



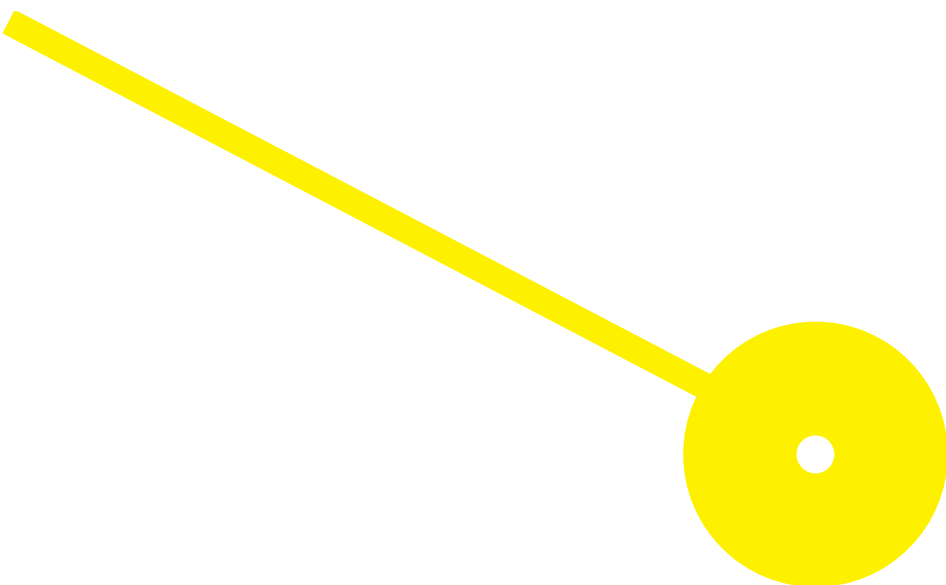
MESTRADO

GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES – RAMO UNIDADES DE SAÚDE

Análise do poder dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica no contexto hospitalar do Serviço Nacional de Saúde

Maria Isabel Pinho Ferreira

06/2023





Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**Análise do poder dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica no contexto
hospitalar do Serviço Nacional de Saúde**

Autor

Maria Isabel Pinho Ferreira

Orientador

Professor Doutor João Manuel Aguiar Coelho, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco

Gentil

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão de Unidades de Saúde – Ramo: Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar, e sobretudo, ao Professor Doutor João Aguiar Coelho. Ele próprio, para mim, um símbolo de sabedoria e paciente dedicação. Carinhosamente, conduziu-me nos trilhos errantes e erráticos desta viagem, partilhando o gosto pelo itinerário.

Ao Painel Delphi e restantes intervenientes, pela colaboração e disponibilidade no desenvolvimento desta dissertação.

Ao Pedro, pela incansável voz de entusiasmo e motivação.

À minha irmã Helena, por caminhar comigo, lado a lado, em todos os desafios pessoais, profissionais e agora também académicos.

Por fim, agradeço aos meus Pais pelo modelo de superação, coragem e sensibilidade. São o melhor lugar do mundo, sempre.

A todos, e a tudo o que (me) deixaram, muito obrigada.

Resumo

Estudo exploratório que pretende procurar fatores que validem ou infirmem a hipótese de que os TSDT têm pouco poder nos hospitais do SNS, e esboçar soluções que possam contribuir para um maior poder de intervenção e influência. Numa perspectiva estrutural-funcionalista, poder é a capacidade estatutária de influenciar decisões sistémicas e, numa perspectiva interacionista simbólica, a capacidade de agir sobre outros indivíduos e de influenciar os seus comportamentos. **Metodologia:** Participaram num Painel Delphi online 15 peritos no tema, que deram a sua opinião sobre um conjunto de 15 itens relacionados com o poder profissional dos TSDT, segundo duas rondas iterativas de respostas. Considerou-se consenso do Painel quando, para cada item, pelo menos 80% das opiniões foram coincidentes. **Resultados:** Observou-se consenso em 11 dos 15 itens. Apesar da sua autonomia técnica e importância, é consensual a falta de poder dos TSDT provocada pela sua exclusão dos processos de decisão sistémica e Conselhos de Administração dos hospitais, e pela inexistência de uma identidade profissional, muito devido à falta de elementos agregadores e à inexistência de elementos simbólicos e rituais de interação. Não foi obtido consenso em 4 itens sobre a autonomia profissional, diversidade de profissões na carreira e quanto aos elementos que contribuam para serem identificados e reconhecidos no hospital e pela sociedade. **Conclusão:** Os TSDT têm pouco poder estrutural e sobretudo relacional, nos hospitais do SNS. Os itens que não obtiveram consenso carecem de mais investigação, principalmente relacionada com o capital simbólico dos TSDT, a bem da profissão e do funcionamento dos hospitais do SNS.

Palavras-chave:

Funcionalismo; Interacionismo simbólico; Poder profissional; Sociologia das profissões; Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Abstract

This exploratory study aims to search for factors which validate or refute the hypothesis that Higher Diagnostic and Therapeutic Technicians (HDTT) have little power in the hospitals belonging to the Portuguese National Health Service, as well as identify solutions which may contribute for a greater power of intervention and influence. From a structural-functionalist perspective, professional power means the statutory capacity to influence systemic decisions and, from a symbolic interactionist perspective, the capacity to act upon other individuals and to influence their behaviour. **Methodology:** 15 experts in this area participated in an online Delphi Panel, who gave their opinion upon a set of 15 items related to the professional power detained by HDTT, according to two interactive rounds of responses. Panel consensus was considered when, for each item, at least 80% of coinciding opinions were achieved. **Results:** Consensus in 11 out of 15 items was observed. Despite their technical autonomy and importance, there is consensus regarding the lack of power by HDTT within the hospitals of the NHS, due to their exclusion from processes of systemic decision and Boards of Directors, and due to the lack of a professional identity, mostly due to the absence of elements able to aggregate the 18 existing professions and the inexistence of symbolic elements and interaction rituals. No consensus was obtained in 4 items, chiefly related to professional autonomy and diversity of professions within this career, and to the existence of elements which may contribute to their identification and recognition inside the hospital itself and by society. **Conclusion:** HDTT have little structural power and, especially, little relational power in NHS hospitals. Items which have obtained no consensus want further research, mainly regarding the technicians' symbolic capital, for the sake of the professional and the operation of NHS hospitals.

KEY WORDS:

Structural-functionalism; Symbolic interactionism; Professional power; Sociology of professions; Higher Diagnosis and Therapeutics Technicians

Lista de siglas e abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CREDES	<i>Conducting and REporting of Delphi Studies</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
DL	Decreto«-Lei
ECTS	Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos
p. ex.	Por exemplo
PD	Painel Delphi
SFP	Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses
SIADAP	Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública
SINDITE	Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STSS	Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
TSDT	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
ULSM-HPH	Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano

Índice Geral

Introdução.....	1
CAPÍTULO 1 – A SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES E O PODER PROFISSIONAL	4
1. A Sociologia das Profissões	5
1.1. As teorias estrutural-funcionalistas.