espaciais dos lugares, para além de traduzirem a supremacia do grupo social dominante, (o princípio do poder médico) sendo os seus lugares os mais inacessíveis e os mais internados no serviço, traduzem também a organização do controlo social, é o que se pode concluir pela posição estratégica de certos lugares, autênticos postos de vigilância dos compartimentos dos doentes» (Carapinheiro 1993:104).

Em termos estritos, a trajectória profissional dos médicos hospitalares pode ser vista *à priori* como uma reificação da socialização recebida no período da formação escolar.

«(...) a aquisição das atitudes e valores é latente no período dos estudos e só se manifesta mais tarde na pós-graduação e nas primeiras experiências profissionais não tuteladas. Então os valores principais da cultura médica, responsabilidade e experiência clínica, interiorizados no período dos estudos, são mais tarde redefinidos em função de situações imediatas» (Carapinheiro 1993: 169-170).

Porém, considerando que os médicos constituem um grupo profissional heterogéneo, com campos de saberes distintos entre as áreas hospitalares e não hospitalares, coloca em evidência outros aspectos transversais na construção da identidade profissional nos médicos, nomeadamente aqueles que se referem a prática dos cuidados de saúde primários. Isto, porque a visibilidade da doença numa perspectiva mais holística, a necessidade de uma tomada decisão mais participada, como se advoga na prática dos clínicos gerais, pressupõe que a lógica dos cuidados de saúde primários assente numa intervenção pluridisciplinar e o envolvimento do próprio doente (Sá 1995), o que coloca em

causa a adopção de uma visão de especialização e atomização dos cuidados no sentido da perspectiva hospitalar (Carapinheiro 1993).

Neste sentido, pode-se dizer que existe uma certa inadequação da socialização médica feita em ambiente hospitalar, e que os médicos de clínica geral constroem e reconstróem os seus universos conceptuais, em função de novos saberes mais adequados às perspectivas da medicina familiar. Aliás, segundo Baszanger,

«os médicos de clínica geral definem a sua inserção profissional em função de quatro princípios: 1. o estatuto atribuído aos elementos transportados pelos doentes para a consulta de clínica geral; 2. o lugar reservado à categorias de saber universitário na construção profissional da doença; 3. o que constitui a especificidade da clínica geral e como os médicos se situam no conjunto dos distribuidores de cuidados; 4. como é encarado o papel do clínico geral na sociedade global e a sua dimensão social» (Carapinheiro 1993: 182).

Perspectiva-se, assim, aqui que se o modo de tratamento específico da doença e a hierarquização das responsabilidades no tratamento (o nível de prestação de cuidados), possam advir da lógica formativa inicial nos médicos, os demais valores, crenças e normas que modelam a identidade dos médicos de clínica geral, não parecem resultar de uma orientação especificamente derivada da formação inicial, mas sim, construídos e interiorizados na trajetória da socialização profissional. No caso dos médicos de clínica geral *«O contacto directo e prolongado com o doente no seu meio coloca os médicos de clínica geral numa posição particularmente favorável (...) os saberes médicos vão-se actualizando pelos contactos com outros saberes»* (Hespanha 1987:197).

Apesar da profissão médica ao nível dos cuidados de saúde primários deter uma perspectiva mais holística, tendente à não especialização e segmentação das tarefas como as profissões hospitalares, não parece à partida que haja uma perda de autonomia no exercício do estatuto e do poder profissional. Pelo contrário, as suas práticas, radicadas numa maior relação holística com o utente e sua família, confere aos médicos um reforço da sua imagem junto dos mesmos, maximizando, assim o saber-poder, situação que, por sua vez, pode voltar a retro-alimentar a capacidade colectiva do seu grupo profissional na negociação e na disputa da liderança natural nos processos intra-organizacionais do trabalho em equipa.

A importância desta diferenciação, faz emergir actualmente no seio das comunidades médicas de clínica geral a tônica dominante dum discurso de emancipação e de diferenciação sobre a medicina familiar face às especialidades médicas hospitalares, apelando à especificidade da formação, não radicada somente na experiência pós-graduada e vivida, mas assente num *curriculum* escolar, ou seja, a sua introdução na formação inicial, conforme o apelo da RCGP (1996) e da OMS-WONCA (1994).

No âmbito da bibliografia revisada, encontra-se outra investigação situada no horizonte da acção estratégica, realizada por Noémia Lopes (1994) acerca das profissões de enfermagem, e que vem aprofundar este espaço de debate e reforça a análise com a problemática da transformação do saber em poder, e a identidade profissional. Segundo a autora, o actual crescimento no investimento dos enfermeiros portugueses para a posse de instrumentos académicos e jurídicos (Licenciaturas, Mestrados e Doutoramentos, Estatutos, Código Deontológico e Ordem dos Enfermeiros), não só se deve à lógica de que tais instrumentos podem legitimá-los como profissionais com uma competência técnico-científica específica, mas, sobretudo, porque tais instrumentos são entendidos como trunfos que lhes podem conferir recursos de poder (Lopes 1994).

Na linha do pensamento de Noémia Lopes (1994) o poder no domínio da enfermagem só ganha sentido real, através da maximização dos saberes na prestação de cuidados, não rotineiros, mas construídos através de práticas específicas divergentes e não ancorados na prática médica, como por exemplo o diagnóstico da enfermagem, que envolve uma forte componente de tecnicidade e de personalização dos cuidados. Subentende-se aqui que é através da *visibilidade* social desta última componente valorativa na prática da enfermagem, que esta profissão investe no distanciamento e reforço identitário, demarcando-se de outras profissões na saúde.

Num outro estudo realizado por Lisete Ribeiro (1995) a propósito das orientações dominantes em enfermagem, confirma-se tal perspectiva, apesar de não se situar na análise estratégica, mas sim no horizonte ético-moral, tomando como base do seu discurso a valorização da especificidade da relação enfermeiro/utente.

«(...) cuidar, sendo uma actividade partilhada com outros trabalhadores da saúde (médicos, trabalhadores sociais), reveste aspectos que são únicos da enfermagem. Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão

autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos» (Ribeiro 1995: 30).

Verifica-se, assim, que no exercício da prática de enfermagem se manifesta uma situação de autonomia privilegiada na personalização dos cuidados que não é senão uma estratégia de instrumentalização profissional para a maximização do poder através do saber, gerada pelos princípios de anti-rotinização e de insubstituibilidade (Lopes 1994), situação que recria aqui uma certa concordância simétrica com a tese de Teresa Ganhão (1992), a propósito da importância da raridade como fonte de poder, através do saber, para controlar as zonas de incerteza na organização.

Todavia, no campo da prática da enfermagem existem igualmente actividades, tais como os cuidados físicos e os tratamentos decorrentes das prescrições dos médicos, que não se encontram dissociadas dum ambiente de rotinização. Tais competências de execução padronizadas que definem igualmente a essência da enfermagem são igualmente geradoras de uma situação de «*não insubstituibilidade, portanto não potenciadoras de recursos de poder. Logo, esvaziam-se as condições relacionais necessárias à transformação dos poderes virtuais em poderes reais*» (Lopes 1995:11). Daí que se ganha consistência a ideia de que a *visibilidade* social de profissões como a enfermagem, ao recair numa lógica da rotinização, faz emergir um quadro de *déficit* de capacidade de disputa no controlo das zonas de incerteza na organização do trabalho, redundando no retorno à lógica de uma profissão auxiliar, como mero colaborador dos médicos ou assistente das rotinas da prática médica (Bates 1979). Ou seja, a actividade de enfermagem detinha na década de 70 um estatuto de precariedade científica face à actividade médica.

A rejeição dos enfermeiros por uma interdependência à profissão médica, estruturada na lógica da oposição entre a decisão clínica e a execução de tarefas, com actos hierárquicos fundados na diferenciação das qualificações face à relação com o doente, não é uma questão de debate recente na profissão de enfermagem. Aliás, esta questão foi igualmente dissecada nos trabalhos realizados por Antoinette Chauvenet (1972 e 1973), a propósito das profissões médicas hospitalares, tal como foi referido anteriormente. Nestes estudos, a lógica do funcionamento hospitalar era fundada numa divisão por especialidade e segmentada por equipas de especialidades médicas. Era a época da tecnicidade da medicina,

onde a função do enfermeiro situava-se ao nível da subordinação ao acto médico, sendo a profissão de enfermagem definida como uma actividade residual, apesar de já se verificar naquele período um crescimento incipiente das tendências para a revalorização da profissão de enfermagem, orientada para uma maior autonomia e participação no serviço, através da valorização do seu papel e do reforço da sua especificidade técnica, com uma componente psicossocial no contacto com o doente (Chauvenet 1972 e 1973).

Contudo, a lógica das correntes teóricas que tem vindo a ser desenvolvida no domínio da orientação do exercício profissional da enfermagem, remontam ao fim do século XIX e inícios do século XX, pois já Florence Nightingale e posteriormente Virgínia Anderson defendiam a *apropriação* do utente e do seu meio ambiente como pedra basilar do trabalho da enfermagem e da sua distinção em relação à prática médica (George et al. 1993). Dicotomia essa que é bem evidente na actualidade, tal como é sintetizado no modelo relacional dos papéis entre os enfermeiros e o pessoal médico, apresentado por Mc Farlane e Castledine, e citado por Lisete Ribeiro (1995), onde evidencia uma tónica do cuidar (visão bio-psico-social) para a abordagem da intervenção da enfermagem na saúde e doença, reservando somente ao médico, designadamente o hospitalar, o papel do tratar (abordagem biomédica). Apela-se, assim, na actualidade para a construção identitária da profissão da enfermagem, através dum mecanismo de socialização inicial evada de princípios valorativos de lealdade, de integridade, de entre-ajuda e de profissionalismo, mas construída de modo diferente e diferenciado das valorações das profissões médicas e que radica, em última instância, na luta pela adopção de uma modelo de prática bio-psico-social *versus* biomédico, ou melhor, numa modificação de orientação da identidade profissional do cuidar em vez de tratar, envolvendo todos os intervenientes (utente, família e instituição).

Sustenta-se aqui a noção de que a recomposição profissional do grupo profissional da enfermagem se processa na ordem lógica da mutação do plano dos saberes em poderes, accionados através de estratégias para o incremento da incorporação de saberes teórico-formais que, em contextos concretos do exercício profissional, mobilizam a desvalorização das rotinas inscritas nos tradicionais saberes práticos que configuravam a matriz identitária da enfermagem (Lopes 1994).

«As enfermeiras, por seu turno, dão preferência às especialidade, desertando da medicina geral. Os serviços de reanimação/ cuidados intensivos gozam de grande

prestígio. E do mesmo modo, o trabalho de dia é melhor considerado, devido às suas tarefas técnicas, do que o trabalho de guarda ou de vigília. (...) Os dejectos, o vomitado, a "merda" é como a morte: ignora-se, repele-se, evita-se, esconde-se, recalca-se... A enfermeira tolera melhor uma ferida nauseabunda do que o cheiro de um vômito. O acto de limpar, tratar, cuidar de uma ferida é mais valorizado do que o de limpar a 'merda' do doente. Porque é considerado um acto técnico. No discurso ideológico da profissão, dá-se muita ênfase ao suporte psico-afectivo, físico, moral e social, a dar ao dente. Mas ao nível do vivido quotidiano, as coisas passam-se de outro modo. Dá a delegação das tarefas 'sujas' ao pessoal de acção médica (ou às 'auxiliares') ou a sua assumpção 'sodomasoquista'» (Graça 1992: 2).

Hoje, o interesse da enfermagem já não radica somente na disputa de um maior reconhecimento da sua posição no seio de uma equipa de saúde. Reenvia-se o seu interesse para a valorização da sua profissão objectivada à consolidação da autonomia profissional no seio de uma equipa de saúde, quer a nível dos hospitais, quer nos centros de saúde. Para alguns autores, baseando-se numa visão simbólico-valorativa de raízes ético-morais judaico-cristãs, é proposto uma distinção da enfermagem em relação a outros profissionais, fundada na posse de princípios básicos de actuação no horizonte de tomada de decisão ética. Encontra-se nesta linha a perspectiva de Bandman e Bandman, que coloca a prática da enfermagem na lógica da ideologização da sua capacidade técnica para a difusão dos princípios de auto-determinação do utente, do bem-estar e da equidade, sustentada pelo lema, a *«participação activa do utente em conjunto com a enfermeira»* (Ribeiro 1995:45). Outros autores, como António Carvalho (1995), adoptando uma tese transversal às teorias da ecologia e do caos, fundamenta o quadro de referência da enfermagem com uma nova ordem do cosmo para a consecução e optimização da saúde do homem. Nesta linha do *caosmo*, a visão dos problemas e das práticas de enfermagem radicam num processo de totalização na leitura do ser humano, conceptualizando como alvo e beneficiário desta profissão, o ser individual e colectivo, a família e a pessoa, o homem biológico e o homem ecológico, em suma, o Antropos e o *aikros*.

«Em enfermagem, as actuações em que nos focamos são aquelas que constituem os desempenhos biológicos, psicológicos e sócio-culturais que são socialmente solicitados e/ou característicos da pessoa/cliente e dos seus pares, e que visam a optimização da sua saúde. Estas actuações podem consistir em ações de prevenção de problemas de saúde potenciais, soluções de problemas de saúde actuais, e/ou minimização das suas sequelas. É assim que entendemos as respostas humanas aos problemas de saúde actuais ou potenciais» (Carvalho 1995: 8).

Assim, na actualidade constata-se a produção de discursos sobre os mecanismos identitários da enfermagem, delineando a sua estruturação em função dos princípios da autonomia e da cooperação e não na lógica de uma actividade em função da prática médica. De facto, mediando-se pelas teses de diferentes autores, coloca-se em ênfase, na viragem do século XX, a ética *do* e/ou *no* cuidar como valor central da enfermagem. Para Lisete Ribeiro (1995), apesar da necessidade de uma interdependência relacional numa equipa de saúde e de participação nas decisões com os médicos, a separação dos pressupostos de não dependência à prática médica encontra-se consubstanciada nos códigos de ética publicados por diferentes organizações profissionais, razão pela qual eles constituem os instrumentos privilegiados na formação inicial dos enfermeiros (temas do curriculum escolar). Contudo a autonomia da enfermagem está, ainda, longe de ser plenamente alcançada...

«(...) o pessoal de enfermagem continua, em toda a parte, a ter dificuldade em fazer reconhecer um domínio autónomo, para além do espírito de 'missão'. O contacto com o doente, tradicional domínio e refúgio da enfermeira, só poderia ser reconhecido estatutariamente se fosse baseado numa qualificação específica. Mas aqui há a concorrência de outros profissionais, nomeadamente da área da psicologia e do serviço social» (Graça 1992: 2).

Em suma, constata-se que o grupo profissional da enfermagem tem vindo a dinamizar um quadro ideológico e identitário que demarca os pressupostos de uma profissão de vocação e maximiza o exercício de *"nursing"* e de *"tender loving care"*, com o poder de

regulação do caos, instituindo uma nova ordem antropossocial, e construindo uma renovação de saberes fundada em atributos que derivam duma matriz simbólico-ideológica do profissionalismo e da profissionalização, que mais não é uma estratégia para a maximização da dependência do utente/doente, acabando por ser uma outra forma de construção da legitimidade do acesso ao poder na saúde e um meio para garantir o mesmo estatuto de inatacável à semelhança do poder médico, dito na acepção de Grasset (Graça 1992:2).

2.6. CAMPO SOCIOPROFISSIONAL

Nos capítulos precedentes, discutiram-se as perspectivas de que a própria organização de trabalho na saúde pode ser entendido como um palco de jogos onde os actores respondem aos interesses (objectivos) da organização de uma forma não dissociada dos seus interesses estratégicos, estabelecendo, ainda, os diferentes grupos profissionais estratégias recíprocas de maximização do saber, na prestação de cuidados de saúde. Ou seja, os profissionais da saúde podem utilizar como trunfos pessoais, a diferenciação gerada pela disputa da posição no cuidar, instrumentalizando em proveito próprio, através do monopólio do saber, uma optimização da sua posição no sistema relacional das fontes de poder. Assim, o poder nas profissões da saúde é sempre uma relação que radica na capacidade dos indivíduos de materializarem os seus recursos para a dominância de um dado contexto relacional na organização e na produção (Chauvenet 1972 e 1973; Carapinheiro 1993).

Porém, ao colocar em discussão o poder das profissões na encruzilhada da cultura nas organizações de serviços de saúde, reenvia-se à abordagem dos sub-sistemas destas organizações, temática que já não constitui um debate recente, detendo uma tradição analítica, desde a década de 70, situado ao nível da produção de modelos sobre o funcionamento racional das organizações e orientados para facilitar a decisão e a acção política dos responsáveis das mesmas. Para Pfeffer e Salancik, a racionalidade organizacional é transversal à lógica dos jogos de estratégias, dos objectivos e dos interesses intra-organizacionais e inscreve-se num paradigma político, sustentando que a lógica da explicação do funcionamento das organizações é mediado por um modelo de dependências dos recursos, na medida em que «os actores organizacionais aliam-se ou combatem-se, alteram

e *negociam*» (Bilhim 1995:76). Assim, uma organização pode ser vista como «*uma pluralidade de detentores de poder (plurality of power holders), cujas forças derivam de uma pluralidade de fontes que se dirigem para a satisfação de uma pluralidade de objectivos (plurality of aim)*» (Bilhim 1995:76).

Neste sentido, a elucidação dos processos simbólicos pode ser igualmente entendida como transversal quanto às formas de *dominação* ideológica da organização do trabalho, apresentando-se como um vector de diferenciação para a explicação dos mecanismos de autoridade e as estratégias de recomposição dos saberes na coordenação do trabalho e no quotidiano do exercício das práticas. Esta perspectiva enfatiza não só a lógica da diferenciação, mas também coloca em evidência a importância dos actores como fontes de influência, quer para explicitar a génese dos valores, quer para enunciar a presença dinâmica da cultura organizacional num dado espaço social, quer ainda, para evidenciar a problemática da acção estratégica movida pela diferenciação da identidade profissional (R. Sainsaulieu 1985-1986 e 1987; Vala *et al.* 1994; Dubar 1995).

Ganha-se aqui o sentido de que se as características intrínsecas dos volumes de capitais adquiridos aquando da formação inicial, enquanto propriedades estruturantes e diferenciadoras entre indivíduos e grupos, reenviam a recomposição do saber num conjunto de poderes e recursos objectivamente utilizáveis pelos mesmos profissionais no espaço dos *possíveis*, então pode-se dizer que as práticas e representações dinamizam-se por efeitos conjunturais, balizado pelas suas estruturas identitárias, as representações e a comunicação que veiculam na organização. Equaciona-se, assim, que a formação de origem dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e enfermeiros, pode projectar-se no modo como os mesmos regulam as suas relações e influenciam as regras de funcionamento da organização. Ou seja, a identidade profissional na saúde pode ser entendida como resultante de uma lógica construtivista, construída e interiorizada pelos indivíduos no decurso de um processo de socialização escolar, mas reactualizável numa dinâmica organizacional que acaba por assegurar uma trajectória individualizada entre os grupos socioprofissionais, onde a complementaridade das práticas se movem apenas por razões lógicas de acção estratégica entre os médicos e os enfermeiros e destes em relação a outros profissionais. Esta perspectiva remete também à consideração que é pelo reconhecimento da importância dos sistemas de valores a nível intra-organizacional, como código, sistema de comunicação e gestão dos jogos de poder e dos interesses individuais, colectivos e organizacionais, que o campo

socioprofissional se materializa, na medida em que a simbolização é o próprio elemento do referido campo, através da qual a vida quotidiana sócio-organizacional se constrói e reconstrói. Considera-se, assim, que o simbólico representa um poder de construção da realidade identitária, e os símbolos constituem instrumentos privilegiados de integração social, ou seja, representam instrumentos de conhecimento e de comunicação que medeiam o consenso e conferem sentido ao mundo social e à reprodução da ordem social (Bourdieu 1989 e 1992).

Partindo do pressuposto de que a análise da matriz simbólica de uma organização não se pode dissociar da análise das relações de trabalho, nem do estilo de vida quotidiana intra-organizacional, perspectiva-se que a análise do sistema simbólico não é mais do que a procura da visibilidade do modo como se definem inter-subjectivamente as normas, as crenças e os valores que referenciam a natureza da cultura e que informam e modelam os jogos de poder, a interacção entre o conflito e o consenso e as representações sobre o campo socioprofissional.

Deste modo, coloca-se na trajectória da materialização do campo socioprofissional, a génese das representações sociais. A linguagem teórica das representações sobre o trabalho é aqui perspectivada em analogia com a tese de Jorge Vala (1986) que segue o entendimento de Moscovici, e não distante da linha dos trabalhos de Denise Jodelet et al. (1989). Isto é, considera-se que tais representações constituem as elaborações cognitivas de um dado grupo profissional em relação aos conteúdos informais e formais da organização, os quais reflectem a situação dos grupos num dado espaço sócio-organizacional. Por outras palavras, entende-se aqui as representações como resultantes de percepções estruturadas, ou seja, como reconstruções da interpretação (re-apresentações) sobre a realidade (objecto), organizadas em função do conhecimento dos contextos e das situações consideradas relevantes para cada actor (Jodelet et al. 1989). Assim, as representações sobre o trabalho constituem um conjunto de significados e sistemas de referências que permite ao actor (indivíduo ou grupo) interpretar e construir categorias de atributos sobre as situações concretas do próprio ambiente de trabalho.

Por outro lado, a génese das representações sobre o trabalho pode ser, então, explicados através dos processos da objectivação e da ancoragem. Ou seja, concebe-se que é através da objectivação dos contextos e dos conteúdos do trabalho que se apreende o modo como a representação se elabora, tendo em conta um processo de triangulação que medeia a

selecção de elementos do real, a sua estruturação e a sua contextualização. A ancoragem destes elementos refere-se ao modo de reenvio da representação para o real, situação que influencia o comportamento dos actores (Vala 1986; Jodelet et al. 1989). Perspectiva-se assim que o campo da representação sobre o espaço sócio-organizacional é organizado segundo a lógica dum núcleo central, que estrutura os elementos conceptuais elaborados em relação ao objecto de estudo, o que contribui para interpretar as funções geradoras (produção de sentido) e a função organizadora (criação de estabilidade dos quadros de referência).

«É que, com esta delimitação, a conceptualização do conceito de representação social pode ser transposta com toda a vantagem para o campo das organizações se considerar que uma representação organizacional traduz um sistema de expressões simbólicas que mediatiza as relações entre os agentes sociais e a organização a que pertencem, ao tornar explícitas e racionais tanto a existência de objectos organizacionalmente relevantes como as redes de relações existentes entre esses objectos» (Ferreira 1992: 27).

Reconhece-se aqui que a *gênese* das representações que os actores constróem sobre os serviços de saúde não se distancia das outras representações sociais, e que constitui um sistema de interpretação que rege a atitude dos profissionais face à organização e que orienta as suas práticas. Perspectiva-se, assim que as representações informam a dinâmica dos fluxos comunicacionais inter e intra-pares, ou seja, modelam a interação simbólica e estratégica entre os diferentes grupos de actores. Admite-se, neste sentido, que o campo das representações produzido pelos profissionais de saúde se reporta directamente às características identitárias dos grupos profissionais e à própria organização, comportando por conseguinte uma hierarquização e elementos valorativos, cuja estrutura não é mais do que objectivação do próprio sistema de representações.

Centra-se, assim, a análise do campo socioprofissional na problemática dos modelos identitários e culturais dos grupos profissionais e numa questão da interpretação das estruturas simbólico-valorativas intra-organizacionais, questionando as atitudes e as representações sobre o espaço do trabalho. Neste sentido, o procedimento para uma análise da dinâmica organizacional deve ancorar num ângulo simbólico que não refuta a discussão das formas de exercício de poder, nem das disposições identitárias que caracterizam cada

grupo profissional, a fim de ser possível perspectivar os seus princípios de apreciação e de acção, os seus estilos de apropriação e de construção do mundo organizacional.

Em face do exposto, o campo socioprofissional pode ser definido como um espaço heterogerido pelos actores e que resulta do campo das representações que os diferentes grupos profissionais constroem, sendo, por conseguinte, operacionalizável em função da explicitação e da racionalização das representações. Isto é, considera-se que o campo socioprofissional é um conceito que reflecte um sistema de interpretações que intercepta, orienta e organiza as relações entre dos diferentes grupos profissionais e estes face à organização do centro de saúde. Isto é, entende-se aqui que é pela caracterização dos objectos presentes no campo socioprofissional, interrogando concretamente as práticas, as atitudes e as representações que modelam as estruturas de sentido e os esquemas de percepção dos actores, que permite alcançar uma adequada interpretação da natureza das culturas profissionais e sua relação com a cultura organizacional.

Percebe-se, então, que se conceptualiza aqui que no seio do campo socioprofissional veicula uma homologia estrutural, derivada de um conjunto de valores e crenças colectivas não homogêneas, construída e partilhada por identidades profissionais distintas e que referenciam de forma estrutural e estruturante os diferentes aspectos da vida organizacional, entre os quais os objectivos, as tomadas de decisão, os estilos de liderança, os modos de organização do trabalho no sentido da cooperação e do consenso. É pelas razões descritas acima, que parece poder definir uma organização de trabalho da saúde como um espaço social específico. Entende-se, deste modo, que as dinâmicas que se engendram no seio do espaço sócio-organizacional da saúde pode ser traduzível analiticamente como um *campo de forças*, dito à moda de Bourdieu (1989 e 1992), na medida em que conferem sentido ao funcionamento do próprio campo socioprofissional da saúde, onde os profissionais de saúde posicionam e interagem, quer em função de um sistema multidimensional representações subjacentes à própria identidade profissional, quer movido pelas diferenciações nomeadamente para a tomada de decisão sobre a prestação de cuidados de saúde, organizadas segundo o volume global do capital escolar que possuem e o peso relativo da recomposição deste capital, enquanto poder no seio do campo.

A noção de campo socioprofissional apresentada maximiza a noção da recomposição de saberes em poderes e o efeito desta nas relações inter-profissionais, na medida em que adquire o sentido de um produto derivado das condições sócio-

organizacionais para o ajustamento das probabilidades objectivas das praticas, e que assegura uma coincidência entre a identidade profissional e a trajectória de vida de cada grupo profissional. Deste facto, permite ainda não refutar aqui a tese de dupla transacção de Dubar (1995), adquirindo o sentido de que a trajectória biográfica dos actores e os mecanismos relacionais intra-organizacionais, a reactualização do aprendido, constituem o fulcro da construção da identidade profissional e a sua integração no campo socioprofissional, intersectando assim as perspectivas de continuidade (lógica do eixo temporal) representada por Bourdieu, da tradição teórica durkheimiana, com as centrada na acção (lógica do eixo espacial) e representada por Sainsaulieu, e que reenvia à origem weberiana. Então, falar aqui da problemática da condição socioprofissional, os modelos culturais adjacentes à identidade profissional, e das representações da lógica do trabalho em equipa, implica mais do que discutir qualquer armadilha paradigmática, mas sim, se traduz na procura da descodificação das relações intrínsecas da vida organizacional e na percepção do perfil simbólico-valorativo dos diferentes grupos profissionais, facto que reenvia a análise dos centros de saúde a uma perspectiva que necessariamente terá que articular as questões formais das informais.

Ao colocar em discussão uma articulação analítica para traduzir as relações implícitas e intrínsecas da realidade sócio-organizacional, parte-se do pressuposto da necessidade de uma renovação do pensamento sobre a racionalidade organizacional, colocando como lugar privilegiado de passagem, uma abordagem das organizações e das práticas profissionais não centrada em exclusivo no desenho da estrutura organizacional, ou nas perspectivas de integração dos actores nas organizações, ou seja, não centrada na discussão das organizações como uma unidade homogénea. Entende-se neste sentido que as organizações devem ser perspectivadas também na lógica da diferenciação e da distinção, onde o factor humano deve ser entendido como um núcleo estratégico, dotado de uma autonomia nos modos de ser e fazer, que ultrapassa a importância dos recursos tecnológicos.

Em função do exposto, está-se colocado a importância da visão plural no quadro do estudo da cultura organizacional, da consideração analítica da estrutura das representações e da identidade profissional nas organizações, na medida em que tal via coloca em evidência as normas e as regras de jogo da ordem negociada, e *«salienta justamente a importância das regras informais na regulação dos comportamentos considerados adequados para a maximização do poder de determinados grupos»* (Carapinheiro 1993: 60-61).

Generalizando esta questão, pode-se dizer que os profissionais de saúde podem ser identificados em grupos mais ou menos homogêneos, tais como em categorias socioprofissionais, mas distintas entre si, que pelas *condições sócio-organizacionais de existência* (atributos profissionais, quadros de referência simbólicos e os recursos do meio), reproduzem ações ou práticas, bem como intersectam com as representações, restringidas ao campo de possibilidades, ditadas pelas mesmas condições sócio-organizacionais. Perspectiva-se aqui que os contextos formais, estratégicos e as relações comunicativas no trabalho na saúde podem ser vistos «*como propriedades estruturais que funcionam como condições para o decurso das negociações (...)*» (Carapinheiro 1993:64), e que tais negociações não ocorrem num vazio estrutural, mas balizadas pela própria natureza comunicativa entre os profissionais e a estrutura orgânica das instituições, que regulam o seu conteúdo funcional.

Emerge, assim, a importância da leitura correlacional da dimensão simbólica, estrutural e estratégica na análise da organização, na medida em que estas vertentes enfatizam a função política e maximiza a noção do poder de regulação no espaço sócio-organizational. Assim, o estudo das culturas profissionais, consubstanciada pela análise das estratégias dos actores e da sua relação com a cultura organizacional, é menos um fim em si mesmo, antes porém, constitui um esquema de mediação que permite colocar em evidência não só os processos de comutação entre os actores e a esfera do trabalho, mas também, a lógica da integração e de diferenciação no sistema organizacional.

Em suma, para falar aqui do quadro simbólico-valorativo dos profissionais de saúde ou da sua cultura, não se traduz nem se reduz a uma simples questão descritiva dos valores que referenciam as práticas e as representações nas diferentes categorias que compõe a profissão na saúde, antes porém, esta questão sobre a matriz simbólica reenvia à discussão da noção das formas identitárias no campo socioprofissional da saúde e da visão plural da cultura nas organizações de serviços de saúde.

3. METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

3.1. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

A eleição de uma estratégia de estudo e o desenho da matriz das fases de uma investigação dependem fundamentalmente do nível de conhecimentos existentes sobre a temática. Na ausência de estudos sobre as configurações culturais, quer organizacional, quer dos profissionais dos centros de saúde portugueses, considerou-se adequada a adopção de uma abordagem não experimental para a presente investigação, optando-se ainda pela estratégia do estudo de caso.

Para a adopção da metodologia de estudo de caso, atendeu-se às perspectivas de Robert Yin (1993 e 1994) sobre a noção de caso e as condições de aplicabilidade do estudo. É de referir em primeiro lugar, que se entendeu como pertinente a eleição desta tipologia de estudo porque se considerou que as relações de trabalho nos centros de saúde constituem um fenómeno social ainda pouco explorado. Em segundo lugar, justifica-se a selecção de um caso em virtude da necessidade de delimitar o número de centros de saúde a estudar, dado que um elevado número poderia fazer submergir a presente investigação num mar de informações e levar à perda do controlo na análise de dados face à multiplicidade das situações a interpretar, a descrever e a comparar. Em terceiro lugar, justifica-se a adopção de um perfil de estudo de caso, na medida em que não subjaz no objectivo da pesquisa a procura de uma relação estritamente no horizonte de causa-efeito entre a situação profissional e os modelos culturais, mas sim, a procura da exploração da relação múltipla entre as diferentes condições de situação profissional, os respectivos modelos culturais e identidades de trabalho e a cultura organizacional.

Entende-se, assim que a adopção do perfil de um estudo de caso justifica-se essencialmente pela natureza da informação que se pretendeu recolher e analisar, circunscrita em espaços sócio-geográficos bem delimitados, constituindo, por isso, uma estratégia de certo modo *ideal* para uma abordagem pormenorizada da unidade de análise com o mínimo de perda de informação. Neste sentido, perspectivou-se um caso com uma configuração múltipla, dito no sentido de *multiple-case design* (Yin 1993 e 1994) e de natureza descritiva, na medida em que para a análise e a avaliação, quer do grau de importância das normas e dos valores de trabalho no seio de cada grupo profissional, quer das diferenças de percepção das características do ambiente organizacional, implica não só

uma descrição pormenorizada do objecto de estudo num dado contexto, mas também se pressupõe a introdução de uma estratégia comparativa, pelo menos entre os profissionais de dois ou mais centros de saúde. Foram, assim seleccionados os profissionais de três centros de saúde, cujos critérios de eleição encontram-se descritos mais adiante.

Em termos de técnicas, para a presente investigação recorreu-se designadamente à entrevista formal (questionário) e informal, sem todavia negligenciar outras técnicas de natureza qualitativa, tais como a observação participante. Como se sabe a observação participante é uma das técnicas de natureza intensiva mais utilizada no domínio antropológico. Na linha do pensamento de Francisco Ramos (1992), observar e participar constituem duas dimensões metodológicas indissociáveis e adquirem o sentido da integração do observador na comunidade em estudo.

«A expressão observação-participante, método ou técnica, de acordo com concepções mais ou menos reducionistas, é uma bandeira “mítica” da parafernália conceptual da Antropologia pós-malinowskiana. Se se levar a observação-participante até aos últimos limites o investigador “nativiza-se”, e “transforma-se o amador na coisa amada”. No meu entender, para se fazer observação-participante não é preciso ir semear batatas, conduzir um tractor, partir lenha, casar com a “informante”. A minha integração foi um processo lento, progressivo e pacífico. Ela foi conseguida no dia em que comecei a ser solicitado para participar nas actividades locais e na resolução de problemas imprevistos» (Ramos F. M. 1992: 56).

Adoptando a lógica da antropologia, em que na ausência de integração não é possível construir e adoptar a observação-participante, importa recordar que as organizações dos cuidados de saúde primários estudadas não constituem um *locus* desconhecido do autor. Completam, na actualidade, cerca de vinte anos de actividade profissional na área da saúde, tendo acumulado conhecimentos diversificados sobre o estilo de vida intra-organizacional dos diferentes grupos profissionais nos centros de saúde. No domínio das actividades profissionais, o autor teve oportunidade de perceber, quer o atendimento dos utentes nas sessões de consulta médica e de enfermagem e nos procedimentos administrativos, quer as actividades colaterais, que vão desde os almoços, os lanches, os

jantares e as festas de natal e de aniversário de alguns profissionais, às jornadas e reuniões científicas. Assim, ao longo de cerca de duas décadas e de uma forma mais intensa nestes dois últimos anos, obviamente com um *olhar diferenciado* de outrora, o autor teve oportunidade de participar e de intervir não só nas reuniões de planeamento e avaliação das actividades, mas também, teve acesso aos espaços privados das relações inter e intra-profissionais, partilhando conversas informais com os grupos de profissionais sobre os mais variados temas, nos mais diversos momentos da vida quotidiana da organização.

Contudo, tendo presente que a mera reconstrução da visibilidade do campo em análise, através de uma visão unilateral do autor, poderia ser incompleta, não se abdicou da aplicação de técnicas mais *robustas* de pesquisa antropológica, sociológica e psicológica para dar conta da problemática simbólico-valorativa do campo socioprofissional. Assim, procurou-se articular a observação directa ou vivenciada, com outras técnicas intensivas e extensivas, o que passou pela aplicação de entrevistas não estruturadas e à aplicação de um inquérito por questionário aos diferentes grupos profissionais, tal como foi referido acima, a fim de aprofundar a qualidade e a quantidade das informações.

Para a operacionalização da estratégia de estudo, centrada numa abordagem quantitativa, que não negligencia os aspectos qualitativos, para a definição das características dos grupos profissionais e a mensuração da hierarquia das suas valorações, foi estruturado um programa de trabalho com seis momentos. Na primeira, procedeu-se à revisão bibliográfica sobre estudos de casos, estudos comparativos, ensaios e artigos. Na segunda fase foi efectuado o desenho do questionário. Ainda, neste segundo momento da investigação, foi delineado um trabalho no terreno, procurando, por um lado, sistematizar novas informações sobre as práticas nos centros de saúde e, por outro lado, executar um pré-teste para a validação do questionário. Na terceira fase, redefiniu-se a estrutura do questionário e a sua aplicação no terreno (recolha de dados). A quarta fase centrou-se na análise de dados dos questionários através de procedimentos informáticos. Igualmente nesta quarta fase, foram efectuadas e analisadas as entrevistas informais. A compilação dos resultados e uma nova revisão bibliográfica foram realizadas na quinta fase. E, por último, na sexta fase desenharam-se as conclusões e as recomendações, encerrando o estudo, com a entrega do trabalho.

3.2. CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

Na análise das organizações distingue-se tradicionalmente uma dicotomia conceptual nos estudos, incidindo uns sobre a estrutura formal e outros sobre a estrutura informal. Aliás, na linha do pensamento de Friedberg (1992 e 1994), a propósito da sua análise sobre os contextos de acção organizada, o nível de articulação formal e informal é fulcral, visto que a estrutura formal não é independente do campo de forças que regulam as práticas, constituindo somente a formalização organizacional uma parte visível dum *iceberg*, onde enraizam as estruturas de poder e os processos de negociação informal. Assim para este autor, os que tratam da estrutura formal colocam em evidência a parte oficial e codificada de uma organização, a lógica do custo e da eficácia dos modos de gestão, e os que incidem sobre a estrutura informal reenviam os seus discursos sobre as práticas, as interações e relações não previstas oficialmente, constituindo, deste modo, uma apresentação dual da realidade organizacional onde a primeira se opõe à segunda.

A perspectiva analítica adoptada nesta pesquisa em relação aos centros de saúde e aos seus profissionais não radica numa conceptualização situada somente ao nível da discussão da estrutura formal de uma organização, pois, se assim fosse, estaria a adoptar uma perspectiva que privilegia de forma unilateral a leitura das mesmas segundo um sistema fechado, reenviando a discussão para a tradição analítica da teoria das organizações assente em princípios quasi-mecânicos, que só têm capacidade para evidenciar, apenas, os aspectos formais das actividades médica e de enfermagem, bem como dos procedimentos da gestão administrativa. Por outro lado, a delimitação, a tal nível de análise, ignora o lado simbólico e reduz a organização a uma entidade sem cultura, à lógica de uma máquina, isenta de erros, ou melhor, isenta de imperfeições humanas, mais parecendo *«uma máquina perfeita capaz de produzir bens ou prestar serviços de forma tão eficiente como um robot»* (Gomes, A. 1994: 284). Contudo, também não pareceu ser pertinente delimitar a discussão ao nível da contabilização da pertinência das valorações, pois, tal opção significaria adoptar uma visão que exclui a discussão da racionalidade dos profissionais e os valores subjacentes à acção estratégica dos actores, situação que parece enviar a construção dos esquemas conceptuais sobre a realidade das organizações a dimensões rudimentares do próprio sistema cultural.

O modelo de análise adoptado na presente investigação para sustentar a *visibilidade* do quadro simbólico dos diferentes grupos profissionais, fundamentou-se numa articulação de conceitos, através de um dualismo conceptual da relação individuo-organização, reconhecendo, quer a importância dos modelos culturais, enquanto sistemas de sentido que orientam as atitudes e os comportamentos dos actores, quer a existência de disposições estruturadas na organização que definem e estabelecem as regras das relações no trabalho. Assim, para a conceptualização e a operacionalização do modelo de análise, adoptou-se um cruzamento de noções e de critérios de ordem multidisciplinar.

Entende-se aqui que as representações, referentes ao campo socio-profissional, derivam de um processo de apropriação e de reelaboração intra-subjectiva do individuo sobre da realidade organizacional, construído e interpretado em função do modo como o individuo se relaciona com o objecto, ou seja, com a construção selectiva, a esquematização estruturante e a identificação do próprio campo socioprofissional, através do qual se materializa e exprime a realidade organizacional (Vala 1986 e de Jodelet et al. 1989).

As atitudes constituem uma pré-disposição individual, construída racionalmente, dito no sentido de Jodelet et al. (1989), assumindo um carácter favorável e/ou desfavorável em relação à dinâmica do próprio campo profissional.

Os valores definem-se no campo socioprofissional como um sistema de preferências que modelam as disposições e as avaliações cognitivas dos actores, sobre as situações de trabalho, orientando os comportamentos dos mesmos numa organização (Vala 1986 e de Jodelet et al. 1989).

Neste sentido, as representações produzidas pelos diferentes grupos profissionais sobre o próprio campo, reactualizam-se tal como as outras representações sociais, em função de processos de objectivação (não existe representação sem objecto), que ancora sobre a atitude, as informações e as reelaborações simbólicas do campo (a interpretação de novos objectos processa-se em função das categorias conhecidas), razão pela qual a cultura organizacional «*não constitui mais do que um conjunto, articulado e coerente, de representações organizacionais e que estas não constituem senão um excelente instrumento de categorização de objectos e de eventos*» (Ferreira 1992: 27-28).

A identidade profissional define-se como um produto às vezes estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e relacional, cuja construção e consolidação está associada à formação profissional, à trajectória numa organização e ao

sistema de valores partilhado que caracteriza um grupo profissional (Dubar 1995). Daí que a cultura profissional pode ser entendida como um sistema de normas, valores e crenças que confere sentido à natureza identitária de cada grupo profissional, às práticas, à comunicação e à gestão dos jogos de poder e dos interesses individuais e colectivos.

Perspectiva-se assim que o campo socioprofissional é uma realidade *exterior* ao indivíduo, detendo um conteúdo onde se manifesta uma relação privilegiada entre certos factores organizacionais (tais como a estrutura e as categorias profissionais), as representações, práticas e atitudes que se dinamizam no seio dos diferentes grupos profissionais.

Entende-se ainda que o campo socioprofissional dinamiza-se numa organização estruturada formalmente na lógica das teses desenvolvidas por Mintzberg (1995). Define-se por estrutura formal do *locus* organizacional como uma derivação da articulação de conjunto de meios para o alcance dos objectivos da organização, que se designam respectivamente por topo estratégico (entidade de comando), linha hierárquica (supervisores dos operacionais), tecno-estrutura (analistas, técnicos de planeamento e elementos do controlo do trabalho), centro operacional (os elementos de base, produtores de bens e serviços) e suporte logístico (unidades diferenciadas de serviços internos). Porém, encontra-se subjacente à ideia da clarificação das características estruturais de um centro de saúde, a perspectiva de que os mesmos podem ser enquadrados numa das configurações organizacionais, sistematizadas por Mintzberg (1995).

Importa salientar que na tese de Mintzberg (1995), a estrutura organizacional simples caracteriza-se por um contexto de centralização favorável ao exercício do controle das decisões e da supervisão directa do trabalho pelo topo estratégico. O poder está concentrado no dirigente da organização que o exerce de forma pessoal. Existe em organizações, caracterizáveis como empreendedoras, onde existem poucas ou nenhuma actividades formalizadas, que não recorrem a processos de planificação e de formação, nem reagem ou procedem a ajustamentos às mutações do meio envolvente.

Na burocracia mecânica, a legitimidade organizacional resulta da pressão da tecno-estrutura no sentido da standardização da concepção de processos de trabalho, e encontra-se em organizações com uma intervenção específica na sua área de afectação. As organizações com este tipo de estrutura designa-se de organização mecanicista, cuja lógica de funcionamento está fundada numa organização racional e standardizada dos processos de

trabalho, detendo ainda uma hipertrofia de graus de hierarquias, articulada com uma mega estrutura de suporte logísticos, a fim de controlar os centros operacionais. Se esta racionalização advém da influência externa, ela designa-se de *instrumento*, e caso seja derivado dos elementos da influência interna, a organização é caracterizável como um *sistema fechado*. Estas organizações caracterizam-se, assim, por uma forte centralização do poder de decisão, por uma pressão exercida pela tecno-estrutura no sentido de uma descentralização horizontal limitada, e por uma comunicação intra-organizacional muito formalizada. As actividades destas organizações são de natureza rotineiras. Tal como refere Mintzberg «a burocracia mecânica é uma configuração estrutural inflexível. Exactamente como uma máquina, foi concebida com um só objectivo» (Mintzberg 1995:377).

A burocracia profissional estrutura-se em organizações onde os membros do centro operacional promovem uma descentralização interna, vertical e horizontal, através dum processo de standardização das qualificações que leva à minimização da influência dos gestores e dos analistas (tecno-estrutura). É uma estrutura que existe em organizações onde o poder está concentrado no centro operacional, fundada no saber e nas qualificações dos operacionais, facto que leva à minimização da tecno-estrutura e da linha hierárquica, e à anulação da supervisão directa do controlo administrativo. Todavia, em virtude da exacerbação da pressão do centro operacional para um profissionalismo, existem nas organizações profissionais, um incremento da dimensão dos suportes logísticos para apoiar, os profissionais especializados (Mintzberg 1995).

A estrutura divisionalizada é caracterizada por uma configuração que favorece a descentralização vertical e a concentração do poder nas unidades, sendo promovida pelos gestores da linha hierárquica. Porém o poder que é sedimentado nas unidades ou divisões, é mais virtual do que real, na medida em que existe somente uma relativa autonomia no funcionamento das mesmas unidades. Aliás, segundo Mintzberg, as organizações divisionalizadas configuram-se segundo a lógica mecanicista, na medida em que a definição das estratégias e o controlo financeiro são delineadas pelo topo estratégico da sede central e a forma de coordenação da organização desenvolve-se pela standardização dos resultados, ou seja, é orientada no sentido do produto (Mintzberg 1995).

A concepção de uma estrutura organizacional adhocrática destina-se à permanente inovação, onde não há lugar para outras formas de standardização das normas e procedimentos, dos resultados e das qualificações. Daí que Mintzberg classificou as

organizações que detêm esta estrutura como organizações inovadoras. Nesta estrutura o poder radica nos especialistas do suporte logístico, e que actuam sobre a linha hierárquica e o centro operacional, conduzindo à ocorrência da criação de equipas multidisciplinares. A divisão do trabalho na adhocracia apresenta-se sob uma forma dual, sendo uma no plano vertical e outra a nível horizontal. Os grupos trabalham em projectos, cuja realização implica, no plano vertical, uma ausência de controlo burocrático, ou seja, uma total autonomia no trabalho, e no plano horizontal, um permanente flexibilidade e polivalência funcional. O modelo da adhocracia existe em organizações onde veicula uma forte influência do pessoal de apoio nos processos de tomada de decisão. Assim, na configuração adhocrática, existe um certo ajustamento mútuo entre os profissionais de especialidade diferenciada e uma coordenação interna nas equipas (Mintzberg 1995).

Para Mintzberg, ainda é possível introduzir uma outra tipologia nas configurações, baseada na avaliação do grau de influência da ideologia, dito no sentido dos valores partilhados na organização, e que classificou-a de missionária. Na linha do pensamento do autor, estas organizações caracterizam-se pela força dominante dos objectivos da missão sobre os objectivos do sistema organizacional (Nizet e Pichault 1995). Nestas organizações a coordenação das tarefas processa-se através da standardização das normas, cuja convergência é assegurada pela força da ideologia. Neste sentido, os valores, as normas e as crenças predominam nestas organizações, sobrepondo-se às configurações estruturais e aos parâmetros de concepção formais, e que constitui o estado mais puro da descentralização do poder de decisão (Nizet e Pichault 1995).

Em resumo, entende-se aqui que através da descodificação da configuração da estrutura formal dos centros de saúde permite, não só avaliar as características da regulação normativa e jurídica do ambiente trabalho, mas também, constitui uma via para o reconhecimento do grau de formalização da influência dos actores externos e internos, na dinâmica organizacional dos serviços de saúde da administração pública portuguesa. Por outro lado, a adopção destes parâmetros de concepção organizacional permite focalizar o enquadramento jurídico e institucional da especialização do trabalho na administração pública, do endoutrinamento da ideia de equipa na saúde, do reagrupamento dos postos de trabalho em unidades diferenciadas, da dimensão destas unidades, dos sistemas de planificação, dos mecanismos de ligação e da centralização e/ou descentralização que interferem nas atitudes e nos quadros de representações dos profissionais.

Em função dos critérios conceptuais adoptados, inspirando-se ainda nos trabalhos realizados por Vala et al. (1994) sobre a cultura organizacional, que maximiza a importância da identidade profissional e a sustentação de que as transformações numa organização derivam de processos de negociação constante, onde os actores não são alvos, mas constituem as principais fontes de influência, readaptou-se uma estratégia analítica do perfil simbólico-estrutural de um centro de saúde, através da operacionalização do modelo de campo socioprofissional, sendo este construído por três dimensões organizacionais: controlo organizacional, ambiente de trabalho e valores organizacionais.

A dimensão do controlo organizacional reporta-se à explicitação da natureza burocrática da organização dos centros de saúde, contendo duas componentes: a das influências intra e extra-organizacionais sobre as práticas que aí se dinamizam. Ou seja, a estrutura das componentes desta dimensão são baseados nos indicadores da caracterização do carácter funcional da organização (influências externas e internas), atribuídos pela reelaboração da imagem percebida e detida pelos profissionais sobre o mesmo (Vala et al. 1994).

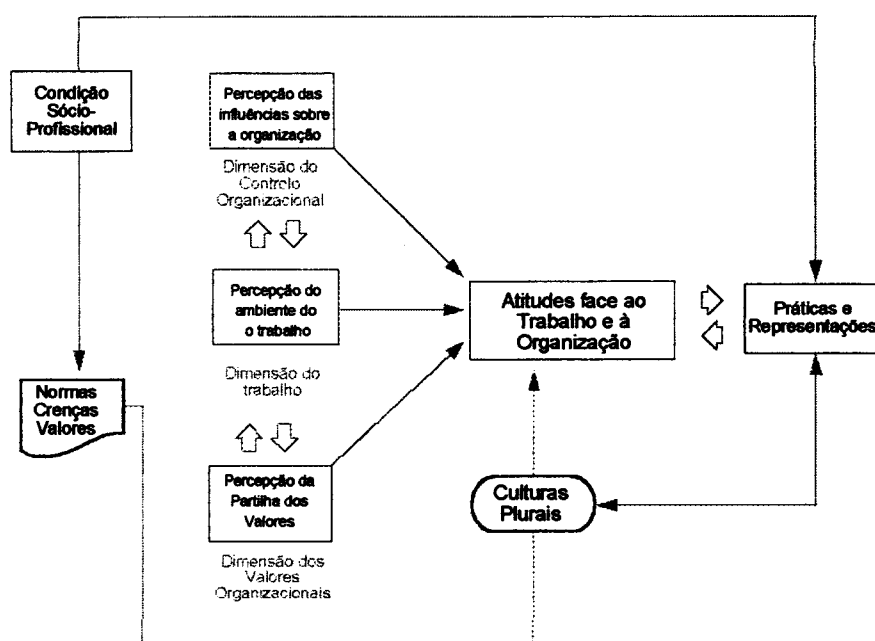
O ambiente do trabalho é caracterizado pelas componentes estruturantes que interferem nas práticas que se dinamizam nos centros de saúde, sendo traduzidas pelas vertentes das relações intra-específicas no trabalho em equipa, nomeadamente no que concerne às influências das relações inter-grupos profissionais, ao modo da aceitação das regras de jogo, às normas que aí veiculam e às condições físicas de laboração. Nesta dimensão, os indicadores reportam-se às características técnicas e relacionais atribuídas ao trabalho (Vala et al. 1994) no centro de saúde.

A dimensão dos valores organizacionais reporta-se aos componentes estruturantes da simbolização do campo socioprofissional, comportando as que se referenciam como *ideais* para as práticas intra-organizacionais, os objectivos colectivos e a função social da organização. Os indicadores que estruturam esta dimensão radicam no tipo de valores que emergem como predominantes sobre a percepção do que é mais relevante para a organização (Vala et al. 1994).

Para efeitos de observação e de medição, considerou-se como variáveis *independentes* as que caracterizam as dimensões analíticas do modelo teorizado, tais como o controlo da organização, as relações hierárquicas, as condições de trabalho, as motivações, as recompensas e a satisfação face ao trabalho, etc., bem como as de natureza sócio-

demográfica, de inserção sócio-organizacional e profissional, designadamente, o sexo, a idade, o local de trabalho, a antiguidade na profissão e na carreira, a pertença a uma equipa de trabalho, a uma associação sindical e ou profissional. A variável *dependente* corresponde aos scores de atitudes expressas pelos inquiridos, cuja génese é conceptualizada como uma derivação das relações de *interdependência* entre as variáveis *independentes*.

Esquema 1
Modelo de Análise da Estrutura Simbólica do Campo Sócio-profissional



3.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

A população-alvo do presente estudo é constituída por todos os profissionais que desempenham as suas funções nos centros de saúde do Distrito de Beja. Para estudar esta população-alvo, considerou-se necessário e pertinente face aos objectivos de estudo e às condições impostas pelo contexto regional e sectorial, a adopção da estratégia conhecida por *multiple-case design* (Yin 1993 e 1994). Isto é, decidiu-se seleccionar uma amostra de profissionais através da construção de um caso "virtual", elaborado com base nos centros de saúde do Distrito de Beja e a partir dos critérios que normalmente são utilizados na avaliação das actividades dos centros de saúde. Esta estratégia foi ainda considerada necessária dado

à dificuldade de estudar profissionais integrados em centros de saúde completamente diferentes no que se refere à sua dinâmica organizacional e de actividades. Por exemplo, nem todos os centros de saúde possuem idênticos programas de actividades e ofertas de serviços (internamento e meios complementares de diagnóstico). Neste sentido, a homogeneidade das actividades, da oferta dos serviços e a organização das mesmas foram consideradas como essenciais para o presente estudo. Assim, a amostra estudada é constituída pelos profissionais que trabalham em três centros de saúde e que foram seleccionados com base nos seguintes critérios:

- a) Actividades dos centros de saúde, em consonância com os 46 indicadores de saúde (ver Anexo).
- b) Similaridade nos resultados das actividades desde 1993 a 1995, (período do último plano de actividades pluri-anual).
- c) Pleno funcionamento do centro de saúde, ou seja, com todas as equipas de saúde em actividade de 2^a a 6^a.
- d) Pelo menos 50% das equipas devem funcionar no mesmo horário e no mesmo local (sede do centro de saúde).
- e) As equipas referidas na alínea b) devem ser compostas, cada uma delas, por um médico, um enfermeiro e um administrativo.
- f) A antiguidade das equipas, referidas em b) e c), seja no mínimo de cinco anos. Isto é, os profissionais das equipas devem trabalhar em conjunto pelo menos desde 1991, data do primeiro plano de actividades integrado dos centros de saúde do Distrito de Beja e da generalização da prática em equipa nos mesmos centros.

A população-alvo é composta por um total de 767 profissionais, integrados em 14 centros de saúde à data do início da pesquisa (1995), conforme os registos da base de dados do Núcleo de Gestão de Pessoal da Coordenação da Sub-Região de Saúde de Beja. Em termos de distribuição por categorias profissionais, 21.6% são médicos, 23.3% pertencem à carreira da enfermagem, 25.8% são administrativos e 29.2% pertencem a outros grupos profissionais. Esta população é ainda caracterizada pela presença de uma maioria do sexo feminina (72.1%) nos seus recursos humanos (Quadro 3).

Quadro 3
Caracterização da população, segundo a profissão e o sexo

Grupos	Sexo				Total	
	Fem		Masc			
	v. abs	% (*)	v. abs	% (*)	v. abs	% (**)
Médicos	86	52.4	78	47.6	164	21.6
Enfermagem	141	79.7	36	20.3	177	23.3
Administrativos	160	81.6	36	18.4	196	25.8
Outros profissionais	160	72.1	62	27.9	222	29.2
Total (v. abs)	547		212		759	
Total %		72.1		27.9		100.0

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Nota: Cálculos próprios. Total de 767 efectivos em 1995. 8 casos omissos.

(*) % em linha

(**) % em coluna.

Assinala-se, também, que a idade média da população-alvo é de 45.12 anos, sendo o desvio padrão na ordem dos 10.52. De notar ainda, que, em termos de antiguidade na carreira, a média total da população-alvo situou-se na ordem dos 15.71 anos e o desvio padrão em 6.66. Quanto à antiguidade nos centros de saúde, a média total da população-alvo é de 19.11 anos e com um desvio padrão de 7.87 (Quadro 6).

Em função dos critérios adoptados, para a construção do caso e a consequente amostragem das unidades primárias recorreu-se à classificação hierárquica de uma matriz de dados (14*14), estruturada a partir das similaridades entre a distância euclidiana quadrática de 46 indicadores de saúde (ver Anexo), correspondente aos resultados das actividades dos 14 centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja, no período de 1993 a 1995. O número de *clusters* que melhor traduziu o objectivo da construção de agrupamentos de unidades primárias, correspondeu ao $k=5$. O *cluster* 1/5 é formado pelos centros {1, 2, 5, 9, 13}, o *cluster* 2/5 pelo {3}, o *cluster* 3/5 pelo {4}, o *cluster* 4/5 pelos {6, 7, 8, 10, 11, 12} e o *cluster* 5/5 pelo {14} (Quadro 4 e Gráfico 1).

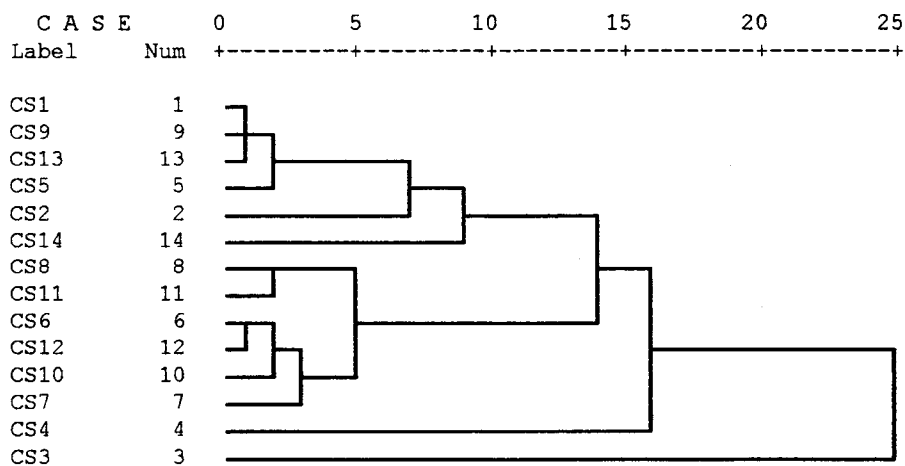
Baseando-se essencialmente na escolha do agrupamento com o maior grau de homogeneidade interna, foi escolhido o *cluster* 1/5. Todavia, atendendo que nem todos os 5 centros que compõe o *cluster* 1/5 obedecem à globalidade dos parâmetros definidos para a construção do caso, foram excluídos para a composição final do caso, os elementos 2 e 9. Assim, o caso eleito, ou melhor, a amostra final é constituída pelos profissionais dos três centros de saúde, identificados como os centros 1, 5, e 13 do *cluster* 1/5. Para efeitos do presente trabalho, foi atribuído aos mesmos a designação de A, B e C.

Quadro 4
Aglomeração dos centros de saúde, segundo o método de Ward

Estádio	Cluster 1	Combinado Cluster 2	Coeficiente	Estádio em que o Cluster aparece pela 1ª vez		Estádio seguinte
				Cluster 1	Cluster 2	
1	1	9	15,708452	0	0	3
2	6	12	32,033489	0	0	5
3	1	13	49,432133	1	0	4
4	1	5	71,407936	3	0	9
5	6	10	94,818382	2	0	7
6	8	11	119,277596	0	0	8
7	6	7	145,871750	5	0	8
8	6	8	180,826538	7	6	11
9	1	2	226,796768	4	0	10
10	1	14	277,974670	9	0	11
11	1	6	351,701782	10	8	12
12	1	4	433,383911	11	0	13
13	1	3	559,000000	12	0	0

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.

Gráfico 1
Distâncias entre os centros de saúde que se combinam



Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.

Nota: Agregação, segundo o método de Ward, com a distância euclidiana quadrática.

O número total de unidades elementares que compõe a amostra foi fixado em 202 profissionais, dos quais 53 pertencem ao centro de saúde A, 105 ao B e 44 ao C, reportando-se estes elementos aos efectivos em serviço 1995. Contudo, no presente estudo não foi possível obter a globalidade das respostas previstas na recolha da informação com o questionário, tendo apenas alcançado um conjunto de 85 válidos, ou seja, cerca de um terço.

Dos centros de saúde que foram englobados no estudo, 29.4 % dos inquiridos pertencem ao centro A, 31.8% ao B e 38.8 % ao C. Em termos globais, a maioria

dos inquiridos é do sexo feminino (78.8%). A média de idades é de 41.5 anos, situando a distribuição das idades num intervalo de valor mínimo de 24 anos e num máximo de 67 anos. O desvio padrão das idades é de 7.26. O maior grupo etário é o dos 45 e mais anos (30.49%). De notar que a média de idades na amostra é inferior à da população, com uma diferença de cerca de 4.58, registando-se uma situação idêntica nos valores de desvio padrão, cuja diferença é na ordem dos 3.26 (Quadro 5).

Quadro 5
Caracterização dos inquiridos

1.	Centros de Saúde de pertença		6.	Antiguidade no Centro de Saúde	
	A	29,4 %		1 a 9 Anos	34,9 %
	B	31,8 %		10 a 14 Anos	24,1 %
	C	38,8 %		15 a 19 Anos	15,7 %
				20 e mais	25,3 %
2.	Sexo		7.	Local de Trabalho	
	Feminino	78,8 %		Sede Centro	68,2 %
	Masculino	21,2 %		Extensão	29,4 %
				Outro local	2,4 %
3.	Grupos Etários		8.	Pertença a Equipa de Saúde	
	20 a 34 Anos	13,41 %		Sim	67,1 %
	35 a 39 Anos	28,05 %		Não	32,9 %
	40 a 44 Anos	28,05 %			
	45 e mais	30,49 %			
4.	Grupo Profissional		9.	Pertença a Associação Sindical	
	Médico	27,1 %		Sim	65,9 %
	Enfermagem	21,2 %		Não	34,1 %
	Administrativo	36,5 %			
	Outro Pessoal	15,3 %			
5.	Antiguidade na Carreira		10.	Pertença a outras Associações	
	1 a 9 Anos	31,7 %		Sim	33,7 %
	10 a 14 Anos	26,8 %		Não	66,3 %
	15 a 19 Anos	17,1 %			
	20 e mais	24,4 %			

Fonte: Inquérito.

Constata-se que a 31.7% dos inquiridos têm menor ou igual a 9 anos de antiguidade na carreira e que 34.9% dos mesmos inquiridos encontram-se à menos de 10 anos nos centros de saúde. A média da antiguidade na carreira é de 14.21 anos, sendo a referente à antiguidade no centro de saúde de 13.67 anos. De salientar que a média de antiguidade na amostra, quer ao nível do centro de saúde, quer ao nível da carreira é inferior à da população (Quadro 6 e Gráfico 2), com uma diferença de cerca de 1.5 para o caso da

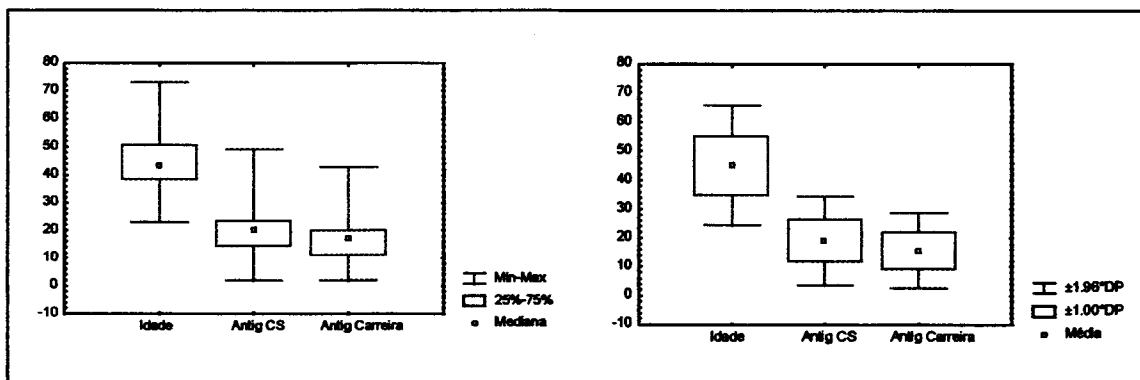
antiguidade na carreira e de 5.44 para a antiguidade no centro de saúde. Igualmente é de referir que existe uma situação semelhante nos valores de desvio padrão, sendo, todavia os valores da amostra superiores à da população, de tal modo que a diferença na antiguidade na carreira é de cerca de 1.1 e na antiguidade no centro é de 0.25. Verifica-se, ainda, que predomina na amostra os inquiridos dos 35 a 44 anos (56.1%) e que detêm menos do que 15 anos de carreira (58.5%) e de antiguidade na organização (59.0%) (Quadros 5 e 6).

Quadro 6
Caracterização da população e da amostra, segundo as antiguidades e a idade

	Antiguidade na Carreira		Antiguidade no CS		Idade	
	População	Amostra	População	Amostra	População	Amostra
Média	15,71	14,21	19,11	13,67	45,12	41,54
Erro Padrão	0,24	0,86	0,28	0,88	0,38	0,80
Mediana	17	12,5	20	13	43	40
Moda	20	9	22	9	43	42
Desvio padrão	6,66	7,76	7,87	8,02	10,52	7,26
Variância	44,36	60,19	61,94	64,34	110,71	52,72
Kurtose	-0,10	-0,53	0,65	-0,75	0,00	1,39
Assimetria	0,07	0,42	0,34	0,32	0,64	0,69
Mínimo	2	1	2	1	23	24
Máximo	43	33	49	32	73	67
N.º Casos válidos	754	82	763	83	767	82
Casos omissos	13	3	4	2	0	3

Fonte: Inquérito e Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Gráfico 2
Representação inter-quartil da idade da população-alvo (Box & Whisker Plot)



Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Em termos de distribuição por grupos profissionais, verificou-se que o maior grupo da amostra pertence à área administrativa (36.5%), seguindo-se o pessoal médico (27.1%), o de enfermagem (21.2%) e em último lugar, o restante pessoal (15.3%). Deste facto, revela uma situação que não parece seguir o observado na população-alvo, nomeadamente

quanto aos grupo dos outros, que representa o grupo com o maior peso percentual (29.2%). No que concerne aos seus locais de trabalho, a grande maioria dos inquiridos desenvolvem a maioria das suas actividades na sede dos centros de saúde (68.2%), sendo 29.4 % os que laboram nas extensões de saúde e 2.4% em outros locais (Quadro 5).

É ainda de acrescentar que 67.1% dos inquiridos desenvolvem a sua actividade inseridos numa equipa nuclear de saúde, e somente 32.9% é que trabalham noutros moldes de organização de trabalho. De notar, também, que 65.9% dos inquiridos encontram-se sindicalizados e que 33.7 % declararam pertencerem ainda a outro tipo de associação (Quadro 5).

Atendendo a Assael e Keon, «a validade de uma sondagem é função do seu erro total» (Vicente et al. 1996: 78). Como se sabe, há muitos erros não controláveis nos processos de amostragem, e mesmo que uma amostra tenha sido extraída segundo os critérios de aleatoriedade, nem sempre é fácil de contornar a emergência de alguns enviesamentos, nomeadamente, aqueles que advêm da introdução pelos entrevistadores de uma selecção intencional dos entrevistados, em vez da selecção aleatória conforme o plano de amostragem, e aqueles que sejam derivados das não respostas oriundas da não colaboração dos entrevistados.

No caso da presente pesquisa, tal como foi referido anteriormente, não foi sido possível obter o número total das unidades elementares previstas. Assim, procurou-se verificar a representatividade da amostra real, cujos elementos correspondem a 42,0% do previsto. Para a verificação desta representatividade, calculou-se a diferença entre estimativas observadas na amostra e os correspondentes parâmetros da população. Por outras palavras, comparou-se as médias das variáveis correspondentes à antiguidade na carreira e na organização, bem como à idade dos actores, com as correspondentes da população. Justifica-se a selecção destes indicadores, na medida em que atendendo à linha teórico-metodológica delineada, admite-se a influência dos efeitos geracionais na dinâmica intra-organizacional e na génese de clivagens culturais, não só entre os grupos profissionais diferenciadas, mas também, entre os mais novos e os mais velhos na organização.

Sendo conhecido a média, a variância e o desvio-padrão das referidas variáveis na população-alvo, adoptou-se pelo teste de significância da amostra, através do estudo comparativo das médias da amostra com as da população. Foi formulado um ensaio de hipótese, admitindo como ponto de partida de que não existem diferenças significativas

entre as médias da amostra e as da população, nomeadamente quanto às idades, à antiguidade na carreira e nos centros de saúde.

Atendendo que as variáveis em estudo são de natureza intervalar e que é conhecido a variância (σ^2) e a média (μ) de cada uma delas na população, utilizou-se o teste estatístico para comparação de médias, designado de teste de Z, a fim de analisar a situação. Como regra de decisão, considerou-se um nível de significância de 0.05. Após a realização dos cálculos obteve-se para a antiguidade na carreira um valor de Z_{01} igual a -0.02484; para a antiguidade no centro, um valor de Z_{02} correspondente a -0.07575; e para a idade um valor de Z_{03} igual a -0.03759.

Dado que os diferentes valores do teste observado situaram dentro do intervalo da região de aceitação ($T \in RA$), ou seja, entre $-1,96 < Z_{\alpha} < 1,96$, então, é de admitir que, correndo um risco de 5% se aceita a hipótese nula, concluindo, assim, que não devem existir diferenças significativas entre as médias da amostra e as da população, quanto às idades, à antiguidade na carreira e no centro de saúde.

A constatação deste resultado, obviamente que não garante que não haja a possibilidade de ocorrer enviesamentos não previstos. Contudo, apesar de ter conferido a este estudo um carácter mais analítico-descritivo do que explicativo, o facto de existir uma certa similaridade entre as diferentes médias da amostra e as da população, confere alguma margem de segurança para as possíveis generalizações que houver lugar nesta pesquisa.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Apesar do autor deter uma vasta fonte de dados derivada da sua observação vivenciada nos centros de saúde, para a testagem da hipótese de estudo o principal instrumento de recolha de dados apoiou-se na técnica extensiva. Porém, este facto não excluiu o recurso a entrevistas não estruturadas, nomeadamente para o aprofundamento e para a aferição da coerência das informações recolhidas de forma extensiva com as de natureza intensiva. Aos entrevistados, foi somente colocado uma única pergunta: «*O que é que pensa sobre o trabalho no seu centro de saúde?*».

Para a construção do questionário foi tido em consideração, não só o quadro de referência teórico, mas também as informações que o autor dispõe sobre a organização,

para além de se ter contemplado ainda a adaptação de questões presentes nalguns dos inquéritos consultados, nomeadamente o guião proposto por Vala et. al. (1994) para a exploração das organizações, assim como os aplicados nos diferentes estudos de satisfação realizados pela própria organização, a Sub-Região de Saúde de Beja.

Subjaz à construção do questionário utilizado, a perspectiva do carácter funcional das atitudes e das representações atribuídas pelos profissionais, em relação ao campo socioprofissional. Assim, a estratégia analítica foi materializada através dos indicadores seleccionados, e operacionalizados no modelo presente na grelha das diferentes questões. Neste sentido, a reconstrução do sistema de relações que se desenvolve na organização para a visibilidade da respectiva matriz simbólica foi necessária a inventariação de um conjunto de categorias de indicadores e seus componentes (escalas de multi-itens de atitudes). De notar, que, a construção das referidas escalas de atitude foi efectuada a partir da leitura revisada sobre os resultados de investigações empíricas recenseadas, bem como da ilação extraída do conhecimento resultante da observação continuada e vivida no ambiente intra-organizacional.

Foram consideradas como variáveis em jogo para a investigação, desde as de inserção social objectiva (caracterização sócio-demográfica e profissional dos inquiridos) e as que se interceptam com as várias dimensões organizacionais (controlo, ambiente e partilha dos valores) eleitas para o enquadramento da *visibilidade* da matriz simbólica do campo socioprofissional dos centros de saúde. Ou seja, considerou-se que através da correlação analítica destas três dimensões, é possível obter uma *visibilidade* interessante da problemática, nomeadamente no que se refere ao impacto das estruturas organizacionais na modelação das representações subjacentes às relações entre os diferentes grupos profissionais e as suas atitudes em relação à organização.

No primeiro bloco de questões do inquérito, pretende-se captar os dados referentes ao modo como é percebido o funcionamento da organização pelos profissionais, sendo composto por uma escala de atitude composta por catorze itens referentes aos modos de influência externa e interna exercida pelas instituições, grupos e pessoas sobre o trabalho na organização (Quadro 7). Esta primeira questão (F01) é uma escala de atitude orientada para a identificação do perfil da autonomia relativa e da imagem detida pelos inquiridos em relação às hierarquias predominantes no campo, ou seja, tem como propósito essencial

analisar o grau de influência de diferentes actores externos e internos sobre os procedimentos na organização.

Quadro 7
P01 - Escala do controlo organizacional

1.1.	União Europeia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.2.	Governo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.3.	Autarquias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.4.	Sindicatos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.5.	Associações profissionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.6.	Administração da Região de Saúde do Alentejo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.7.	Coordenação da Sub-Região de Beja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.8.	Direcção do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.9.	Utentes do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.10.	Os cidadãos em geral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.11.	As chefias do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.12.	Os profissionais do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.13.	Os chefes directos da sua área profissional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.14.	A sua própria pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nota: 1 - nenhuma influência e 5 - muita influência

Fonte: Adaptado de Vala et al. (1994).

No segundo bloco de questões, orientado para a recolha de informação sobre a estrutura das relações entre os diferentes grupos profissionais e a influência da condição socioprofissional sobre o trabalho, construiu-se outra escala composta por vinte itens, referentes ao grau de influência das redes de sociabilidade, da participação e das condições materiais sobre o trabalho (Quadro 8). É uma escala que permite analisar com uma maior profundidade os perfis culturais profissionais e a identidade do trabalho dos inquiridos.

Para a identificação do papel dos actores ou grupos de actores no sistema de relações intra-organizacional, e para captar as diferenças de atitudes entre os vários grupos em relação às expectativas face à organização, optou-se, ainda, pela construção de mais um bloco composto por uma escala de dezoito itens. É uma escala orientada para captar os níveis de importância atribuídos pelos grupos profissionais aos valores organizacionais, entendendo estes como um dos vectores estruturantes das representações dos grupos em relação à organização (Quadro 9).

Foi, ainda, construído uma escala de avaliação da percepção global que os inquiridos detêm em relação à organização, composta por sete itens, a fim de explorar como uma primeira aproximação ao *locus* organizacional (Quadro 10). E, a fim de fazer emergir o perfil dominante dos interesses dos profissionais na dinâmica organizativa do trabalho nos centros de saúde, introduziram-se, ainda, duas questões abertas (Quadro 11), dirigidas

essencialmente para o conhecimento das prioridades e soluções que os inquiridos sugerem para a melhoria das condições de trabalho na organização.

Assim, o instrumento de recolha de dados foi estruturado com um conjunto de questões que colocava aos inquiridos a seleção e alternativas de escolha (escala de 1 a 5), em conformidade com o grau de importância ou de influência que cada um atribui, quer em relação à organização, quer no que concerne ao impacto das situações colocadas em relação ao seu trabalho.

Quadro 8
P03 - Escala do ambiente de trabalho

3.1.	As relações com os colegas da carreira	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.2.	As relações com as chefias e a Direcção do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.3.	As relações com os outros profissionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.4.	O tipo de tarefas que efectua	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.5.	A participação nas decisões sobre o seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.6.	A participação na realização do plano de actividades do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.7.	O funcionamento em geral do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.8.	O salário que recebe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.9.	A sua categoria profissional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.10.	O funcionamento do sector (ou da equipa) onde desenvolve a sua actividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.11.	O prestígio social por trabalhar no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.12.	O reconhecimento que os colegas da mesma carreira profissional dão pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.13.	O reconhecimento que as chefias e a Direcção do Centro de Saúde dão pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.14.	O reconhecimento que a Coordenação Sub-Regional dá pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.15.	A autonomia (possibilidade de agir e pensar com independência) que possui para efectuar o seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.16.	As condições físicas de trabalho (luz, ruído, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.17.	A boa comunicação da organização (rapidez e eficiência na difusão dos assuntos de interesse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.18.	O contacto com os outros sectores (ou equipas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.19.	Ser informado dos objectivos dos planos de actividades do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.20.	Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos do trabalho em saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nota: 1 - nenhuma influência e 5 - muita influência

Fonte: Adaptado de Vaia et al. (1994).

Quadro 9
P04 - Escala dos valores organizacionais

4.1.	Realização pessoal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.2.	Realização profissional	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.3.	Competência dos profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.4.	Solidariedade em geral entre os profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.5.	Participação na realização do plano de actividades do Centro de Saúde	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.6.	Poder das chefias e da Direcção do Centro de Saúde	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.7.	Inovação nos procedimentos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.8.	Modernização (p. e. das tecnologias)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.9.	Rigidez nas normas e regras de funcionamento	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.10.	Formação permanente dos profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.11.	Aceitação pelas chefias das opiniões e sugestões dos profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.12.	O trabalho em equipa	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.13.	Necessidades dos utentes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.14.	Partilha nas tomadas de decisões entre a Direcção do Centro de Saúde e os profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.15.	Bom ambiente de trabalho entre as pessoas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.16.	Divulgação dos resultados das actividades de todos os sectores (ou equipas)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.17.	Actividades de convívio extra-laborais entre os profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4.18.	Promoção de uma rápida, directa e eficiente comunicação nos serviços	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Nota: 1 - nenhuma importância e 5 - muita importância

Fonte: Adaptado de Vala et al. (1994).

Quadro 10
P02 - Escala da visão global da funcionalidade da organização

2.1.	Responde bem às necessidades dos utentes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.2.	É bem visto junto dos utentes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.3.	Está adaptado para a comunidade abrangida	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.4.	Permite aos profissionais actualizarem permanentemente a formação	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.5.	Dá prestígio a todos os profissionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.6.	Os seus familiares consideram que é motivo de orgulho para si, trabalhar no Centro de Saúde	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2.7.	Os seus amigos consideram que é gratificante o seu trabalho no Centro de Saúde	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Nota: 1 - discorda totalmente e 5 - concorda totalmente

Quadro 11
P05 e P06 - Interesses dos profissionais

P.5. Se, no presente momento, lhe fosse solicitado(a) a elaboração de sugestões para a melhoria das condições de trabalho no seu Centro de Saúde, quais seriam as áreas de prioridade que escolheria ?
(Escreva nos espaços em branco as suas opções por ordem decrescente de prioridade)

Prioridade n.º 1 _____

Prioridade n.º 2 _____

Prioridade n.º 3 _____

Prioridade n.º 4 _____

P.6. Deseja comentar algum assunto que julgue relevante sobre a organização do trabalho nos Centros de Saúde ?

Importa referir que a adopção de escalas de medida está essencialmente relacionada com a possibilidade de captar através de uma análise estatística, uma percepção *graduada* sobre o que é mais valorizado entre os inquiridos e o que os distingue e diferencia. Em termos estritos, aos inquiridos foi solicitada uma avaliação do funcionamento, da importância da função social e da partilha dos valores na organização, tendo em vista a captação das percepções globais e sectoriais das influências sobre o trabalho e as atitudes face à organização, em função de uma escala unidimensional de amplitude 1 a 5, em que cada número corresponde a:

1. Nenhuma influência / Nenhuma importância / Discorda totalmente
2. Pouca influência / Pouca importância / Discorda em parte
3. Alguma influência / Alguma importância / Indeciso
4. Tem influência / Tem importância / Concorda em parte
5. Muita influência / Muita importância / Concorda totalmente

É de acrescentar que foi estruturada uma avaliação do questionário, cujos resultados foram dirigidos à percepção da consistência do instrumento (escala de multi-itens), quer em termos de validade e de fidelidade.

A fidelidade do instrumento foi aferida através do cálculo do coeficiente de *alfa Cronbach*, interessando saber «se cada escala está a medir uma única ideia e se os itens que constituem a escala têm consistência interna» (Bryman e Cramer 1992: 92). Aliás, o coeficiente de *alfa Cronbach* é um coeficiente que traduz a estimativa da média de todas as correlações possíveis de fidelidade interna de cada item da escala em relação à própria dimensão da escala, devendo ser interpretado no sentido de que quanto maior for o valor do *alfa* obtido, mais forte é a associação do item com a escala. Fixou-se como critério de validação da fiabilidade do instrumento, o valor de *alfa Cronbach* ≥ 70 (Figueira 1987; Bryman e Cramer 1992; Nachmias e Nachmias 1993).

Os resultados de *alfa Cronbach* obtidos na versão final do instrumento de recolha, após as alterações introduzidas em função das referências do 1º pré-teste, não refutam a presença de uma fidelidade interna das diferentes escalas adoptadas à partida, pelo contrário foram melhorados os valores iniciais (Quadro 12). As modificações efectuadas, tiveram em atenção não só os valores do pré-teste recolhidos, mas também, as fontes e críticas recebidas do painel de especialistas em estudos de organizações nos serviços de

saúde. Assim, para todas as escalas iniciais do pré-teste estruturadas de modo unidimensional de 1 a 4, foram reconstruídas com o incremento de uma unidade na versão final, ou seja, transformadas em escalas finais de 1 a 5, tal como foi feito referência anteriormente.

Em relação à escala do controlo da organização, foram acrescentados ainda mais dois itens, objectivados à medida da influência dos actores externos na dinâmica organizacional, nomeadamente os itens referentes à união europeia e às associações profissionais, convertendo assim a escala inicial de 12 itens para 14 itens, facto que permitiu melhorar o valor de *alfa Cronbach* da escala «Poder do controlo da organização», transitando de 0.8343 para 0.8578.

Quadro 12
Valores do coeficiente de *alfa Cronbach* das dimensões de análise

N.º Casos	Dimensões	Nº itens	<i>Alfa Cronbach</i>
Total = 10 INSTRUMENTO DE MEDIDA INICIAL			
9	Controlo da organização (P1) influência sobre o funcionamento	12	0.8343
9	Ambiente do trabalho (P2) características técnicas e relacionais no trabalho	17	0.7833
9	Valores organizacionais (P3) tipo de valores predominantes	13	0.8493
Total = 8 INSTRUMENTO DE MEDIDA FINAL			
8	Controlo da organização (P01) influência sobre o funcionamento	14	0.8578
8	Ambiente do trabalho (P03) características técnicas e relacionais no trabalho	20	0.9017
8	Valores organizacionais (P04) tipo de valores predominantes	18	0.9192
8	Avaliação da especificidade da Organização (P02) percepção global	7	0.8742

Fonte: Inquérito (préteste 1 e 2).

Para a escala do espaço do trabalho, que se dirige à medição das avaliações que os inquiridos produzem face às influências directas no seu trabalho, foram introduzidos,

três itens, convertendo assim a escala inicial de 17 itens para 20 itens. Os itens introduzidos foram: participação nas decisões sobre o seu trabalho, reconhecimento que os seus colegas da mesma carreira dão pelo seu trabalho e formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos do trabalho na saúde. Com as alterações efectuadas, melhorou-se o valor de *alfa Cronbach* da escala «Relações e condições de trabalho», passando de 0.7833 para 0.9017.

No que se refere à escala dos «Valores organizacionais», foram efectuadas alterações, tendo-se introduzido mais cinco itens, convertendo a escala inicial de treze itens numa escala de 18 itens. As alterações efectuadas incidiram sobre os seguintes itens: rigidez nas normas e regras de funcionamento, aceitação das chefias das opiniões e sugestões dos profissionais, o trabalho em equipa, partilha nas tomadas de decisões entre a direcção do centro de saúde e os profissionais e bom ambiente de trabalho entre as pessoas. O valor de *alfa Cronbach* da escala dos «Valores organizacionais» passou deste facto de 0.8493 para 0.9192.

Foi ainda criada mais uma escala de sete itens, a fim de recolher uma síntese da perspectiva global dos inquiridos face à operacionalidade e o grau de identificação que os mesmos têm em relação à organização, sendo esta escala designada de avaliação da especificidade da organização. O valor de *alfa Cronbach* da escala «Avaliação global» foi de 0.8742.

Quanto à validade do instrumento, este foi assegurado por quatro critérios: validade de conteúdo, convergente, discriminante e nomológica. A validade de conteúdo foi aferida por painel de especialistas, tal como foi referido anteriormente. Quanto à validade convergente (medidas similares), discriminante (medidas dissimilares) e nomológica (medidas teoricamente relacionadas com os constructos), aplicou-se uma avaliação do grau de correlação inter-itens, através do cálculo bivariado do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. Aliás, segundo Campbell e Fiske, a importância da aferição destas correlações permite assegurar, por um lado que as medidas similares estejam de facto a medir as mesmas questões e que as dissimilares sejam de facto construídas para avaliar medidas distintas, e, por outro lado, que haja uma consistência correlacional entre os itens e a escala para validar a operacionalização conceptual da mesma escala, tal como foi previsto, aquando da sua construção (Figueira 1987). Por outras palavras, pretendeu-se com a validação do instrumento verificar que as escalas presentes no mesmo possam capturar com

um adequado rigor os resultados esperados. Para o efeito, seleccionaram-se os itens mais representativos das escalas para a avaliação das medidas similares (escala do controlo: P017 (Coordenação da Sub-Região de Beja) e P0112 (Os profissionais); escala do ambiente de trabalho: P037 (funcionamento em geral) e P0310 (funcionamento do sector); escala dos valores organizacionais: P0412 (trabalho em equipa); escala da visão global: P023 (adaptado para a comunidade) e P027 (é gratificante). Para a avaliação das dissimilaridades, recorreu-se a duas variáveis das caracterizações socio-demográfica e profissional (C01: sexo e C03: categoria profissional). A validação do critério nomológico baseou-se na análise da correlação entre os itens e as variáveis compostas resultantes do somatório do total dos scores de cada escala (Poder, Imagem, Trabalho e Valor).

Da leitura dos Quadros 13, 14, 15 e 16 constata-se uma validade convergente das diferentes escalas, na medida em que os itens da mesma escala correlacionam-se com a respectiva escala. Da facto, na escala de controlo organizacional os valores de correlação item-escala situam-se num intervalo entre 0,74 a 0,97. Na escala do ambiente do trabalho, as duas correlações itens-escala detêm o mesmo valor de 0,93. Na escala dos valores organizacionais, o valor de correlação item-escala é de 0,90. E na escala da visão global, as duas correlações itens-escala correspondem respectivamente a 0,88 e 0,89.

Quadro 13
Matriz de avaliação da validade da Escala do Controlo Organizacional

	P017	P0112	Sexo	Carreira	PODER	IMAGEM	TRAB	VALOR
P017	1,00							
P0112	0,60	1,00						
Sexo	0,33	0,37	1,00					
Carreira	-0,16	-0,06	0,27	1,00				
PODER	0,94	0,74	0,47	-0,18	1,00			
IMAGEM	0,55	0,53	0,47	0,37	0,53	1,00		
TRAB	0,62	0,46	0,25	-0,30	0,87	0,27	1,00	
VALOR	0,54	0,56	0,41	-0,18	0,75	0,66	0,70	1,00

Fonte: Inquérito (préteste).

Nota: n = 8.

Igualmente, da leitura dos Quadros 13, 14, 15 e 16, foi possível verificar que existe uma validade discriminante, na medida em que as correlações entre os itens da mesma escala são mais elevadas do que as verificadas entre as escalas e as variáveis exógenas. Assinala-se que os valores de correlação entre as escalas e as variáveis o sexo e a carreira profissional variaram num intervalo de -0,18 a 0,47. Denota-se que a variável

carreira correlaciona-se fracamente e de sentido negativo com as escalas do Poder (-0,18), Trabalho (-0,30) e Valor (-0,18), detendo uma correlação fraca, mas no sentido positivo com a escala Imagem (0,37). A variável sexo correlaciona-se fracamente com as diferentes escalas, cujos valores variam entre 0,25 a 0,47, reportando-se a correlação mais fraca com a escala do ambiente de trabalho. Quanto às correlações a nível inter-escalas, denota-se que os valores variam num intervalo entre 0,27 a 0,87, sendo o valor de correlação mais fraco ao nível da escala da visão global da organização (IMAGEM) e o ambiente de trabalho (TRAB).

Em termos globais, os valores de correlação obtidos permitem sustentar a validade nomológica do instrumento, admitindo, assim, a pertinência das escalas para medir e avaliar a coerência operacional dos conceitos e das dimensões da matriz simbólico-estrutural do campo socioprofissional.

Quadro 14
Matriz de avaliação da validade da Escala da Visão Global da Organização (*)

	P023	P027	Sexo	Carreira	PODER	IMAGEM	TRAB	VALOR
P023	1,00							
P027	0,75	1,00						
Sexo	0,32	0,29	1,00					
Carreira	-0,21	0,19	0,27	1,00				
PODER	0,33	0,44	0,47	-0,18	1,00			
IMAGEM	0,89	0,88	0,47	0,37	0,53	1,00		
TRAB	0,54	0,62	0,25	-0,30	0,87	0,27	1,00	
VALOR	0,65	0,73	0,41	-0,18	0,75	0,66	0,70	1,00

Quadro 15
Matriz de avaliação da validade da Escala do Ambiente de Trabalho (*)

	P037	P0310	Sexo	CARREIRA	PODER	IMAGEM	TRAB	VALOR
P037	1,00							
P0310	0,83	1,00						
Sexo	0,43	0,32	1,00					
CARREIRA	-0,22	-0,23	0,27	1,00				
PODER	0,69	0,66	0,47	-0,18	1,00			
IMAGEM	0,22	0,30	0,47	0,37	0,53	1,00		
TRAB	0,93	0,93	0,25	-0,30	0,87	0,27	1,00	
VALOR	0,61	0,73	0,41	-0,18	0,75	0,66	0,70	1,00

Quadro 16
Matriz de avaliação da validade da Escala dos Valores Organizacionais (*)

	P0412	Sexo	CARREIRA	PODER	IMAGEM	TRAB	VALOR
P0412	1,00						
Sexo	0,35	1,00					
CARREIRA	-0,07	0,27	1,00				
PODER	0,66	0,47	-0,18	1,00			
IMAGEM	0,67	0,47	0,37	0,53	1,00		
TRAB	0,60	0,25	-0,30	0,87	0,27	1,00	
VALOR	0,90	0,41	-0,18	0,75	0,66	0,70	1,00

(*) Fonte dos Quadros 14, 15 e 16: Inquérito (préteste). Nota: n = 8.

3.5. PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS

A partir do pressuposto de que é possível posicionar as diferenças de atitudes e representações dos inquiridos em categorias de graus distintos de padrões simbólicos, recorreu-se a técnicas estatísticas para agregar e relacionar várias variáveis entre si. Assim, para efeitos do estudo do modo de caracterização do perfil da estrutura das mensagens dos mesmos inquiridos a partir da relação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais e as relativas à caracterização das opiniões expressas, foram aplicadas duas tipologias de técnicas de análise de dados. Aos dados referentes às perguntas abertas do questionário e às mensagens implícitas nas entrevistas não estruturadas, realizadas de modo informal, procedeu-se a análise de conteúdo. A metodologia desta análise apoiou-se no procedimento fechado para a categorização temática, ou seja, baseando-se no modelo teórico da pesquisa para a eleição de agrupamentos de opiniões (o que é dito) sobre as condições de trabalho, as regras de autoridade, as relações profissionais, etc., para consubstanciar a interpretação dos resultados globais do questionário. E, à globalidade das respostas do inquirido por questionário, aplicou-se uma análise estatística multivariada, com recurso a meios informáticos.

Atendendo às características do estudo, cujo interesse se situa num quadro analítico-descritivo, apoiada numa abordagem essencialmente quantitativa, importa descrever neste capítulo os critérios que presidiram à eleição dos procedimentos estatísticos efectuados.

O tratamento estatístico dos resultados centrou-se fundamentalmente nas medidas de análise de factorial, elegendo as estratégias de componentes principais e a de correspondência múltipla, tendo ainda adoptado para a análise pós-factorial a técnica da classificação hierárquica. Em termos operacionais, procurou-se uma estratégia estatística que permitisse responder aos objectivos da investigação. Ou seja, a criação dos perfis simbólicos mais importantes, a sistematização das características da organização, a identificação das similaridades de atitudes e representações no seio dos grupos profissionais e a análise das diferenças de níveis de grau de importância que os mesmos atribuem à avaliação do seu ambiente de trabalho e da organização.

A estrutura do protocolo analítico pode ser sumarizado em quatro etapas. Na primeira, procedeu-se à preparação de uma base de dados informática para o registo da informação. Na segunda, após uma análise preliminar dos dados segundo as técnicas da

distribuição de frequências e do estudo preliminar das diferenças entre os grupos, com a análise de Kruskal-Wallis (análise de variância não paramétrica), efectuou-se a construção estatística de uma síntese do perfil das dimensões estruturais e simbólicas, através da criação de variáveis compostas. A estratégia estatística adoptada nesta segunda etapa foi orientada numa abordagem factorial dos componentes principais para a materialização da estrutura do campo socioprofissional. Na terceira, centrou-se no cálculo do posicionamento das categorias profissionais, antiguidade na profissão e na instituição, a pertença ou não a uma equipa de saúde, e a diferenciação por centros de saúde, em relação aos componentes dos eixos ou padrões simbólico-valorativos. A estratégia estatística desta terceira etapa foi orientada numa abordagem da correspondência múltipla para a análise da configuração plural da cultura organizacional. E, na quarta etapa, dirigida à avaliação do grau de importância dos componentes estruturais e simbólicos do campo socioprofissional, procedeu-se à criação de grupos homogêneos de valores partilhados, segundo uma abordagem da classificação hierárquica (análise de *cluster*). A estratégia estatística desta quarta etapa representa de certo modo uma análise confirmatória dos resultados da terceira etapa, na medida em que permite reforçar a confirmação do modo de partilha dos valores em função da situação profissional dos actores. Neste sentido, os resultados obtidos na quarta etapa permite colocar em evidência a hierarquia da estrutura simbólica subjacente à identidade profissional dos actores, clarificando assim, não só as características das culturas profissionais nos centros de saúde, mas também, permite conduzir à verificação da hipótese de estudo (confirmação ou negação de uma perspectiva plural da cultura organizacional relacionada com as configurações culturais e identitárias dos diferentes grupos profissionais).

Porém, a adopção desta estratégia de análise, basicamente centrada nos resultados dos questionários, implicou a conjugação de um conjunto de acções preliminares, entre as quais as de codificação das variáveis aquando do desenho do questionários e o fluxograma de decisões a tomar para a resolução do problema de tratamento da informação por via informática. Como estratégia de pré-análise procedeu-se à construção de categorias de respostas mutuamente exclusivas, organizadas segundo uma escala de 1 a 5, e que já foi referido anteriormente. Este critério permitiu, na recolha e no tratamento da informação a atribuição de uma e só uma modalidade de resposta a cada indivíduo para cada item de cada escala e ao estabelecimento de uma certa *normalização* na leitura e interpretação de cada pergunta.

Para a abordagem multivariada dos dados com a análise factorial dos componentes principais (AFCP) partiu-se pela criação de uma matriz de correlações entre as variáveis, seleccionadas segundo o critério de *Listwise deletion* (cálculo de todos os casos sem valores omissos em qualquer das variáveis). Só se aceitou a adequação da matriz de correlações (matriz R) para o procedimento da factorial, após a verificação das condições de aplicabilidade atribuídas, nomeadamente pela estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (adequação na ordem de $\geq 50\%$). Foi verificado a adequação da análise factorial através do teste de esfericidade de Bartlett, tomando como critério o seu valor de significância ($p \leq 0,05$). Este teste é deveras importante na factorial, na medida em que a verificação de uma não significância quer dizer que a matriz de correlação pode ser uma matriz de identidade (elementos da diagonal da matriz igual a 1 e os valores acima e abaixo sejam 0), constituindo tal situação a não pertinência da aplicação da análise factorial. Importa acrescentar ainda que a análise factorial eleita seguiu os princípios de tratamento e cálculo normados segundo a estratégia de procedimentos oferecido pela aplicação informática utilizada (SPSS for Windows 6.1). Quanto ao número de factores retidos, seguiu-se o critério de Kaiser. Foram, então, seleccionados aqueles que detêm como valores próprios (*eigen value*) superiores a um, ou seja, aqueles que detêm a variância estandardizada superior à unidade (1). E, quanto à rotação dos factores, objectivado para a máxima saturação das variâncias, seguiu-se o critério de Varimax (rotação ortogonal da matriz dos factores F), procurando por esta via, obter um conjunto de factores que tenha a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor. A consistência interna de cada um dos blocos factoriais foi aferida pelo coeficiente de *alfa Cronbach*.

Uma outra técnica aplicada, foi a análise de correspondências que faz parte da metodologia de análise factorial, cujos objectivos e aplicabilidade se dirige aos estudos de natureza descritiva e não inferencial. Pretendeu-se com esta estratégia estatística, traduzir por um lado o grau de importância das relações entre os valores dos inquiridos e as suas caracterizações sócio-organizacionais e demográficas, e, por outro lado, gerar uma representação gráfica, tomando em consideração a projecção simultânea das variáveis e das categorias ou modalidades, para avaliar as oposições entre os diferentes níveis de grau de valorização e de apreciação dos perfis estruturais do campo socioprofissional extraídos na AFCP, num espaço de menores dimensões.

Assim, ao seguir uma estratégia de análise das correspondências para a interpretação dos resultados da investigação, delineou-se um procedimento composto por quatro etapas. Em primeiro lugar procedeu-se à transformação e ao tratamento de uma forma unitária a informação retirada da AFCP, através de processos de recodificação. Adoptou-se como critério de recodificação, a transformação dos índices resumo em novas escalas unidimensionais de 1 a 4. Este critério de recodificação permitiu a criação de um *índice* resumo ou uma nova variável compósita, onde o código 1 da escala traduz sinteticamente 25% dos scores totais possíveis de obter, o código 2 corresponde a 50% o código 3 representa 75% e o código 4 traduz 100%. Os códigos traduzem-se no modo seguinte: 1.- pouco valorizado; 2.- moderadamente valorizado; 3.- alguma valorização; e, 4.- muito valorizado. Em termos de cálculos efectuados para a construção desta recodificação, foi necessário proceder à divisão do somatório dos scores das variáveis de origem que compõe cada factor pelo número das mesmas variáveis, cujo resultado foi submetido em seguida ao produto por 100. Em seguida, ou seja, após a verificação dos intervalos de cada quartil, procedeu-se ao ajustamento da codificação aos casos de cada uma das variáveis. Com este procedimento obteve-se uma matriz de partida, transformável em tabelas de contingência justapostas (matriz de Burt), através da qual se tornou exequível a medição da distância de Qui-quadrado. Importa referir que a distância Qui-quadrado exprime a distância entre duas categorias de uma variável qualitativa, tendo em atenção, por um lado, a distribuição de todos os indivíduos (casos) entre as diferentes categorias ou modalidades, e por outro lado, o pressuposto da existência de relações multivariadas entre as variáveis e as suas modalidades.

Quanto às etapas seguintes, procedeu-se, em segundo lugar, à agregação das modalidades de peso mais fraco. Isto porque estas sofrem no tratamento informático, fortes influências de ventilação aleatória automática (distribuição aleatória das modalidades mais fracas para as outras modalidades), na aplicação informática utilizada (SPADN). Em terceiro lugar, antes da extração dos factores, procedeu-se à validação da existência de um sistema de relações entre as modalidades das variáveis, através da análise das características das modalidades em função do grau de importância relacional a nível inter-modalidade. E, por último, em quarto lugar, a estratégia da análise de correspondências passou ainda pela produção de uma classificação hierárquica pós-factorial das modalidades em jogo, para a criação dos grupos homogêneos. A importância desta estratégia permitiu avaliar, quer a

posição relativa existente entre a forma de agrupamento das modalidades activas, nos planos factoriais, quer a importância de cada grupo na explicação das relações existentes entre as modalidades presentes nos quadrantes resultantes das factorizações iniciais (espaços vectoriais dos planos 1 e 2).

Para efeitos de interpretação dos resultados, foram retidos para a leitura os dois primeiros eixos resultantes da transformação da matriz de Burt, após um estudo preliminar dos primeiros cinco eixos factoriais. Sintetiza-se ainda que foram adoptados para a ajuda da interpretação dos resultados da análise de correspondências múltiplas, os critérios estandarizados neste tipo de procedimento estatístico, ou seja, tomou-se como referência os valores resultantes dos cálculos efectuados em relação aos seguintes indicadores: a soma dos valores próprios, valores próprios do primeiro factor, número de factores, média dos valores próprios, a percentagem máxima dos valores próprios, o peso relativo de cada variável, o valor das contribuições acumuladas e o valor estimado das contribuições significativas de cada modalidade. Assim, após os cálculos efectuados, adoptou-se como critério de selecção das contribuições significativas o valor de uma unidade estimada, que no caso da presente pesquisa correspondeu ao valor de 1.45. Para a colocação em evidência das modalidades mais significativas foi utilizado o critério de duas unidades, tendo utilizado neste caso o valor estimado de 2.9. Quanto à eleição das variáveis com a contribuição absoluta mais significativa, o critério adoptado como critério de partida o valor de 4.16.

Em suma, procurou-se centrar a estrutura metodológica da análise quantitativa dos dados com uma abordagem baseada na *mensuração* da hierarquia das valorações e na avaliação da correspondência entre o agrupamento das atitudes, das representações e dos valores implícitos nas relações de trabalho com as características dos inquiridos, a fim de descodificar o perfil das culturas profissionais e da sua relação com a cultura organizacional nos centros de saúde.

4. CENTROS DE SAÚDE

4.1. PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AO LOCUS ORGANIZACIONAL

Os centros de saúde pesquisados encontram-se integrados na Sub-Região de Beja, fazendo este parte integrante da Região de Saúde do Alentejo. Acrescenta-se ainda que os centros de saúde estudados abrangem cada um deles, uma das comunidades mais envelhecidas do país. Em 1995, a população total de utentes inscritos na Sub-Região de Saúde de Beja situou-se nos 184 mil habitantes, detendo um índice de envelhecimento de 159,77%. Em igual período, encontrava-se inscrito no centro de saúde A uma população de cerca de 12 mil habitantes, em que 14,31% tinham menos de 15 anos, 65,30% com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e 20,39% tinham mais de 64 anos, detendo, ainda, um índice de envelhecimento na ordem dos 142,45%. No mesmo período, a população inscrita no centro de saúde B era composta 41 mil habitantes, dos quais 14,04% de utentes tinham menos de 15 anos, 65,71% entre os 15 e os 64 anos e 20,75% com mais de 64 anos, sendo o índice de envelhecimento de 144,20%. No centro de saúde C verificou-se que encontravam inscritos cerca de 19 mil utentes, dos quais 14,61% tinham menos de 15 anos, 63,87% entre os 15 e os 64 anos e 21,53% dos utentes tinham mais de 64 anos, tendo ainda constatado um índice de envelhecimento na ordem dos 147,37%. Esta população, apesar de deter características semelhantes a outras regiões do interior do país, tem vindo nas últimas décadas, a sofrer uma acentuada perda no número de habitantes, designadamente ao nível da população em idade activa. A maioria dos utentes dos centros de saúde detém, apenas, a reforma como meio essencial de subsistência.

No domínio das actividades de prestação de cuidados de saúde, os centros de saúde pesquisados desenvolvem as suas acções, quase como o prestador único de serviços de saúde, em cada concelho, funcionando dois deles (A e B) em edifícios já com algumas décadas. Quanto às áreas de oferta de serviços, os centros de saúde dispõem além de um ambulatório na sede e nas extensões, oferecem serviços de atendimento permanente na sede e apoio domiciliário em cuidados de enfermagem, e nalguns, até dispõem de meios complementares de diagnóstico, designadamente de radiologia, como são os casos dos centros A e B. Para a prestação de cuidados, encontram-se organizados nos centros, equipas de saúde compostas por um médico, um enfermeiro e um administrativo. Não se integravam nestas equipas, outros profissionais, tais como os paramédicos e outro pessoal auxiliar. Em

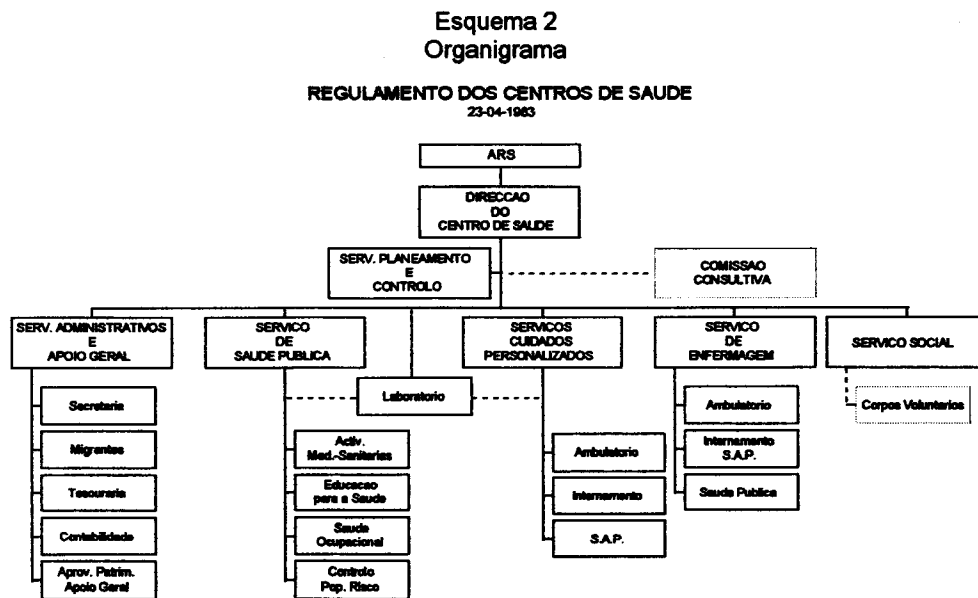
1995, o centro de saúde A, com um total de 53 profissionais, detinham sete equipas. No B, com 105, existiam trinta e cinco equipas. E, no C encontravam-se 44 profissionais, formando doze equipas.

«A forma de trabalho que temos nos nossos centros de saúde não se processa do mesmo modo com o que se passa no resto do país. Este nosso trabalho começou em 1989, em Aljustrel, e baseou-se no princípio de organização de grupos de trabalho, de equipas de saúde, com um médico, um enfermeiro e um administrativo. Entendemos o trabalho de equipa como uma gestão participada, tendo como princípio básico, a equipa quem define a estrutura do trabalho junto dos seus utentes. Esta forma de trabalho dá-nos uma boa margem de autonomia, um melhor atendimento, um trabalho mais centrado nos utentes e uma maior participação de todos os técnicos, muito diferente da forma de trabalho que fazíamos antes, em que cada um, olhava só para a sua tarefa. Hoje, temos processos de avaliação das actividades, quer por equipa, quer a nível global dos centros de saúde da sub-região. Este modelo de trabalho até deu para a entidade Administração Regional de Saúde de Beja ganhar, em 1994, o Prémio de Qualidade dos Serviços Públicos» (B1, médico).

Percebe-se no discurso exposto acima que a ideia da reorganização dos modelos de trabalho nos centros de saúde nos finais da década de 80, constituiu uma resposta para a implementação de uma solução aos problemas da prestação de cuidados de saúde, marcados por procedimentos atomizados. Era um projecto que oferecia não só um enquadramento aos pressupostos das estratégias de saúde preconizados pela OMS, mas também, constituía como vantagem a génese de novos desafios para as políticas de gestão na administração pública. Com um discurso centrado na participação e nos objectivos organizacionais, apoiado no funcionamento em equipas de trabalho com planos e metas, articulando os profissionais a grupos de comunidade (utentes), gerou-se uma rápida difusão em toda a estrutura dos cuidados de saúde primários da Sub-Região de Saúde de Beja.

Porém, em todos os centros de saúde, tem-se verificado nos últimos dois anos, um incremento nas flutuações dos recursos humanos, detendo na generalidade um número insuficiente de pessoal médico, acrescido de uma quase situação de ruptura de

serviços por insuficiência de pessoal de enfermagem e de administrativos. De facto, constatou-se em 1995, no quadro global da Sub-Região de Saúde de Beja, que os ratios de profissionais por equipa situaram-se abaixo de uma unidade (médico/equipa=0,94; enfermeiro/equipa=0,85; e, administrativo/equipa =0,83). No caso do centro de saúde A, a situação mais crítica situou-se no domínio dos administrativos, com um ratio por equipa de 0,86. No centro de saúde B, verificou-se um situação generalizada de insuficiência de recursos humanos, tendo constatado um ratio de médico por equipa de 0,80, o de enfermeiro de 0,69 e o de administrativo de 0,57. E, no centro de saúde C, os ratios mais baixos corresponderam à relação enfermeiro por equipa, com um valor de 0,67, tendo verificado igualmente um ratio de administrativo por equipa na ordem dos 0,75. Consta-se igualmente que as regras de funcionamento dos centros de saúde encontram-se, ainda, regulamentados por um instrumento jurídico que data de 1983. Da leitura da configuração formal parece que existe uma certa descentralização horizontal e vertical no controlo dos fluxos comunicacionais, mas que prevalece a ideia de um controlo organizacional dominado pela especificidade das áreas profissionais (Esquema 2).



Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal

Denota-se da leitura do esquema 2 que as regras de comando radicam no topo estratégico, sendo representada pela direcção, que assegura a funcionalidade da organização, em conformidade com as orientações recebidas e definidas pelas instâncias

regionais e nacionais. Dispõe ainda dentro desta lógica de um centro operacional hipertrofiado, constituído pelas diferentes valências da produção de cuidados de saúde (serviços de cuidados personalizados, de enfermagem e de saúde pública). A linha hierárquica é constituída pelos chefes e/ou responsáveis hierárquicos de cada serviço que asseguram não só o fluxo de informações, controlos e recursos, mas também as funções de ligação entre a direcção e o centro operacional. A tecno-estrutura é representada nos centros de saúde, pelo serviço de planeamento e controlo, ao nível da execução das actividades. A unidade logística é constituída por serviços que se encontram à margem dos fluxos principais de prestação directa de cuidados de saúde (serviço social, administrativo e apoio geral, laboratório, cozinha, parque automóvel, etc.).

Interpretando o modo como jogam no domínio legal as forças dos mecanismos de coordenação intra-organizacionais, dito no sentido de Mintzberg (1995), tais como, a supervisão directa, a standardização dos procedimentos, a standardização pelas qualificações, a standardização dos resultados e o ajustamento mútuo, numa primeira aproximação à formalização institucional dos centros de saúde apercebe-se que a sua configuração *legal* parece aproximar-se mais a um modelo de burocracia profissional, isto é, a organização parece apresentar-se marcadamente centralizada na especialização das tarefas, existindo agrupamentos das unidades por funções e por mercado de prestação de cuidados de saúde. De facto, a organização formal dos centros de saúde estudados comporta uma característica jurídico-formal marcada por uma dupla dimensão, sendo uma de natureza horizontal e outra vertical. Situam-se ao nível da dimensão horizontal todos os sectores operacionais. Porém, a constatação de que ao nível vertical se encontram as estruturas de autoridade, fortemente centralizadas no topo estratégico (figura do director) e influenciadas por um controlo externo, sugere-se a coexistência de uma burocracia mecânica nestas organizações.

Se, da simples leitura do organograma oficial dos centros de saúde, parece ser possível uma primeira aproximação à configuração dos seus elementos estruturais formais, já, da sua leitura, não é possível retirar de uma forma coerente qualquer ilacção sobre as modificações na organização do trabalho, as redes de interacção que se dinamizam entre os diferentes grupos socioprofissionais, etc. Pois se fosse possível, colocaria a percepção do espaço de inserção socioprofissional, o estilo de vida dos profissionais, ou seja, a própria dinâmica intra-organizacional dos centros de saúde num quadro estático, valorizando

essencialmente as regras e os instrumentos regulamentadores e a análise da organização redundaria numa constatação linear da presença de um peso regulador dos instrumentos jurídico-institucionais sobre as actividades profissionais, linhas de hierarquia de comando e execução, situação que dificultaria o acesso à descodificação e compreensão da complexidade do campo simbólico intra-organizacional.

4.1.1. UMA PERSPECTIVA GLOBAL SOBRE O CENTRO DE SAÚDE

Sendo os centros de saúde, caracterizados como estruturas de primeiro nível dos sistema de saúde português, mais vocacionados para a prevenção, existe nos centros estudados uma opinião de certo modo genérica da carência de recursos para o alcance dos objectivos organizacionais. A situação mais evidente é a carência dos recursos humanos nos últimos dois anos. Contudo, esta situação não parece, *à priori*, ter influenciado a vontade de alguns profissionais em alterar o estilo organizacional de trabalho existente...

«Com a carência de recursos humanos, o trabalho organizado sob a forma de equipas de saúde permitiu a não ocorrência de uma maior degradação da qualidade do atendimento dos utentes. Continuo a acreditar no modelo das equipas nucleares de saúde, mas só nas situações em que verdadeiramente funcionam» (Inq. 61, Médico).

«Concordo com a organização do trabalho no distrito, onde na generalidade acho positivo. Realço como aspecto negativo, o facto da autonomia dada às equipas (o que concordo) quando não acompanhada por métodos de supervisão, resvala para a irresponsabilidade dos processos e dos resultados dos cuidados» (Inq. 45, Enfermeiro).

«É pena que a nossa forma de trabalho não tenha um novo regulamento, porque o actual regulamento dos centros de saúde é muito hierárquico, onde não encaixa uma perspectiva de descentralização, o princípio de trabalho em equipa e a gestão participada e por objectivos» (B1, médico).

Porém, apesar da presença de opiniões favoráveis à lógica do estilo de trabalho, não existe uma concordância simétrica entre o discurso e a imagem que os profissionais detêm dos centros de saúde. De facto, questionando, em termos extensivos, os diferentes grupos profissionais dos três centros de saúde sobre o que pensam na actualidade em relação ao seu centro de saúde (P02), a opinião de indeciso é aquela que surge com uma maior frequência nas globalidade das respostas, variando num intervalo entre 27.7% a 51.2% (Quadro 17).

Quadro 17
Pergunta P2: «O que pensa sobre o centro de saúde onde trabalha?»

	1 % linha	2 % linha	3 % linha	4 % linha	5 % linha	Total % linha
P021.- Responde bem às necessidades dos utentes		7.1	47.1	37.6	8.2	100.0
P022.- É bem visto junto dos utentes	2.4	6.0	51.2	34.2	6.0	100.0
P023.- Está adaptado para a comunidade abrangida	10.7	27.4	28.6	25.0	8.3	100.0
P024.- Permite aos profissionais actualizar permanentemente a formação	12.0	18.1	27.7	31.3	10.8	100.0
P025.- Dá prestígio a todos os profissionais	12.0	22.9	37.3	24.1	3.6	100.0
P026.- Os seus familiares consideram que é motivo de orgulho para si, trabalhar no centro de saúde	9.6	15.7	32.5	28.9	13.3	100.0
P027.- Os seus amigos consideram que é gratificante o seu trabalho no centro de saúde	9.6	10.8	36.1	28.9	14.5	100.0

Fonte: Inquérito.

Obs.: 1.- Discordo totalmente; 2.- Discordo; 3.- Indeciso; 4.- Concordo; 5.- Concordo totalmente.

Total de casos = 85 (P021 - 85; P022 - 82; P023 - 80; P024 a P027 - 83).

Contudo, como se pode ver no Quadro 17, da leitura conjunta dos níveis de concordância (escalas 4 e 5), apesar de não surgirem em maior número, permite identificar que os inquiridos manifestam uma opinião de que o centro de saúde responde bem às necessidades dos utentes (45.8%), é bem visto junto dos mesmos (40.2%) e está adaptado para a comunidade abrangida (33.3%). Porém, sobre esta última questão de adaptação do centro de saúde à comunidade, as opiniões discordantes (38.1%) são superiores às concordantes.

Da leitura do Quadro 17, ainda se extrai a noção de um peso relativo das concordâncias conjuntas (escala 4 e 5), revelando que para 43.4% dos inquiridos, o seu trabalho no centro de saúde parece ser gratificante, e que, para 42.2%, os seus familiares sentem orgulho pelo trabalho que efectuam. Por outro lado, é ainda percebido por 42.1% dos

inquiridos que a organização permite-lhes uma permanente actualização dos conhecimentos. Quanto ao prestígio derivado da condição de ser um profissional do centro de saúde, 37.7% dos inquiridos consideram que o trabalho no centro de saúde permite-lhes deter um prestígio, constatando-se, todavia, a este nível, que as opiniões discordantes globais (escala 1 e 2) situaram-se na ordem dos 34.9%.

Segundo os resultados da análise de variância dos scores obtidos, denota-se essencialmente a presença de uma diferença significativa entre as opiniões expressas pelos diferentes grupos de inquiridos ao nível dos itens P022 (É bem visto junto dos utentes) e P023 (Está adaptado para a comunidade abrangida) (Quadro 18).

Quadro 18
Comparação da perspectiva global do centro de saúde entre os grupos profissionais

var	nº casos	Médico	Enfermag	Administr	Outros profission	Quii-quadrado	Significância
P021.-	85	49.11	39.03	39.58	45.85	2.6430	0.4500
P022.-	82	47.24	52.88	31.21	39.42	10.7351	0.0132
P023.-	80	49.08	39.43	24.81	40.67	9.5159	0.0232
P024.-	83	41.33	52.44	39.90	31.38	6.6351	0.0845
P025.-	83	43.93	47.11	42.59	30.19	4.0943	0.2515
P026.-	83	41.89	44.81	40.16	42.42	0.4182	0.9365
P027.-	83	43.59	42.33	37.69	48.35	1.9316	0.5867

Fonte: Inquérito.

Nota: Análise de variância de Kruskal-Wallis (significância para $p \leq 0.05$).

Verifica-se nesta primeira visão extensiva dos centros de saúde, que, apesar da presença de uma certa sintonia para a manutenção de um trabalho fundado na lógica da equipa, veicula nestas organizações uma certa incerteza e discordância, quer em relação à capacidade operativa dos meios e recursos disponíveis, quer no que se refere à imagem que os profissionais detêm da importância dos serviços no seio dos utentes.

«Neste momento a desilusão em relação ao C.S. e o ressentimento em relação a alguns profissionais são tão grandes que não me ocorre nenhuma sugestão» (Inq. 37, Médico).

«Ainda não há grande autonomia. Se não fosse a carolice, até parece que o trabalho em equipa foi mais um folclore do que outra coisa. Além das rotinas diárias que já fazemos há anos, temos que cumprir as instruções do Director, as

normas e as circulares que vêm da Região e da Sub-Região. Só falta é começarem a mandar circulares para dizer como é que os médicos devem passar uma receita ou como os enfermeiros devem fazer, isto ou aquilo» (A2, enfermeiro).

As transcrições expostas acima sugerem um ambiente de insatisfação e uma ausência efectiva na descentralização das acções e decisões. A realidade dos centros de saúde parece estar longe de reflectir uma configuração de inovação nem de missão, antes porém, parece que se encontra modelado por um conjunto de constrangimentos de natureza estrutural. Face a esta situação, alguns profissionais tem vindo a sugerir um maior empenhamento das hierarquias para a renovação na organização do trabalho, a implementação de condições facilitadoras para a maior participação dos profissionais, a reformulação da avaliação das equipas e a promoção da formação contínua. Os extractos dos discursos que se seguem são elucidativos desta problemática.

«Os responsáveis máximos dos serviços de saúde devem facilitar, favorecer não só a iniciativa dos profissionais, a sua formação permanente, mas principalmente políticas que visem o bom desempenho profissional e proporcionar serviços com bom funcionamento para a satisfação profissional e dos utentes» (Inq. 38, Enfermeiro).

«Julgo que seria relevante se os chefes das ARS e Sub-Região tivessem conhecimento do empenhamento dos funcionários administrativos no desempenho das suas funções» (Inq. 3, Administrativo).

«Trabalhar-se mais com espírito de equipa, em que todos os profissionais sejam importantes, e, sintam que o são, naquilo que será o objectivo de qualquer centro de saúde, que é "Prestar cuidados à comunidade", criando hábitos no sentido de prevenir a doença e promoção da saúde» (Inq. 83, Administrativo).

«Deveria de haver uma avaliação efectiva da qualidade dos cuidados prestados onde fossem ponderados as vertentes de processos de estrutura e de resultados, para que fosse possível fazer um planeamento da oferta de cuidados ajustado às

necessidades da população. A avaliação deveria deoar de ser feita exclusivamente com base nos resultados obtidos que não raramente é falseada pela não funcionalidade dos nossos suportes informativos» (Inq. 10, Enfermeiro).

Em termos quantitativos, as prioridades sugeridas pelos inquiridos para a melhoria das condições de trabalho no centro de saúde não parecem ser discordantes com as captadas nos discursos das entrevistas. De facto, constatou-se que na primeira prioridade, as questões mais valorizadas incidiram sobre a descentralização das decisões no centro de saúde (58%), sobre as condições do ambiente de trabalho (44%) e a dotação do pessoal (42%). No grupo dos médicos, a principal prioridade recai nas condições físicas (55.6%). No grupo da enfermagem, as suas prioridades situam-se principalmente ao nível da descentralização das decisões (84.6%). Os administrativos avaliam com o mesmo peso a prioridade às condições físicas (58.3%) e à descentralização das decisões (58.3%). Quanto aos outros profissionais, a sua principal prioridade recai na descentralização das decisões (42.9%) (Quadro 19).

Quadro 19
Pergunta P5: «Prioridades para o Centro de Saúde»

	PR1 Condições de Trab.	PR2 Dotação Pessoal	PR3 N. Utentes por Equip	PR4 Descentral Decisões	PR5 Outras	Total
Médicos	10 55,6	7 38,9	7 38,9	8 44,4	8 44,4	18 36,0
Enfermagem	3 23,1	6 46,2	3 23,1	11 84,6	4 30,8	13 26,0
Administrativos	7 58,3	6 50,0	5 41,7	7 58,3	4 33,3	12 24,0
Outros Professo	2 28,6	2 28,6	1 14,3	3 42,9	3 42,9	7 14,0
	22 44,0	21 42,0	16 32,0	29 58,0	19 38,0	50

Fonte: Inquérito.

Obs.: A numeração das colunas referem-se às ordens de prioridades múltiplas. Os somatórios ultrapassam os 100% por se tratarem de categorias de respostas múltiplas.

Total de casos = 85, casos válidos = 50 e 35 omissos.

4.1.2. CENÁRIOS DO QUOTIDIANO NUM CENTRO DE SAÚDE

Na lógica de Zerubavel, o tempo representa *um dos parâmetros principais da ordem social* (Carapinheiro 1994: 133) nas organizações de saúde. Contudo, reconhece-se,

aqui, não só a importância do tempo, mas também as influências das características do espaço sócio-organizacional na esfera do trabalho.

Em todos os centros de saúde estudados, à semelhança de qualquer serviço público, o acesso desemboca num serviço de recepção que é tradicionalmente ocupado pelos administrativos ou pelo pessoal auxiliar. Os profissionais deste serviço detêm uma visão geral de quem entra e sai da instituição, constituindo, assim, um local privilegiado de vigilância das presenças e das ausências dos profissionais. Mas, é também um local onde se desenvolvem as primeiras interações dos utentes com a instituição. Aí os utentes recebem as informações para as marcações de consulta e para a resolução de questões burocráticas, tais como o reembolso das despesas de saúde, a inscrição numa equipa de saúde, etc. É habitualmente uma zona de tensão, onde decorrem os conflitos abertos entre os utentes e os profissionais. Com alguma frequência se ouvem as queixas dos utentes sobre o sistema de saúde, tais como, o atraso do pagamento de um reembolso de despesas de saúde, e não menos vulgar, também aí ocorrem as críticas sobre a falta dos médicos num dia *x* ou *y*. Obviamente que também se ouvem elogios aos médicos. Frases como «*ele é uma simpatia*» ou «*passou-me um xarope que acabou logo com tosse*», são os melhores exemplos.

Apesar das diferenças arquitectónicas entre os centros estudados, a maioria dos consultórios médicos e de enfermagem de cada um deles fica na segunda *nave* do corpo do edifício da sede, um pouco distante da zona de recepção geral. Porém, na maioria das extensões de saúde não existem distinções entre estes dois tipos de salas, sendo vulgar a partilha da mesma sala de trabalho entre o médico e o enfermeiro. Quer na sede, quer na extensão, a configuração da sala do consultório médico é simples, sendo equipado com pouco mobiliário. Constata-se na generalidade dos consultórios um certo sistema padrão nos equipamentos. Uma secretária, três cadeiras, um cesto de papel, uma marquesa, uma balança, e às vezes um biombo e um armário, onde se encontram algumas amostras de medicamentos. Raramente se encontra um consultório sem um lavatório com a água corrente. Habitualmente encontram-se “pendurados” (colados com fita adesiva) nas paredes alguns cartazes, alusivos a um tema de saúde. A luminosidade das salas é artificial, na medida em que as janelas encontram-se protegidas dos olhares do exterior, ou por cortinados ou através de estores. As salas de enfermagem, quando existem, não diferem muito da dos médicos. Somente a este nível, encontram-se mais armários-ficheiros do que outros equipamentos.

No domínio da distribuição dos tempos das actividades, os períodos de hiperactividade nos centros de saúde estudados são de certo modo centralizados na parte da manhã, quer na sede, quer nas extensões. Para as equipas que partem para as extensões de saúde, a manhã de trabalho inicia-se com a azáfama de cada equipa na preparação do material na sede. Assiste-se a circulação do pessoal auxiliar entre a “farmácia” e os “gabinetes” de enfermagem e um movimento acelerado dos enfermeiros na verificação da sua mala “têrmica”, contabilizando os pensos, as seringas, as luvas e outro material descartável, etc.

Nos centros de saúde estudados, somente os enfermeiros apresentam os símbolos de distinção da situação profissional, nomeadamente através do uso da farda. Raramente se vê um médico com uma bata, e se os médicos não fossem já conhecidos nos serviços, não se distingue um médico de qualquer administrativo ou de outro profissional, ou inclusivé de um utente. Ocasionalmente denota-se a circulação dos médicos nos corredores dos centros, ostentando o seu instrumento de trabalho, o estetoscópio, quer fazendo-o sobresair no bolso da camisa, quer colocando-o em redor do pescoço como se fosse um colar.

Quer os que ficam na sede, quer aqueles que efectuam as actividades nas extensões, o início de cada sessão de consulta é marcado como um período de relaxamento. Os membros de cada equipa juntam-se no consultório médico, ou na secretaria do centro. Neste período de início de trabalho, verificam a lista de utentes do dia e conversam sobre os mais diversos temas. Falam dos acontecimentos nos serviços, da vida privada de cada um, desde o dinheiro à família, as compras que desejavam efectuar, os sucessos escolares dos filhos e os períodos de férias. Mas, também, confidenciam as vidas íntimas dos outros, desde os namoros aos divórcios e tecem conjecturas sobre a vida social e política. Contudo, neste período é também o tempo do reforço da diferenciação, da afirmação hierárquica e do prestígio do médico, na medida em que é neste momento que o médico é assediado pelo administrativo ou pelo enfermeiro para solucionar um caso particular de um ou mais utentes. São os pedidos de consultas urgentes, a transcrição de um receituário, ou até, o pedido para a solução de um caso de internamento.

Terminado o ritual da iniciação da sessão de trabalho, começa-se o atendimento ordenado dos utentes. Os utentes são *rastreados*, em primeiro lugar, pelo pessoal da enfermagem e só posteriormente é que seguem para o consultório médico. No consultório, a relação entre o médico e utente transcende as questões somáticas e a vigilância do corpo. O médico aplica os seus conhecimentos de clínica geral na sua relação com o

utente, centrando-se numa abordagem familiar mais global. Recolhe as informações do APGAR familiar, dos registos da família e de outros dados para os genogramas, actuando, assim, preventivamente, num ângulo de antecipação aos problemas. Mas, esta visão da globalidade não é exclusiva dos médicos. O enfermeiro procura uma abordagem proactiva do utente, actuando no decurso da consulta de enfermagem um diálogo de orientação preventiva, não só sobre as questões da doença, mas essencialmente sobre os comportamentos e hábitos de vida que poderão conduzir à melhoria das condições de saúde. O administrativo não intervém nas actividades médicas e de enfermagem, procedendo a sua actividade num lugar distante dos consultórios. Aí, efectua a cobrança das taxas moderadoras e fica a aguardar o fim de cada consulta para o preenchimento dos cabeçalhos dos impressos, dos receituários e de outros que houver lugar. Denota-se, assim, que a disposição dos lugares que ocupa cada profissional e o ritual da sequência do atendimento dos utentes (faseado na ordem administrativo-enfermeiro-médico-administrativo) fazem salientar uma perfeita decomposição espacial e temporal das hierarquias das responsabilidades na prestação dos cuidados de saúde.

Os utentes, que aguardam na sala de espera, estabelecem-se entre eles, as conversas sobre o seu estado de saúde, tecendo cada um o seu cenário e o drama de estar doente. Confrontam-se entre eles os problemas dos custos dos medicamentos e falam das dificuldades da vida quotidiana. Os temas recaem na generalidade no desemprego, na reforma, nos custos dos bens alimentares e tecem comentários sobre a demora do utente que está a ser atendido. A vigilância sobre os utentes é controlada pelo administrativo que efectua um registo contínuo e um olhar atento, impondo uma autoridade sobre os movimentos e a sonoridade da sala.

Apesar das actividades serem desenvolvidas em jornada contínua, verifica-se às vezes uma paragem. É a pausa para o café da manhã ou da tarde. É um outro período onde os membros das equipas reconstróem as conversas triviais, e num ou noutro caso enfatizam uma situação singular que atenderam durante a primeira parte da sessão. Trocam-se informações sobre os utentes "*habituais*", comentando o prognóstico da sua doença, o resultado de uma análise ou de um "RX". É o tempo de mais um pedido ou informação do administrativo para uma outra consulta urgente. Reactualiza-se e reforça-se, assim, o capital de dominância hierárquica e a padronização da autoridade dos médicos nos momentos de pausa das actividades. Assim, o tempo das actividades e de intervalo são

dominados por uma clara delimitação de fronteiras de competências bem distintas, exacerbando uma significativa dominância hierárquica protagonizada pelos médicos na regulação das consultas.

Porém, se a procura dos cuidados pode constituir uma via mediadora da consolidação do prestígio dos médicos, ela não é exclusiva deste grupo profissional. Exemplos como as confidências que os utentes efectuam em primeiro lugar aos enfermeiros, constituem as situações que mais propiciam para o reforço do prestígio deste grupo. Os casos mais vulgares são os que advêm das relações dos enfermeiros com os utentes mais jovens. Tecem-se confidências sobre o planeamento familiar, a sexualidade, o uso dos contraceptivos, etc. Não menos importante, são as referências aos domínios dos actos técnicos dos enfermeiros. Frases expressas pelos utentes, tais como *«deu-me uma injeção que não fez doer»*, *«foi um alívio como fui algaliado»*, ou *«curei mais depressa com o penso que ela me fez»*, representam claramente que existe um reconhecimento do prestígio da competência (ou talvez de habilidade) técnica dos enfermeiros.

Cada sessão da manhã ou da tarde não termina com o atendimento do último utente. Após os atendimentos directos, iniciam-se outras actividades. É o tempo da individualização das práticas. Cada profissional desenvolve a sua actividade no seu espaço. Reina-se o silêncio... O médico procede à releitura dos seus ficheiros, prepara as cartas de referência clínica para um ou mais utentes que virão buscar no dia seguinte, actualiza as informações relevantes nas fichas dos utentes, ou, então, procede o atendimento dos delegados de informação clínica. O enfermeiro verifica os pilotos e os demais registos das suas áreas e avalia o plano de cuidados de cada utente atendido. O administrativo encerra as estatísticas diárias, contabiliza as taxas moderadoras recebidas e verifica as marcações para o dia seguinte.

Conclui-se na leitura sumária dos espaços de actividades e dos cenários de um dia de trabalho nos centros de saúde estudados, a presença de duas categorias distintas. Uma que catalisa a atmosfera da relação entre os profissionais e os utentes, fundada numa lógica da dependência global do utente face ao saber dos profissionais (médico e de enfermagem), e a outra que centraliza o tempo social dos comportamentos dos mesmos profissionais, estruturada numa regulação estratégica da hierarquização das competências na esfera do trabalho.

4.2. CAMPO SOCIOPROFISSIONAL

Numa primeira aproximação à realidade de um centro de saúde, constatou-se que as relações de trabalho entre os profissionais parecem ser mediadas por um conjunto de vectores simbólico-estruturais que regulam a diferenciação das competências de cada grupo profissional. De facto, o principal objectivo do presente trabalho radica na procura de uma inteligibilidade desta diferenciação, centrando-se contudo na análise dos perfis culturais, quer dos centros de saúde quer dos seus profissionais. Assim, em função da estratégia metodológica adoptada para o alcance deste objectivo, implicou a adopção de uma caracterização do perfil dos componentes que se julgam tipificar a matriz simbólico-estrutural do campo socioprofissional (controlo organizacional, ambiente de trabalho e os valores organizacionais), cujos resultados vão ser analisados adiante.

4.2.1. CÔNTRULO ORGANIZACIONAL

A análise estatística das componentes da dimensão do controlo organizacional foi efectuada sobre uma matriz de dados, composta por 14 variáveis e 85 indivíduos, e que traduzem a opinião dos inquiridos sobre as influências que os actores ou grupos de actores exercem no trabalho do centro de saúde (P01). Da análise descritiva destas 14 variáveis, verifica-se que, em termos comparativos, são os actores *internos* da organização aqueles que exercem uma maior influência na organização, destacando-se um elevado grau de influência (escala 5) imprimida pela direcção do centro de saúde (59.5%) e pela coordenação sub-regional (54.2%). É de referir que a influência dos profissionais situa-se ao nível dos 47.6% dos inquiridos. A influência exercida pelas chefias atinge os 40.5%. Na óptica de 43.9% dos inquiridos, a entidade que exerce menos influência é a união europeia (Quadro 20). Denota-se, assim, que na perspectiva dos inquiridos existem nos centros de saúde uma certa dinâmica intra-organizacional, sendo ela imprimida essencialmente pelas estruturas detentoras do poder de regulação da decisão administrativa da organização.

Através da análise de variância dos scores da escala do controlo organizacional, verifica-se que não existe qualquer diferença significativa entre os mesmos no seio dos diferentes grupos de inquiridos, excepto em relação aos itens correspondente ao grau

de influência do governo (P012), dos profissionais do centro de saúde (P0112) e da própria pessoa (P0114) (Quadro 21).

Quadro 20
Pergunta P1: «Na sua opinião, qual é o grau de influência dos seguintes grupos e pessoas no trabalho que se efectua no seu centro de saúde?»

	1	2	3	4	5	Total
	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha
P011.- União Europeia	43.9	26.8	22.0	6.1	1.2	100.0
P012.- Governo	15.7	8.4	28.9	24.1	22.9	100.0
P013.- Autarquias	18.1	42.2	28.9	3.6	7.2	100.0
P014.- Sindicatos	31.3	36.1	25.3	4.8	2.4	100.0
P015.- Associações Profissionais	36.1	34.9	19.3	8.4	1.2	100.0
P016.- Administ. Região de Saúde do Alentejo	2.4	6.0	16.7	28.6	46.4	100.0
P017.- Coordenação da Sub-região de Beja	2.4	3.6	9.6	30.1	54.2	100.0
P018.- Direcção do Centro de Saúde	1.2	2.4	6.0	31.0	59.5	100.0
P019.- Utentes do Centro de Saúde	3.6	7.2	18.1	42.2	28.9	100.0
P010.- Os cidadãos em geral	7.2	24.1	31.3	28.9	8.4	100.0
P0111.- As chefias do Centro de Saúde	1.2	3.6	10.7	44.0	40.5	100.0
P0112.- Os profissionais do Centro de Saúde	1.2	4.8	15.5	31.0	47.6	100.0
P0113.- Os chefes directos da área profissional	7.2	6.0	13.3	39.8	33.7	100.0
P0114.- A sua própria pessoa	1.2	8.4	18.1	34.9	37.3	100.0

Fonte: Inquérito.

Obs.: 1.- Nenhuma influência; 2.- Pouca influência; 3.- Alguma influência; 4.- Tem influência; 5.- Muita influência. Total de casos = 85 (P011: 82; P012 a P015, P017, P019, P0110, P0112, P0114: 83; P016, P018, P011, P0113: 84).

Quadro 21
Comparação das opiniões sobre o controlo organizacional entre os grupos profissionais

var	nº casos	Médico	Enfermag	Administr	Outros profission	Quii-quadrado	Significância
P011.-	82	35.85	44.64	44.61	40.46	2.1096	0.5500
P012.-	83	31.20	50.89	46.14	39.58	8.0550	0.0449
P013.-	83	41.17	43.06	42.36	41.49	0.0827	0.9938
P014.-	83	39.85	48.56	38.02	45.62	2.5990	0.4577
P015.-	83	53.09	42.94	35.88	36.04	7.4125	0.0598
P016.-	84	36.35	52.39	42.78	39.04	4.6873	0.1962
P017.-	83	41.87	45.44	43.66	33.77	2.0208	0.5681
P018.-	84	39.15	46.83	44.60	37.58	1.7532	0.6252
P019.-	83	44.63	43.25	40.57	38.81	0.6526	0.8843
P0110.-	83	40.98	45.11	41.31	41.04	0.3856	0.9432
P0111.-	84	36.54	49.17	44.40	39.42	3.1049	0.3757
P0112.-	83	44.70	53.58	34.14	38.73	8.3557	0.0392
P0113.-	84	37.39	44.31	46.05	37.92	2.1968	0.5326
P0114.-	83	52.33	42.76	32.02	39.23	8.5468	0.0360

Fonte: Inquérito.

Nota: Análise de variância de Kruskal-Wallis (significância para $p \leq 0.05$).

Hierarquizando as atitudes da escala do controlo organizacional, através da análise factorial por componentes principais normada (AFCP), extraíram-se quatro factores

que apresentam uma explicação global de cerca de 67.9% da inércia total dos dados, ou seja, da variância explicada (Quadro 22). Segundo os resultados calculados pela estatística *Kaiser-Meyer-Olkin* (0.75495) e pelo teste de *Bartlett* ($p=0.00000$), a matriz de correlações (14*14) revelou-se adequada para o procedimento do cálculo factorial de componentes principais.

Da leitura dos valores das comunalidades, ou seja, das proporções de variância de cada variável para a solução factorial, denota-se que a variável mais bem representada nesta agregação factorial de 4 componentes, é a que corresponde ao grau de influência da coordenação sub-regional (P017), detendo um valor de cerca de 84%, sendo a mais fraca, a variável que traduz o grau de influência das autarquias (P013), cuja proporção de variância é na ordem dos 53% (Quadro 22).

Quadro 22
Comunalidades das variáveis da percepção do controlo organizacional

Variável	Comunalidade	*	Factor	Eigenvalue	% Var	% cum
P011	,62751	*	1	5,12745	36,6	36,6
P0110	,68830	*	2	1,75745	12,6	49,2
P0111	,75796	*	3	1,42688	10,2	59,4
P0112	,63417	*	4	1,18566	8,5	67,8
P0113	,63052	*				
P0114	,64485	*				
P012	,73755	*				
P013	,52995	*				
P014	,64635	*				
P015	,49794	*				
P016	,78127	*				
P017	,83898	*				
P018	,82632	*				
P019	,65578	*				

Fonte: Inquérito.

Após a aplicação do critério de rotação ortogonal Varimax sobre uma matriz de 14*4, extraiu-se o primeiro factor com um valor próprio na ordem dos 5.1, explicando 36.6% da variância. Contribuíram para a sua formação, as variáveis que traduzem o maior peso explicativo em relação à dimensão do controlo organizacional, das quais se destacam por ordem decrescente de pesos correlacionais, a direcção do centro de saúde (P018), a coordenação sub-regional (P017), a administração regional (P016), as chefias internas (P0111), os chefes directos da sua área profissional (P0113) e os profissionais (P0112). Este factor pode ser interpretado como um componente que traduz a percepção das influências exercidas pelas estruturas hierárquicas internas dos centros de saúde. Por conseguinte, é um factor interpretado como o factor o controlo interno pelas hierarquias (Quadro 23).

No segundo factor, de valor próprio na ordem dos 1.8, explicando cerca de 12.6% da variância, encontram-se por ordem decrescente de peso de correlações, o seguinte bloco de variáveis: cidadão em geral (P0110), associações profissionais (P015), utentes (P019) e autarquias (P013). Tipifica-se neste factor a percepção da importância dada à influência exercida pelos actores externos, nomeadamente pela comunidade em geral e pelas associações profissionais. Assim, este factor condensa o modo de percepção do controlo exercido pelos actores externos, sendo interpretado como tal (controlo externo 1) (Quadro 23).

Quadro 23
Pesos factoriais da percepção do controlo organizacional

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
P018	direcção do centro de saúde	0.89238			
P017	coordenação sub-regional	0.84903			
P016	administração regional	0.81359			
P0111	chefias internas	0.77804			
P0113	chefes directos da área	0.62856			
P0112	os profissionais de saúde	0.61928			
P0110	cidadão em geral		0.72038		
P015	associações profissionais		0.69307		
P019	utentes		0.67332		
P013	autarquias		0.57783		
P011	união europeia			0.74569	
P012	governo			0.73321	
P014	sindicatos			0.65301	
P0114	a própria pessoa				0.79256

Fonte: Inquérito.

Nota: Rotação ortogonal segundo o critério *Varimax* e a normalização de *Kaiser*.

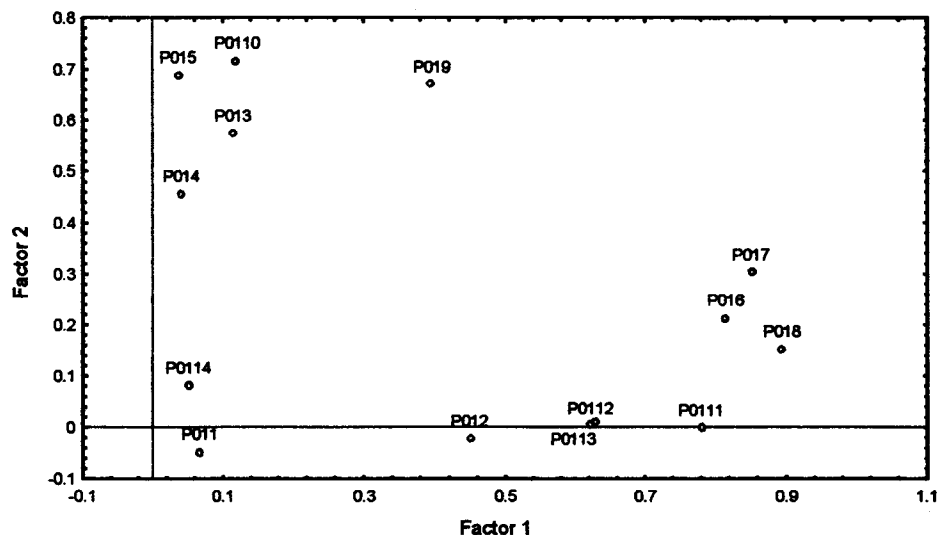
O terceiro factor detém cerca de 1.4 de valor próprio, comportando ainda uma variância explicada, isto é, uma inércia total dos dados, de cerca de 10.2%. Encontram-se correlacionados com o factor as variáveis correspondentes ao grau de influência da união europeia (P011), do governo (P012) e dos sindicatos (P014). Assim, é um factor que traduz, à semelhança do factor 2, a percepção do controlo exercido pelos actores externos, sendo neste caso, a percepção centrada no peso das influências atribuídas às instituições reguladoras das normas jurídicas de funcionamento. É um factor interpretado como o controlo externo 2 (Quadro 23).

Contribuiu para a formação do quarto factor uma única variável, sendo esta representada pela variável a própria pessoa (P0114), e que detém como valor próprio de cerca

de 1.2 e explicando somente 8.3% da variância. É um factor interpretado como o controlo interno, mas de natureza individual (Quadro 23).

Procurando captar uma representação gráfica dos principais efeitos exercidos pelas componentes do controlo interno e externo no trabalho do centro de saúde, optou-se por um cruzamento do plano 1 com o 2. Assim, da leitura do resultado das projecções constata-se que a grande maioria das variáveis encontra-se projectada no 1º. Quadrante. Este facto vem confirmar graficamente que a redução da matriz de partida num espaço de menores dimensões, coloca a maioria das variáveis correlacionadas positivamente com os factores 1 e 2. Confirma-se igualmente na representação gráfica do factor do controlo correspondente às hierarquias internas dos centros de saúde (factor 1), que a variável com a maior distância nos scores factoriais de influência interna é a da direcção do centro de saúde (P018), projectando-se no eixo 1 de uma forma bem distanciada do ponto de origem dos eixos. Também se encontra no mesmo quadrante 1, distanciada do centro e com uma localização distinta do factor 1, a projecção dos indivíduos que compõem o factor do controlo exercido pelos actores externos 1 (factor 2). A este nível, igualmente se confirma que a variável tradutora da influência da comunidade é aquela que possui a maior distância de scores factoriais de influência externa (P0110) (Gráfico 3).

Gráfico 3
Planos factoriais 1 e 2 da percepção do controlo organizacional



Nota: P011 - união europeia; P012 - governo; P013 - autarquias; P014 - sindicatos; P015 - associações profissionais; P016 - administração regional; P017 - coordenação sub-regional; P018 - direcção do centro de saúde; P019 - utentes; P0110 - cidadão em geral; P0111 - chefias internas; P0112 - os profissionais de saúde; P0113 - chefes directos da área; P0114 - a própria pessoa.

Fonte: Inquérito.

Quanto às outras projecções presentes no gráfico 3, denota-se que as variáveis do factor do controlo externo das instituições (factor 3) apresentam uma forte projecção sobre o eixo 1. Quanto às variáveis do factor do controlo individual (factor 4), este encontram-se quase próximo da origem dos eixos. Discriminam-se, assim, de certa forma evidente no gráfico 3, um conjunto de representações gráficas distintas quanto às diferentes formas de controlo organizacional.

Subjaz, assim, na leitura da hierarquia das opiniões dos inquiridos, um conjunto de atitudes face ao controlo organizacional que se resumem em quatro blocos factoriais, e que, por sua vez, parecem reflectir uma construção de representações da dinâmica organizacional centrados num macrobloco da estrutura do controlo sob a forma dual, interno e externo. Sintetiza-se, ainda, que quanto maiores forem as distâncias dos scores factoriais de controlo interno, menores são as de controlo externo e vice-versa.

4.2.2. AMBIENTE DO TRABALHO

Para a análise estatística das componentes da dimensão do ambiente de trabalho foi elaborada uma matriz de dados, composta por 20 variáveis e 85 indivíduos, e que traduzem a opinião dos inquiridos um conjunto de situações que podem influenciar o desempenho das suas funções no trabalho (P03).

Da análise descritiva das variáveis, ressalta com evidência que na globalidade das situações submetidas à apreciação dos inquiridos, estes situaram a maioria das suas opções na escala 4 (valores percentuais acima de 50%). Assim, no que se refere às situações mais influentes da escala 4, destacam-se as do domínio das relações com os outros profissionais (56.0%), as relações com os colegas da carreira (54.2%) e as relações com as chefias (53.0%). Ainda se destacam nesta escala, as situações de influência devido aos contactos com outras equipas ou sectores (51.8%) e a boa comunicação na organização (51.2%) (Quadro 24).

Da leitura das situação mais influentes presentes no Quadro 24, ou seja, das que situaram na escala 5, constata-se que os 45.1% dos inquiridos valorizam muito a autonomia no trabalho e que 34.9% consideram muito influente no seu trabalho o funcionamento da equipa ou sector. Quanto aos itens menos valorizados, é de assinalar que,

em termos globais (escala 1 e 2), 30.1% dos inquiridos consideraram pouco relevante a influência do prestígio social e 28.6% acham igualmente que o reconhecimento pelos outros tem pouca ou nenhuma influência no seu trabalho.

Quadro 24

Pergunta P3: «Na sua opinião, até que ponto acha que as seguintes situações podem influenciar o desempenho das suas funções no seu trabalho?»

	1	2	3	4	5	Total
	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha
P031.- Relações com os colegas da carreira	4.8	4.8	15.7	54.2	20.5	100.0
P032.- Relações com as chefias	1.2	1.2	10.8	53.0	33.7	100.0
P033.- Relações com os outros profissionais	1.2	3.6	20.2	56.0	19.0	100.0
P034.- Tipo de tarefas que efectua	1.2	7.1	13.1	46.4	32.1	100.0
P035.- Participação nas decisões sobre o seu trabalho	3.6	6.0	14.5	44.6	31.3	100.0
P036.- Participação na realização do plano de actividades	7.2	9.6	28.9	37.3	16.9	100.0
P037.- Funcionamento geral do centro de saúde	3.6	3.6	33.3	38.1	21.4	100.0
P038.- Salário que recebe	8.4	12.0	25.3	33.7	20.5	100.0
P039.- Categoria profissional	4.8	14.5	25.3	36.1	19.3	100.0
P0310.- Funcionamento do sector (equipa)	1.2	2.4	21.7	39.8	34.9	100.0
P0311.- Prestígio social	12.0	18.1	36.1	26.5	7.2	100.0
P0312.- Reconhecimento que os colegas pelo seu trabalho	8.4	14.5	32.5	33.7	10.8	100.0
P0313.- Reconhecimento que as chefias e a direcção do CS dão pelo seu trabalho	4.8	9.5	20.2	47.6	17.9	100.0
P0314.- Reconhecimento que a coordenação sub-regional dá pelo seu trabalho	11.9	16.7	26.2	32.1	13.1	100.0
P0315.- Autonomia no trabalho	3.7	4.9	7.3	39.0	45.1	100.0
P0316.- Condições físicas de trabalho	6.0	6.0	15.5	34.5	38.1	100.0
P0317.- Boa comunicação da organização	2.4	4.8	20.2	51.2	21.4	100.0
P0318.- Contacto com os outros sectores (ou equipa)	1.2	9.6	24.1	51.8	13.3	100.0
P0319.- Ser informado dos objectivos do plano de actividades CS	1.2	8.4	16.9	49.4	24.1	100.0
P0320.- Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos	2.4	9.6	13.3	42.2	32.5	100.0

Fonte: Inquérito.

Obs.: 1.- Nenhuma influência; 2.- Pouca influência; 3.- Alguma influência; 4.- Tem influência; 5.- Muita influência. Total de casos = 85 (P037 e P0315: 82; P031, P032, P035, P036, P038 a P0312, P0318 a P0320: 83; P033, P034, P0313, P0314, P0316, P0317: 84).

Em conformidade com os resultados da análise variância dos scores, verifica-se que os diferentes grupos de inquiridos não se apresentam, em termos globais, significativas divergências de opinião, diferenciando contudo entre os mesmos, quanto à influência da autonomia (P0315), do acesso à informação (P0319) e do funcionamento geral da organização (P037) no ambiente de trabalho (Quadro 25).

Quadro 25
 Comparação das opiniões sobre ambiente de trabalho entre os grupos profissionais

var nº casos	Médico	Enfermag	Administr	Outros profission	Quii- quadrado	Significância
P031.- 83	42.54	44.42	39.26	43.81	0.6409	0.8870
P032.- 83	45.02	42.03	40.26	40.50	0.5632	0.9048
P033.- 84	46.26	42.61	39.88	41.73	0.9053	0.8242
P034.- 84	50.91	43.00	38.33	36.54	4.3954	0.2218
P035.- 83	50.57	45.53	37.33	32.38	6.4482	0.0616
P036.- 83	46.26	51.33	35.69	35.62	6.3172	0.0972
P037.- 82	31.59	50.29	44.12	40.33	8.0685	0.0446
P038.- 83	42.39	48.78	38.84	38.96	2.1328	0.5453
P039.- 83	42.54	51.86	38.24	35.77	4.5981	0.2037
P0310.- 83	47.04	45.81	35.76	41.73	3.4016	0.3337
P0311.- 83	36.85	54.28	37.22	44.77	7.0311	0.0709
P0312.- 83	39.15	50.25	38.59	43.23	3.0453	0.3847
P0313.- 84	37.39	47.56	45.38	37.88	2.6667	0.4459
P0314.- 84	44.39	40.50	42.07	42.92	0.2727	0.9651
P0315.- 82	53.50	43.21	33.02	36.96	10.0782	0.0078
P0316.- 84	41.02	52.61	38.92	39.38	4.0367	0.2575
P0317.- 84	46.41	48.50	36.80	40.42	3.4134	0.3322
P0318.- 83	42.35	46.50	38.83	42.23	1.1357	0.7685
P0319.- 83	44.39	56.72	36.24	30.23	11.6959	0.0085
P0320.- 83	49.48	48.94	35.34	34.00	7.3507	0.0615

Fonte: Inquérito.

Nota: Análise de variância de Kruskal-Wallis (significância para $p \leq 0.05$).

Através da análise factorial (AFCP) reconstruíram-se seis variáveis compósitas (factores) caracterizadoras da hierarquia das atitudes dos inquiridos face ao trabalho. Estas variáveis apresentaram nas estatísticas iniciais uma explicação global 70.9% da variância, valor esse que foi reconfirmado nas estatísticas finais (Quadro 26). A adequação da análise factorial desta matriz de 20*20 foi avaliada pela estatística *Kaiser-Meyer-Olkin* (0.73777) e pelo teste de *Bartlett* ($p=0.00000$), cujos resultados não refutam a adequação do procedimento do cálculo factorial de componentes principais.

Da análise dos valores de comunalidades, verificou-se que a variável com melhor representação na solução de seis factores foi aquela que corresponde ao contacto com os outros sectores (P038), situando a percentagem da sua variância na ordem dos 84%. A variável com mais fraca representação é a que corresponde ao tipo de tarefas que efectua no centro de saúde (P034), cuja inércia é de cerca de 44% nesta solução factorial de seis componentes (Quadro 26).

Após a aplicação do critério de rotação ortogonal Varimax sobre uma matriz de 20*6, foi possível obter o primeiro factor, com um valor próprio de cerca de 6.4 e explica 31.8% da variância, cuja sua composição resultou da agregação das variáveis

correspondentes à boa comunicação da organização (P0317), ao contacto com os outros sectores (P0318), à situação de ser informado dos objectivos do plano de actividades (P0319), à formação e actualização permanente (P0320), às condições físicas de trabalho (P0316) e ao tipo de tarefas que efectua (P034). É um factor que revela uma orientação dos inquiridos para a valorização das formas de envolvimento e de organização do trabalho nos centros de saúde, sendo por isso interpretado como tal (Quadro 27).

Quadro 26
Comunalidades das variáveis da percepção do ambiente de trabalho

Variável	Comunalidade	*	Factor	Eigenvalue	% Var	% cum
P031	,65492	*	1	6,35909	31,8	31,8
P0310	,70671	*	2	2,46976	12,3	44,1
P0311	,54441	*	3	1,54437	7,7	51,9
P0312	,75780	*	4	1,45557	7,3	59,1
P0313	,76777	*	5	1,22968	6,1	65,3
P0314	,69512	*	6	1,11377	5,6	70,9
P0315	,76519	*				
P0316	,73861	*				
P0317	,81284	*				
P0318	,68188	*				
P0319	,62211	*				
P032	,71963	*				
P0320	,72520	*				
P033	,78758	*				
P034	,44139	*				
P035	,71644	*				
P036	,71051	*				
P037	,67491	*				
P038	,83805	*				
P039	,81118	*				

Fonte: Inquérito.

Para a formação do segundo factor, de valor próprio na ordem dos 2.5 e detendo 12.6% da variância explicada, contribuiu o seguinte bloco de variáveis: reconhecimento que os colegas dão pelo seu trabalho (P0312), reconhecimento que as chefias e a direcção dão pelo seu trabalho (P0313), prestígio social (P0311) e reconhecimento que a coordenação dá pelo seu trabalho (P0314). É um factor estruturado na base da referência ao reconhecimento e prestígio gerável pelo trabalho, e que objectiva a sedimentação da valorização pessoal nos centros de saúde através do reconhecimento, enquanto ganho e instrumento de distinção no seio da mesma (Quadro 27).

Quanto ao terceiro factor, com cerca de 1.5 de valor próprio e explicando 7.7% da variância, a sua formação resultou da agregação das seguintes variáveis: participação nas decisões sobre o seu trabalho (P035), autonomia no trabalho (P0315) e

participação na realização do plano de actividades do centro de saúde (P036). É um factor estruturado na base da valorização da participação e que reflecte um posicionamento daqueles que consideram como relevante os princípios de organização do trabalho menos formais e com procedimentos mais horizontalizados (Quadro 27).

Quadro 27
Pesos factoriais da percepção e explicação do trabalho nos centros de saúde

itens	Fact 1	Fact 2	Fact 3	Fact 4	Fact 5	Fact 6
P0317 - Boa comunicação da organ.	0.87923					
P0318 - Contacto c/ outro sect/equip	0.77566					
P0319 - Ser informado dos objectiv	0.70646					
p0320 - Formação e actualiz perman	0.63334					
p0316 - Condições físicas do trabalh	0.60680					
p034 - Tipo de tarefas que efectua	0.53282					
P0312 - Reconhec dos colegas		0.83772				
P0313 - Reconhec das chefias e Dir		0.75759				
P0311 - Prestígio social		0.68697				
P0314 - Reconhec da coordenação		0.63546				
P035 - Participação nas decisões			0.80969			
P0315 - Autonomia no trabalho			0.73117			
P036 - Particip na realiz do plano act			0.70745			
P033 - Relações com outros profess				0.84293		
P032 - Relações com as chefias				0.76628		
P031 - Relações c/ os colegas carre				0.67303		
P038 - Salário que recebe					0.83541	
P039 - Categoria profissional					0.80816	
P037 - Funcionamento geral do CS						0.70477
P0310 - Funcionament sector/equipa						0.69584

Fonte: Inquérito.

Nota: Rotação ortogonal segundo o critério *Varimax*, e a normalização de *Kaiser*.

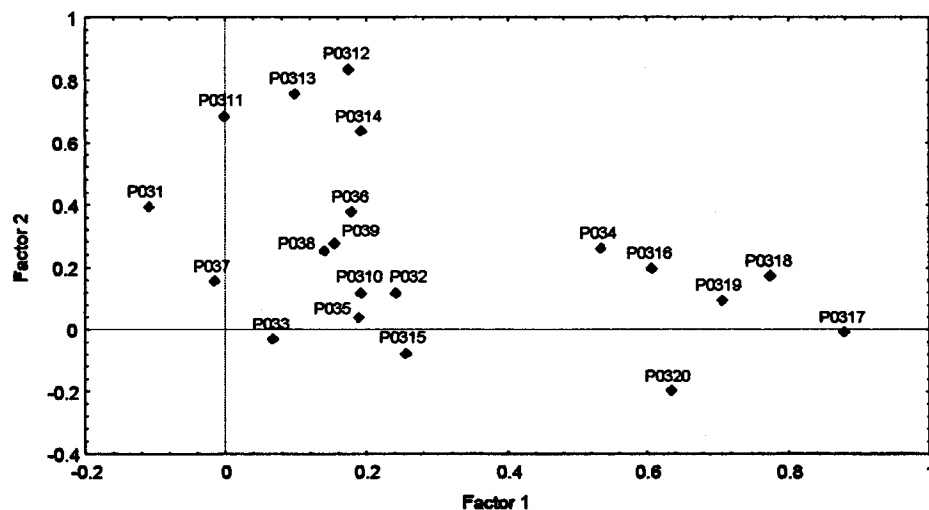
Para a formação do quarto factor, que possui um valor próprio na ordem dos 1.4 e explicando 7.3% da variância, contribuíram as seguintes variáveis: relações com os outros profissionais (P033), relações com as chefias e a direcção (P032) e relações com os colegas da carreira (P031). Congrega neste factor, as variáveis relacionadas com a objectivação dos critérios de sociabilidade intra-organizacional. No conteúdo do factor, surge como variável com um maior índice de correlação as relações com os outros profissionais, sendo por isso, interpretável como um factor das relações interpessoais e colectivas (Quadro 27).

O quinto factor, com cerca de 1.2 de valor próprio e 6.1% de variância explicada, é formado pelas variáveis correspondentes à importância atribuída ao salário (P038) e à categoria profissional (P039). Estas duas variáveis reflectem que este factor pode ser interpretável como o factor dos ganhos materiais, na medida em que a variável com maior grau de correlação com o factor é a da valorização do salário (83,5%) (Quadro 27).

Para o sexto factor, interpretável como a tradução dum pensamento sócio-organizacional dos inquiridos, ancorado na valoração da estabilidade no trabalho. É um factor que detém 1.1 de valor próprio e explicando 5.6% da variância, e que contribuíram para a sua formação as variáveis funcionamento geral do centro de saúde (P037) e funcionamento do sector (P0310) (Quadro 27).

Na representação gráfica das projecções dos indivíduos sobre os planos factoriais 1 e 2 denota-se a confirmação de que as variáveis com os valores mais elevados de scores factoriais em cada componente são respectivamente a boa comunicação da organização (P0317) no eixo da influência devido à forma de organização do trabalho e a que traduz o grau de influência devido ao reconhecimento que os colegas dão pelo seu trabalho (P0312) no eixo do reconhecimento e prestígio (Gráfico 4).

Gráfico 4
Planos factoriais 1 e 2 da percepção do ambiente de trabalho



Fonte: Inquérito.

Nota: P031.- Relações com os colegas da carreira; P032.- Relações com as chefias; P033.- Relações com os outros profissionais; P034.- Tipo de tarefas que efectua; P035.- Participação nas decisões sobre o seu trabalho; P036.- Participação na realização do plano de actividades; P037.- Funcionamento geral do centro de saúde; P038.- Salário que recebe; P039.- Categoria profissional; P0310.- Funcionamento do sector (equipa); P0311.- Prestígio social; P0312.- Reconhecimento que os colegas pelo seu trabalho; P0313.- Reconhecimento que as chefias e a direcção do CS dão pelo seu trabalho; P0314.- Reconhecimento que a coordenação sub-regional dá pelo seu trabalho; P0315.- Autonomia no trabalho; P0316.- Condições físicas de trabalho; P0317.- Boa comunicação da organização; P0318.- Contacto com os outros sectores (ou equipa); P0319.- Ser informado dos objectivos do plano de actividades CS; P0320.- Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos.

Da leitura do gráfico das projecções ainda se extrai que as variáveis tradutoras da influência devido às relações com os colegas da carreira (P031) e ao funcionamento geral do centro de saúde (P037) encontram-se no segundo quadrante, opondo de certa forma às variáveis situadas no quarto quadrante, e correspondentes às influências devido às relações com os outros profissionais (P033), à autonomia no trabalho (P0315) e à formação e actualização permanente (P0320) (Gráfico 4).

Sintetiza-se, assim, que a representação estruturada pelos inquiridos face ao ambiente do trabalho caracteriza-se fundamentalmente por um bloco de seis sub-dimensões estruturais, sendo a maior variância explicada atribuída à lógica da valorização das formas de envolvimento no trabalho (fluidez da comunicação, lógicas de organização do trabalho, condições estruturais e adesão à formação permanente para a valorização profissional). Por outro lado, resume-se, ainda, que quanto maiores forem as distâncias dos scores factoriais referentes à boa comunicação, menores são as correspondentes ao reconhecimento e prestígio, e vice-versa.

4.2.3. VALORES ORGANIZACIONAIS

A matriz de dados da dimensão dos valores organizacionais é composta por 18 variáveis e 85 indivíduos, e que traduzem a opinião dos inquiridos em relação aos valores que os consideram mais relevantes para os centros de saúde (P04). Da análise descritiva desta matriz verifica-se que foram assinalados como valores muito importantes (escala 5) para a organização os referentes ao bom ambiente de trabalho (48.2%), à competência profissional (44.6%) e à aceitação pelas chefias das opiniões e sugestões (41.5%). Constatou-se ainda que foram considerados pelos inquiridos como importantes (escala 4) para os centros de saúde, a valorização da inovação nos procedimentos (45.1%), da atenção às necessidades dos utentes (43.9%), da partilha na tomada de decisões (42.7%), da divulgação dos resultados das actividades (42.7%) e do poder das chefias e da direcção do centro (41.5%). Da leitura do quadro 24, destaca-se, também, a percepção de que para 17.1% dos inquiridos o valor de menor importância (escala 1) para os centros de saúde é a da actividade de convívio extra-laboral (Quadro 28). Verifica-se ainda que os diferentes grupos de inquiridos apresentam divergências de opinião significativas ao nível da do valor da tomada de decisão

(P0414) e da promoção de uma comunicação eficaz (P0418) nos centros de saúde (Quadro 29).

Quadro 28

Pergunta P4: «Na sua opinião, qual é o grau de importância que tem para o Centro de Saúde cada uma das seguintes valorações?»

	1	2	3	4	5	Total
	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha	% linha
P041.- Realização pessoal	4.9	20.7	23.2	25.6	25.6	100.0
P042.- Realização profissional	3.7	13.4	22.0	28.0	32.9	100.0
P043.- Competência dos profissionais	1.2	1.2	18.1	34.9	44.6	100.0
P044.- Solidariedade entre os profissionais	1.2	12.2	18.3	34.1	34.1	100.0
P045.- Partic. na realização plano de activ.	4.9	14.6	23.2	37.8	19.5	100.0
P046.- Poder das chefias e da direcção	1.2	4.9	20.7	41.5	31.7	100.0
P047.- Inovação nos procedimentos	3.7	8.5	22.0	45.1	20.7	100.0
P048.- Modernização	6.1	11.0	13.4	39.0	30.5	100.0
P049.- Rigidez nas normas e regras ...	8.5	19.5	37.8	25.6	8.5	100.0
P0410.- Formação permanente ...	6.0	1.2	25.3	33.7	33.7	100.0
P0411.- Aceitação pelas chefias das opiniões	8.5	4.9	18.3	26.8	41.5	100.0
P0412.- Trabalho em equipa	6.0	2.4	16.9	37.3	37.3	100.0
P0413.- Necessidade dos utentes	1.2	6.1	13.4	43.9	35.4	100.0
P0414.- Partilha na tomada das decisões	7.3	14.6	18.3	42.7	17.1	100.0
P0415.- Bom ambiente de trabalho	1.2	3.6	15.7	31.3	48.2	100.0
P0416.- Divulg. resultados das actividades...	2.4	11.0	20.7	42.7	23.2	100.0
P0417.- Actividades de convívio extra-laboral	17.1	22.0	25.6	24.4	11.0	100.0
P0418.- Promoção de eficiente comunicação	2.4	8.4	28.9	42.2	18.1	100.0

Fonte: Inquérito.

Obs.: 1.- Nenhuma importância; 2.- Pouca importância; 3.- Alguma importância; 4.- Tem importância; 5.- Muita importância. Total de casos = 85 (P041, P042, P044 a P049, P0411, P0413, P0414, P0416, P0417: 82; P043, P0410, P0412, P0415, P0418: 83).

Quadro 29

Comparação das opiniões sobre os valores organizacionais entre os grupos profissionais

var	nº casos	Médico	Enfermag	Administr	Outros profission	Quii-quadrado	Significância
P041.-	82	42.37	36.28	40.63	49.08	2.2499	0.5222
P042.-	82	43.91	37.08	40.41	45.69	1.3166	0.7252
P043.-	83	39.17	46.67	40.14	44.69	1.3261	0.7229
P044.-	82	40.85	36.08	42.05	48.96	2.2397	0.5242
P045.-	82	40.17	41.22	42.82	41.38	0.1603	0.9837
P046.-	82	38.00	44.08	42.30	42.38	0.7584	0.8594
P047.-	82	45.80	42.83	39.86	35.58	1.7451	0.6269
P048.-	82	44.76	43.06	36.98	43.31	1.5906	0.6615
P049.-	82	31.30	43.89	47.29	43.77	6.1672	0.1038
P0410.-	83	41.35	38.58	41.84	48.23	1.2484	0.7414
P0411.-	82	44.61	38.28	42.13	39.12	0.8710	0.8324
P0412.-	83	41.57	40.44	42.36	44.12	0.1891	0.9793
P0413.-	82	43.35	44.28	39.39	38.92	0.7548	0.8603
P0414.-	82	39.50	53.02	41.37	30.25	10.6182	0.0140
P0415.-	83	43.98	29.89	47.83	42.27	6.3959	0.0939
P0416.-	82	49.26	35.69	38.98	41.23	3.8268	0.2808
P0417.-	82	42.57	33.11	42.68	48.69	3.5337	0.3164
P0418.-	83	48.26	48.69	34.59	31.69	7.9519	0.0470

Fonte: Inquérito.

Nota: Análise de variância de Kruskal-Wallis (significância para $p \leq 0.05$).

A hierarquia da importância das atitudes expressas segundo a AFCP organiza-se segundo quatro factores. Considerou-se adequada a matriz de 18*18 para a análise factorial, após a verificação dos resultados dos cálculos da estatística *Kaiser-Meyer-Olkin* (0.81705) e pelo *teste de Bartlett* ($p=0.00000$). Assim, foram extraídos quatro factores com valores próprios superiores a um, ou seja, com o critério de *Kaiser*. Após a leitura das estatísticas iniciais recorreu-se à rotação ortogonal da matriz de 20*4 sob o critério de *Varmimax*, tendo obtido como solução final o isolamento de quatro factores com uma inércia total na ordem dos 62.6% (Quadro 30).

Quanto ao grau de congruência da representatividade da agregação das variáveis na solução factorial de quatro componentes, verificou-se que a variável que detém a maior comunalidade é a correspondente à realização profissional (P042) com cerca de 84%, sendo a variável referente à promoção de uma rápida, directa e eficiente comunicação nos serviços (P0418) a que comporta a menor qualidade de representação (44%) (Quadro 30).

Quadro 30
Comunalidades das variáveis da percepção dos valores organizacionais

Variável	Comunalidade	*	Factor	Eigenvalue	% Var	% cum
P041	,68059	*	1	6,88530	38,3	38,3
P0410	,48796	*	2	1,77616	9,9	48,1
P0411	,72221	*	3	1,51614	8,4	56,5
P0412	,59335	*	4	1,09124	6,1	62,6
P0413	,55814	*				
P0414	,60134	*				
P0415	,64569	*				
P0416	,64051	*				
P0417	,63191	*				
P0418	,43673	*				
P042	,83832	*				
P043	,65082	*				
P044	,64603	*				
P045	,56757	*				
P046	,73349	*				
P047	,68213	*				
P048	,57814	*				
P049	,57389	*				

Fonte: Inquérito.

Para a formação do primeiro factor, que detém um valor próprio na ordem dos 6.9, explicando só por si 38.3% da variância, contribuíram as seguintes variáveis: inovação nos procedimentos (P047), aceitação pelas chefias das opiniões e sugestões dos profissionais (P0411), trabalho em equipa (P0412), necessidades dos utentes (P0413),

modernização (P048) e formação permanente dos profissionais (P0410). Parece que este factor representa uma visão sobre a mudança na administração pública, na medida em que detém os atributos centrados na inovação e na modernização dos centros de saúde, com uma valorização dos procedimentos de descentralização das decisões, do princípio do ajustamento mútuo e da horizontalização das tarefas. Por conseguinte este factor pode ser interpretado como o factor da inovação organizacional do sector público (Quadro 31).

Quadro 31
Pesos factoriais da percepção dos valores organizacionais

	Fact 1	Fact 2	Fact 3	Fact 4
P047 - inovação nos procedimentos	0.77681			
P0411 - aceitação pelas chefias das opiniões	0.72188			
P0412 - trabalho em equipa	0.71378			
P0413 - necessidades dos utentes	0.67410			
P048 - modernização	0.60744			
P0410 - formação perman. dos profissionais	0.47517			
P042 - realização profissional		0.84597		
P044 - solidariedade entre os profissionais		0.75294		
P041 - realização pessoal		0.73566		
P043 - competência dos profissionais		0.68571		
P045 - participação na realiz. do plano de activ.		0.48835		
P0414 - partilha nas tomadas de decisão			0.66997	
P0417 - actividades de convívio extra-laboral			0.66102	
P0415 - bom ambiente de trabalho			0.60794	
P0416 - divulgação resultados das activid.			0.56208	
P0418 - eficiente comunicação nos serviços			0.40377	
P046 - poder das chefias e da direcção				0.85102
P049 - normas e regras de funcion. rígidas				0.64116

Fonte: Inquérito.

No segundo factor, o valor próprio situou-se na ordem dos 1,8, explicando 9,9% da variância. A sua formação resultou da agregação do seguinte bloco de variáveis: realização profissional (P042), solidariedade entre os profissionais (P044), realização pessoal (P041), competência dos profissionais (P043) e participação na realização do plano de actividades do centro de saúde (P045). O factor dois refere-se concretamente à valorização do profissional, quer a sua realização pessoal, quer a sua competência. Encontra-se ainda articulado a este factor, os valores das relações de sociabilidade e de participação. Em função das variáveis agregadas, este factor pode ser interpretado como a valorização pessoal e profissional (Quadro 31).

Contribuiu para a formação do terceiro factor, que detém como valor próprio 1.5 e explicando 8.4% da variância, a agregação das seguintes variáveis: partilha nas tomadas de decisão (P0414), actividades de convívio extra-laboral (P0417), bom ambiente de trabalho (P0415), divulgação dos resultados das actividades (P0416) e promoção de uma rápida, directa e eficiente comunicação nos serviços (P0418). O factor três pode ser interpretado como um reflexo da valorização do papel dos actores na construção dum ambiente organizacional menos formal quer no trabalho quer nas actividades extra-laborais, sendo por conseguinte um indicador do ambiente / participação (Quadro 31).

No quarto factor, com cerca de 1.1 de valor próprio e de 6.1% de variância explicada, destacam-se a correlação das seguintes variáveis: poder das chefias e da direcção (P046) e rigidez nas normas e regras de funcionamento (P049). O factor quatro é essencialmente composto pelos valores que se relacionam com a autoridade, as normas e os procedimentos, fundada numa perspectiva sobre as relações de comando e execução característico dos princípios burocráticos, sendo assim interpretado como o factor da autoridade (Quadro 31).

Na projecção das representações gráficas das variáveis nos planos 1 e 2, confirma-se que as projecções das distâncias situam-se na maioria no Quadrante 1. Ou seja, a maioria das variáveis apresentam uma correlação positiva com os factores 1 e 2. De assinalar ainda que no eixo da inovação destaca-se a valorização da inovação dos procedimentos (P047) e no eixo da realização pessoal e profissional a maior distância recai no valor da realização profissional (P042) (Gráfico 5).

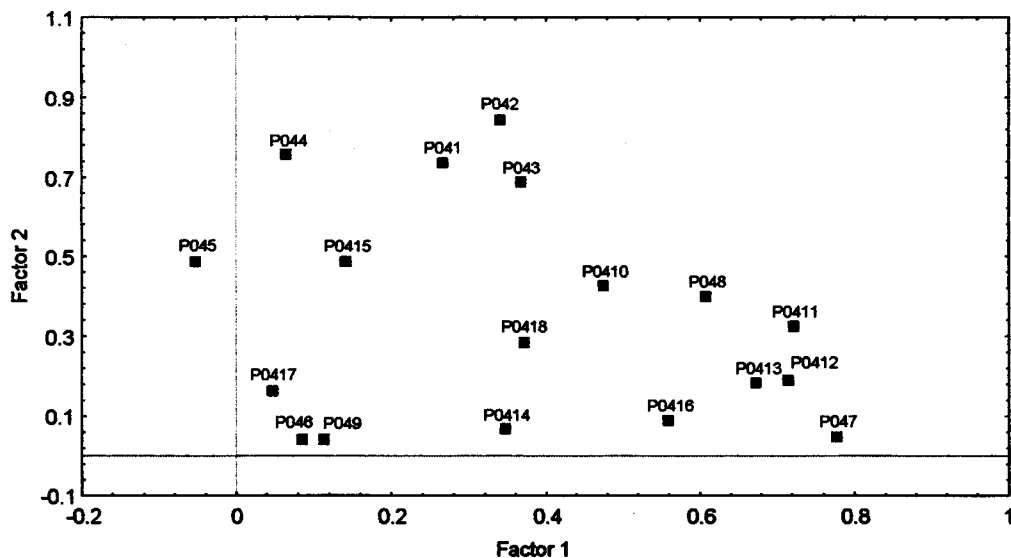
4.2.4. PERFIL DO CAMPO SOCIOPROFISSIONAL

Como resultante da aplicação da estratégia da factorial, foi possível reconstruir catorze indicadores sintéticos (blocos factoriais), dos quais 4 pertencem à dimensão do controlo organizacional, 6 à do ambiente de trabalho e outros 4 à dos valores organizacionais.

Para avaliar a consistência interna de cada bloco factorial em função de dimensão analítica a que pertencem, foi efectuado o cálculo do coeficiente de *alfa Cronbach*. Assim para a dimensão do controlo organizacional procedeu-se ao cálculo das correlações

item-factores de três blocos, excepto para o quarto factor (POD4), na medida em que é composta por só uma variável. Os valores de consistência interna não refutam, em termos gerais, a fiabilidade dos blocos factoriais extraídos (POD1: 0.8912; POD2: 0.6967; POD3: 0.6950). Quanto à dimensão do ambiente de trabalho, verificou-se igualmente uma adequada consistência interna em relação a quatro factores, não tendo procedido o cálculo em relação aos factores REL5 e REL6, por deterem somente dois itens cada um deles. Os coeficiente de *alfa Cronbach* obtidos distribuem-se do modo seguinte: REL1: 0.8647; REL2.: 0.7848; REL3.: 0.8042; REL4.: 0.7505. Da avaliação da consistência interna do bloco factorial da dimensão dos valores organizacionais, verificaram-se seguintes valores de *alfa Cronbach*: VAL1: 0.8862; VAL2.: 0.8783; e VAL3.: 0.8091. Também nesta dimensão não foi avaliada o valor de *alfa* do factor 4, por este resultar somente de uma agregação de duas variáveis.

Gráfico 5
Planos factoriais 1 e 2 da percepção do valores organizacionais



Fonte: Inquérito.

Nota: P041.- Realização pessoal; P042.- Realização profissional; P043.- Competência dos profissionais; P044.- Solidariedade entre os profissionais; P045.- Participação na realização do plano de actividades do centro de saúde; P046.- Poder das chefias e da direcção; P047.- Inovação nos procedimentos; P048.- Modernização; P049.- Rigidez nas normas e regras de funcionamento; P0410.- Formação permanente dos profissionais; P0411.- Aceitação pelas chefias das opiniões; P0412.- Trabalho em equipa; P0413.- Necessidade dos utentes; P0414.- Partilha na tomada das decisões; P0415.- Bom ambiente de trabalho; P0416.- Divulgação dos resultados das actividades de todos os sectores (equipa); P0417.- Actividades de convívio extra-laboral; P0418.- Promoção de eficiente comunicação.

O factor mais importante da dimensão do controlo organizacional é representado pelo controlo interno pelas hierarquias (POD1), sendo na dimensão do ambiente de trabalho, o factor da organização do trabalho (REL1), e na dimensão dos valores

organizacionais, o factor da inovação (VAL1). As médias dos scores obtidos destes factores correspondem aos valores mais elevados no conjunto dos 14 factores, verificando-se, deste modo que ao nível dos factores do controlo interno pelas hierarquias (POD1) a média é de 25.185 e nos factores da organização do trabalho (REL1) e de inovação (VAL1) a média é idêntica, situando-se no valor de 23.293. A média mais baixa dos 14 factores situou-se ao nível da estrutura factorial do controlo interno pela própria pessoa (POD4: 3.988) (Quadro 32).

Quadro 32
Médias dos indicadores sintéticos da percepção do campo socioprofissional

Fact	Média	D.P.	Min	Max	Casos	Perfis da estrutura simbólica
POD1	25.185	4.709	9	30	83	Cont Interno / hierarquias
POD2	11.309	3.040	4	20	82	Cont Externo / comunidade e assoc
POD3	7.358	2.671	3	15	82	Cont Externo / instituições governam
POD4	3.988	1.019	1	5	83	Cont Interno / própria pessoa
REL1	23.293	4.449	10	30	83	Organização do trabalho
REL2	13.000	3.542	4	20	83	Reconhecimento e prestígio
REL3	11.854	2.667	3	15	82	Participação no trabalho
REL4	11.573	2.177	4	15	83	Relações interpessoais e colectivas
REL5	6.951	2.085	2	10	83	Ganhos materiais
REL6	7.768	1.620	2	10	83	Estabilidade no trabalho
VAL1	23.293	5.255	6	30	82	Inovação
VAL2	18.805	4.509	5	25	82	Valorização pessoal e profissional
VAL3	17.796	4.073	9	25	82	Ambiente / participação
VAL4	7.037	1.696	3	10	82	Autoridade

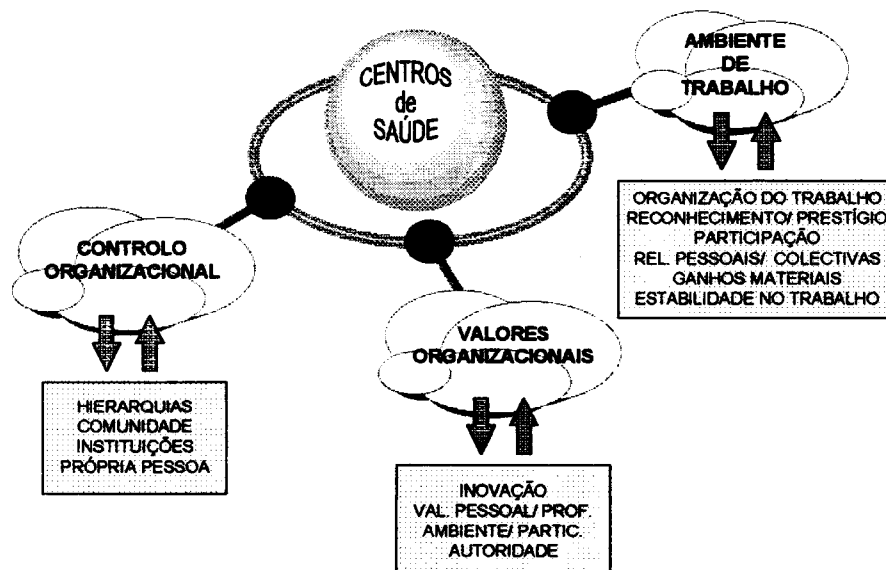
Fonte: Inquérito.

Pode-se concluir da análise factorial por componentes principais das três matrizes de dados, três questões fulcrais. A primeira refere-se ao grau da variância explicada pelos três blocos factoriais. Os resultados alcançados, além de não refutarem a presença de uma correlação item-escala elevada em cada uma três dimensões, apresentam ainda, a dimensão do ambiente de trabalho com o maior valor de variância explicada (TRAB: 70.9%), seguindo-se a do controlo organizacional (PODER: 67.8%) e por último a dos valores organizacionais (VALOR: 62.6%). Uma segunda noção que se retira da análise, é a presença de um conjunto correlacional de 14 vectores simbólico-estruturais que interferem nas regras sociais e organizacionais nos centros de saúde, predominando a influência dos mecanismos de controlo interno das hierarquias (POD1) na regulação das actividades. E, uma terceira que

sugere a intervenção de determinantes políticos na organização das actividades nos centros de saúde, nomeadamente através da autoridade local em representação do poder da tutela, situação esta que vem maximizar a noção da presença de um peso dos problemas de ordem política sobre os factores técnicos e do saber dos profissionais na gestão do papel social dos mesmos centros, nomeadamente quanto às responsabilidades na saúde dos utentes. Por outras palavras, sugere-se a presença de um conjunto de sub-sistemas incongruentes ou imperfeitamente conectados, dito na acepção de Nunes (1994), que emerge do jogo estratégico entre a influência externa da organização política, a influência interna promovido pelos profissionais e a influência das condições físicas e ambientais do próprio *locus* organizacional na produção dos cuidados de saúde nos centros de saúde estudados.

Como corrolário das perspectivas expostas acima, sugere-se que os centros de saúde comportam um campo socioprofissional, que ultrapassa a noção de um mero lugar geográfico, antes porém, constitui um espaço social impregnado de um movimento de forças e de mecanismos de influência que definem, orientam e circunscrevem o funcionamento polivalente da realidade do quotidiano do trabalho dos profissionais (Esquema 3).

Esquema 3
Componentes estruturais e simbólicos



4.3. CONFIGURAÇÕES CULTURAIS

Após o diagnóstico do perfil do campo socioprofissional nas alíneas anteriores, importa analisar aqui com mais promenor a relação entre a distribuição dos diferentes graus de valorização dos perfis simbólicos e as variáveis sociográficas e organizacionais dos inquiridos. Aliás, este objectivo insere-se, por um lado, na procura de uma reconstrução do perfil da cultura organizacional a partir destas relações, e, por outro lado, extirar desta análise a compreensão dos modelos culturais e identitários dos profissionais. Esta opção analítica parte do pressuposto de duas noções. Uma que se perspectiva os grupos profissionais como detentores de uma predisposição que lhes orienta na avaliação da organização e das relações de trabalho, e, a outra que toma em consideração que os centros de saúde integram indivíduos e grupos de profissionais com quadros de referências valorativos próprios que interfere na construção diferenciada da cultura organizacional. Admite-se assim, que os inquiridos constroem as suas distribuições avaliativas sobre os centros de saúde, fundadas em dimensões cognitivas de apreciação/depreciação e de valorização/desvalorização face ao controlo organizacional, ao ambiente de trabalho e aos valores organizacionais.

Neste sentido, para a medição e avaliação do grau de importância que os inquiridos atribuem a cada um dos componentes das diferentes dimensões do campo socioprofissional, optou-se pela análise de correspondência múltiplas. A opção por esta técnica, tal como foi descrito no capítulo da metodologia, situa-se não só na possibilidade de obter uma agregação significativa e coerente das variáveis num número reduzido de factores, mas também na possibilidade de obter um conjunto de representações gráficas das mesmas variáveis que possam traduzir as relações entre as mesmas (tendências de agregação e de dispersão), facilitando, assim, a interpretação do posicionamento de *segmentos* ou grupos de actores face aos graus de apreciação/depreciação e de valorização/desvalorização das componentes da estrutura simbólica do campo socioprofissional.

Para a análise da matriz de dados foi necessário recategorizar novamente as variáveis que traduzem os 14 perfis identificados, em escalas unidimensionais de 1 a 4, segundo os critérios descritos no capítulo do procedimento de análise de dados. Da reconversão das mesmas, foi possível gerar uma matriz de dados de partida estruturada por 24 variáveis, 103 modalidades (categorias) e 85 indivíduos activos (casos). Submetendo a

matriz de partida à retenção de formas activas (ventilando as frequências inferiores a 2), obteve-se uma matriz final com 24 variáveis activas, 69 modalidades activas e 85 pontos-indivíduos. Assim, a aplicação da técnica de correspondências múltiplas foi efectuada sobre uma massa de informação que detém as seguintes características:

- a) somatório dos valores próprios = 1.875
- b) % dos valores próprios do primeiro factor = 9.867
- c) número máximo de factores = 45
- d) média dos valores próprios = 0.0417 (factor 16 / factor 17)
- e) % máxima de valores próprios possíveis de obter = 53.33%
- f) peso relativo da massa de informação = 4.17
- g) valor da contribuição significativa de cada modalidade = 1.45

Na impossibilidade prática da leitura global dos 45 factores, foi necessário determinar as aproximações relevantes, ou seja, os factores que comportam a maior quantidade de informação esgotável na explicação do conteúdo e da lógica das associações. Assim, pareceu pertinente efectuar uma extração inicial dos cinco primeiros factores, seguindo o critério de extração por defeito, proposto na aplicação informática.

Interpretando os resultados globais da extração dos factores, verifica-se que os factores 1 e 2 comportam um maior poder de explicação da massa de informação, destacando-se em relação aos demais factores. Aliás, da leitura do histograma dos valores próprios confirma-se esta situação (Quadro 33). Constata-se, ainda, nesta representação gráfica uma brusca diminuição da percentagem dos valores próprios, entre o factor 2 e o 3 (diferença de 2.31 na percentagem da inércia), facto que justifica a eleição dos factores 1 e 2 (inércia acumulada de 18.43%) para a interpretação dos resultados do jogo das oposições e atrações entre as diferentes variáveis e modalidades. Apesar deste critério poder constituir, *a priori* uma visão reducionista, na medida em que não esgota a interpretação das contribuições significativas presentes noutros factores, a opção do critério de leitura centrada nos factores 1 e 2 constitui uma estratégia standardizada nos procedimentos da análise de correspondências múltiplas (Benzécri 1973 e 1980).

Quadro 33
Grau de importância dos factores de correspondência

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Valores próprios	0.1850	0.1607	0.1174	0.1116	0.0990
% da inércia	9.87	8.57	6.26	5.95	5.28
% da inércia acumulada	9.87	18.43	24.69	30.64	35.92

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE	
1	.1850	9.87	9.87	*****
2	.1607	8.57	18.43	*****
3	.1174	6.26	24.69	*****
4	.1116	5.95	30.64	*****
5	.0990	5.28	35.92	*****
6	.0873	4.66	40.58	*****
7	.0816	4.35	44.93	*****
8	.0782	4.17	49.10	*****
9	.0666	3.55	52.65	*****
10	.0655	3.49	56.15	*****
11	.0603	3.22	59.37	*****
12	.0560	2.99	62.35	*****
13	.0506	2.70	65.05	*****
14	.0488	2.60	67.66	*****
15	.0464	2.48	70.13	*****
16	.0437	2.33	72.46	*****
17	.0410	2.19	74.65	*****
18	.0407	2.17	76.82	*****
19	.0375	2.00	78.82	*****
20	.0331	1.77	80.59	*****
21	.0314	1.68	82.26	*****
22	.0288	1.54	83.80	*****
23	.0281	1.50	85.30	*****
24	.0266	1.42	86.72	*****
25	.0256	1.36	88.08	*****
26	.0242	1.29	89.37	*****
27	.0216	1.15	90.52	*****
28	.0201	1.07	91.60	*****
29	.0195	1.04	92.64	*****
30	.0185	.99	93.62	*****
31	.0153	.82	94.44	*****
32	.0140	.75	95.19	*****
33	.0127	.68	95.86	*****
34	.0121	.64	96.51	*****
35	.0110	.59	97.10	*****
36	.0090	.48	97.57	****
37	.0082	.44	98.01	****
38	.0073	.39	98.40	****
39	.0069	.37	98.77	***
40	.0057	.30	99.07	***

EDITION SOMMAIRE DES VALEURS PROPRES DE 41 A 45 (NUMERO - VALEUR)

41 = .0045 42 = .0043 43 = .0037 44 = .0029 45 = .0021

Fonte: Inquérito.

4.3.1. CULTURA ORGANIZACIONAL

A estratégia adoptada para a reconstrução da cultura organizacional apoiou-se na descodificação do sistema de disjunções presentes nos eixos 1 e 2 extraídos na análise de correspondências múltiplas, cuja natureza plural foi ainda dissecada pelas oposições valorativas constantes nos quadrantes 1 a 4, dos mesmos eixos.

O primeiro factor, detendo como valor próprio 0.1850, surge mais relacionado com dez variáveis (Quadro 33). Analisando a decomposição da inércia da nuvem de pontos associado ao primeiro factor, denotam-se dois conjuntos de dados. Por um lado, um bloco composto por seis variáveis referentes às características sociográficas dos

inquiridos, e por outro lado um grupo de quatro, dos quais três correspondem às componentes da dimensão do ambiente do trabalho e um à dimensão dos valores organizacionais.

Do ponto de vista das caracterizações sociográficas, as variáveis presentes no primeiro factor caracterizam-se por ordem decrescente de importância, em termos de contribuições significativas acumuladas, no modo seguinte: grupo profissional (C03: 12.6), antiguidade no centro de saúde (C06: 11.6), antiguidade na carreira (C05: 9.6), membro de uma associação (C010: 8.5), grupo etário (C02: 5.2) e pertença a uma equipa de saúde (C08: 4.5). No bloco das valorações, a hierarquia das contribuições significativas distribuem-se da seguinte forma: organização do trabalho (RL1: 9.0), participação no trabalho (RL3: 8.3), inovação (VL1: 5.7) e reconhecimento e prestígio (RL2: 5.1) (Quadro 34).

Quadro 34
Contribuições acumuladas nos factores 1 a 5

ID	Variáveis	Fac 1	Fac 2	Fac 3	Fac 4	Fac 5
C00	Centro de Saúde	1.1	0.3	3.3	3.7	0.3
C01	Sexo	1.3	0.1	1.2	3.7	0.1
C03	Grupo profissional	12.6	1.1	4.5	11.8	6.4
C07	Local de trabalho	1.9	0.7	3.1	5.6	0.9
C08	Pertença a uma equipa de saúde	4.5	4.0	2.0	2.0	2.8
C09	Sindicalizado	0.1	1.1	4.6	0.1	4.8
C10	Membro de associação profissional	8.5	3.2	0.2	3.3	1.0
C02	Grupo etário	5.2	4.8	1.0	6.9	13.6
C05	Antiguidade na carreira	9.6	5.4	3.4	1.1	23.5
C06	Antiguidade no centro de saúde	11.6	4.6	0.2	2.0	19.9
PODER1	Cont Interno / hierarquias	4.0	1.9	1.8	0.2	0.0
PODER2	Cont Externo / comunidade e assoc	1.5	1.3	8.2	10.2	0.9
PODER3	Cont Externo / instituições governam	1.1	1.0	9.7	10.2	2.0
PODER4	Cont Interno / própria pessoa	0.0	2.8	2.0	4.7	3.6
RELA1	Organização do trabalho	9.0	4.8	8.7	3.7	1.0
RELA2	Reconhecimento e prestígio	5.1	7.6	2.1	1.1	4.3
RELA3	Participação no trabalho	8.3	3.2	6.5	6.5	1.8
RELA4	Relações interpessoais e colectivas	0.1	1.7	5.8	3.1	0.0
RELA5	Ganhos materiais	3.1	7.9	9.5	3.1	0.2
RELA6	Estabilidade no trabalho	1.4	7.7	6.1	0.4	1.0
VALOR1	Inovação	5.7	6.8	5.2	7.7	0.4
VALOR2	Valorização pessoal e profissional	0.2	6.9	5.5	4.6	5.4
VALOR3	Ambiente / participação	0.8	10.9	5.0	0.1	4.5
VALOR4	Autoridade	3.5	10.2	0.3	4.3	1.6

Fonte: Inquérito.

Da leitura dos valores teste, denota-se que no factor um discriminam-se fundamentalmente as oposições entre os valorizam ou que apreciam as formas de participação (RL34: 4.36) e o reconhecimento e prestígio (RE23: 3.68) no ambiente de

trabalho daqueles que parecem valorizar menos (RL32: -4.16 e RL22: -3.80). De uma forma menos acentuada, destaca-se a associação entre os que valorizam a inovação organizacional (VL13: 3.16) daqueles que valorizam menos (VL12: -3.86). O primeiro factor coloca, ainda, em oposição, os médicos (C031: 5.37) dos administrativos (C033: -4.28) e dos outros profissionais que não são enfermeiros (C034: -3.49) (Quadro 35).

Quadro 35
Discriminação das variáveis e modalidades no factor 1

ID.	Valor Teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº.
RL12	-5.74	RL12modInf	RELA1	6.00	1
C102	-4.67	Não	C10 Membro de assoc. prof.	55.00	2
RL32	-4.61	RL32modInf	RELA3	5.00	3
C033	-4.28	Administrativo	C03 Grupo Profissional	31.00	4
C082	-4.09	Não	C08 Equipa de Saúde	28.00	5
C024	-4.08	=>45A	C02 Grupo Etário	25.00	6
C064	-3.89	=>20A	C06 Antiguidade no Centro de Saúde	21.00	7
VL12	-3.86	VL12modInf	VALOR1	8.00	8
C063	-3.81	15a19A	C06 Antiguidade no Centro de Saúde	13.00	9
RL22	-3.80	RL22modInf	RELA2	17.00	10
C054	-3.74	=>20A	C05 Antiguidade na Carreira	20.00	11
C034	-3.49	Outro Pessoal	C03 Grupo Profissional	13.00	12
PD13	-3.40	PD13Inf	PODER1	12.00	13
C053	-3.38	15a19A	C05 Antiguidade na Carreira	14.00	14
RL52	-3.10	RL52modInf	RELA5	15.00	15
71_	-2.69	Valor omissio	C10 Membro de assoc. profissional	2.00	16
C071	-2.64	Sede do Centro de Saúde	C07 Local de trabalho	58.00	17
RL31	-2.38	RL31Inf	RELA3	2.00	18
C011	-2.18	Fem	C01 Sexo	67.00	19
VL42	-2.06	VL42modInf	VALOR4	16.00	20
Zona Central do Eixo					
C021	2.16	<=34A	C02 Grupo Etário	11.00	84
C012	2.18	Masc	C01 Sexo	18.00	85
C032	2.27	Enfermagem	C03 Grupo Profissional	18.00	86
PD24	2.38	PD23mInf	PODER2	7.00	87
C072	2.64	Extensão	C07 Local de trabalho	27.00	88
RL54	2.66	RL54mInf	RELA5	42.00	89
RL64	2.67	RL64mInf	RELA6	48.00	90
C051	2.78	<=9A	C05 Antiguidade na Carreira	26.00	91
C062	3.11	10a14A	C06 Antiguidade no Centro de Saúde	20.00	92
VL13	3.16	VL13Inf	VALOR1	16.00	93
RL14	3.33	RL14mInf	RELA1	55.00	94
VL43	3.48	VL43Inf	VALOR4	32.00	95
RL23	3.68	RL23Inf	RELA2	43.00	96
C061	4.03	<=9A	C06 Antiguidade no Centro de Saúde	29.00	97
PD14	4.05	PD14mInf	PODER1	67.00	98
C081	4.09	Sim	C08 Equipa de Saúde	57.00	99
C052	4.10	10a14A	C05 Antiguidade na Carreira	22.00	100
RL34	4.36	RL34mInf	RELA3	44.00	101
C031	5.37	Médico	C03 Grupo Profissional	23.00	102
C101	5.62	Sim	C10 Membro de assoc. profissional	28.00	103

Fonte: Inquérito.

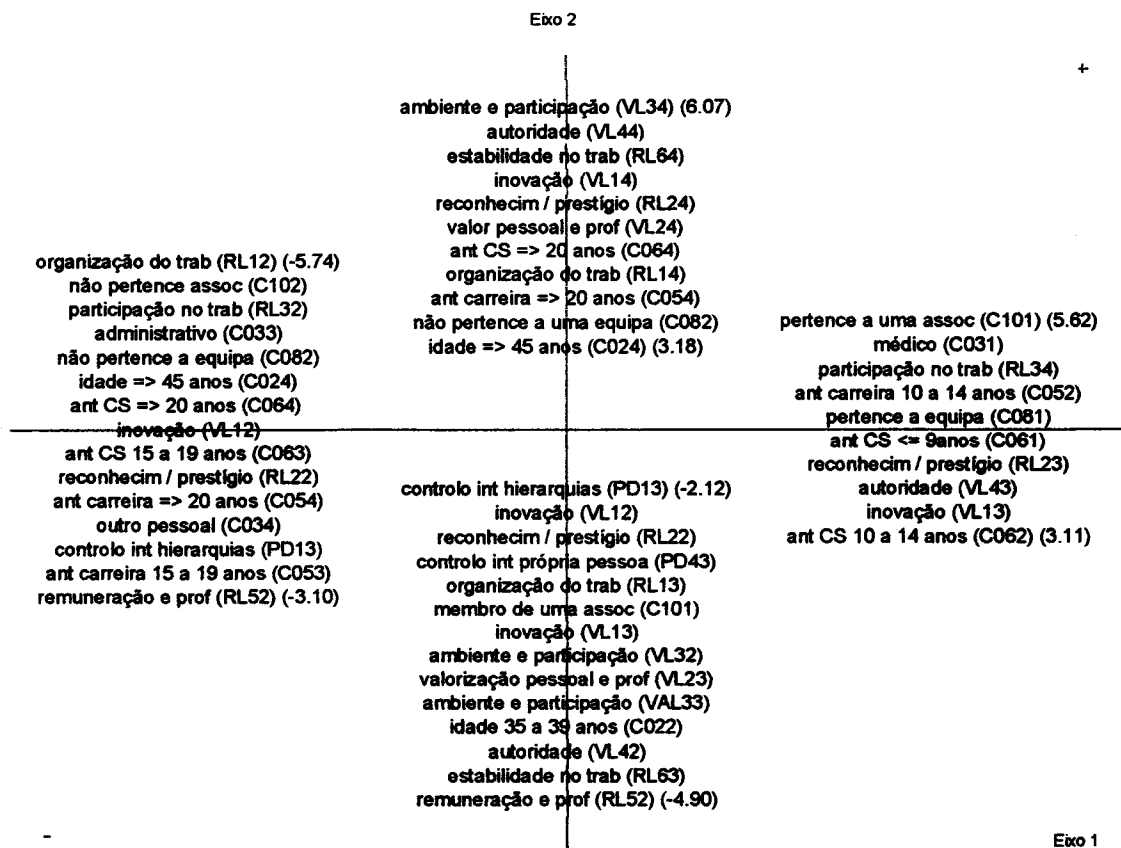
É de assinalar, também, que se encontra projectado no eixo um, uma disjunção entre os graus diferenciados de efeitos geracionais na profissão e na organização, destacando-se uma oposição entre os que detêm uma antiguidade na carreira entre os 10 e

14 anos (C052: 4.10) e no centro de saúde menos do que os 15 anos (C061: ≤ 9 : 4.03 e C062: 10 a 14: 3.11) daqueles que têm uma antiguidade superior (C053: 15 a 19: -3.38; C054: ≥ 20 : -3.74; C063: 15 a 19: -3.18 e C064: ≥ 20 : -3.89). Por outro lado, o primeiro factor discrimina, ainda, os inquiridos segundo os que pertencem a uma associação (C101: 5.62) e a uma equipa de saúde (C081: 4.09) daqueles que não pertencem (C102: -4.67) e (C082: -4.09) (Quadro 35).

Confrontando as contribuições significativas obtidas em função da qualidade de representação das modalidades e variáveis, o factor um pode ser interpretado como um eixo que discrimina os graus diferenciados de apreciação do ambiente de trabalho e de valorização da organização em função da diferenciação técnica entre os grupos profissionais. Demonstra-se igualmente que este factor possui um poder explicativo das lógicas de oposição entre as representações gráficas valorizadas pelos médicos e as dos outros profissionais, realçando nomeadamente que esta situação encontra-se relacionado com os efeitos geracionais (graus diferenciados de antiguidade) dos actores na organização e na profissão (Gráfico 6). Em suma, parece que no eixo um emerge como um padrão caracterizador dos médicos, designadamente daqueles que valorizam mais a participação e o reconhecimento no trabalho.

Quanto ao segundo factor, este detém um valor próprio na ordem dos 0.1607, correspondendo, assim, a uma percentagem de inércia total de cerca de 8.57% (Quadro 33). Este factor é caracterizado por um conjunto de onze variáveis, subdividíveis em dois blocos. O primeiro bloco refere-se às características sociográficas dos inquiridos, emergindo com uma contribuição significativa acumulada que evidencia não só a situação dos efeitos de diferenciação por grupo etário (C02: 4.8), mas também as correspondente à diferenciação geracional na antiguidade no trabalho entre os vários grupos profissionais, designadamente a antiguidade na carreira (C05: 5.4) e no centro de saúde (C06: 4.6). Assinala-se no segundo bloco as formas de valorização e de apreciação dos perfis do campo socioprofissional, destacando-se uma relação privilegiada com a seguinte hierarquia de contribuição significativa acumulada: ambiente e participação na organização (VL3: 10.9), autoridade (VL4: 10.2), remuneração e da carreira profissional (RL5: 7.9), estabilidade no trabalho (RL6: 7.7), importância do reconhecimento e prestígio (RL2: 7.6), valorização pessoal e profissional (VL2:6.9), inovação na organização (VL1: 6.8) e formas de organização do trabalho (RL1: 4.8) (Quadro 34).

Gráfico 6
Projectão das variáveis e das modalidades significativas nos eixos 1 e 2



Fonte: Inquérito.

Obs.: Não se discriminaram modalidades pouco valorizadas. As restantes situações referentes às dimensões simbólicas encontram-se projectadas no gráfico com a seguinte codificação: código da variável + (2.- moderadamente valorizado; 3.- alguma valorização; 4.- muito valorizado).

Contribuição significativa para as modalidades = 1.45

Contribuição significativa absoluta para as variáveis = 4.16

Em termos de contribuições significativas das modalidades activas, o segundo factor apresenta, segundo os valores teste (valores de critério), um poder discriminante entre os que valorizam muito o ambiente a participação na organização (VL34: 6.07), as regras e normas de autoridade (VL44: 5.85), a estabilidade no trabalho (RL64: 5.02), a inovação nos procedimentos (VL14: 4.95), o reconhecimento e prestígio (RL24: 4.85), a valorização pessoal e profissional (VL24: 4.75) e as formas de organização do trabalho (RL14: 4.04) daqueles que valorizam menos ou apreciam moderadamente (VL32: -3.36; VL33: -3.48; VL42: -3.72; RL63: -4.66; VL12: -2.70; VL13: -3.22; RL22: -2.75; VL23: -3.46; e, RL13: -2.94) (Quadro 36). Quanto à caracterização sociográfica, o factor dois não se caracteriza pela discriminação por tipo de profissão. Da leitura dos valores teste, destaca-se somente a

presença da oposição entre os que possuem uma idade igual ou superior a 45 anos (C024: 3.18) daqueles que têm uma idade entre os 35 a 39 anos (C022: -3.50) (Quadro 36).

Quadro 36
Discriminação das variáveis e modalidades no factor 2

ID.	Valor Teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº
RL52	-4.90	RL52modInf	RELA5	15.00	1
RL63	-4.66	RL63Inf	RELA6	32.00	2
VL42	-3.72	VL42modInf	VALOR4	16.00	3
C081	-3.62	Sim	C08 Equipa de Saúde	57.00	4
C022	-3.50	35a39A	C02 Grupo Et rio	23.00	5
VL33	-3.48	VL33Inf	VALOR3	26.00	6
VL23	-3.46	VL23Inf	VALOR2	24.00	7
VL32	-3.36	VL32modInf	VALOR3	12.00	8
VL13	-3.22	VL13Inf	VALOR1	16.00	9
C101	-3.20	Sim	C10 Membro de assoc. profissional	28.00	10
RL13	-2.94	RL13Inf	RELA1	22.00	11
PD43	-2.84	PD43Inf	PODER4	15.00	12
RL22	-2.75	RL22modInf	RELA2	17.00	13
VL12	-2.70	VL12modInf	VALOR1	8.00	14
C053	-2.63	15a19A	C05 Antiguidade na Carreira	14.00	15
VL43	-2.38	VL43Inf	VALOR4	32.00	16
RL31	-2.19	RL31Inf	RELA3	2.00	17
PD13	-2.12	PD13Inf	PODER1	12.00	18
PD22	-2.05	PD22modInf	PODER2	29.00	19
Zona Central do Eixo					
RL44	2.16	RL44Inf	RELA4	55.00	88
RL34	2.78	RL34Inf	RELA3	44.00	89
PD14	2.79	PD14Inf	PODER1	67.00	90
C024	3.18	=>45A	C02 Grupo Et rio	25.00	91
C102	3.22	Não	C10 Membro de assoc. prof.	55.00	92
C082	3.62	Não	C08 Equipa de Saúde	28.00	93
RL54	3.86	RL54Inf	RELA5	42.00	94
C054	4.02	=>20A	C05 Antiguidade na Carreira	20.00	95
RL14	4.04	RL14Inf	RELA1	55.00	96
C064	4.40	=>20A	C06 Antiguidade no Centro de Saúde	21.00	97
VL24	4.75	VL24Inf	VALOR2	49.00	98
RL24	4.85	RL23Inf	RELA2	21.00	99
VL14	4.95	VL14Inf	VALOR1	57.00	100
RL64	5.02	RL64Inf	RELA6	48.00	101
VL44	5.85	VL44Inf	VALOR4	34.00	102
VL34	6.07	VL34Inf	VALOR3	44.00	103

Fonte: Inquérito.

Pela tipologia das oposições presentes no segundo factor, parece que é um eixo onde predomina a diferenciação de posicionamentos segundo o critério de profissionais jovens *versus* profissionais mais velhos, demonstrando assim, que os quadros de representação que os actores constroem também se encontram relacionados com os efeitos demográficos. Esta situação remete à interpretação do eixo dois como uma oposição na apreciação da dinâmica organizacional entre os novos e os velhos, caracterizando estes últimos pela forte ligação ao ambiente e participação e às questões da autoridade na organização.

Todavia, da leitura efectuada constata-se que em ambos os eixos encontram-se projectadas outras modalidades conexas aos centros de gravidades dos pontos descritos, cuja importância não parece ser de desprezar, apesar de não apresentarem a nível intra-modalidade qualquer disjunção significativa. Assim para recuperar esta informação, e para efeitos de reconstrução de uma melhor tradução da projecção da nuvem de pontos nos planos 1 e 2, importa analisar os efeitos da distribuição do sistema de oposições segundo os quadrantes.

O primeiro quadrante pode ser interpretado como o quadrante da renovação da administração pública. Isto porque, denota-se neste quadrante a formação de um grupo de valorações que condensam algumas das apreciações positivas em relação ao ambiente do trabalho e à organização, valorizando designadamente a participação (RL34), as formas de organização do trabalho (RL14), a estabilidade no trabalho (RL64), a valorização pessoal e profissional (VL24) e o ambiente e participação na organização (VL34). Ou seja, este quadrante parece reflectir uma estrutura simbólico-valorativa que valoriza a implementação de formas de trabalho flexíveis na organização do trabalho no centro de saúde através da dinâmica da participação dos profissionais. Porém, face à proximidade geométrica dos centros de gravidade das projecções das modalidades, sugere-se uma perspectiva de desformalização fundamentada numa dinâmica da flexibilidade e da participação, mas que implica a existência, quer de uma estabilidade no funcionamento global dos centros de saúde, quer de uma permanente promoção da valorização pessoal e profissional na organização (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

Neste sentido, este primeiro quadrante é interpretável como uma representação do discurso da mudança na administração pública, baseada numa modernização centrada na desformalização, cujos pressupostos básicos fundam-se na apreciação da partilha dos instrumentos de mediação e troca, dos quais se destacam o acesso à informação, os canais de comunicação, a construção de uma horizontalização dos processos e a implementação de uma dinâmica de relações menos formais, consubstanciada pela valorização profissional e pessoal para fazer face às funções que desempenha ou a desempenhar. Por outras palavras, este primeiro quadrante resume uma apreciação da dinâmica organizacional fundada na perspectiva da horizontalização das condições sociais de sobrevivência intra-organizacional e numa hiper-valorização da democratização intra-

organizacional na administração-pública, razão pelo qual se justifica a atribuição do atributo de renovação, tal como foi referido acima.

Quadro 37
Discriminação das variáveis segundo os quadrantes dos planos 1 e 2

Quadrantes	Variáveis e modalidades caracterizadores do Factor 1	Variáveis e modalidades caracterizadores do Factor 2	Variáveis e modalidades caracterizadores de ambos os Factores
1º Quadrante Renovação	participação no trab (RL34)	organização do trab (RL14) val. pessoal e prof (VL24) estabilidade no trab (RL64) ambiente e particip (VL34)	
2º Quadrante Tradição	não pertence a assoc (C102) administrativos (C033) outros profissionais (C034)	reconhecim / prestígio (RL24) inovação (VL14) autoridade (VL44)	não pertence a equipa (C082) idade \geq 45 anos (C024) antig CS \geq 20 anos (C064) ant carreira \geq 20 anos (C054)
3º Quadrante Desinteresse	organização do trab (RL12) antig CS 15 a 19 anos (C063) antig carreira 15 a 19 (C053)	ambiente e particip (VL32) estabilidade no trab (RL63) autoridade (VL42)	participação no trab (RL32) inovação (VL12) organização do trab (RL22) contr int hierárquico (PD13) remuneração e prof (RL52)
4º Quadrante Tecnicista	autoridade (VL43) médico (C031) antig carreira 10 a 14 (C052) pertence a uma equipa (C081) antig CS \leq 9 anos (C061) antig CS 10 a 14 anos (C062) idade 35 a 39 anos (C022)	reconhecim / prestígio (RL23) cont int própria pessoa (PD3) ambiente e particip (VL33) ambiente e particip (VL32) organização do trab (RL13)	inovação (VL13) pertence a uma assoc (C101)

Fonte: Inquérito.

Obs.: Não se discriminaram modalidades pouco valorizadas. As restantes situações referentes às dimensões simbólicas encontram-se presentes no quadro com a seguinte codificação: código da variável + (2.- moderadamente valorizado; 3.- alguma valorização; 4.- muito valorizado).

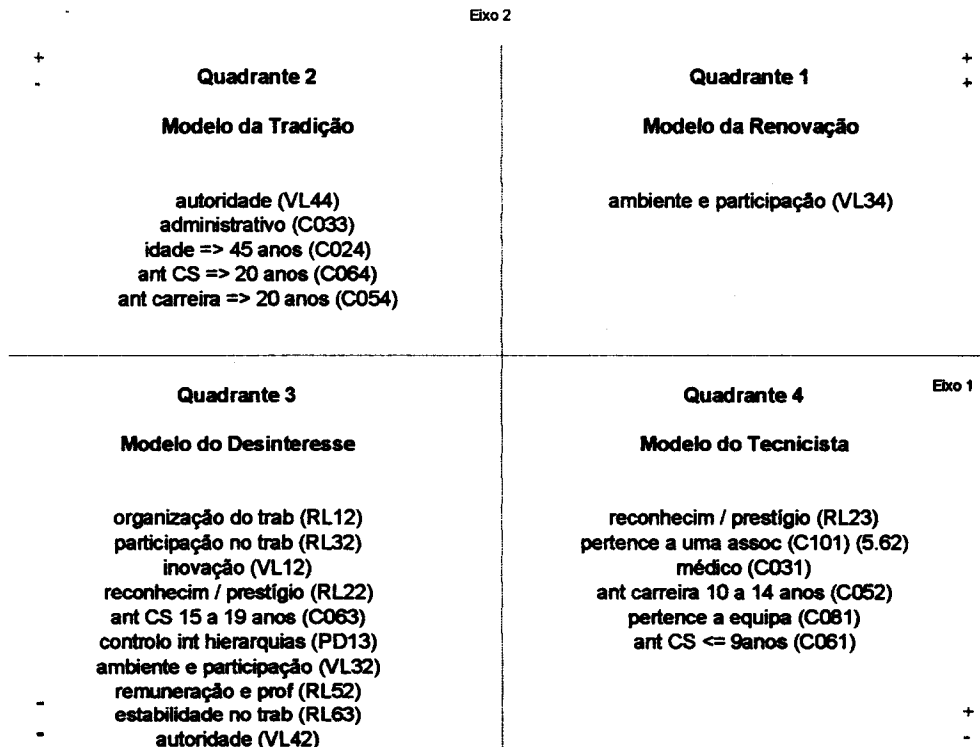
Contribuição significativa para as modalidades = 1.45

Contribuição significativa absoluta para as variáveis = 4.16

Da interpretação das modalidades presentes no segundo quadrante, sugere-se a sua designação de tradição e mudança. Esta classificação deveu-se à forma paradoxal como as variáveis e as suas modalidades se encontram relacionadas. De referir que no plano da dimensão dos valores organizacionais emerge a valorização da inovação nos procedimentos na organização (VL14) bem como a autoridade (VL44). Atendendo à proximidade geométrica entre o centro de gravidade da autoridade (VL44) e do reconhecimento e prestígio (RL24), e à distância que estas duas modalidades se encontram da projecção da inovação (VL14), sugere-se a seguinte interpretação. Se a implementação de uma mudança na organização do trabalho parece constituir uma situação desejada, ela é

sugerida como um meio, quer para a consolidação das regras e normas de autoridade no seio da organização, quer para a promoção do prestígio pessoal e do reconhecimento pelos outros das suas competências (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

Gráfico 7
Configurações plurais da cultura organizacional



Fonte: Inquérito.

Obs.: Não se discriminaram modalidades pouco valorizadas. As restantes situações referentes às dimensões simbólicas encontram-se presentes no quadro com a seguinte codificação: código da variável + (2.- moderadamente valorizado; 3.- alguma valorização; 4.- muito valorizado).

Contribuição significativa para as modalidades = 2.9

Contribuição significativa absoluta para as variáveis = 4.16

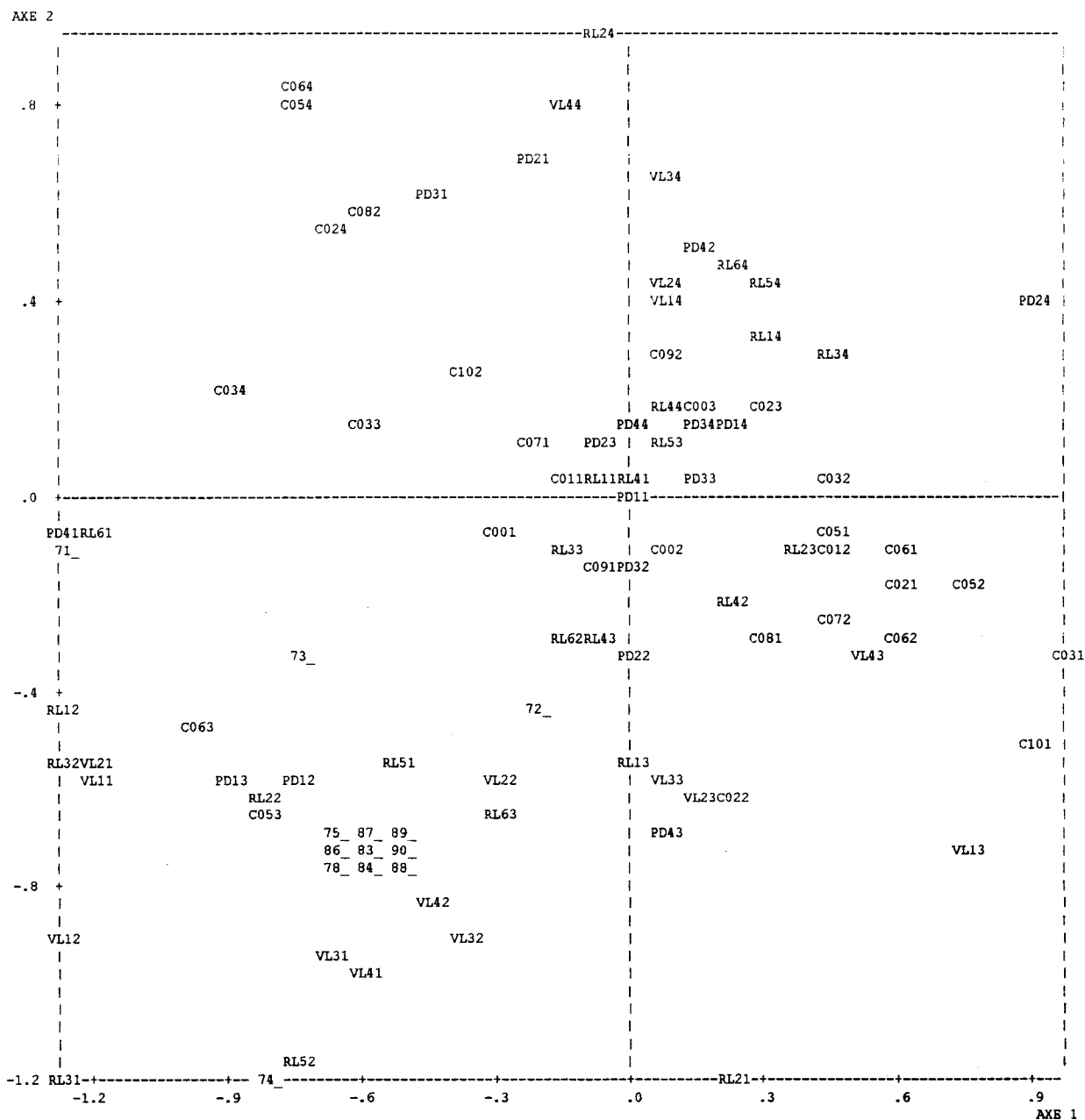
Denota-se que o perfil presente no segundo quadrante é preferencialmente partilhado por aqueles que têm a idade igual ou superior aos 45 anos (C024), designadamente, os administrativos (C033) e os outros profissionais (C034), bem como aqueles que detêm uma antiguidade na carreira e no centro de saúde igual ou superior a 20 anos (C054 e C064), e que não se encontram inseridos numa equipa de saúde (C082), nem pertencem a qualquer associação profissional (C102). Atendendo, às relações presentes, nomeadamente pela constatação de uma associação específica entre os mais velhos da organização com a valorização do exercício do poder, não só em termos individuais, mas também das chefias e da direcção, sugere-se que este quadro de referência seja partilhado

por aqueles que não detêm poder na organização, ou por aqueles que já detiveram, mas, que por circunstâncias várias perderam as suas posições e que desejam uma mudança para recuperar o seu poder, fazendo, assim, prevalecer a ideia de que a antiguidade seja um atributo de prestígio (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

A classificação do segundo quadrante como uma articulação de modalidades tradutoras da autoridade tradicional parece ser adequada, na medida em que condensa um conjunto de componentes culturais, partilhado predominantemente pelos mais velhos na organização, que reflecte a presença de uma representação do centro de saúde como uma organização hierarquizada, rígida e fundada numa lógica da valorização dos princípios de autoridade racional-legal, dito no sentido weberiano. Ou seja, para os mais velhos o centro de saúde representa um espaço de trabalho, onde se deve prevalecer os valores e as normas da ordem burocrática, fazendo, assim emergir uma noção da organização estruturada numa lógica tradicionalista da administração pública.

O terceiro quadrante sugere a representação de um desinteresse. Esta designação justifica-se fundamentalmente pela natureza das variáveis e pelo tipo de modalidades presentes, na medida em que predomina neste quadrante um conjunto significativo de fraca e ou moderada valorização dos diferentes contextos do ambiente de trabalho e da organização. Assim, no domínio da dimensão do ambiente do trabalho, é de salientar que são fracamente valorizadas as formas de organização do trabalho (RL12), o reconhecimento e prestígio (RL22), a participação (RL32) e a remuneração e a situação profissional (RL52), sendo todavia, apreciado a situação de estabilidade no trabalho (RL63).

Quanto à dimensão dos valores organizacionais, destaca-se uma fraca apreciação da inovação nos procedimentos (VL12), do ambiente e participação (VL32) e da autoridade (VL42). Porém, emerge igualmente relacionado com este conjunto, o controlo interno exercido pelas hierarquias (PD13). Por outro lado, surge, também como característica deste quadrante, uma relação específica das situações, já descritas anteriormente, designadamente as associadas com os profissionais que possuem uma antiguidade na carreira (C053) e no centro de saúde (C063), entre os 15 e os 19 anos (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

Gráfico 8
Projeção das modalidades nos planos 1 e 2

Fonte: Inquérito.

Obs.: Variáveis e modalidades de caracterização sociográfica dos inquiridos

Centro de Saúde (C001 A, C002 B, C003 C); Sexo (C011 Fem, C012 Masc); Grupo Profissional (C031 Médico, C032 Enfermagem, C033 Administrativo, C034 Outro Pessoal); Local de trabalho (C071 Sede, C072 Extensão); Equipa de Saúde (C081 Sim, C082 Não); Sindicalizado (C091 Sim, C092 Não); Membro de assoc. prof. (C101 Sim, C102 Não); Grupo Etário (C021 <=34A, C022 35a39A, C023 40a44A, C024 =>45A); Antiguidade na Carreira (C051 <=8A, C052 10a14A, C053 15a19A, C054 =>20A); Antiguidade no Centro de Saúde (C061 <=9A, C062 10a14A, C063 15a19A, C064 =>20A).

Variáveis e modalidades dos perfis da estrutura simbólica do campo socioprofissional

Código da variável + (1.- pouco valorizado; 2.- moderadamente valorizado; 3.- alguma valorização; 4.- muito valorizado).

PD1- Cont Interno / hierarquias; PD2- Cont Externo / comunidade e assoc; PD3- Cont Externo / instituições governam.; PD4- Cont Interno / própria pessoa; RL1- Organização do trabalho; RL2- Reconhecimento e prestígio; RL3- Participação no trabalho; RL4- Relações interpessoais e colectivas; RL5- Ganhos materiais; RL6- Estabilidade no trabalho; VL1- Inovação; VL2- Valorização pessoal e profissional; VL3- Ambiente / participação; VL4- Autoridade.

O sistema de relações presente no terceiro quadrante sugere que os profissionais valorizam ou apreciam menos as mudanças na organização, porque podem sentir que as estratégias de renovação dos procedimentos constituem uma fonte perturbadora do funcionamento do centro de saúde, em geral, e do seu próprio trabalho em particular. Por outro lado, ao fazerem os inquiridos transparecer uma valorização do exercício da autoridade hierárquica, em detrimento das outras valorizações, pode também significar a presença no quadro de representações dos mesmos de um forte controlo interno pelas estruturas hierárquicas. Perante estas sugestões, parece que é de colocar, então, a hipótese da ausência de poder dos profissionais relacionados com este quadrante, para a inversão das situações. Este facto parece sugerir que os mesmos assumem uma posição de auto-exclusão na organização, ao valorizarem menos e/ou desvalorizando quase todas as situações relacionais de trabalho.

O quarto quadrante é caracterizável como a representação da tecnicidade. Esta caracterização deriva da interpretação de uma forte ligação dos médicos, quer com o reconhecimento e prestígio (RL23), quer com o controlo interno exercido pela própria pessoa (PD43). Emerge, ainda, relacionado com este quadrante, a apreciação de um centro de saúde que fomenta a inovação (VL13), a valorização profissional e pessoal (VL23) e o bom ambiente e participação no trabalho (VL33), sem que haja uma perda de autoridade (VL43). Encontra-se igualmente projectado de forma significativa a valorização das formas de organização do trabalho (RL13). O conjunto de valorações presentes no quarto quadrante encontra-se ainda relacionado com os que têm 35 a 39 anos de idade (C022) e aqueles que detêm uma antiguidade na carreira entre os 10 a 14 anos (C052) e no centro de saúde com menos de 14 anos (C061: ≤ 9 e C062: 10 a 14). Igualmente no domínio das caracterizações sociográficas, encontram-se com relações significativas as projecções dos que pertencem a uma equipa de saúde (C081) e aqueles que pertencem a uma associação (C101) (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

Atendendo à presença privilegiada do grupo dos médicos (C031), bem como à projecção do controlo interno da organização pela própria pessoa (PD43) neste quarto quadrante, sugere-se que o conteúdo do sistema de relações privilegia uma valorização do desenvolvimento organizacional centrada na pessoa, derivada provavelmente de uma representação da centralidade da competência do saber técnico. Não menos importante é a projecção neste quadrante do reconhecimento e prestígio (RL23). Entende-se aqui, que este reconhecimento diverge do que foi referido anteriormente, designadamente no segundo

quadrante, na medida em que no presente quadrante ele está relacionado com os médicos. Sugere-se, aqui, que o reconhecimento e prestígio (RL23) esteja essencialmente relacionado com as formas de consolidação do saber-poder dos médicos, entre as quais, a legitimação da sua tecnicidade e do seu carisma individual na afirmação da liderança natural das equipas de saúde (Quadro 37, Gráficos 7 e 8).

Em função da análise por quadrantes, é de sustentar a presença de clivagens culturais no seio dos centros de saúde estudados que se reportam a padrões diferenciados de normas, valores e crenças face à percepção duma dinâmica organizacional. Evidencia-se, assim, a importância do contexto simbólico, relacional entre os diferentes grupos profissionais, designadamente no que concerne ao modo como os mesmos processam a mediação das práticas, representações e atitudes no sentido da consecução dos objectivos organizacionais, que se traduzem numa não consonância no desempenho de funções sociais para promover a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Sintetiza-se, deste modo, que a matriz do campo socioprofissional é evidenciável em dois eixos que delimitam quatro quadrantes simbólico-valorativos, e que sustentam a existência de uma cultura organizacional plural, fundada nos modelos de renovação, tradição, desinteresse e tecnicista, que não se encontra dissociada dos modos de percepções e valorações distintas e distinguidoras entre os médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais. Acrescenta-se, ainda, que perante a ausência de qualquer relação de discriminação significativa entre a área geográfica e as variáveis e modalidades culturais, permite levantar a hipótese da existência de uma certa semelhança entre as configurações de cultura organizacional nos três centros de saúde estudados.

4.3.2. CULTURAS PROFISSIONAIS

Para a determinação da importância do sistema de relações no seio dos grupos profissionais, bem como para o diagnóstico da configuração cultural do modelo identitário de cada grupo profissional, optou-se por uma análise classificatória pós-factorial, igualmente conhecida como a análise de *cluster*. A escolha desta técnica, e na vertente hierárquica, insere-se na linha dos estudos estatísticos multivariados, de natureza descritiva e não inferencial, cujo objectivo radica na produção de grupos com a máxima homogeneidade

interna, mas diferenciados entre si em termos de hierarquia de grau de importância quantitativa e da informação que condensam.

Sendo uma análise classificatória pós-factorial, procurou-se centrar a estratégia analítica em duas etapas a fim de conhecer o impacto das profissões na dinâmica do quadro cultural intra-organizacional. Procedeu-se, em primeiro lugar a criação de grupos com graus distintos de similaridade quanto à apreciação dos perfis simbólicos do campo socioprofissional, adoptando em segundo lugar, a projecção gráfica destes grupos nos quadrantes definidores das configurações plurais da cultura organizacional (quadrantes dos planos 1 e 2).

Para a classificação hierárquica dos indivíduos centrou-se numa divisão dos mesmos em cinco grupos. Importa referir que esta foi a melhor solução de corte obtida, na medida em que as demais soluções de divisão ensaiadas (cortes em 2, 3, 4, 6 e 7) geravam mega-classes, exacerbando em quase todas as situações a criação de um grupo com mais de 50% dos indivíduos. Assim, a fim de evitar a criação de grupos desequilibrados, julgou-se adequada a opção pela classificação hierárquica uma partição em cinco grupos.

A inércia total dos cinco grupos obtidos é na ordem dos 0.6736, sendo a inércia inter-classe entre os mesmos de 0.3549. Comparando os valores de decomposição da inércia em níveis intra-classes, o grupo *aa1a* apresenta-se com o maior poder de explicação, detendo 35.29% a informação agregada, cuja inércia é de 0.1139. O grupo com o menos grau de explicação é o grupo *aa3a*, detendo uma inércia de 0.0026 e um grau de explicação de 3.53%. A distribuição dos restantes grupos, em conformidade com o peso percentual da inércia inter-classe, é do modo seguinte: *aa5a* (0.0917), *aa2a* (0.0715) e *aa4a* (0.0390) (Quadro 38).

Dado que o grupo *aa3a* é composto por um reduzido número de efectivos, com uma inércia que parece ser praticamente desprezível (0.0026) (Quadro 38), não se considerou como relevante a informação relacionado a este último, mantendo, todavia, a leitura da sua projecção nos quadrantes dos eixos 1 e 2, meramente como uma referência.

Quanto ao número de efectivos presentes em cada grupo, denota-se que o grupo *aa1a* é formado por 30 indivíduos, o grupo *aa2a* por 16, o grupo *aa3a* por 3, o grupo *aa4a* por 14 e o grupo *aa5a* por 22 (Quadro 38).

No que concerne ao posicionamento dos grupos obtidos na projecção sobre os eixos factoriais 1 e 2, verifica-se que os grupos *aa4a* e *aa5a* demonstram um relação

preferencial com o quarto quadrante. O grupo *aa1a* encontra-se relacionado com o segundo quadrante e os grupos *aa2a* e *aa3a* detêm uma relação específica com o terceiro quadrante. Assim, em termos de grau de importância dos quadrantes, o quarto quadrante condensa uma maior massa de informação, detendo 42.35%, comportando o segundo quadrante 35.29% e o terceiro quadrante 22.35% (Quadro 38 e Gráfico 9).

Quadro 38
Decomposição da inércia dos grupos

Inércia	Inércia		Efectivos		Pontos		Distâncias		% Peso	Valor teste	
	antes	após	antes	após	antes	após	antes	após		F1	F2
Inter-classe	0.3337	0.3549									
Intra-classe											
aa1a	0.1133	0.1139	27	30	27.0	30.0	0.2419	0.2144	35.29	-3.3	6.7
aa2a	0.0811	0.0715	19	16	19.0	16.0	0.2474	0.3201	18.82	-1.6	-4.1
aa3a	0.0026	0.0026	3	3	3.0	3.0	2.6042	2.6042	3.53	-5.0	-2.9
aa4a	0.0110	0.0390	7	14	7.0	14.0	0.5458	0.4124	16.47	2.7	-0.1
aa5a	0.1319	0.0917	29	22	29.0	22.0	0.1895	0.2284	25.88	5.0	-1.8
Inércia total	0.6736	0.6736									
inter / total	0.4954	0.5269									

Fonte: Inquérito.

Os grupos de maior grau de explicação encontram-se relacionados com os médicos e os enfermeiros. Assim, os médicos encontram-se no grupo *aa4a* e os enfermeiros no grupos *aa5a*. O grupo *aa1a* encontra-se relacionado com um segmento do grupo profissional dos administrativos, o grupo *aa2a* com um outro segmento do grupo dos administrativos, o grupo *aa3a* detêm uma relação específica com os outros profissionais. Estas relações parecem conduzir *a priori* à explicação de uma relação preferencial destes grupos com três dos quatro modelos de cultura organizacional diagnosticados. Ou seja, os médicos e os enfermeiros parecem estar relacionados com o modelo do técnico, os administrativos parecem que partilham os modelos de tradição e de desinteresse, parecendo ainda que os outros profissionais detêm uma certa relação qualquer modelo. Neste sentido, não sendo à partida visível o modo de partilha do modelo de renovação, importa proceder uma análise mais fina, a fim de perceber as relações inter-específicas entre os grupos profissionais e as categorias de valorações existentes em cada quadrante, bem como em relação a cada um dos quatro modelos. Para o efeito, reconstruiu-se uma análise centrada

numa leitura correlacional dos perfis de cada grupo profissional com cada um dos *clusters*, cujos resultados vão ser tecidos em seguida.

4.3.2.1. MÉDICOS

Os médicos (C033) encontram-se representados no *cluster aa4a*. Dentro deste *cluster*, os médicos representam a variável caracterizadora, cuja relação classe/modalidade é na ordem dos 60.87% e a de modalidade/classe de 100%. É um grupo que aparece projectado no quarto quadrante, numa posição muito próxima do centroide do *cluster aa4a*. Neste *cluster* os médicos surgem mais associados com a valorização do reconhecimento e prestígio no trabalho (RL23). Uma outra característica a salientar, é a relação entre o grupo dos médicos com aqueles que pertencem a uma associação (C101), e que têm uma antiguidade na carreira (C052) e no centro de saúde (C062), entre os 10 e os 14 anos. Denota-se, ainda, que os médicos integrados no *cluster aa4a* parecem estar igualmente ligados com aqueles que têm a idade entre os 40 a 44 anos (C023) (Quadro 39 e Gráfico 9).

Quadro 39
As características do grupo dos médicos da classe 4/5

V. Test	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Mod	Mod/Cla	Global				
				16.47	Classe 4/5		aa4a	14
6.24	.000	60.87	100.00	27.06	Médico	C03 Grupo Profissional	C031	23
4.87	.000	46.43	92.86	32.94	Sim	C10 Membro assoc. prof.	C101	28
4.32	.000	50.00	78.57	25.88	10a14A	C05 Antiguid Carreira	C052	22
3.35	.000	45.00	64.29	23.53	10a14A	C06 Antiguid Centro Saúde	C062	20
2.95	.002	39.13	64.29	27.06	40a44A	C02 Grupo Etário	C023	23
2.66	.004	27.91	85.71	50.59	RL23Inf	RELA2 Reconhec/Prestígio	RL23	43
-3.14	.001	.00	.00	36.47	Administr.	C03 Grupo Profissional	C033	31
-4.64	.000	1.82	7.14	64.71	Não	C10 Membro assoc. prof.	C102	55

Fonte: Inquérito.

De referir, ainda, que este grupo surge relacionado com outros elementos não caracterizadores do quarto quadrante (projectação gráfica do *cluster aa4a*), e que são os administrativos (C033) e os que não pertencem a uma associação profissional (C102). Analisando o sinal do valor teste destes elementos, sugere-se que estes elementos emergem no seio do grupo numa posição de dependência relacional com os médicos, dependência

essa que converte a oposição passiva dos administrativos numa aliança estratégica com as suas características dominantes do referido grupo dos médicos (Quadro 39 e Gráfico 9).

Em face das características do cluster *aa4a*, quer em termos do posicionamento no quarto quadrante, quer quanto ao número de variáveis caracterizadoras que se aproximam às que tipificam significativamente o mesmo quadrante, parece ser de admitir que existe uma relação particular entre o grupo dos médicos e o perfil tecnicista da cultura organizacional, na medida em que este modelo é caracterizador do quarto quadrante.

«Note bem que em qualquer das circunstâncias seria utópico considerar que o tratamento e a cura da doença possa ser efectuado em equipa com os outros profissionais não directamente relacionados com a prestação de cuidados. Não me parece que seja possível admitir uma equipa de saúde sem os médicos. Ou será que é possível ver a saúde sem os médicos?» (B1, médico).

Pode-se subentender da transcrição acima exposta, que o critério de insubstituibilidade do saber constitui um objecto de distinção e de legitimação da competência técnica dos médicos. Por este motivo, apercebe-se que para a garantia da operatividade e da funcionalidade dos centros de saúde, bem como, para a manutenção das relações de autoridade e de liderança, se prevalece, em última instância, a autoridade racionalizada do poder médico e a concentração do poder decisório da racionalidade administrativa das equipas nas mãos dos mesmos.

«Cada centro de saúde não é uma ilha. Há regras que nos são colocadas pela administração, que hoje chamam-lhe coordenação da sub-região. É claro que existe uma convergência no âmbito do plano de actividades do centro de saúde com os objectivos definidos para todos os centros de saúde do distrito. Cada membro da equipa tem de saber o seu lugar, as suas competências e responsabilidades. O que acontece é que não é fácil estabelecer consensos na distribuição das tarefas. Penso que ainda há muitos profissionais que não sabem o verdadeiro significado do trabalho em equipa, e penso que talvez há muitos que nunca pensam em equipa. Quando não é possível estabelecer consensos, cabe ao próprio médico a liderança dos processos» (B1, médico).

A centralidade do papel do médico, como um líder natural de uma equipa, é claramente defendida na Declaração da Organização Mundial dos Médicos de Família:

«O médico de clínica geral/médico de família assume pessoalmente a responsabilidade de procurar disponibilizar os recursos, existentes no sistema de saúde, necessários à pessoa e/ou à família. O envolvimento de outros profissionais de saúde na prestação de cuidados completa a sua formação assistencial» (WONCA 1991:242).

Assinala-se, assim, que os médicos constituem um grupo que privilegia a liderança dos conteúdos de trabalho, exacerbando um discurso orientado para a diferenciação inter-grupal através da demonstração da insubstituibilidade da sua competência técnica face a outras profissões, que no essencial, radicam em efeitos de disposição construídos na trajetória escolar e reactualizados na organização. Emerge uma configuração identitária interpretável como a cultura profissional de tecnicidade-centralizadora, sobreponível à cultura organizacional tecnicista, e que os coloca na produção duma gramática de representações fundada na convicção de que a unidade organizacional dos centros de saúde e a lógica da prática em equipa devem ser estruturados em torno da sua *imagem* e da sua condição de líder natural. Este modelo cultural parece que se aproxima da configuração de orientação tecnocrática, teorizado por Vala et al. (1994), na medida em que postula que os médicos podem ser igualmente vistos como os quadros com maior poder formal nos centros de saúde e com a maior capacidade para influenciar a organização. Parece, igualmente, que a identidade profissional de tecnicidade-centralizadora detém certas aproximações com o modelo de subcultura médica, identificado por Kinnunen e citado por Nunes (1994), na medida em que os médicos caracterizam-se como um grupo que partilha a visibilidade de uma identidade básica fundada na lógica de especialista, perito e técnico com uma posição dominante no meio, cujas actividades estruturam-se num critério da veracidade, legitimado pela sua autoridade na decisão clínica.

Daqui se extrai igualmente a ilação da lógica das organizações profissionais na defesa da perspectiva de que a função dos demais profissionais de saúde radica numa dimensão de complementaridade ao saber médico. Assim, atende-se aqui a tese de Friedson de que a própria profissão médica constitui um poder, não só porque a posse de um diploma

Ihes permite aceder a uma carreira profissional específica, mas também, porque transforma os seus detentores numa elite organizada, com normas e privilégios, e estatutariamente bem definidos e enquadradas numa instituição (Dubar 1995; Carapinheiro 1993). Daí que a questão do reconhecimento e do prestígio seja relevante para este grupo, na medida em que parece ser esta a via que o grupo dos médicos testa o grau de consolidação do seu poder na organização. Justifica-se, assim a razão lógica de quão importante é o reconhecimento e prestígio para os médicos na trajectória na vida intra-organizacional, dado que este reconhecimento reflecte a lógica da dominância pela posse do saber.

Entende-se assim, porque é que o grupo profissional dos médicos não atribui uma hiper-valorização ao ambiente de inovação organizacional, no sentido da apreciação da desformalização do trabalho, na medida em que este ambiente pode ser desfavorável para a manutenção do seu poder de regulação do espaço sócio-organizacional. Para aqueles que valorizam muito a inovação, parece que constitui somente uma mudança de cenário nas estratégias relacionais de trabalho, no sentido de um ajustamento situacional às imposições dos órgãos gestores para a desformalização. É de realçar que, mesmo nestas circunstâncias, em última instância, prevalece sempre como prioridade nas relações a manutenção do estatuto do seu saber-poder, tal como foi referido anteriormente, através da afirmação da liderança da equipa.

Porém, a presença desta situação da maximização do poder médico não passou despercebido a outros profissionais, tais como a enfermagem. Este grupo tem vindo a ampliar as suas zonas de influência na disputa da prestação de cuidados, procurando construir mais um monopólio de saber técnico-científico, com uma abordagem do utente assente na perspectiva bio-psico-social, e na dimensão do curar. Mas este facto não acabará por traduzir num veículo de *rotinização* de processos derivados da prática dos clínicos-gerais/médicos de família? Poder-se-á subentender que a lógica da enfermagem não se autonomiza com clareza nos cuidados de saúde primários nem se desmembra da sua tradição histórica articulada à actividade da profissão médica?

4.3.2.2. ENFERMEIROS

Este grupo surge no *cluster aa5a*, detendo uma relação preferencial com os mais novos, ou seja, com a menor antiguidade na carreira (C051) e no centro de saúde (C061) e com aqueles que detêm a idade inferior aos 34 anos (C021). Neste *cluster*, os enfermeiros não representam a variável caracterizadora, detendo porém uma relação classe/modalidade na ordem dos 66.67% e a de modalidade/classe de 54.55%. A variável caracterizadora é a da antiguidade, na modalidade de igual ou menor do que 9 anos (Quadro 40 e Gráfico 9).

O centro de gravidade da variável dos enfermeiros surge projectado no primeiro quadrante, divergindo da projecção da maioria dos outros elementos presentes no *cluster aa5a*, que se encontram projectados no quarto quadrante, incluindo o centroide do referido *cluster*. De referir que o centroide do *cluster aa5a* encontra-se numa posição muito próxima do *cluster aa4a* (Gráfico 9).

Quadro 40
As características do grupo dos enfermeiros da classe 5/5

V. Test	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	Indiv.
		Cla/Mod	Mod/Cla	Global				
				25.88	Classe 5/5		aa5a	22
< 5.19	.000	62.07	81.82	34.12	≤ 9A	C06 Antiguid Centro Saúde	C061	29
4.61	.000	61.54	72.73	30.59	≤ 9A	C05 Antiguid Carreira	C051	26
3.95	.000	66.67	54.55	21.18	Enfermag	C03 Grupo Profissional	C032	18
3.90	.000	81.82	40.91	12.94	≤ 34A	C02 Grupo Etário	C021	11
3.55	.000	53.85	63.64	30.59	VL33Inf	VALOR3	VL33	26
2.83	.002	50.00	54.55	28.24	VL23Inf	VALOR2	VL23	24
2.57	.005	38.64	77.27	51.76	RL34mInf	RELA3	RL34	44
-2.93	.002	4.00	4.55	29.41	≥ 45A	C02 Grupo Etário	C024	25
-2.96	.002	11.36	22.73	51.76	VL34mInf	VALOR3	VL34	44
-3.10	.001	.00	.00	23.53	≥ 20A	C05 Antiguid Carreira	C054	20
-3.22	.001	.00	.00	24.71	≥ 20A	C06 Antiguid Centro Saúde	C064	21
-3.64	.000	3.23	4.55	36.47	Administr	C03 Grupo Profissional	C033	31

Fonte: Inquérito.

Apesar dos enfermeiros não emergirem como um grupo directamente relacionado com qualquer dos perfis da cultura organizacional, como se viu anteriormente, a presença dos enfermeiros num *cluster* que se projecta em dois quadrantes (1 e 4), permite sugerir uma natureza híbrida à configuração cultural e identitária deste grupo. De facto, constata-se que as suas relações prolongam-se pelos outros grupos. Estas relações são caracterizadas numa ligação aos administrativos, nomeadamente os que são mais velhos, de

idade igual ou superior a 45 anos e que comungam a apreciação dos valores da participação no trabalho (Gráfico 9). Esta ligação parece ser deveras sintomática, na medida em que converge uma relação entre aqueles que valorizam a mudança num contexto tradicionalista. O que parece sugerir aqui, é a existência de uma aliança entre estes dois grupos, que demonstra o efeito estratégico dos enfermeiros mais novos em desejarem impulsionar a renovação através da captação dos saberes organizacionais dos mais velhos. Do lado dos administrativos, esta aliança com os mais novos, oriundos de um grupo em crescimento, pode ser interpretada como uma posição de reconquista dos poderes, eventualmente perdidos nas diferentes mudanças experimentadas nos centros de saúde.

Em função das variáveis caracterizadoras do *cluster aa5a*, pode-se dizer que os enfermeiros estão mais associados com os valores predominantes deste *cluster*, nomeadamente com a apreciação do bom ambiente (VL33) e da participação no trabalho, quer em termos globais da organização (VL23), quer a nível sectorial (RL34). Além disso, parece que é um grupo que aprecia fortemente a valorização pessoal e profissional (VL34) (Quadro 40 e Gráfico 9).

«A valorização e o prestígio da carreira de enfermagem não passa só pelo que aprendemos na escola. A vontade de participar é uma condição de partida para a mudança. A distinção da enfermagem como classe passa por um outro desempenho diferente do trabalho à tarefa, não atomizado (...) e distanciando-se da prática médica. Cada um de nós temos o nosso espaço. O que é preciso é entendermos, estarmos em sintonia face às necessidades do utente e partilharmos as informações. Caso contrário, o melhor é não falarmos em trabalho em equipa. Sabemos que nem todos os médicos estão preparados para aceitar esta situação»
(A4, enfermeiro).

Transparece um novo perfil dos enfermeiros, com características disciplinares específicas, assentes numa formação técnica especializada, sendo de admitir que não é só a disputa da autonomia que está em causa para o grupo profissional da enfermagem, mas sim a necessidade de informação para sustentar esta disputa, onde a posse do poder da informação detém um papel fulcral no processo de modelação das regras do jogo e das relações de comando e execução, ou seja, na disputa das zonas de incerteza que medeiam as

relações profissionais (Crozier e Friedberg 1977) do trabalho em equipa. Perspectiva-se uma não subordinação deste grupo ao poder médico e uma refutação da sua condição de elemento secundarizado face ao monopólio de decisão dos cuidados de saúde primários nas mãos do saber médico.

«Nós sentimos mais como profissionais quando estamos a desenvolver o nosso próprio trabalho, como por exemplo quando preparamos e executamos o apoio domiciliário ou as sessões de saúde materna e de planeamento familiar. Aí é que se pode ver a força da enfermagem no cuidar do doente» (A3, enfermeiro).

«Hoje, nenhum enfermeiro deve sentir inferiorizado em relação aos médicos. Temos capacidades para fazer o nosso trabalho como toda a autonomia. Já temos imensos colegas com mestrados e doutoramentos» (A2, enfermeiro).

De facto, no domínio da enfermagem é, igualmente, perceptível o peso atribuído à competência profissional, sendo esta evidência fortemente presente no seu discurso de auto-valorização do saber educacional. É um discurso orientado para a legitimação da capacidade de ajuda e de apoio na prestação de cuidados de saúde, onde o utente não é visto como a coisa a tratar, mas como o ser humano a cuidar. Este novo perfil faz emergir uma ideologização de práticas quotidianas, cujo estilo de conduta profissional privilegia a maximização do seu papel de advogado do utente (Ribeiro 1995). Esta situação pode ser interpretada como uma outra forma de ganhar o poder na organização, na medida em que se procura a renovação da enfermagem, através de uma refutação aos cuidados tradicionais de enfermagem (pensos e injeções), e de uma valorização do *nursing* (orientação técnica nos cuidados individuais e na família) e da sua competência para gerar um apoio psicossocial ao utente e à sua família, no sentido de *tender loving care*. Justifica-se, assim, a razão lógica do peso crescente do discurso produzido no sentido da valorização de novos contextos não rotinizados de trabalho, de não dependência à prática dos médicos e da comunhão de quadros de representações orientados para uma desformalização na inovação da organização do trabalho, perfilhando-se uma estratégia para a reconfiguração ideológica da própria identidade profissional ...

«Muitos deles ainda nos olham como seus ajudantes. (...) Discutir os objectivos numa equipa, num centro de saúde, ter os canais de comunicação eficazes entre as equipas só se for com os médicos e entre eles. Mesmos quando ocorrem reuniões para os planos de actividade, estes já aparecem todos alinhavados, e só nos chamam para legitimar o que os médicos querem» (A2, enfermeiro).

«Eu já acreditei mais nesta coisa do trabalho em equipa. Se no início parecia que podia haver mudanças, eu não as vejo hoje. Continuamos a ser sobrecarregados todos os dias com as consultas, a lidar com as doenças, a fazer pensos e injeções. Já não digo que seja igual em todo o lado que acaba por ser sempre o médico, o principal elemento da equipa. Mas, mesmo que queiramos ver de modo diferente, são os utentes quem mais empurram para esta situação. Prevenção e educação para a saúde nem vê-lo. Quando os utentes nos procuram, eles querem é que nós lhes arranjássemos ou uma consulta ou uma transcrição de uma receita dos hospitais ou dos médicos da privada» (A3, enfermeiro).

Mas, se é possível conceptualizar que a enfermagem detém uma identidade profissional própria com modelos teórico-práticos específicos e campos de actuação bem delimitados, não parece plausível afirmar que a integração deste grupo profissional, nos centros de saúde, se tenha vindo a afirmar como um corpo autónomo, antes porém, emerge mais como uma profissão com uma posição ainda *fragilizada*, à procura de possíveis estímulos e espaços organizacionais para a mudança e uma inserção mais sólida a nível intra-grupo, a fim de poder disputar no campo organizacional, espaços (a *visibilidade* das zonas de incerteza) que ainda são zonas de domínio dos médicos.

«Os novos quando chegam, pensam que sabem tudo. Às vezes até evito comentar, só para não entrar em discussão e para manter um bom ambiente de trabalho. O que eu não admito, são as lições de relacionamento com as pessoas, digo, com os utentes, que para mim são só filosofias, muito bonitas, mas que não ajudam a diminuir o volume de trabalho que eu tenho todos os dias» (A1, enfermeiro).

«Acho que a grande diferença entre os enfermeiros, não é porque hajam enfermeiros mais velhos formados pelas antigas escolas, e outros mais novos com uma preparação diferente. As diferenças estão nas posições de cada um. Repare... Quem está nos lugares de chefia? É o pessoal mais velho e que têm outra preparação. Uns escondem-se atrás da formação, outros escondem-se atrás da categoria que têm. Por isso, eu digo que o que falta é a capacidade de cada um ceder um pouco no relacionamento, para que seja possível construir uma maior valorização para a nossa profissão» (A4, enfermeiro).

Apesar de se poder constatar, um certo confronto no seio do grupo dos enfermeiros, devido essencialmente às divergências geracionais no campo socioprofissional, os enfermeiros podem ser caracterizados com uma identidade básica, modelada por uma envolvente sociocultural que lhes confere uma natureza relacional de apoio intra-grupal, mais numa perspectiva de *harmonia*, do que em conflito permanente.

«Não sou contra os mais novos. O que quero dizer é que eles falam de mais e fazem pouco. Até hoje, participei em todas as reuniões de planeamento e avaliação das actividades de enfermagem, e contribuí muito para implementar o trabalho em equipa» (A1, enfermeiro).

«Mas, nem tudo está mal entre nós. Conseguimos fazer as nossas reuniões e as acções de formação, introduzir as novas concepções de trabalho e tomar as nossas decisões através do voto» (A4, enfermeiro).

Apercebe-se igualmente que os mais velhos na carreira e no centro de saúde emergem nas relações profissionais com uma posição paternalista, distanciada das lutas do controlo da dinâmica organizacional.

«Eu venho do tempo da caixa. Tenho assistido a muitas mudanças e ajudado a muitos uterentes. Sei perfeitamente, que por muitas voltas que venham a dar, acabam por cair nas mãos dos médicos, porque são eles quem assinam as receitas. Eu nunca tive problemas com os médicos, mas agora, com esta malta

nova que anda por aí, como é que posso ter confiança? Têm muita teoria, mas de prática, é melhor nem falar. Cá no centro, as chatices só têm sobrado para mim»
(A1, enfermeiro).

No domínio da integração destes profissionais nos centros de saúde emerge, a par de um conflito latente intra e inter-grupal, uma luta permanente no controlo da autonomia do exercício profissional fundada no paradoxo de uma aliança estratégica que se sustenta numa relação ambivalente entre o dever profissional e o desejo de reconhecimento do saber profissional. Trata-se de uma construção de significações subjectivas e racionalizadas para a acção que tem subjacente a percepção de que uma forma identitária social, a dos médicos se configura dominante, embora interaja com as outras cujo peso valorativo, normativo e ideológico se encontra enraizado no mesmo espaço sócio-organizacional. Justifica-se, assim, que a configuração de identidade profissional da enfermagem reporta-se a fortes relações de afinidades estratégicas com o grupo dos médicos, na medida em que esta estratégia relacional permite-lhes modelar as expectativas para a consolidação dos seus recursos e para a redefinição da carreira. Aliás, na análise de classificação hierárquica discriminou-se com clareza a proximidade dos posicionamentos entre os médicos e os enfermeiros, *convergiendo* os dois *clusters* no mesmo quadrante. Porém, a constatação do posicionamento dos centros de gravidade de cada uma das profissões em quadrantes distintos, vem reforçar a tese da existência de relações de afinidades cognitivas e estratégicas entre estes dois grupos, mas distintas entre si na *luta* pela gestão do campo socioprofissional.

Esta situação permite afirmar, ainda, que o modelo de cultura profissional dos enfermeiros é estruturado na base dos conteúdos da profissão, e pode ser definido como um modelo identitário de renovadores estratégicos, na medida em que é essencialmente apoiado num perfil de homologia estrutural do campo que reestrutura as suas representações e atitudes através de uma permanente auto-valorização das suas práticas no quotidiano. Assim, os que partilham desta configuração cultural, detêm uma racionalização nas escolhas das relações no trabalho, privilegiando, por um lado, as relações inter-pares que comungam os mesmos objectivos e a partilha de expectativas de interacção e mobilidade junto do grupo dominante, e por outro lado, dinamizam uma permanente divagem com aqueles que lhes opõem.

«Mas, não são só os médicos que não têm a noção do que somos e o queremos ser hoje. Há muitos outros profissionais, como os administrativos, que ainda não perceberam que os enfermeiros de hoje representam uma nova geração, que não se resumem a fazer os pensos e as injeções. (...) Apesar de tudo, pelo menos com os médicos podemos abordar os mesmos assuntos» (A2, enfermeiro).

Por este motivo, a configuração identitária dos enfermeiros parece ser mais derivada de um quadro de representações que os coloca na convicção de constituírem como um grupo de especialistas na saúde, estruturados em torno de um *novo* quadro de saberes, fortemente identificados com a gestão da sua carreira e com a ruptura com os modelos anteriores de prática profissional, gerindo uma racionalidade orientada para o trabalho em equipa através de uma gestão democrática da organização. Incluem-se, assim, os enfermeiros, nomeadamente os mais novos, numa configuração identitária, que pode ser classificável híbrida, e que intercepta os quadros de referência da cultura organizacional fundada na lógica da renovação e da tecnicidade. Justifica-se, assim, a existência de uma relação privilegiada dos enfermeiros com o perfil de renovadores da cultura organizacional, mas que não se distancia do perfil tecnicista que caracteriza os médicos. Contudo, apesar da distância que os enfermeiros procuram criar face aos médicos, são os próprios enfermeiros que reconhecem a importância dos médicos nas suas relações profissionais, a nível extra-grupal.

Pode-se ainda acrescentar que a configuração identitária dos enfermeiros tende a aproximar ao modelo tecnocrático de Vala et al. (1994), e se assemelha à lógica híbrida entre o modelo de fusão e o de negociação de Sainsaulieu (1986-87), na medida em que, por um lado, procuram pela via grupal acederem ao poder na organização, cultivando um valor da competência técnica, e por outro lado, estruturam a negociação do seu saber de solidariedade humana, para o domínio dos valores e das normas democráticas na organização, somente para que seja possível deterem uma diferenciação profissional, ainda não alcançada nos centros de saúde.

4.3.2.3. ADMINISTRATIVOS

O grupo dos administrativos aparece dicotomizado sob dois *clusters*. O *cluster aa1a* possui um peso de 35.29%, sendo, quer em termos de número de elementos, quer ao nível de modalidades associadas, o grupo mais importante. O *cluster aa2a* detém um peso de 18.82%, que em conjunto com o grupo anterior condensam 54.11% de informação referente aos administrativos (Quadros 41 e 42 e Gráfico 9).

No primeiro grupo, os administrativos não representam a variável caracterizadora, tendo, porém, uma relação classe/modalidade na ordem dos 61.29% e a de modalidade/classe de 63.33%. De facto, no *cluster aa1a* a variável caracterizadora é a que corresponde os 20 ou mais anos de antiguidade (C054 e C064), estando, ainda ligada com um levado grau de importância, a situação de não pertença a uma associação (C102). A variável menos característica do grupo está ligada aqueles que valorizam muito a estabilidade no trabalho (RL64) (Quadro 41 e Gráfico 9).

Em face do exposto, este primeiro *cluster* pode ser tipificado como o grupo dos administrativos mais velhos, e que valorizam muito um centro de saúde onde haja autoridade (VL44) e apreciam muito um ambiente de trabalho em que possam receber um reconhecimento pelo trabalho efectuado e deterem um efectivo prestígio (RL23) (Quadro 41).

Este primeiro grupo de administrativos e o centroide do *cluster aa1a* encontram-se projectados no segundo quadrante. Porém, ele detém ligações com outros indivíduos de outros quadrantes, nomeadamente com aqueles que pertencem a uma equipa (C081), que têm entre os 35 a 39 anos (C022), com uma experiência profissional na ordem dos 10 a 14 anos (C052) e uma antiguidade no centro de saúde de igual período (C062). Estas relações prolongam-se de forma mais evidente com aqueles que valorizam de algum modo a estabilidade (RL63) e os efeitos da remuneração e da carreira no trabalho (RL52), e que apreciam uma valorização pessoal e profissional (VL23), numa organização em inovação (VL13), mas que tenha regras e normas de autoridade (VL43). Esta ligação específica, parece que reconfirma aquilo que já foi referido anteriormente, em que existe um grupo de administrativos, nomeadamente os mais velhos que procuram todas as vias para renovar a sua posição na organização. Assim, a relação ou conexão com aqueles que se encontram inseridos numa equipa, representa uma clara situação de captação de fontes de influência sobre o modo de trabalho neste grupo (Gráfico 9).

Quadro 41
As características do grupo dos administrativos da classe 1/5

V. Test	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	Indiv.
		Cia/Mod	Mod/Cia	Global				
				35.29	Classe 1/5		aa1a	30
5.04	.000	85.00	56.67	23.53	≥ 20A	C05 Antiguid Carreira	C054	20
4.92	.000	67.65	76.67	40.00	VL44mInf	VALOR4	VL44	34
4.75	.000	80.95	56.67	24.71	≥ 20A	C06 Antiguid Centro Saúde	C064	21
4.70	.000	52.73	96.67	64.71	Não	C10 Membro assoc. prof.	C102	55
4.19	.000	56.82	83.33	51.76	VL34mInf	VALOR3	VL34	44
3.79	.000	68.00	56.67	29.41	≥ 45A	C02 Grupo Etário	C024	25
3.55	.000	61.29	63.33	36.47	Administr	C03 Grupo Profissional	C033	31
3.41	.000	51.02	83.33	57.65	VL24mInf	VALOR2	VL24	49
3.23	.001	47.37	90.00	67.06	VL14mInf	VALOR1	VL14	57
3.17	.001	60.71	56.67	32.94	Não	C08 Equipa de Saúde	C082	28
2.64	.004	61.90	43.33	24.71	RL24mInf	RELA2	RL24	21
2.58	.005	47.92	76.67	56.47	RL64mInf	RELA6	RL64	48
-2.37	.009	15.38	13.33	30.59	VL33Inf	VALOR3	VL33	26
-2.41	.008	6.67	3.33	17.65	RL52mInf	RELA5	RL52	15
-2.45	.007	13.04	10.00	27.06	35a39A	C02 Grupo Etário	C022	23
-2.57	.005	10.00	6.67	23.53	10a14A	C06 Antiguid Centro Saúde	C062	20
-2.58	.005	6.25	3.33	18.82	VL13Inf	VALOR1	VL13	16
-2.61	.005	12.50	10.00	28.24	VL23Inf	VALOR2	VL23	24
-2.79	.003	15.63	16.67	37.65	RL63Inf	RELA6	RL63	32
-2.89	.002	9.09	6.67	25.88	10a14A	C05 Antiguid Carreira	C052	22
-3.17	.001	22.81	43.33	67.06	Sim	C08 Equipa de Saúde	C081	57
-3.30	.000	12.50	13.33	37.65	VL43Inf	VALOR4	VL43	32
-4.40	.000	.00	.00	27.06	Médico	C03 Grupo Profissional	C031	23
-5.10	.000	.00	.00	32.94	Sim	C10 Membro assoc. prof.	C101	28

Fonte: Inquérito.

Quanto ao segundo grupo de administrativos, representado no *cluster aa2a*, é um grupo que exprime alguma valorização às formas de mudança na organização do trabalho (RL13), mas que consideram relevante a estabilidade (RL63). São também aqueles que atribuem alguma importância à intervenção da própria pessoa (PD43) no curso da dinâmica organizacional, nomeadamente na participação no trabalho (RL33). Porém, ressalta ainda que é um grupo que valoriza moderadamente a relação da remuneração e a carreira (RL52) com o desempenho no trabalho (Quadro 42 e Gráfico 9).

Tendo em atenção às variáveis menos caracterizadoras do segundo grupo de administrativos, denota-se que se encontra associado a este *cluster*, os indivíduos com igual ou menor do que 9 anos de antiguidade (C061) e que valorizam muito o controlo interno da organização pela própria pessoa (PD44), a autoridade na organização (VL44), a remuneração e a carreira (VL54), sem todavia, excluir a apreciação à organização do trabalho (RL14), a participação (RL34), nem tão pouco a estabilidade (RL64) (Quadro 42). Reconfirma-se aqui que os administrativos procuram estabelecer ligações com outros elementos dentro da organização que comungam os princípios de reforço individual e grupal na mudança da

trajectória da organização a seu favor. No caso concreto deste segundo grupo, as suas alianças estratégicas são estabelecidas com os mais novos.

É de acrescentar que este segundo grupo de administrativos encontra-se integrado num *cluster aa2a*, cuja projecção gráfica recai no 3º quadrante, e onde se verifica uma relação classe/modalidade na ordem dos 35.48% e a de modalidade/classe de 68.75% (Quadro 42).

Quadro 42
As características do grupo dos administrativos da classe 2/5

V. Test	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	Indiv.
		Cla/Mod	Mod/Cla	Global				
				18.82	Classe 2/5		aa2a	16
3.81	.000	50.00	68.75	25.88	RL13Inf	RELA1	RL13	22
3.69	.000	40.63	81.25	37.65	RL63Inf	RELA6	RL63	32
3.14	.001	53.33	50.00	17.65	PD43Inf	PODER4	PD43	15
3.10	.001	37.50	75.00	37.65	RL33Inf	RELA3	RL33	32
2.65	.004	35.48	68.75	36.47	Administ	C03 Grupo Profissional	C033	31
2.50	.006	46.67	43.75	17.65	RL52mdInf	RELA5	RL52	15
-2.48	.007	3.45	6.25	34.12	≤ 9A	C06 Antiguid Centro Saúde	C061	29
-2.82	.002	10.00	37.50	70.59	PD44mInf	PODER4	PD44	60
-2.97	.001	2.94	6.25	40.00	VL44mInf	VALOR4	VL44	34
-3.11	.001	4.76	12.50	49.41	RL54mInf	RELA5	RL54	42
-3.93	.000	5.45	18.75	64.71	RL14mInf	RELA1	RL14	55
-3.96	.000	2.27	6.25	51.76	RL34mInf	RELA3	RL34	44
-4.38	.000	2.08	6.25	56.47	RL64mInf	RELA6	RL64	48

Fonte: Inquérito.

Da comparação entre os dois *cluster* ressalta uma outra característica que parece ser relevante de assinalar, que é a presença de uma certa oposição no seio do grupo dos administrativos, que parece ser devido essencialmente aos efeitos geracionais que exercem sobre os modos de apreciação do ambiente do trabalho e na valorização da organização. Porém, existem outras divagens que parecem ser igualmente importantes. É, por exemplo, a constatação da divagem dos administrativos em relação aos enfermeiros, cuja razão lógica, emerge de uma construção de significações subjectivas e racionais investidas nas relações quotidianas de trabalho. As transcrições que se seguem, parecem ser esclarecedoras da questão.

«Com o pessoal que tem vindo a reformar, eu só pergunto como é que vamos fazer. Se dizemos aos chefes, eles só nos dizem para ter paciência e lá temos que ir fazendo. Já não falo na ideia do trabalho em equipa que tanto se fala por aqui.

Acha que o médico ou o enfermeiro quer saber dos papéis? Sobra sempre para nós. Só temos tido é mais trabalho, e melhores salários, nem vê-los. Como é que podemos andar satisfeitos? Como sabe as carreiras administrativas não são valorizadas na administração pública, ao contrário, das carreias de enfermagem, que têm tido saltos quantitativos substanciais, nomeadamente nos últimos anos em que os seus cursos foram considerados superiores. Lá por serem também doutores, não são diferentes de nós. Também recebem ordens dos médicos para fazerem isto e aquilo. Não vejo porque é que eles têm que ganhar mais do que nós, se somos nós que aturamos as chatices» (C1, administrativo).

Neste sentido, os posicionamentos dos administrativos face ao trabalho em equipa constituem um claro desinvestimento na organização, e que derivam essencialmente da sua fraca expectativa na mobilidade na carreira e da ausência de poder na disputa dos mecanismos de mediação do tratamento e cura, porque não detêm o domínio da raridade de saberes, dito no sentido de (Ganhão 1993), ou seja, não possuem a especificidade do saber médico e de enfermagem, nem controlam as necessidades clínicas dos utentes.

«O trabalho de equipa só é bom para os médicos e os enfermeiros. Têm um horário mais livre. Para nós, como administrativos, pouca diferença faz. Acabamos por estar todos os dias afogados com os papéis. São as marcações de consulta, as respostas a pedidos de levantamento de dados da sede, etc. Quando eles falam em equipa, digo-lhe já que são eles que decidem tudo, e nós só tratamos dos papéis. Até, para preencher um impresso, para marcar se um doente vem para vigilância ou não, somos nós que fazemos. Até parece que temos que saber as coisas deles» (C2, administrativo).

«Vemos os doutores a brincarem aos computadores e a andarem sempre em formação, os enfermeiros a falarem no desempenho, e o que a gente vê é que temos todos os dias os utentes à beira do balcão para pedirem consultas e não sabermos o que responder. Ainda andam eles a falar de avaliação, de novos projectos alfa, beta e tetas, etc.. Digo-lhe só na falta de responsabilidade que vai por aí. Se perguntamos pelos registos mensais dos actos, vemos só vigarices, pois não há registos de rigor. Coisas como ponha lá mais dez do que o mês passado é o

mais comum. É por isso, que muitos de nós estamos nas tintas para os seus interesses, porque eles também fazem o mesmo. Vamos fazendo o que podemos, e não vale a pena dar muito, porque quanto mais fizermos, mais carregam para cima de nós» (C3, administrativo).

Assim, os administrativos procuram mobilizar o seu investimento na organização do trabalho, através da valorização da insubstituibilidade da sua capacidade de gestão não só dos documentos, mas também, das relações com os utentes, no encaminhamento dos processos, pois estes são considerados por eles como os únicos instrumentos que estão ao seu alcance.

«Fazer o trabalho administrativo, não é só tratar papeis. É preciso saber ser administrativo e viver o papel de administrativo. Temos que organizar as tarefas de modo coerente. Mas a parte mais agradável é o encaminhamento do utente, e que é preciso saber ser um profissional de relações públicas. Por isso eu digo que os médicos e os enfermeiros não sabem o que nós fazemos, e revolta-me quando ouço os utentes dizerem que (fulana) disse “pode ir tratar o assunto com a minha empregada de consultório”» (C1, administrativo).

Este grupo profissional parece que comunga uma identidade profissional caracterizável como a vítima, que se aproxima à configuração da cultura de oposição, sistematizada por Vala et. al. (1994), sendo igualmente de certo modo próximo de um modelo híbrido entre o de refúgio e de afinidades teorizado por Sainsaulieu (1985-86). Isto, porque, sendo os administrativos, um grupo que parece apresentar fracas expectativas na mobilidade na carreira, articuladas, ainda, à posse de fracas recursos de poder de negociação por ausência de capital escolar específico na área da saúde, faz emergir um quadro de representações que os coloca numa situação de desvantagem nas situações concretas de trabalho, e que gera uma atitude utilitarista do trabalho, focalizada na partilha das vantagens materiais (remuneração e carreira).

«Eu sempre trabalhei em equipa. Sou do tempo dos Serviços Médico-Sociais. Estive num posto da Casa do Povo e sei muito bem como é que é. Não venha agora dizer

que o trabalho em equipa veio mudar alguma coisa. As coisas estão piores agora. Não sou eu quem penso assim. Há muitos enfermeiros que sabem tão bem como eu, como era antigamente. Hoje, há papelada à mesma, mais aquela coisa da avaliação que ainda não percebi para que é que serve. Deve ser mais uns daqueles papeis para o pessoal da Sede brincar no computador. Antigamente, pelo menos sabíamos das coisas, agora ... é melhor nem falar. O máximo que posso contribuir, é ensinar o pessoal mais novo que gosta de andar com os chefes, a terem os olhos bem abertos» (C2, administrativo).

Emerge uma fracção dos administrativos, que procura um certo separatismo e que reconstróem uma espécie de afinidades selectivas virtuais, não somente entre pares, mas também com outros grupos, a fim de reconquistar o poder. Aliás, a forma como os administrativos mais velhos exprimiram as valorações à inovação parece confirmar a ausência de poder deste grupo, sugerindo, assim, a hipótese de que a sua adesão às mudanças inscrevem-se somente num movimento de procura de vantagens de igualdade estrutural face aos outros profissionais. Justifica-se, assim, a razão lógica dos administrativos possuírem um certo retraimento face à abertura à renovação da organização no sentido da desformalização dos procedimentos, e que o aceitam meramente por uma questão de vantagem estratégica que esperam retirar.

Sob o ponto de vista das representações gráfica, dado que a projecção do primeiro *cluster* está situado ao nível do segundo quadrante, sugere-se uma ligação especial do grupo de administrativos mais velhos com o modelo cultura organizacional de tradição e mudança. Por outro lado, estando o segundo *cluster* situado ao nível do terceiro quadrante, sugere-se a existência de relações específicas entre os administrativos mais novos com o modelo cultural do desinteresse. Da leitura da representação gráfica dos *cluster*, parece que o grupo dos mais novos tendem a intersectar as suas estratégias com os médicos, e que os grupos dos mais velhos orientam as suas acções dirigidas aos enfermeiros.

4.3.2.4. OUTROS PROFISSIONAIS

Decorrente da classificação hierárquica, emergiu ainda um *cluster* designado de *aa3a* que parece traduzir uma relação especial com os outros profissionais dos centros de saúde. Porém, em virtude da baixa massa de informação que detém o *cluster*, que é de 3.53%, existe uma certa dificuldade na elaboração de uma adequada apreciação dos elementos hierarquizados (Quadro 43). Assim, e apenas para referência, sintetiza-se que parece que existe uma ligação deste grupo com uma fraca valorização à generalidade das situações do ambiente de trabalho.

Apesar da limitada consistência dos dados, parece que este grupo exprime um certo distanciamento face às práticas e representações, e os modelos culturais privilegiados pelos outros grupos, na medida em que detém um estilo próprio no quotidiano organizacional, mais orientada pelas regras de comando e execução. Parece que é um grupo que posiciona na organização, através de um mero ajustamento de necessidades, e que se resume, quase em exclusivo, numa representação do ambiente de trabalho centrada numa procura do reconhecimento e prestígio e nos ganhos materiais (remuneração e carreira).

«Não temos nada (...) com as tricas deles. Estamos cá para fazer o nosso trabalho. Se não nos dizem o que temos para fazer, está tudo bem. O ordenado já está ganho à mesma.» (D1, auxiliar).

Quadro 43
As características do grupo dos outros profissionais da classe 3/5

V. Test	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	Indiv.
		Cla/Mod	Mod/Cla	Global				
				3.53	Classe 3/5		aa3a	3
3.54	.000	50.00	100.00	7.06	RL12mdInf	RELA1	RL12	6
3.25	.001	37.50	100.00	9.41	VL12mdInf	VALOR1	VL12	8
2.84	.002	25.00	100.00	14.12	PD13Inf	PODER1	PD13	12
2.76	.003	23.08	100.00	15.29	Out Pessoal	C03 Grupo Profissional	C034	13
2.60	.005	20.00	100.00	17.65	RL52mdInf	RELA5	RL52	15
2.53	.006	18.75	100.00	18.82	VL42mdInf	VALOR4	VL42	16
2.46	.007	17.65	100.00	20.00	RL22mdInf	RELA2	RL22	17
2.40	.008	40.00	66.67	5.88	RL32mdInf	RELA3	RL32	5
-2.40	.008	.00	.00	78.82	PD14mInf	PODER1	PD14	67

Fonte: Inquérito.

Porém, parece que este grupo insere-se num modelo cultural que se aproxima dos administrativos. É um grupo que parece revelar a existência de relações de afinidades com os administrativos, nomeadamente, em virtude da projecção gráfica do seu *cluster* que recai no mesmo quadrante dos administrativos mais novos, ou seja no terceiro quadrante (Gráfico 9). Mas, as suas configurações relativas ao desempenho na organização não são equivalentes e assumem-se mais numa lógica de desinteresse e de distanciamento face à dinâmica organizacional (*«Se não nos dizem o que temos para fazer, está tudo bem. O ordenado já está ganho à mesma»*) do que de aliança de interesses como os administrativos. Por este motivo, parece que, para os outros grupos profissionais, existe somente um certo distanciamento à prática médica e à de enfermagem, podendo, contudo, inscrever os seus posicionamentos numa linha de conteúdos percepcionais que enfatizam a racionalidade da diferença com um saber construído na trajectória do quotidiano intra-organizacional, assente no conhecimento de que a sua prática não está relacionada directamente com a prestação de cuidados de saúde.

Pelas razões expostas, parece que os outros profissionais apresentam uma identidade profissional classificável de desinvestimento, e que se aproxima ao perfil de desinteressado da cultura organizacional. Assim, face às valorizações presentes no grupo, parece que a sua identidade se aproxima, à semelhança dos administrativos, à configuração da cultura de oposição, sistematizada por Vala et. al. (1994), e que não se distancia, também, do modelo de refúgio de Sainsaulieu (1985-86), na medida em que nele incluem os indivíduos que não detêm recursos de poder, e que apresentam um estatuto minoritário nos centros de saúde.

4.3.3. MODELOS CULTURAIS: UMA SÍNTESE

Sintetiza-se que da conjugação da leitura dos resultados da análise de correspondência e da classificação hierárquica, resultou uma percepção da distribuição da projecção gráfica das variáveis e modalidades com contribuições mais significativas nos quatro quadrantes, fazendo ressaltar da interpretação desagregada da nuvem de pontos, sete perspectivas a considerar (Quadro 44).

Resume-se, na primeira, que os resultados alcançados colocaram em evidência a noção da existência de uma cultura organizacional plural nos centros de saúde, sendo ela construída sob formas polares, fundadas na lógica da diversidade das identidades das profissões. Todavia, apesar de ter sido demonstrado que a materialização da cultura organizacional não parecer ser independente dos critérios de racionalidade profissional, este facto não excluiu a hipótese da existência de situações híbridas. Com efeito, notou-se claramente que não existem perfis simbólicos do campo socioprofissional que estejam relacionados de modo exclusivo com uma dada profissão. Foi igualmente possível aperceber que, dentro de cada grupo, existem relações privilegiadas entre as variáveis idade, antiguidade na carreira e no centro de saúde e o grau de importância atribuído na apreciação do ambiente de trabalho.

A segunda refere-se ao modo como os dados se encontram relacionados, colocando fundamentalmente em evidência, uma distinção entre os graus diferenciados de apreciação ou valorização da organização de trabalho e da participação. Assim, sob o ponto de vista da representação gráfica é de salientar que verifica-se o efeito de Guttman, na medida em que o movimento do sistema de oposições, particularmente evidente no factor dois, evidencia uma distribuição da gradação das valorizações dos níveis mais elevados para os mais baixos, ou seja, projectando no factor dois, as médias de scores mais elevados no lado positivo e as médias mais baixas no lado negativo. Também, os dados presentes no factor um estruturam uma distinção semelhante, posicionando, todavia, a diferenciação num movimento do polo positivo para o negativo, ou seja, da direita para a esquerda (Cibois 1983 e 1984; Escofier e Pagés 1990; Jambu 1989; Fenelon 1981; e López-Valcárcel 1991).

A terceira noção a retirar da análise de correspondências múltiplas e da classificação hierárquica, refere-se à diferenciação dos graus de valorização do ambiente organizacional segundo os grupos profissionais. De facto, encontra-se particularmente evidente no factor um, uma distinção entre o par médico/enfermeiro e o par administrativo/os outros profissionais, posicionando os primeiros no lado positivo do eixo e os outros no lado negativo.

A quarta situação relevante a registar, refere-se à diferenciação dos estilos de partilha dos perfis simbólicos segundo a lógica inter-geracional, colocando em evidência graus distintos de apropriação das representações segundo o critério de oposição entre os

que têm maior antiguidade na carreira e no centro de saúde face aqueles que têm menor antiguidade.

Ressalta uma quinta linha de referência que coloca em evidência o papel dos efeitos da variável grupo etário. Constata-se uma clara distinção entre os mais jovens e os mais velhos. Esta oposição é particularmente evidente no eixo dois, onde os dados se estruturam num movimento de atracção e de disjunção em torno de dois pólos, colocando, por um lado, aqueles que têm uma idade igual ou superior a 45 anos, e por outro lado, os que têm entre os 35 e os 39 anos de idade.

Assinala-se, ainda, uma sexta constatação que resulta da leitura das aproximações e disjunções relativas às condições sociográficas dos inquiridos, e que refere à área geográfica dos seus locais de trabalho, ou seja, ao centro de saúde de pertença. Não se registou qualquer contribuição significativa absoluta desta variável nos eixos 1 e 2, nem foi colocado, em evidência, em qualquer *cluster*, a área geográfica do centro de saúde como variável caracterizadora. É de salientar que apesar de não ter optado na leitura dos restantes factores, verifica-se que existe uma certa contribuição significativa das modalidades nos factores 3 e 4, não sendo, todavia, ao nível das contribuições absolutas da variável. Considera-se, assim, que não se discrimina na massa de informação quaisquer efeitos relevantes de oposição no sistema de relações simbólicas devido à caracterização sociográfica do inquirido por área geográfica, facto que pode traduzir a presença de uma hipótese de inexistência de diferenças significativas entre os três centros de saúde. Ou seja, sugere-se que os três centros de saúde estudados devem possuir uma configuração cultural semelhante.

A sétima, e a última noção, que se retira da ilacção do resultados, refere-se à forma de segmentação dos 14 perfis simbólicos do campo socioprofissional e a reconstrução da cultura organizacional. Constata-se que emerge no seio dos centros de saúde uma cultura organizacional estruturada basicamente em quatro principais padrões, sendo interpretáveis como os modelos culturais da renovação, da tradição, do desinteresse e do tecnicista. Em termos estritos, parece ainda que os perfis de renovação e o de tecnicista constituem um par distinguidor, predominantemente partilhado pelos médicos e pelos enfermeiros, que se opõe ao par formado pelos perfis de desinteresse e de tradição, sendo este relacionado preferencialmente com os administrativos e os outros profissionais.

Quadro 44
Síntese da relação entre os grupos e as culturas profissionais e organizacionais

Grupo	Modelo de Cultura Profissional	Tipo de Valores Associados	Graus de Valorização	Característ. Sociográficas Associadas	Modelo de Cultura Organizacional assoc.	Outras Características
Médico	tecnicidade centralizadora	reconhecimento e prestígio	+++	ant car 10 a 14 ant cs 10 a 14 idade 40 a 44 é membro de assoc. prof.	tecnicidade	predomínio do saber
Enfermeiro	renovador estratégico	ambiente e partic. valor pessoal e prof participação no trab	+++ +++ ++++	ant cs ≤ 9 ant car ≤ 9 idade ≤ 34	renovação	aliança com os médicos
Administrativo	vítima	autoridade ambiente e partic. valor pessoal e prof inovação reconhecim e prestí estabilidade no trab	++++ ++++ ++++ ++++ ++++	ant car ≥ 20 ant cs ≥ 20 idade ≥ 45 não é memb de assoc prof não pertence a equipa	tradição e mudança	oposição técnica e aliança com os enferm.
		organização do trab estabilidade no trab controlo pessoal participação no trab remuneraç e carreira	+++ +++ +++ +++ ++	ant cs ≤ 9		oposição técnica e aliança com os médicos
Outros profissionais	desinvestimento	organização do trab inovação controlo hierárquico remuneraç e carreira reconhecim e prestí participação no trab	++ ++ +++ ++ ++ ++		desinteresse	oposição técnica e aliança com os administ

Obs.: ++++ muito valorizado; +++ alguma valorização; ++ moderadamente valorizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar, no início da investigação, a estruturação de uma produção analítica sobre a natureza do *locus* organizacional dos centros de saúde, para dar conta da gramática das representações e dos valores implícitos do estilo de relações de trabalho e para clarificar o perfil da cultura ou das culturas profissionais, o núcleo central da investigação centrou-se na descodificação da matriz simbólico-estrutural do campo socioprofissional. Assim, para compreender a configuração do trabalho nos centros de saúde surgiu, em primeiro lugar, a necessidade da sua caracterização como um lugar social estruturado e de afirmação das diferenças relativamente aos actores.

Adoptando um conjunto de produções teóricas de médio alcance, nomeadamente as perspectivas de Vala et al. (1994), Dubar (1995) e Carapinheiro (1993), entre outros, delineou-se um modelo analítico centrado no conceito de campo socioprofissional, edificando-o com três dimensões (o controlo organizacional, o ambiente do trabalho e os valores organizacionais) para apoiar e encaminhar a exploração do espaço intra-organizacional eleito. Estas dimensões conceptuais sustentaram igualmente a hipótese de estudo de que as diferentes culturas profissionais não convergem para a produção de uma cultura organizacional homogénea nos centros de saúde.

Importa acrescentar que a adopção deste nível de conceptualização analítica e a própria construção do modelo de análise ensaiado, enquadrou-se na lógica da redescoberta do papel do homem dentro das organizações, enquanto actor e protagonista, situando-se ainda no paradigma interpretativo multidisciplinar das organizações que não refuta a discussão do perfil estrutural da organização para o enquadramento da dinâmica cultural dos seus profissionais. Assim, a reflexão sobre as formas identitárias e a prospecção dos modelos culturais nos centros de saúde não se reduziu a uma opção unilateral, formal ou informal, antes, porém, implicou a necessidade de articular a percepção de duas lógicas intra-organizacionais, uma no quadro passivo, o dos contextos formais da estrutura organizacional, e a outra na perspectiva activa, a dos construídos organizacionais, que radica na vivência dos actores, nas suas acções estratégicas no contexto da recomposição identitária no trabalho.

Recorrendo a um protocolo de análise dos dados, consubstanciado com uma interpretação, que não exclui a introdução de informações oriundas da observação vivida

pelo autor, foi possível ultrapassar as limitações verificadas na recolha dos dados extensivos. Recorrendo, ainda, a uma produção do sentido das combinações das variáveis num pequeno número de factores tradutores dos traços fundamentais da visão plural do espaço intra-organizacional estudado, permitiu conduzir à compreensão da estrutura heterogénea do sistema de valores e códigos de referência dos diferentes grupos de actores. Aliás, foi através da interpretação da representação gráfica do sistema de relações entre as variáveis que se extraiu uma *generalização* do estudo dos efeitos contraditórios e paradoxais das atitudes e representações dos actores e a descrição da matriz dos significados das relações dos mesmos com as diferentes estruturas simbólicas do campo socioprofissional.

Os principais resultados alcançados pela análise, relacionam-se concretamente com a ilacção extraída dos agrupamentos factoriais e das projecções gráficas produzidas sobre a reconstrução das representações dos grupos profissionais nos diferentes planos factoriais. Destas projecções, coadjuvadas com uma interpretação qualitativa, foi possível criar uma objectivação do que é mais valorizado pelos profissionais, bem como permitiu reter uma visão singular e unitária das relações entre as atitudes expressas, as valorações subjacentes e as representações materializadas com as características sociográficas da população estudada. Este facto permitiu, ainda, fazer emergir a noção de que o perfil cultural dos profissionais, num ângulo interceptado no quotidiano do trabalho em equipa, se apresenta como um xadrez atravessado por múltiplos mecanismos simbólicos, ora convergentes, ora divergentes.

A partir da leitura das representações gráficas reconstruídas sugere-se, ainda, que os centros de saúde constituem espaços sócio-organizacionais onde parecem ocorrer alianças e posicionamentos estratégicos, ora convergentes, ora em oposição, não só em função da condição profissional, mas também, devido à antiguidade na carreira e na organização. Assim, no domínio das convergências ressalta o posicionamento de pares de oposições entre os perfis dos médicos e dos enfermeiros *versus* os administrativos e os outros profissionais, situação que permite configurar numa primeira aproximação que o campo socioprofissional comporta duas vertentes, sendo uma relacionada com a condição profissional e a outra associada aos efeitos da trajectória dos actores (antiguidade na carreira e na organização).

De facto, segundo os perfis das representações captadas, os centros de saúde estudados caracterizam-se por um campo socioprofissional modelado não só pelas

componentes das dimensões do controlo organizacional, do ambiente e dos valores partilhados, mas também, por uma cultura organizacional plural (tecnicista, renovação, tradição e desinteresse) que intercepta a lógica dos quatro modelos de culturas profissionais, caracterizadores das configurações identitárias de cada grupo profissional: o de tecnicidade-centralizadora, partilhado pelos médicos; o de renovador estratégico, onde se inscrevem os enfermeiros; o de vítima, que se reporta aos administrativos; e, o de desinvestimento, onde inclui os outros grupos profissionais. Colocou-se, assim, em evidência, que a cultura profissional modela as identidades de cada grupo, oferecendo aos actores uma auto-referenciação no seio da organização. Por outro lado, constatou-se que a convergência das culturas profissionais, além de, constituir um factor de identificação a nível intra e inter-grupos profissionais, oferece igualmente uma certa continuidade no plano meso e micro da organização, na medida em que reproduz no campo socioprofissional uma cultura organizacional plural, traduzível analiticamente como um sistema de informação que permite os actores identificar os seus recursos, mas também os dos outros, nos investimentos estratégicos nas relações de trabalho.

No quadro dos resultados alcançados, denota-se uma outra característica e que se refere ao controlo organizacional. Verificou-se que existe nos centros de saúde um efectivo controlo hierarquizado e deveras formalizado, apesar de aí se veicular uma gestão do trabalho em equipa, *bem* codificada e fortemente sentida pelos inquiridos, devido à atitude *dirigista* incorporada na lógica de gestão da direcção do centro de saúde. Neste sentido, pelo facto de existir nos centros de saúde estudados, uma ausência de uma estrutura horizontalizada (em vez de autonomias *alargadas*, verifica-se uma forte centralidade das decisões), é notório, quer a rigidez do seu grau de formalização, quer o desinvestimento dos profissionais que não detêm recursos de poder na organização. Por outro lado, em face do protagonismo da profissão médica na divisão do trabalho, e a presença de uma acção reguladora das estruturas hierárquicas, locais, sub-regionais e regionais, coexistem nos centros de saúde, um sistema burocrático dual, mecânico e profissional, na medida em que as formas de poder *monopolísticas* da profissão médica sobre as outras interagem com as estruturas decisórias, no domínio da execução das actividades definidas pelos planos e programas estratégicos da organização.

Uma outra ilacção que se retira da análise de dados, refere-se ao ambiente de trabalho, a própria lógica do trabalho em equipa e a sua valorização na organização. De facto,

se a lógica do trabalho de equipa pode ser considerada como uma das melhores formas para a implementação de um projecto participativo, para que a organização possa evoluir no sentido de um maior empenhamento dos profissionais, prevalece-se a noção de que o trabalho em equipa se fundamenta sob divagens de identidades profissionais. Sublinha-se, assim, que no domínio da divisão do trabalho nos centros de saúde estudados, ao enfermeiro e ao administrativo das equipas podem estar-lhes reservados os papéis secundários de meros colaboradores e quicá, particularmente ao administrativo, por ausência de saberes médicos e de enfermagem, seja atribuído o papel de mero espectador dos processos de organização da prestação de cuidados. Os outros profissionais, por não se encontrarem directamente integrados numa equipa, são os que se encontram mais distanciados dos processos de organização do trabalho global, reenviando, assim, a noção de que este grupo, é de facto um grupo acessório e meramente auxiliar no processo de prestação de cuidados de saúde. A visibilidade desta discrepância vem elucidar a singularidade do quadro das representações dos médicos sobre o trabalho, onde os valores de responsabilidade directa dos seus actos e a hierarquia das mesmas, se estruturam no domínio da valorização individual na prática quotidiana. Exacerba-se tal individualização nomeadamente pela presença de critérios pessoais na decisão sobre o planeamento das actividades, na medida em que, em última instância, cabe ao médico o tratamento directo de cada doente/utente/família, facto este que reforça e legitima a natureza da sua identidade profissional fundada na lógica de um saber-poder "*mágico-carismático*".

Porém, constatou-se que emerge igualmente nos centros de saúde a génese de uma nova diferenciação na prática de enfermagem face à actividade médica e aos demais profissionais. Baseando-se num discurso centrado na desrotinização e na tese do cuidar em vez de tratar, os enfermeiros procuram uma nova diferenciação no campo dos saberes na saúde, que pode ser traduzida como uma outra forma de ganhar poder e autonomia na regulação do mercado da prestação de cuidados de saúde. Contudo, este novo grupo de profissionais, apesar de serem detentores de um saber e de uma prática singular, estatutariamente bem definidos, ainda não alcançou o adequado estatuto de reconhecimento identitário. Denota-se, assim, que a atribuição das identidades profissionais nos centros de saúde não são construídas de forma apriorística, mas que resultam duma transformação e dinâmica no quadro das representações dos profissionais. De facto, apesar de existir uma transação objectiva entre os grupos no campo socioprofissional, organizadas em torno do

reconhecimento e não reconhecimento das competências profissionais, verifica-se que em termos de transacção subjectiva, as imagens projectadas não adquirem simetria retributiva, na medida em que o processo de identificação pelo outro, não se reactualiza numa correspondência na identificação por si. Ganha-se aqui o sentido de que as transformações identitárias que operam nos centros de saúde dependem das condições de reconhecimento, não só a nível institucional (legitimação da carreira profissional), mas também da flexibilização da homologia estrutural do campo socioprofissional.

Como outra característica importante a assinalar, centra-se ao nível das diferentes formas de valorização do espaço de trabalho, como espaço de afirmação e de realização pessoal e profissional. Da leitura dos resultados, identificaram-se um conjunto de aspirações diferenciadas entre os grupos. Os médicos investem o seu futuro no domínio do reconhecimento e prestígio, como uma forma de consolidação do controlo da organização. Os enfermeiros revelam uma preocupação na afirmação pessoal e profissional através da qualificação escolar, mas também apontam como aspiração a valorização de um ambiente de trabalho mais flexível, que lhes seja favorável o alcance de uma efectiva participação. Privilegiam, assim, os enfermeiros uma valorização da desformalização dos centros de saúde ao nível das práticas do seu quotidiano. Os administrativos apresentam como traço característico a valorização dum *status quo*, que lhes permita assegurar uma inserção na organização com segurança, sem perda da mobilidade na carreira. Os administrativos revelam, ainda, uma preocupação na afirmação da sua capacidade de intervenção na organização como equivalentes estruturais face aos médicos e aos enfermeiros, aspirando assim, uma realização profissional e pessoal centrada no alcance da não subordinação aos médicos, nem ao pessoal de enfermagem. Certas fracções dos administrativos, bem como os outros profissionais partilham uma realização pessoal e profissional mais pragmática, que pode ser classificado como uma valorização utilitarista, na medida em que aspiram a sua afirmação na organização pela posse de uma remuneração e uma carreira mais elevada. Caracteriza-se ainda os outros grupos profissionais, uma atitude de indiferença em relação à participação no trabalho, manifestando um claro desinteresse na valorização das mudanças na organização.

Um outra nota que parece relevante, situa-se no domínio das relações de sociabilidade. Na perspectiva dos profissionais, os centros de saúde não constituem espaços de convivialidade extra-profissional. Este facto permite pressupor a presença de uma

debilidade nas relações informais interpessoais, muito provavelmente associado a barreiras de inflexibilidade comunicacional entre os grupos. Emerge nos centros de saúde uma profusão de relações colectivas fundadas na valorização do trabalho, mas que não significa a existência de uma integração total dos grupos para a participação e para a aceitação dos novos procedimentos. No quadro das relações hierárquicas, apresenta-se como mais característico a presença de dois pólos. Os médicos e os enfermeiros valorizam a não intervenção das estruturas decisórias (agentes exteriores à organização), e os administrativos consideram imprescindível a existência de uma regulação hierárquica. Os outros profissionais mostram-se indiferentes ao controlo das chefias.

Coloca-se, assim, aqui em evidência a lógica de uma fragmentação da estrutura simbólica do campo socioprofissional que é essencialmente derivada duma percepção diferenciada dos grupos profissionais face à explicação das condições de trabalho. Daí que se possa afirmar que o próprio acto médico, as actividades de enfermagem, bem como o papel que os demais profissionais desempenham nos centros de saúde, não se dissociam da configuração da sua posição na estrutura social da organização, onde a autoridade e a responsabilidade nas actividades de promoção e oferta de cuidados de saúde se articulam com as dimensões identitárias dos profissionais.

A constatação de divergências verificadas na forma de valorização da organização do trabalho, permite pressupor que cada grupo profissional, em função das capacidades mobilizáveis pelas disposições e expectativas, dinamiza de forma específica as acções estratégicas nas relações de trabalho. Entende-se, assim, que as relações de trabalho, as formas de participação nas actividades dos centros de saúde estudados variam em função de um quadro multidimensional, onde os diferentes grupos, nomeadamente os médicos e os enfermeiros, em face dos níveis de qualificações que detêm, produzem atitudes que derivam de representações construídas e apropriadas segundo mecanismos cognitivos afectos à identidade profissional. Estes mecanismos movimentam-se numa lógica de transacção biográfica e relacional, que reactualiza a identidade construída na socialização escolar e consolida na esfera subjectiva dos actores esquemas de diferenciação e estratificação profissional.

Perspectiva-se, assim, que os saberes e as qualificações dos grupos profissionais podem conferir não só um lugar específico na divisão social do trabalho na saúde, mas também podem ser accionados como suportes simbólicos do estatuto e do poder

das mesmas profissões na disputa e no domínio de zonas de trabalho. Neste sentido, a construção de situações de trabalho na lógica da equipa parece radicar essencialmente num ajustamento das negociações e consensos entre os diferentes grupos. Conceptualiza-se por esta via que a divisão do trabalho nos centros de saúde, não é um dado natural, mas um processo de distribuição de papeis, balizados por conflitos e negociações adjacentes aos modos de organização de trabalho. Por outras palavras, o tipo de relações de trabalho, assim como as relações com as estruturas de representação e o modo de participação nas actividades, parecem variar em função das relações colectivas existentes a nível inter e intra-grupo profissional, dependendo, sobretudo, da identidade profissional e da aprendizagem cultural, bem como da configuração da estrutura formal da organização e dos conteúdos de saber profissionalizado. São estes os factores estruturantes das práticas e representações dos indivíduos e dos grupos numa organização e um dos vectores fundamentais para a construção diferenciada da pluralidade de identidades culturais. Coloca-se, assim em evidência, que a cultura organizacional nos centros de saúde é um produto derivado da racionalidade profissional. Neste sentido, reforça-se a ideia de que a cultura organizacional seja produzida em função da diferenciação da condição profissional, designadamente, pela posse ou não dos instrumentos de tecnicidade e de saber na solução dos problemas de saúde, sugerindo, assim, que a sua génese emerge das influências heterónomas derivadas dos mecanismos identitários de cada profissão, materializadas pela homologia estrutural do campo socioprofissional.

Sintetiza-se, como produto resultante da investigação, que os centros de saúde estudados parecem constituir uma realidade social de diferenças, simultaneamente estrutural e estruturante que interfere na gramática das representações dos diferentes grupos socioprofissionais. Pode ser considerada estrutural, porque representa um campo específico de integração dos diferentes grupos profissionais, no quadro global dos interesses e das estratégias organizacionais; e parece que se assume como estruturante pela dinamização de processos de produção e reprodução das configurações plurais de comportamentos e representações que se reportam a um campo socioprofissional, distinto e diferenciado. Assim, a forma actual das equipas dos centros de saúde estudados parece aproximar-se mais de uma realidade virtual do que de uma situação concreta, pelo que a *visibilidade* das práticas e representações pode constituir um resultado provisório e contingente num espaço de jogo

estruturado pelas regras em permanente interacção com o mercado simbólico da própria organização.

Pelo contexto delineado, parece que se pode colocar aqui, que a emergência de novas energias para a mobilização de recursos organizacionais, de forma alargada a todo o mundo empresarial, bem como aos diversos sectores da administração pública, tendentes à mudança de mentalidades e à formação e valorização do trabalho em equipa, de uma forma participada nos objectivos, a transposição da reelaboração teórica não é linear nem é fácil a sua generalização, pois os processos de intervenção são complexos e intersectam desafios e constrangimentos diversificados.

Neste sentido, se o modelo de organização de trabalho em equipa parece constituir, *à priori*, um modelo de tipo-ideal para a melhoria da operatividade, da qualidade, privilegiando uma revalorização das práticas na medicina, enfermagem e administração, a verdade é que se encontram, também, de forma explícita nos resultados da investigação, certos efeitos contraditórios e paradoxais, sobretudo, porque a noção de equipa nos centros de saúde estudados não faz emergir uma certa continuidade formal na estratificação interprofissional, pelo contrário, parece que maximiza as clivagens entre os diferentes grupos.

Assim, ao fim de quase cerca de uma década, em que foi implementado o princípio do trabalho em equipa nos centros de saúde do Distrito de Beja, e de ter sido caracterizado como uma estratégia que parece ter movido uma grande mudança organizacional (Durval et al. 1989 e Durval 1992), esta situação não detém correspondência na actualidade, sendo todavia uma lógica mais virtual do que real. Daí que se possa dizer que, o facto de ter sido promovido, uma tendência para a reformulação das práticas nos centros de saúde estudados, não se sedimentaram as condições estruturais e valorativas para a emergência de uma configuração cultural de inovação, nem tão pouco, se aproximou de uma lógica cultural de apoio, marcada por uma orientação consensual e de descentralização do poder, na acepção de Quinn (1988). Este facto permite ainda colocar em evidência que não é possível efectuar uma transacção linear das práticas e das configurações estruturais do mundo empresarial para os centros de saúde. Ou seja, a transacção de modelos organizacionais do mundo empresarial para a administração pública em geral, e para os serviços de saúde em particular, não pode basear-se somente nos pressupostos teóricos para justificar a sua adequação, tal como pretenderam os gestores dos centros de saúde na implementação do trabalho em equipa, na medida em que existe um quadro

cultural intra-organizacional que medeia a realidade das profissões, a relação entre as normas e os valores e o jogo dos actores que tem que ser equacionado. A não ponderação sobre estas questões pode gerar efeitos nefastos na organização, tais como, a exacerbação do individualismo grupal e a emergência de desinvestimentos na organização e de rupturas afecto-cognitivas nas relações de sociabilidade. Admite-se, assim, que a abordagem das identidades e dos modelos culturais nos centros de saúde realizada, interceptou os conteúdos formais do trabalho, colocando em evidência a noção de que a implementação do trabalho em equipa em tais organizações parece que decorreu sob uma reestruturação imposta pela racionalidade administrativa, e que veio exacerbar, ao fim de uma década, as divergências já existentes no quadro simbólico-estrutural das organizações.

Perante a análise realizada, falar de atitudes e de representações no contexto das práticas dos cuidados de saúde primários, significa não excluir de forma apriorística a presença de um sistema simbólico heterogéneo de signos e códigos, que intervêm na produção e/ou assimilação das mensagens, das estratégias e das lógicas de participação. Tendo presente o contexto descrito, analisar os centros de saúde e a simbologia das e nas profissões, não se reduziu à simples reflexão e contabilização da relação ético-deontológica entre os profissionais e os utentes dos serviços de saúde, no sentido da adequação das estruturas organizacionais aos modernos princípios de gestão. Falar dos centros de saúde, é falar do campo socioprofissional, é questionar os mecanismos intrínsecos das práticas e das representações, é auscultar as atitudes que são sustentadas pelas normas, valores e crenças dos diferentes grupos socioprofissionais, é compreender a sua cultura. Em suma, a reflexão sobre as categorias simbólicas identificáveis na esfera do trabalho confere uma importância crucial à questão da cultura organizacional e aos modelos identitários e culturais socioprofissionais na trajectória de vida das organizações.

Esta foi a *visibilidade* alcançada na exploração dos três centros de saúde e dos seus profissionais, demonstrando analiticamente que detêm a nível interno uma configuração plural de atitudes e representações, com campos interactivos de afirmação de identidades profissionais, que se dinamizam em função de lógicas inscritas nas relações de trabalho entre os grupos profissionais, da qual não escapam as influências movidas pela diferenciação identitária, derivado essencialmente dos graus distintos dos conteúdos profissionais, mesmo em contexto de trabalho em equipa. Entende-se, deste modo, que a lógica intra-organizacional de um centro de saúde é um sistema dotado de uma identidade

específica e que deriva da representação de um campo socioprofissional que cada actor constrói face às acções estratégicas de regulação e de maximização do saber-poder nas relações de trabalho.

Os resultados alcançados permitem confirmar a hipótese de estudo, ao colocar em evidência que a cultura organizacional assume um carácter heterogéneo, resultante das componentes profissionais do ambiente do trabalho, reforçando, assim, a noção de que o primado do saber técnico-científico é gerador de efeitos culturais estruturadores de identidades profissionais que sustentam a natureza plural da cultura organizacional.

Porém, os resultados obtidos confirmam, ainda, a não refutação da noção plural do campo socioprofissional, sendo ele interpretável pela matriz simbólica e estrutural captada, onde a evidência de representações complexas, ora convergentes, ora divergentes, traduzem situações de ambiguidade relacional consubstanciadas por alianças e oposições estratégicas entre os grupos de conteúdos técnico-científicos diferentes.

Longe de ter esgotado a perspectiva analítica que extravasa o horizonte da investigação realizada, admite-se que, para aprofundar a fiabilidade dos resultados e o reforço teórico-metodológico delineado, a necessidade do alargamento do âmbito do estudo aos demais centros de saúde do Distrito de Beja, e, quiçá, ao resto do país, quer implementando um estudo comparativo entre estas organizações, quer entre os centros de saúde e os hospitais. Considera-se, assim, a necessidade de implementação de linhas de investigação para aprofundar a dissecação e explicitar com uma maior profundidade analítica as lógicas do enquadramento do saber-poder, os mecanismos identitários e os modelos culturais nas organização de serviços de saúde portugueses.

É de considerar ainda que os resultados alcançados comportam igualmente algumas implicações nos centros de saúde estudados. Refere-se concretamente às recomendações no plano da gestão dos mesmos serviços. Assim, parece que se justifica recomendar aos órgãos de gestão para a necessidade de introdução de modificações estruturais nas organizações estudadas, objectivado à recorversão do trabalho de equipa num contexto mais responsável e participado e à sedimentação de princípios de auto-regulação na auditoria e na avaliação do próprio trabalho em equipa. Sugere-se, em primeiro lugar, a criação de uma comissão para a remodelação total do sistema de informação, a fim de a tornar mais ajustável à avaliação contínua, ou melhor, a uma monitorização acessível a

qualquer membro de uma equipa. Em segundo lugar, recomenda-se a dinamização de equipas de investigação transdisciplinares, que debruçam não só no estudo de novas formas e procedimentos de trabalho, mas também, no diagnóstico dos problemas e das necessidades da comunidade, em articulação com as universidades, escolas superiores e demais centros de investigação nacional, regional e/ou local. Em terceiro lugar, sugere-se a implementação de uma linha editorial, para a promoção de uma comunicação mais aberta e flexível na instituição, designadamente para a divulgação dos resultados das investigações científicas, das avaliações das actividades, etc.

Recomenda-se, ainda, no sentido de uma reconfiguração da estrutura organizacional que perfilhe um modelo com as seguintes características. Um *topo estratégico*, constituído no centro de saúde por uma *direcção colegial*, onde todos os estratos profissionais e os representantes da comunidade devem estar aí representados, e que possui como função assegurar a eficácia da organização face aos programas, às estratégias e aos planos de actividades, em suma, às orientações definidas pelos que os controlam ou que exercem poder. Um *centro operacional*, constituído pelos profissionais de saúde, composto por equipas nucleares de saúde, cujo trabalho está directamente ligado à prestação de cuidados de saúde, organizada na forma matricial e articulados em rede, a nível intra e extra organizacional, quer com as outras instituições de saúde (centros de saúde periféricos à sua área geográfica e os hospitais regional e sub-regional), quer com outros organismos locais, tais como a autarquia e as instituições de solidariedade social. Uma *linha hierárquica*, constituída pelos coordenadores concelhios dos programas de saúde, detendo funções de ligação entre a Direcção e o centro operacional, assegurando como líderes situacionais (eleitos de acordo com o carisma e a competência técnica), o fluxo matricial de informações, dos controlos e dos recursos. Uma *técno-estrutura* constituída por grupos de profissionais (especialistas) que podem não pertencer aos quadros da organização e que devem estar integrados em rede com todas estruturas, com funções apoio à auditoria, que vão desde a análise de desempenho à avaliação das actividades, passando pelo diagnóstico das necessidades de formação, mais ajustadas às realidades de cada centro e que possa contribuir para a minimização das atitudes separatistas e para a potenciação da coesão nas relações colectivas. *Unidades logísticas* constituídas por grupos profissionais de apoio geral, que não devem ser vistos como elementos à margem dos fluxos principais de trabalho na

prestação directa de cuidados de saúde, cujas actividades devem estar articuladas em rede com as equipas e devidamente inscritas no plano de actividades do próprio centro de saúde.

Todavia, operacionalizar com eficácia no tecido sócio-organizacional e na comunidade em particular, um modelo desta natureza pressupõe antes de mais, a capacidade dos profissionais para gerarem e sedimentarem consensos a nível intra e extra-organizacional, o que, obviamente passa por extravasar os interesses dos respectivos quadros simbólicos, implementando estratégias de acção e negociação sustentadas por plataformas de entendimento potenciadoras de níveis de satisfação individual e colectiva, no seio da organização e do espaço social envolvente.

Sugere-se, assim, que a linha de actuação dos centros de saúde deve radicar, essencialmente, na capacidade prospectiva das características do espaço social onde se encontram inseridos e na adopção de uma gestão participada no delineamento das estratégias de intervenção. Importa acrescentar que o êxito dos projectos de promoção, prevenção e educação para a saúde, nesta perspectiva de cuidados globais, coloca o desafio de que a inovação das práticas organizacionais centrada na autonomia, administrativa e financeira, na co-responsabilização de todos os profissionais no trabalho em equipa e numa gestão participada do plano de actividades, implica a criação de espaços de diálogo inter-institucional e comunitário, no sentido de superar clivagens e encontrar soluções mais consensuais e ajustadas às necessidades de saúde da comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- ALLAIRE, Yvan e FIRSIROTU, Mihaela
1984 «Theories of organizational culture», in *Organizational Studies*, 5/3, Montreal: EGOS, pp. 193-226.
- ALMEIDA, João Ferreira de
1990 *Portugal. Os próximos 20 anos. Valores e representações sociais. - vol. VIII*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ANDERSON, James G., AYDIN, Carolyn E. e JAY, Stephen J.
1994 *Evaluation health care information systems*, London: Sage Pub.
- ANTOINE, Jacques
1993 *Sondagens, instrumento de marketing e publicidade*, Mem Martins: Edições CETOP.
- AUGUSTINS, Georges
1995 *Poder e interação*. Évora: Universidade de Évora.
(Documento de trabalho das lições de Antropologia do Poder Nominal do Mestrado em Sociologia) (policopiado).
- BAKER, Douglas D. and CULLEN, John B.
1993 «Administrative reorganization and configurational context: The contingent effects of age, size and change in size», in *Academy of Management Journal*, vol. 36, nº. 6, Ohio: Academy of Management, pp. 1251-1277.
- BALTAZAR, Alda Vitória
1995 *Perspectivas organizacionais da escola*, Évora: Universidade de Évora
(Trabalho desenvolvido no Mestrado em Sociologia) (policopiado).
- BARBOSA, António
1987 «Educação para a saúde: Determinação individual ou social?», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra: CES, pp. 169-184.
- BARDIN, Laurence
s.d. *Análise de conteúdo*, Lisboa: Ed. Presença.
- BATES, Barbara
1979 «Doctor and nurse: changing roles and relations», in *A sociological framework for patient care*, New York: John Wiley & Sons.
- BENZÉCRI, J. P.
1973 *L'Analyse des Données*, Paris: Dunod, 2 vols.
1980 *Pratique de l'Analyse des Données*, Paris: Dunod, 3 vols.
- BERRYS, W. e LEWIS-BECK, M.
1986 *New tools for social scientist*. Beverly Hills: Sage Publications.
- BILHIM, João Abreu de Faria
1988 *Cultura organizacional: Estudo do Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores*, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (Tese de Mestrado) (policopiado).
1995 *Gestão de ciência e tecnologia. Uma abordagem sociológica*, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (Tese de Doutoramento).
- BILLIG, Michael
1988 *Ideological dilemmas*, London: Saga Publications.

- BLAU, Peter M. e SCOTT, W. Richard
1979 *Organizações formais*, São Paulo: Atlas.
- BOUNDS, Greg et al.
1994 *Beyond total quality management*, Singapore: McGraw Hill, Inc.
- BOURDIEU, Pierre
1979 *La distinction*, Paris: Ed. de Minuit.
1987 *Le sens commun*, Paris: Ed. de Minuit.
1989 *O poder simbólico*, Lisboa: Difel.
- BOURDIEU, Pierre e WACQUANT, Loic J.D.
1992 *Réponses*, Paris: Éditions du Seuil.
- BRASSARD, Jacqueline C. e DUHART, Jean
1976 «Approche critique d'un type de division du travail: L'équipe hospitalière de soins». (Trabalho apresentado pelos autores no *Colloque International de Sociologie Médicale*, promovido pela Association Internationale de Sociologie, Société Française de Sociologie, Paris, 6-9 Juillet).
- BRYMAN, Alan
1988 *Quantity and quality in social research*. London: Unwin Hyman.
- BRYMAN, Alan e CRAMER, Ducan
1992 *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora, Lda.
- CAMPOS, António Correia de Campos
1994 «Administração de serviços de saúde, gestão estratégica e competição gerida», in *Revista de Gestão*, III-IV, Lisboa: GEG-Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 29-46.
- CAMPOS, Edmundo
1978 *Sociologia da burocracia*, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CARAPINHEIRO, Graça
1987 «Cenários de estratégias médicas no Hospital», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra: CES, pp. 141-156.
1991 «Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares», in *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, Lisboa: CIES- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 27-41.
1992 «O significado dos tempos no hospital», in *New routes for leisure. Actas do Congresso Mundial de Lazer/ World Leisure Congress*, Lisboa: ICS da Universidade de Lisboa, pp. 131-139.
1993 *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento.
- CARPENITO, Lynda Juall
1989 *Nursing diagnosis. Application to clinical practice*, Philadelphia: J. B. Lippincott.
- CARVALHO, António Carlos
1995 *Como chegar lá? Embrião de um modelo de enfermagem co-activo*, Beja: Escola Superior de Enfermagem de Beja (Documento de trabalho) (Policopiado).
- CASSELL, Catherine e SYMON, Gillian
1994 *Qualitative methods in organizational research*. London: Sage Pub.

- CASSENS, Brett J.
1992 *Preventive medicine and public health*, Philadelphia: Harwal Publish.
- CHANLAT, Jean-François
1995 «Pour une anthropologie des organisations» in *Sciences Humaines*, 9, Auxerre, pp. 40-43.
- CHAUVENET, Antoinette
1972 «Professions hospitalières et division du travail» in *Les professions. sociologie du travail*, Avril-Juin, pp. 145-163.
1973 «Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers» in *Revue Française de Sociologie*, XIV, Paris: CNRS, 61-76.
1978 *Médecine au choix, médecine de classes*, Paris: PUF.
- CIBOIS, Philippe
1983 *L'analyse factorielle*, Paris: PUF.
1984 *L'analyse des données en sociologie*, Paris: PUF.
- CLELAND, David I. e GAREIS, Roland (editores)
1994 *Global project management handbook*, Singapore: McGraw-Hill.
- CORREIA, Manuela Faia
1995 «Tecnologias avançadas de produção e gestão das pessoas» in *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2, Lisboa: ISPA, pp. 265-284.
- COURPASSON, David
1994 «Marché concret et identité professionnelle locale. La construction de l'identité par le rapport au marché» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV, Paris: CNRS, pp. 283-291.
- CROZIER, Michel
1964 *The bureaucratic phenomenon*, Chicago: University of Chicago Press.
1985 «Les logiques du changement dans les grands organisations», in *Gestions Hospitalières*, 248, pp 576-577.
1994 *A empresa à escuta*, Lisboa: Instituto Piaget.
1995 «Le pouvoir confisqué: jeux des acteurs et dynamique du changement» in *Sciences Humaines*, 9, Auxerre, pp. 37-39.
- CROZIER, Michel e FRIEDBERG, Erhard
1977 *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris: Éditions du Seuil.
- CULLEN, Sandra
1994 «Culture, gender and organizational change in British welfare» in *Anthropology of organizations*, London: Routledge, pp. 140-160.
- DEGENNE, Alain et FORSÉ, Michel
1994 *Les réseaux sociaux*, Paris: Armand Colin.
- DOISE, Willem
1989 «Attitudes et représentations sociales», in *Les représentations sociales*, Paris: PUF, pp. 220-238.
- DOISE, W., CLEMENCE, A. e LORENZI-CIOLDI, F.
1992 *Représentations sociales et analyses des données*, Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- DONATI, Pierpaolo (org.)
1994 *Manual de sociologia de la salud*, Madrid: Ed. Diaz de Santos.

- DUBAR, Claude
 1992 «Formes identitaires et socialisation professionnelle» in *Revue Française de Sociologie*, XXXIII, Paris: CNRS, pp. 505-529.
 1994 «L'insertion comme articulation temporelle du biographique et du structurel» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV, Paris: CNRS, pp. 283-291.
 1995(1991) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris: Armand Colin.
- DURAND, Jean-Pierre e WEIL, Robert (org.)
 1993 *Sociologie contemporaine*. Paris: Editions VIGOT.
- DRUCKER, Peter F.
 1990 *As organizações sem fins lucrativos*, Lisboa: Difusão Cultural.
 1992 *Sociedade pós-capitalista*, Lisboa: Difusão Cultural.
- DURVAL, Mário
 1992 *Equipas nucleares de saúde. Uma proposta de gestão para os centros de saúde*, Beja: ARS Beja (policopiado).
- DURVAL, Mário et. al.
 1989 «Equipas multidisciplinares e gestão participativa por objectivos. Caminho da saúde para todos no ano 2000», in *Arq. Inst. Nac. Saúde*, 13, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 103-143.
- DUNSTAN, F. e PICKLES, J.
 1991 *Statistics in medicine*, Oxford: Clarendon Press.
- DUNTEMAN, George H.
 1989 *Principal components analysis*, London: Sage University Press.
- ELLIOTT, Philip
 1975 *Sociología de las profesiones*, Madrid: Editorial Tecnos.
- ESCOFIER, Brigitte et PAGÉS, Jérôme
 1990(1988) *Analyses factorielles simples et multiples: Objectifs, méthodes et interpretation*, Paris: Dunod.
- ESPERANÇA, Eduardo
 1994 *Comentário ao pensamento de Pierre Bourdieu e da sua obra «Réponses»*, Évora: Universidade de Évora (policopiado).
- ETZIONI, Amitai
 1974 *Análise comparativa de organizações complexas*, Rio de Janeiro: Zahar.
- EYMARD-DUVERNAY, François e MARCHAL, Emmanuelle
 1994 «Les règles en action: entre une organisation et ses usagers» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV-I, Paris: Éditions du CNRS, pp. 5-36.
- FENELON, Jean-Pierre
 1981 *Qu'est-ce que l'analyses des données?*, Paris: Lefonen.
- FERREIRA, Eduardo Manuel Viegas
 1992 *Culturas organizacionais e processos formais de socialização organizacional*, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (Tese de Mestrado) (policopiado).
- FERREIRA, F.A. Gonçalves
 1989 *Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- FIGUEIRA, Eduardo
1987 *Communication in the cooperative extension service*, University of Wisconsin. (Tese de Doutoramento) (policopiado).
- FLAMENT, Claude
1989 «Structure et dynamique des représentations sociales», in *Les représentations sociales*, Paris: PUF, pp. (204-219).
- FREIRE, João
s.d. *Sociologia do trabalho: uma introdução*, Porto: Ed. Afrontamento.
- FRIEDBERG, Erhard
1992 «Les quatre dimensions de l'action organisée» in *Revue Française de Sociologie*, XXXIII, Paris: CNRS, pp. 531-557.
1994 *O poder e a regra - dinâmicas da acção organizada*, Lisboa: Inst. Piaget.
- GADREY, Jean
1994 «La modernisation des services professionnels» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV, Paris: CNRS, pp. 163-195.
- GANHÃO, Maria Teresa
1993 «O poder nas organizações de trabalho» in *Forum Sociológico*, 2, Lisboa: IEDS-FCSH-Universidade Nova de Lisboa, pp. 51-65.
1994 «O processo de modernização da administração pública portuguesa» in *Forum Sociológico* 4, Lisboa: IEDS-FCSH-Universidade Nova de Lisboa, pp. 181-199.
1995 «Os novos paradigmas organizativos» in *Forum Sociológico* 6, Lisboa: IEDS-FCSH- Universidade Nova de Lisboa, pp. 11-18.
- GARDNER, Kellie
1977 *Uma ideia sobre as organizações*, Paço de Arcos: Eixo.
- GEORGE, Júlio B. et al.
1993 *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin
1992 *O inquérito. Teoria e prática*, Oeiras: Celta Editora.
- GOFFMAN, Erving
1975(1961) *Asiles. Études sur la condition sociale des maladies mentales*, Paris: Minuit.
1982 *Estigma*, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
1989 *A representação do eu na vida cotidiana*, Petrópolis: Ed Vozes.
- GOMES, A. Duarte
1994 «Cultura: uma metáfora paradigmática no contexto organizacional» in *Psicologia*, IX, 3, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 279-294.
- GOMES, Jorge Madeirinha et al.
1996 «Identidades culturais e dinâmicas comunicacionais: uma simbiose quase perfeita», in *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 20, Lisboa: CIES - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 185-207.
- GOMES, Rui
1993a *Culturas de escola e identidades dos professores*, Lisboa: Educa.
1993b «Em busca de uma identidade perdida: o estudo qualitativo das culturas de escola», in *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 14, Lisboa: CIES - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 105-126.

GOROVITZ, Samuel

1985 *Doctors' dilemmas - moral conflict and medical care*, Oxford: Oxford University Press.

GRAÇA, Luís

1989-92 *A relação enfermeira / doente*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (Documento de trabalho das lições de Ciências Sociais e Humanas do Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de saúde Pública) (Policopiado).

1992 «O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão» in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, Lisboa, pp. 5-20.

1994 *Manual prático - Administração de serviços de saúde em África*, Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (Policopiado).

HAIR JR., Joseph F. et al.

1992 *Multivariate data analysis*, Singapore: Maxwell Macmillan Publishing, Third Edition.

HAMMOND, Phillip E. (Coord.)

1967(1964) *Sociologist at work. Essays on the craft of social research*, New York: Anchor Books.

HANDY, Charles

1992 *A era da Irracionalidade ou a gestão do futuro*, Mem Martins: Edições CETOP.

HAROUN, Jamous

1969 *Sociologie de la décision: la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris: CNRS.

HERZLICH, Claudine

1970 «Médecine et société - Introduction», in *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, pp. 155-167.

HESPANHA, Maria José Ferros

1987 «O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra: CES, pp. 195-210.

HOFSTEEDE, Geert

1994 *Cultures and organizations*. London: Harper Collins Publishers.

HUARD, Pierre

1977 «L'hôpital comme organisation formelle», in *Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires*, 377, pp. 45-53.

KALUZNY, A.D. et al.

1982 *Management of health services*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

KATZENBACH, Jon R. e SMITH, Douglas K.

1994 *The wisdom of teams*. New York: Harper Business.

KECK, Sara and TUSHMAN, Michael

1993 «Environmental and organizational context and executive team structure», in *Academy of Management Journal*, vol. 36, n.º. 6, Ohio: Academy of Management, pp. 1315-1361.

KOONTZ, Harold e WEHRICH, Heinz

1988 *Management*. Singapore: McGraw-Hill.

- KOVÁCS, Ilona
 1989 «Introdução de novas tecnologias e gestão participativa», in *Organizações e Trabalho*, 1, Lisboa: APSIOT, pp. 53-72.
 1990 «Concepção e implementação de um modelo organizacional flexível», in *Organizações e Trabalho*, 3/4, Lisboa: APSIOT, pp. 33-49.
 1992 «Novas tecnologias, recursos humanos, organizações e competitividade», in *Sistemas flexíveis de produção e reorganização do trabalho*, Lisboa: CESO I&D - PEDIP.
 1993 *Sistemas antropocêntricos de produção*, Lisboa: SOCIUS-Instituto Superior de Economia e Gestão (Working Papers 6) (policopiado).
- KOVÁCS, Ilona *et al.*
 1994 *Mudança tecnológica e organizacional - Análise de tendências na indústria*, Lisboa: SOCIUS - Instituto Superior de Economia e Gestão (Working Papers 2) (policopiado).
- JAMBU, Michel
 1989 *Exploration informatique et statistique des données*, Paris: DUNOD.
- JAMOULLE, Marc e ROLAND, Michel
 1995 *Quaternary prevention and the glossary of general practice/ family medicine*. (Trabalho apresentado no Congresso Mundial dos Médicos de Família promovido pela WONCA em Hong-Kong 1995) (policopiado).
- JESUÍNO, Jorge Correia
 1993 «O trabalho», in *Portugal, valores europeus - identidade cultural*, Lisboa: IED, pp 75-112.
- JESUÍNO, Jorge Correia *et al.*
 1988 «Motivações empresariais em Portugal. Uma perspectiva trans-cultural», in *Revista de Gestão*, II-III, Lisboa: GEG - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 43-50.
- JODELET, Denise *et al.* (org.)
 1989 *Les représentations sociales*, Paris: PUF.
- JONES, Gareth R.
 1995 *Organizational theory*, New York: Addison-Wesley Publishing.
- LARSSON, Rikard
 1993 «Case survey methodology: Quantitative analysis of patterns across case studies», in *Academy of Management Journal*, vol. 36, n.º. 6, Ohio: Academy of Management, pp. 1515-1546.
- LAZEGA, Emmanuel
 1992 «Analyse de réseaux d'une organisation collégiale: les avocats d'affaires», in *Revue Française de Sociologie*, XXXIII-4, Paris: CNRS, pp. 559-589.
 1994 «Analyse de réseaux et sociologie des organisations» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV, Paris: Éditions du CNRS, pp. 283-291.
- LE GRAND, Julian
 1989 «Equidade, saúde e cuidados de saúde» in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, Lisboa, pp. 5-15.
- LEMOS, Maximiano
 1991 *História da medicina em Portugal. Doutrinas e instituições*, Lisboa: Publicações Dom Quixote/Ordem dos Médicos.
- LIKERT, Rensis
 1975 *A organização humana*, São Paulo: Atlas.

- LIMA, Marinus Pires
1987(1980) *Inquérito sociológico*, Lisboa: Editorial Presença.
- LOPES, Albino e RETO, Luís
1988 «Cultura de empresa - Moda, metáfora ou paradigma?», in *Revista de Gestão*, II-III, Lisboa:GEG- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 25-37.
- LOPES, Noémia
1994 *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem - estudo sociológico em contexto hospitalar*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado em Sociologia).
1995 «Que poderes em enfermagem», in *Enfermagem em Foco*, Dezembro 95, Lisboa: SEP, pp. 10-11.
1996 *A recomposição profissional da enfermagem* (Trabalho apresentado no III Congresso Português de Sociologia promovido pela Associação Portuguesa de Sociologia em Lisboa 7-9 Fevereiro)
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz González
1991 *Análisis multivariante: Aplicación al ámbito sanitario*, Barcelona: SG Editores.
- LOURENÇO, Rui
1989 «Mudar o trabalho: Ajustar um ano de experiência» in *Revista dos Médicos*, 7-8, Lisboa: FNAM, pp. 20-21.
- LOURENÇO, Rui et al.
1995 «Trabalho em equipa. Satisfação profissional. Vencimentos dos profissionais dos centros de saúde: Contradições e necessidades de mudança» in *Revista dos Médicos*, 3-4, Lisboa: FNAM, pp. 13-17.
- LUTHANS, Fred
1989 *Organizational behavior*. Singapore: McGraw-Hill.
- MAITRE, Jacques
1973 «La conjoncture de la recherche française en sociologie médicale» in *Revue Française de Sociologie*, XIV, Paris: CNRS, pp. 3-7.
- MARSHALL, Catherine e ROSSMAN, Gretchen B.
1995 *Designing qualitative research*. London: Sage Publications.
- MARTIN, Joanne
1992 *Cultures in organizations. Three perspectives*, Oxford: Oxford University Press.
- MARTIN, López I.
1994 *Atención domiciliaria. Diagnosticos de enfermería*, Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- MATOS, António Manuel Oliveira
1993 *O pós-modernismo e os cuidados de saúde primários*. (Conferência apresentada no IV Encontro dos Centros de Saúde da ARS-Beja) (policopiado).
- MATOS, António, SANTOS, João e SILVA, Carlos
1996 *Caracterização do Centro de Saúde de Mértola*, Beja: SRS-Beja (policop.).
- METCALF, Crysta J. and BRIODY, Elizabeth K.
1995 «Reconciling perceptions of career advancement with organizational change: a case from General Motors» in *Human Organization*, vol. 54, n.º 4, Oklahoma: *Society for Applied Anthropology*, pp. 417-428.

- McGREGOR, Douglas
1980 *O lado humano da empresa*, São Paulo: Martins Fontes.
- MINZBERG, Henry
1995(1982) *Estrutura e dinâmica das organizações*, Lisboa: Pub. Dom Quixote.
- MITCHELL, Terence R. e LARSON, James R.
1987 *People in organizations. An introduction to organizational behavior*.
Singapore: McGraw-Hill.
- MOSCOVICI, Serge
1989 «Des représentations collectives aux représentations sociales», in *Les représentations sociales*, Paris: PUF, pp. (62-86).
- MONIZ, António Brandão
1991 *Processos de mudança tecnológica e organizacional na indústria portuguesa*,
Lisboa: Universidade Nova de Lisboa (Tese de Doutoramento) (policop.).
- MUCCHIELLI, Alex
1977 *Psycho-sociologie des organisations*, Paris: Les Editions ESF.
- MUNRO, Barbara Hazard e PAGE, Ellis Batten
1993 *Statistical methods for health care research*, Philadelphia: J. B. Lippincott.
- NACHAMIAS, Chava Frankfort e NACHAMIAS, David
1992 *Research methods in the social sciences*, London: Edward Arnold.
- NETO, João Pereira
1989 *A cultura organizacional das empresas*, Lisboa: APGTRH.
- NEVES, José Gonçalves e JESUÍNO, Jorge Correia
1994 «Cultura organizacional: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes» in *Psicologia*, IX, 3, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 327-346.
- NICOLA, Paola Di
1994 «Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud» in *Manual de Sociología de la Salud*, Madrid: Ed. Diaz de Santos, pp 33-47.
- NICOLE-DRANCOURT, Chantal
1994 «Mesurer l'insertion professionnelle» in *Revue Française de Sociologie*, XXXV-I, Paris: CNRS, pp. 37-68.
- NIZET, Jean et PICHHAULT, François
1995 *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur.
- NÓVOA, António (Coordenador)
1995 *As organizações escolares em análise*, Lisboa: Publicações D. Quixote.
- NUNES, Francisco
1994 «As organizações de serviços de saúde: Alguns elementos distintivos», in *Revista de Gestão*, III-IV, Lisboa: GEG- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 5-28.
- OLIVEIRA, Luísa
1995 «Trajectórias, identidades, projectos profissionais e sucesso na formação», in *Estado actual da investigação em formação*, Porto: Sociedade Portuguesa das Ciências de Educação, pp. 143-159.
- OPPENHEIM, A. N. (Bram)
1992(1966) *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London: Pinter Publishers Ltd.

- OTTAWAY, Richard
1982 «Mudança de cultura numa organização» in *Análise Psicológica*, 2/3, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 315-320.
- PASSOS, Marcelino Lyra
1990 «Cultura, ideologia e desenvolvimento», in *A sociologia e a sociedade portuguesa na viragem do século*, vol. II, Lisboa: Fragmentos, pp. 331-342.
1993 «Princípios organizacionais e comportamento estratégico», in *Estruturas sociais e desenvolvimento*, vol. I, Lisboa: Fragmentos, pp. 461-476.
- PÉ-LEVE, José António
1996 *Informatização e significado do trabalho em serviços da administração local*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado) (policopiado).
- PEREIRA, Henrique Garcia
1987 «Tratamento informático de questionários: o ponto de vista da análise factorial das correspondências», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, Coimbra:CES, pp. 733-746.
- PEREIRA, José Morgado
1987 «Será possível uma nova medicina?», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Coimbra:CES, pp. 185-193.
- PERROW, Charles B.
1981 *Análise organizacional: um enfoque sociológico*, São Paulo: Atlas.
- PIERRET, Janine
1976 «Système de pouvoir et d'autorité dans l'équipe médicale hospitalière» (Trabalho apresentado no *Colloque International de Sociologie Médicale*, promovido pela Association Internationale de Sociologie, Société Française de Sociologie, Paris, 6-9 Juillet) (policopiado).
- PIMENTEL, Duarte
1988 «Sobre a cultura de empresa: Contributos para a clarificação de um conceito», in *Revista de Gestão*, II-III, Lisboa:GEG- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 19-24.
- PIMENTEL, Duarte et al.
1991 «A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho: o caso dos profissionais de Enfermagem», in *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, Lisboa:CIES- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 43-56.
- PINTO, José Madureira
1991 «Sobre a produção social de identidade», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, Coimbra:CES, pp. 217-231.
- POPPER, Karl
s.d. *Lógica da pesquisa científica*, São Paulo: Cultrix.
- PRITCHARD, Peter e PRITCHARD, James
1994 *Teamwork for primary and shared care*, Oxford: Oxford University Press.
- PROUVOST, Roger
1976 «Introduction a une étude sociologique de l'hôpital» in *Gestions Hospitalières*, 153, pp. 103-129.
- QUINN, Robert E.
1988 *Beyond rational management. Mastering the paradoxes and competing demands of high performance*, San Francisco: Jossey Bass Publishers.



- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van
1992 *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva.
- RAKEL, Robert E.
1990 *Textbook of family practice*, 4th edition, Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- RAMOS, Francisco
1994 «O financiamento público do sistema de saúde: caridade do estado ou a busca da eficiência?», in *Revista de Gestão*, III-IV, Lisboa: GEG- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, pp. 67-74.
- RAMOS, Francisco Martins
1992 *Os proprietários da sombra. Vila Velha revisitada*, Évora: Universidade de Évora (Tese de Doutoramento) (policopiado).
- REIS, Elizabeth
1990 *Análise factorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação*, Lisboa: Giesta - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
1991 *Análise de cluster: um método de classificação sem preconceitos*, Lisboa: Giesta - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- RIBEIRO, Lisete Fradique
1995 *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, Lisboa: Educa.
- ROBIN, François e ROBIN, Nicole
1978 «A dimensão do poder médico», in *O poder médico*, Lisboa: Sociocultur, pp. 11-25.
- ROCHE, Constance P.
1994 «On the edge of regionalization: Management style and the construction of conflict in organizational change» in *Human Organization*, vol. 53, n.º 3, Oklahoma: *Society for Applied Anthropology*, pp. 209-219.
- RODRIGUES, António Norberto
1988 «O lugar da empresa na sociedade: uma investigação sobre a cultura de empresa», in *Boletim SIOT*, n.º 14, Lisboa: APSIOT, pp. 16-21.
1994 «Cultura organizacional e mudança na administração pública», in *Organizações e Trabalho*, n.º 11, Lisboa: APSIOT, pp. 11-18.
- SÁ, Armando Brito
1995 «Filosofia e prática da clínica geral: consequências da sua especificidade», in *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 12, Lisboa: APMCG, pp. 47-53.
- SAINSAULIEU, Renaud
1985-86 *Sociologie des organisations et de la transformation sociale*, 2 vol. Paris: Fondation National des Sciences Sociales. (policopiado).
1987 *Sociologie des organisations et de entreprise*, Paris: Press de la Fondation National des Sciences Politiques & Dallaz.
1993 *Fondements sociologiques et perspectives pour la gestion des ressources humaines en entreprise*, Lisboa: SOCIUS-Instituto Superior de Economia e Gestão. (Working Papers 1) (policopiado).
- SCHEIN, Edgard H.
1982 *Psicologia organizacional*. Rio de Janeiro: Ed. Prentice-Hall.

- SIEGEL, Sidney e CASTELLAN, N. John
1988 *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*, Singapore: McGraw-Hill.
- SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira
1986 *Metodologia das ciências sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- SILVA, Carlos Alberto
1994 *Caracterização de Beja*. Beja: Sub-Região de Saúde de Beja (policopiado).
1996 *Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Beja. Tendências das actividades em programa*. Beja: Sub-Região de Saúde de Beja (policopiado).
- SPSS (editor)
1994a *SPSS for Windows. Base system user guide. Release 6.0*, Chicago: SPSS Inc.
1994b *SPSS Advanced Statistics 6.1*, Chicago: SPSS Inc.
1994c *SPSS Professional Statistics 6.1*, Chicago: SPSS Inc.
- STEUDLER, François
1972 *Sociologie médicale*, Paris: Armand Colin.
1974 *L'hôpital en observation*, Paris: Armand Colin.
1985 «Les consequences de la division du travail sur le fonctionnement des services», in *Gestions Hospitalières*, 248, pp 566-568.
- TAYLOR, Robert B.
1988 *Family medicine - principles and practice*, third edition, New York: Springer-Verlag.
- THÉVENET, Maurice
1984 «La culture d'entreprise en neuf questions» in *Revue Française de Gestion*, n.º 47-48, pp. 7-20.
1990 *Cultura de Empresa. Auditoria e mudança*, Lisboa: Monitor.
- TOMÉ, António Henrique
1993 *Modelos de organização de cuidados: experiência de alguns centros de saúde*. (Trabalho apresentado na 2ª Conferência de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, realizada em Lisboa, de 22 e 23 de Março de 1993 na Fundação Calouste Gulbenkian) (policopiado).
- VACHETTE, Jean-Luc
1984 «Peut-on mettre en évidence la culture de l'entreprise?» in *Revue Française de Gestion*, n.º 47-48, pp. 74-81.
- VALA, Jorge
1985 «Sobre as representações sociais - para uma epistemologia do senso comum», in *Cadernos de Ciências Sociais*, n.º 4, Porto: Afrontamento, pp. 5-30.
1986 «Análise de conteúdo», in *Metodologia das ciências sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- VALA, Jorge et al.
1990 «Cultura organizacional: uma abordagem psicossociológica», in *A sociologia e a sociedade portuguesa na viragem do século*, vol. II, Lisboa: Fragmentos, pp. 63-74.
1994 *Psicologia social das organizações*, Oeiras: Celta Editora.
- VENINGA, R. L.
1982 *The human side of health administration. A guide for hospital, nursing and public health administration*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- VICENTE, Paula et al.
1996 *Sondagens. Amostragem como factor decisivo de qualidade*, Lisboa: Edições Sílabo.
- VUORI, Hannu
1984 «Primary health care in Europe» in *Community Medicine*, 3, London: Br. Med., pp 221-231.
- WATSON, Jean
1988 *Nursing. Human science and human care*, New York: National League for Nursing.
- WEBER, Max
1966(1947) *The theory of social and economic organization*, New York: The Free Press.
- WELLER, Jean-Marc
1994 «Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité», in *Sociologie du Travail*, n.º 1/94, Montrouge: Dunod.
- WRIGHT, Herbert John
1979 *Clinical thinking and practice*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- YIN, Robert K.
1993 *Applications of case study*. London: Sage Publications.
1994 *Case study research. Design and methods*. London: Sage Pub.
- ZURRO, Amando Martín e PÉREZ, Juan Francisco Cano
1991 *Manual de cuidados primários*, vol. I e II, Lisboa: Farmapress Ed.

OUTROS DOCUMENTOS

SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA

1989 a 1996 *Programas e Avaliação das actividades*. Beja: SRS-Beja (vários números) (policopiado).

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL (APMCG)

1995 *ICPC - Classificação internacional de cuidados primários*, Lisboa: APMCG.

COMUNIDADE EUROPEIA

1993 «Objectivos estratégicos para a saúde» in relatório final de 24-11 da Comissão das Comunidades Europeias - COM (93) 559, Bruxelas: CE.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

1985 *As metas da saúde para todos*, Lisboa: OMS.

1992 *La función de los centros de salud en el desarrollo de los sistemas urbanos de salud*, Informes Técnicos 827, Ginebra: OMS.

1995 *A charter for general practice / family medicine in Europe*. (Working Document from World Health Organization - Regional Office for Europe, Copenhagen, August 1995) (policopiado).

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP)

1996 *The nature of general medical practice*, London: RCGP. (Report of a Working Party published by RCGP - January 1996) (policopiado).

WORD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA)

1991 «O papel do médico de clínica geral/médico de família nos sistemas de saúde - Declaração da WONCA», in *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 8, Lisboa: APMCG, pp. 242-247.

WORD HEALTH ORGANIZATION AND WORD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (OMS-WONCA)

1994 «*Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor*», relatório final da conferência de Ontario-Canadá, 6-8, Ontario: WHO-WONCA (policopiado).

ANEXOS

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

CENTROS DE SAÚDE



Mestrado em Sociologia

Variante de

Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

1995

Exmo(a) Senhor(a)

No âmbito do Mestrado em Sociologia da Universidade de Évora está-se a desenvolver um estudo sobre a cultura nos Centros de Saúde do Distrito de Beja. Mais concretamente o estudo visa conhecer e analisar as opiniões dos diferentes grupos profissionais, em relação à organização do trabalho na saúde. Neste sentido, na qualidade de mestrando da Universidade de Évora e responsável pelo projecto de investigação, venho solicitar a sua colaboração no estudo.

Considerando que a sua resposta é essencial para o bom sucesso do estudo, ficar-lhe-ia muito grato que me dispensasse algum do seu tempo para preencher o questionário em anexo. Por favor note que os questionários são anónimos e confidenciais, e serão destruídos logo após o tratamento dos dados. Para além disso, os dados fornecidos por todos os participantes do estudo serão analisados e usados agregadamente, tornando por isso impossível a identificação de cada um dos respondentes.

Para responder ao questionário que se segue, e consoante o tipo de resposta que lhe seja solicitada, deverá colocar, um X nos espaços reservados () , que melhor corresponderem à sua opinião, ou escrever nas linhas em branco, o que pensa sobre as respectivas perguntas. Não há respostas boas ou certas nem más ou erradas, pois o que aqui se pretende é a recolha da sua opinião pessoal e sincera, em relação a cada questão.

Os números que estão impressos a seguir aos espaços das opções, referem-se apenas à escala de grandeza das mesmas, variando de 1 a 5, e destinam-se ao tratamento informático.

Informo-lhe ainda que o presente inquérito por questionário conta com o apoio logístico da Coordenação da Sub-Região de Saúde de Beja.

Desde já, agradeço toda a colaboração que me possa prestar.






Muito Obrigado

O Mestrando

/Carlos Alberto da Silva/






P.1. Na sua opinião, qual é o grau de influência dos seguintes grupos e pessoas no trabalho que se efectua no seu Centro de Saúde?

(Não há respostas certas nem erradas. O que interessa é a sua opinião.)
(Para cada alínea, escolha uma e só uma opção, na escala de 1 a 5, e assinale-a com um X)

	Escala				
	 1	 2	 3	 4	 5
	Nenhuma influência				Muitíssima influência
1.1. União Europeia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.2. Governo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.3. Autarquias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.4. Sindicatos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.5. Associações profissionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.6. Administração da Região de Saúde do Alentejo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.7. Coordenação da Sub-Região de Beja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.8. Direcção do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.9. Utentes do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.10. Os cidadãos em geral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.11. As chefias do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.12. Os profissionais do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.13. Os chefes directos da sua área profissional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1.14. A sua própria pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

P.2. O que pensa sobre o Centro de Saúde onde trabalha?






(Não há respostas certas nem erradas. O que interessa é a sua opinião.)
(Para cada alínea, escolha uma e só uma opção, na escala de 1 a 5, e assinale-a com um X)

	Escala				
	 1	 2	 3	 4	 5
	Discordo totalmente				Concordo totalmente
2.1. Responde bem às necessidades dos utentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.2. É bem visto junto dos utentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.3. Está adaptado para a comunidade abrangida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.4. Permite aos profissionais actualizarem permanentemente a formação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.5. Dá prestígio a todos os profissionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.6. Os seus familiares consideram que é motivo de orgulho para si, trabalhar no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.7. Os seus amigos consideram que é gratificante o seu trabalho no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

P.3. Na sua opinião, até que ponto acha que as seguintes situações podem influenciar o desempenho das suas funções no seu trabalho?
































































































(Não há respostas certas nem erradas. O que interessa é a sua opinião.)

(Para cada alínea, escolha uma e só uma opção, na escala de 1 a 5, e assinale-a com um X)

	Escala				
	 Nenhuma influência	 2	 3	 4	 Muitíssima influência
3.1. As relações com os colegas da carreira	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.2. As relações com as chefias e a Direcção do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.3. As relações com os outros profissionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.4. O tipo de tarefas que efectua	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.5. A participação nas decisões sobre o seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.6. A participação na realização do plano de actividades do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.7. O funcionamento em geral do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.8. O salário que recebe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.9. A sua categoria profissional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.10. O funcionamento do sector (ou da equipa) onde desenvolve a sua actividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.11. O prestígio social por trabalhar no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.12. O reconhecimento que os colegas da mesma carreira profissional dão pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.13. O reconhecimento que as chefias e a Direcção do Centro de Saúde dão pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.14. O reconhecimento que a Coordenação Sub-Regional dá pelo seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.15. A autonomia (possibilidade de agir e pensar com independência) que possui para efectuar o seu trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.16. As condições físicas de trabalho (luz, ruído, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.17. A boa comunicação da organização (rapidez e eficiência na difusão dos assuntos de interesse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.18. O contacto com os outros sectores (ou equipas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.19. Ser informado dos objectivos dos planos de actividades do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.20. Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos do trabalho em saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5









P.4. Na sua opinião qual é o grau de importância que tem para o Centro de Saúde cada uma das seguintes valorizações?

(Não há respostas certas nem erradas. O que interessa é a sua opinião.)
 (Para cada alínea, escolha uma e só uma opção, na escala de 1 a 5, e assinale-a com um X)














	Escala				
	 1	 2	 3	 4	 5
	Nenhuma importância				Muitíssima importância
4.1. Realização pessoal	 1	 2	 3	 4	 5
4.2. Realização profissional	 1	 2	 3	 4	 5
4.3. Competência dos profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.4. Solidariedade em geral entre os profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.5. Participação na realização do plano de actividades do Centro de Saúde	 1	 2	 3	 4	 5
4.6. Poder das chefias e da Direcção do Centro de Saúde	 1	 2	 3	 4	 5
4.7. Inovação nos procedimentos	 1	 2	 3	 4	 5
4.8. Modernização (p. e. das tecnologias)	 1	 2	 3	 4	 5
4.9. Rigidez nas normas e regras de funcionamento	 1	 2	 3	 4	 5
4.10. Formação permanente dos profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.11. Aceitação pelas chefias das opiniões e sugestões dos profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.12. O trabalho em equipa	 1	 2	 3	 4	 5
4.13. Necessidades dos utentes	 1	 2	 3	 4	 5
4.14. Partilha nas tomadas de decisões entre a Direcção do Centro de Saúde e os profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.15. Bom ambiente de trabalho entre as pessoas	 1	 2	 3	 4	 5
4.16. Divulgação dos resultados das actividades de todos os sectores (ou equipas)	 1	 2	 3	 4	 5
4.17. Actividades de convívio extra-laborais entre os profissionais	 1	 2	 3	 4	 5
4.18. Promoção de uma rápida, directa e eficiente comunicação nos serviços	 1	 2	 3	 4	 5

P.5. Se, no presente momento, lhe fosse solicitado(a) a elaboração de sugestões para a melhoria das condições de trabalho no seu Centro de Saúde, quais seriam as áreas de prioridade que escolheria?

(Escreva nos espaços em branco as suas opções por ordem decrescente de prioridade)

Prioridade nº. 1 _____ 
_____ 
Prioridade nº. 2 _____ 
_____ 
Prioridade nº. 3 _____ 
_____ 
Prioridade nº. 4 _____ 
_____ 


P.6. Deseja comentar algum assunto que julgue relevante sobre a organização do trabalho nos Centros de Saúde?

_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 
_____ 

CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

(Escolha uma resposta para cada situação e assinale-a com um X, ou escreva nos espaços em branco)

ID - C.0. Encontra-se a trabalhar no Centro de Saúde de ...

0.1. _____ 
(indique a localização geográfica do Centro de Saúde)


C.1. Sexo

- 1.1. Feminino 1
1.2. Masculino 2


C.2. Idade

2.1. Idade anos 


C.3. Qual é o seu Grupo Profissional? 

- 3.1. Pessoal Médico 1
3.2. Pessoal de Enfermagem 2
3.3. Pessoal Administrativo 3
3.4. Outro Pessoal 4
3.4.1. Qual? _____ 

C.4. Qual é a sua Categoria Profissional? 

_____ 
(indique o grau de carreira da sua categoria)


C.5. Antiguidade na Carreira

5.1. na Carreira anos 

C.6. Antiguidade no Centro de Saúde

6.1. no Centro anos 

C.7. Onde situa o seu Local de trabalho? 


- 7.1. Sede do Centro de Saúde 1
7.2. Extensão 2
7.3. Outro local 3
7.3.1. Qual? _____ 

C.8. Encontra-se a trabalhar numa *Equipa Nuclear de Saúde*? 

- 8.1. Sim 1
8.2. Não 2

C.9. É sindicalizado?

- 9.1. Sim 1 
9.2. Não 2

C.10. É membro de alguma associação profissional? 

- 10.1. Sim 1
10.2. Não 2

Quadro Anexo 1
Codificação da Pergunta P05
Prioridades e Sugestões para o Centro de Saúde

P.5. Se, no presente momento, lhe fosse solicitado(a) a elaboração de sugestões para a melhoria das condições de trabalho no seu Centro de Saúde, quais seriam as áreas de prioridade que escolheria?	Código
Atribuir uma autonomia nos centros de saúde, descentralizando, delegando as competências, alterando as regras de gestão.	1
Aumentar a dotação de pessoal	2
Melhorar as condições do espaço físico	3
Modernizar as tecnologias e os procedimentos administrativos	4
Outros	5
----- Outros -----	
Reenquadrar as tarefas para alterar o desempenho dos pessoal para um nível mais colectivo	6
Diminuir o rácio utente / equipa de saúde	7
Alterar as regras de remuneração	8
Implementar a formação profissional no local	9
Melhorar a comunicação no trabalho em equipa	10
Acções para a melhoria das relações inter-pessoais	11
Melhorar o plano e a avaliação das actividades	12
Articular os cuidados primários com os cuidados especializados	13
Melhorar as relações com os utentes / a comunidade	14

Fonte: Inquérito

Quadro Anexo 2
Dimensões analíticas das Unidades Temáticas do conteúdo das Entrevistas

Dimensões	Temas
Controlo organizacional	Poder Autoridade
Ambiente de Trabalho	Relações inter-pessoais Autonomia Reconhecimento e prestígio Realização profissional
Valores da Organização	Formação como valorização profissional Trabalho em equipa Descentralização das decisões

Fonte: Entrevistas.

Quadro Anexo 3
Distribuição dos efectivos nos 14 Centros de Saúde, segundo os grupos etários

Grupos	≤ 34 % (*)	35 a 39 % (*)	40 a 44 % (*)	≥ 45 % (*)	Total v. abs	Total % (**)
Médicos	5,5	31,1	43,3	20,1	164	21,6
Enfermagem	44,1	14,7	15,8	25,4	177	23,3
Administrativos	1,0	14,3	26,5	58,2	196	25,8
Outros profissionais	7,7	11,3	22,1	59,0	222	29,2
Total (v. abs)	106	130	200	323	759	
Total %	14,0	17,1	26,4	42,6		100,0

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Nota: Total de 767 efectivos, em 31.10.1995. 8 casos omissos.

(*) % em linha.

(**) % em coluna.

Quadro Anexo 4
Distribuição dos efectivos nos 14 Centros de Saúde, segundo a antiguidade no serviço

Grupos	≤ 9 % (*)	10 a 14 % (*)	15 a 19 % (*)	≥ 20 % (*)	Total v. abs	Total % (**)
Médicos	7,4	31,3	48,5	12,9	163	21,6
Enfermagem	43,7	11,5	11,5	33,3	174	23,1
Administrativos		3,1	9,2	87,8	196	26,0
Outros profissionais	3,6	19,5	19,9	57,0	221	29,3
Total (v. abs)	96	120	161	377	754	
Total %	12,7	15,9	21,4	50,0		100,0

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Nota: Total de 767 efectivos, em 31.10.1995. 13 casos omissos.

(*) % em linha.

(**) % em coluna.

Quadro Anexo 5
Distribuição dos efectivos nos 14 Centros de Saúde, segundo a antiguidade na carreira

Grupos	≤ 9 % (*)	10 a 14 % (*)	15 a 19 % (*)	≥ 20 % (*)	Total v. abs	Total % (**)
Médicos	24,5	69,7	3,2	2,6	155	20,8
Enfermagem	48,0	13,9	28,9	9,2	173	23,2
Administrativos	2,6	3,1	23,0	71,4	196	26,3
Outros profissionais	10,8	23,0	19,4	46,8	222	29,8
Total (v. abs)	150	189	143	264	746	
Total %	20,1	25,3	19,2	35,4		100,0

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Gestão do Pessoal.

Nota: Total de 767 efectivos, em 31.10.1995. 21 casos omissos.

(*) % em linha.

(**) % em coluna.

Quadro Anexo 6
PRINCIPAIS INDICADORES DAS ACTIVIDADES DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA

	Indicadores das Actividades em Programas nos Centros de Saúde	Meta 1993 a 95 %
1	Tx Cobertura Planeamento Familiar	42,0
2	Tx Cobertura Planeamento Familiar (inscrites de 15 a 19 anos)	24,0
3	Tx Cobertura Planeamento Familiar (inscrites de 20 a 34 anos)	49,0
4	Tx Cobertura Planeamento Familiar (inscrites de 34 a 49 anos)	42,0
5	Tx Revisões de Puerpério com Papanicolau	a)
6	Tx Revisões de Puerpério com início a Contracepção	96,0
7	Tx Cobertura Rastreio do Cancro do Colo do Útero (activas)	20,0
8	Tx Rastreio de Hemoglobinopatias no Planeamento Familiar	50,0
9	Tx de Partos Hospitalares nas Inscrites	a)
10	Tx Cobertura em Saúde Materna	85,0
11	Tx Grávidas seguidas	85,0
12	Tx Grávidas seguidas com Diagnóstico efectuado no Centro Saúde	75,0
13	Tx Grávidas seguidas exclusivamente no Centro Saúde	a)
14	Tx Precocidade de Vigilância (inscrites no 1º trimestre)	95,0
15	Tx Precocidade de Atraso na Vigilância (inscrites no 3º trimestre)	3,0
16	Tx Cobertura das Grávidas com Esquema Mínimo	95,0
17	Tx Grávidas com Vacinação Anti-tetânica actualizada	98,0
18	Tx Cobertura das Grávidas com Rastreio de Hemoglobinopatias	98,0
19	Tx Cobertura das Grávidas com Rastreio de HBS-Ag	a)
20	Tx Cobertura das Grávidas com Rastreio de HIV	a)
21	Tx Grávidas de Médio e Alto Risco Enviadas	98,0
22	Tx Cobertura de Parturientes com Revisão de Puerpério	90,0
23	Tx Cobertura em Saúde Infantil	a)
24	Tx Precocidade na Vigilância em Saúde Infantil (insc. < 28 dias)	90,0
25	Tx Precocidade dos Nados Vivos na Inscricção	a)
26	Tx Nados Vivos Inscritos com Parto não Assistido	a)
27	Tx Nados Vivos Inscritos com Diagnóstico Precoce	99,0
28	Tx Cobertura de Crianças com 12 meses	90,0
29	Tx Crianças com 12 meses com Aleitamento Materno exclusivo até 3 meses	a)
30	Tx Crianças com 12 meses com Aleitamento Materno exclusivo até 6 meses	a)
31	Tx Cobertura de BCG das Crianças com 12 meses	95,0
32	Tx Cobertura de VAP das Crianças com 12 meses	a)
33	Tx Cobertura de DTP das Crianças com 12 meses	a)
34	Tx Crianças com 12 meses Inscrites com 6 consultas	a)
35	Tx Cobertura de Crianças com 24 meses	95,0
36	Tx Cobertura de VASPR das Crianças com 24 meses	a)
37	Tx Cobertura de DTP das Crianças com 24 meses	a)
38	Tx Cobertura de Crianças com 6 anos	90,0
39	Tx Cobertura de Polio das Crianças com 6 anos	95,0
40	Tx Cobertura de DTP das Crianças com 6 anos	95,0
41	Tx Cobertura de Crianças com Exame Global	90,0
42	Tx Cobertura de VASPR das crianças 11 a 13 anos	90,0
43	Tx Cobertura de VAT das crianças 11 a 13 anos	90,0
44	Tx Hipertensos controlados	75,0
45	Tx Diagnóstico de Hipertensos com Revisão de Qualidade	b)
46	Tx Cobertura de Conviventes de Tuberculosos	b)

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.

Obs.: a) Valores não definidos, dependendo da especificidade de cada Centro de Saúde. Previsão dos valores iguais ou superiores à média do ano anterior.

b) Valores não definidos. Previsão dos valores iguais ou inferiores à média do ano anterior.

Quadro Anexo 7

CENTRO DE SAÚDE (A)													
Distância ao Hosp. Dist. Beja : 37 km													
Serviços						População Abrangida e Inscrita							
Ambulatório (8h às 20h)						População Inscrita: 12823 (em 31-12-95)							
SAP (8h às 20 h)						Homens : 6399							
Internamento (lotação praticada: 8 camas)						Mulheres : 6424							
Radiologia, Fisioterapia						0 - 4 HM : 493							
4 Extensões de Saúde						5 - 14 HM : 1342							
						15 - 44 HM: 5526							
						45 - 64 HM: 2848							
						≥ 65 HM : 2614							
						População Residente: 11990 (censo 91)							
Recursos Humanos (em serviço em 30-3-1996)													
Méd. S.Pub	Méd. C.G.	TSup Saúd	Enf.	Téc Sup	TSer Soc	TDT	TAS	Téc n	Adm.	Outro	Total		
1	9		14			4	1		10	14	53		
Actividades													
Consultas CG/MF					Actos de Enfermagem								
Adultos		Infantil		Materna		Planeam Familiar		Consultas		Injecções		Pensos	
1994		21924		2676		307		624		25322		5751	4744
1995		26318		3002		409		484		24239		5886	4394
SAP					Internamento			MCDT					
		Demora Média		Taxa Ocupação		Doentes Saídos		Análises Laborat		RX		ECG	
1994		12811		22,3		74,1		97		4722		815	
1995		12815		22,8		79,6		102		5306		768	
Principais Indicadores das Actividades em Programas							1993		1994		1995		
Tx Cobertura Planeamento Familiar							18,59		21,39		55,29		
Tx Cobertura Rastreo do Cancro do Colo de Útero (activas)							56,66		33,68		8,40		
Tx Grávidas seguidas							83,33		83,56		98,67		
Tx Grávidas seguidas exclusivamente no Centro Saúde							64,62		50,82		48,65		
Tx Precocidade de Vigilância (inscristas no 1º trimestre)							80,00		88,52		77,03		
Tx Precocidade na Vigilância em Saúde Infantil (insc. < 28 dias)							98,72		97,14		68,54		
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 3 m							50,00		61,25		53,25		
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 6 m							30,83		43,75		36,36		
Tx Cobertura de BCG das Crianças com 12 meses							99,17		100,00		98,70		
Tx Cobertura de VAP das Crianças com 12 meses							94,17		98,75		98,70		
Tx Cobertura de DTP das Crianças com 12 meses							94,17		98,75		98,70		
Tx Cobertura de Crianças com Exame Global							39,86		82,40		84,55		
Tx Cobertura de VAT das crianças 11 a 13 anos							64,99		88,31		47,96		
Tx Hipertensos controlados							37,78		60,04		46,86		
Tx Diagnóstico de Hipertensos com Revisão de Qualidade							40,76		100,00		100,00		
Tx Cobertura de Conviventes de Tuberculosos							100,00		95,83		100,00		

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.

Quadro Anexo 8

CENTRO DE SAÚDE (B)											
Distância ao Hosp. Dist. Beja : 0 km											
Serviços						População Abrangida e Inscrita					
Ambulatório (8h - 20h)						População Inscrita: 41446 (em 31-12-95)					
SAP (24h)						Homens : 19694					
Serv. Saúde Pública, Serv. Tub. Doenças Resp.						Mulheres : 21752					
Radiologia, Fisioterapia, Ortóptica						0 - 4 HM : 1407					
Lab. Análises Clínicas e Saúde Pública						5 - 14 HM : 4412					
13 Extensões de Saúde						15 - 44 HM: 17824					
						45 - 64 HM: 9412					
						≥ 65 HM : 8391					
						População Residente: 35827 (censo 91)					
Recursos Humanos (em serviço em 30-3-1996)											
Méd. S.Pub	Méd. C.G.	TSup Saúd	Enf.	Téc Sup	TSer Soc	TDT	TAS	Téc	Adm.	Outro	Total
2	27	1	27			4			33	11	105
Actividades											
Consultas CG/MF					Actos de Enfermagem						
Adultos		Infantil	Materna	Planeam Familiar	Consultas	Injecções	Pensos				
1994		58499	6624	867	1906	59583	13070	7197			
1995		60617	6315	537	1010	64476	12207	9367			
SAP		Internamento			MCDT						
		Demora Média	Taxa Ocupação	Doentes Saídos	Análises Laborat	RX	ECG				
1994		40380			13456	5287	2616				
1995		14192			10303	4405	2016				
Principais Indicadores das Actividades em Programas						1993	1994	1995			
Tx Cobertura Planeamento Familiar						34,69	26,14	21,63			
Tx Cobertura Rastreio do Cancro do Colo de Útero (activas)						18,42	31,31	29,35			
Tx Grávidas seguidas						70,39	76,85	69,23			
Tx Grávidas seguidas exclusivamente no Centro Saúde						100,00	60,26	59,26			
Tx Precocidade de Vigilância (inscristas no 1º trimestre)						67,68	73,72	77,78			
Tx Precocidade na Vigilância em Saúde Infantil (insc. < 28 dias)						82,14	79,37	84,21			
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 3 m						56,39	58,15	57,01			
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 6 m						34,36	19,26	24,43			
Tx Cobertura de BCG das Crianças com 12 meses						98,68	95,19	100,00			
Tx Cobertura de VAP das Crianças com 12 meses						92,95	91,48	95,48			
Tx Cobertura de DTP das Crianças com 12 meses						92,95	90,74	95,48			
Tx Cobertura de Crianças com Exame Global						65,08	73,15	75,32			
Tx Cobertura de VAT das crianças 11 a 13 anos						64,94	53,52	77,01			
Tx Hipertensos controlados						63,15	61,75	44,70			
Tx Diagnóstico de Hipertensos com Revisão de Qualidade						0,00	13,32	13,12			
Tx Cobertura de Conviventes de Tuberculosos						100,00	85,71	100,00			

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.

Quadro Anexo 9

CENTRO DE SAÚDE (C)											
Distância ao Hosp. Dist. Beja : 28 km											
Serviços						População Abrangida e Inscrita					
Ambulatório (8,30h - 17,30h)						População Inscrita: 19666 (em 31-12-95)					
SAP (24h)						Homens : 9674					
8 Extensões de Saúde						Mulheres : 10008					
						0 - 4 HM : 775					
						5 - 14 HM : 2100					
						15 - 44 HM: 8134					
						45 - 64 HM: 4436					
						≥ 65 HM : 4221					
						População Residente: 17915 (censo 91)					
Recursos Humanos (em serviço em 30-3-1996)											
Méd. S.Pub	Méd. C.G.	TSup Saúd	Enf.	Téc Sup	TSer Soc	TDT	TAS	Téc	Adm.	Outro	Total
1	13		11						13	6	44
Actividades											
Consultas CG/MF					Actos de Enfermagem						
Adultos		Infantil		Materna	Planeam Familiar	Consultas		Injecções	Pensos		
1994		36044		4156	601	488	36783		12257	4701	
1995		37159		4032	603	794	36501		11179	3567	
SAP		Internamento			MCDT						
		Demora Média	Taxa Ocupação	Doentes Saídos	Análises Laborat	RX		ECG			
1994		18601			644						
1995		20563			367						
Principais Indicadores das Actividades em Programas						1993	1994	1995			
Tx Cobertura Planeamento Familiar						17,60	15,10	17,37			
Tx Cobertura Rastreio do Cancro do Colo de Útero (activas)						18,75	15,26	14,61			
Tx Grávidas seguidas						71,74	74,67	73,57			
Tx Grávidas seguidas exclusivamente no Centro Saúde						60,61	53,33	41,75			
Tx Precocidade de Vigilância (inscristas no 1º trimestre)						69,70	60,00	65,05			
Tx Precocidade na Vigilância em Saúde Infantil (insc. < 28 dias)						88,51	82,88	78,74			
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 3 m						55,62	50,83	65,47			
Tx Crianças com 12 m com Aleitamento Materno exclusivo até 6 m						31,95	23,76	24,46			
Tx Cobertura de BCG das Crianças com 12 meses						100,00	98,34	100,00			
Tx Cobertura de VAP das Crianças com 12 meses						99,41	95,58	99,28			
Tx Cobertura de DTP das Crianças com 12 meses						98,82	95,58	99,28			
Tx Cobertura de Crianças com Exame Global						64,09	66,86	63,10			
Tx Cobertura de VAT das crianças 11 a 13 anos						61,43	84,35	80,06			
Tx Hipertensos controlados						58,90	45,72	41,44			
Tx Diagnóstico de Hipertensos com Revisão de Qualidade						33,05	64,78	58,32			
Tx Cobertura de Conviventes de Tuberculosos						100,00	100,00	100,00			

Fonte: Sub-Região de Saúde de Beja. Núcleo de Planeamento e Estatística.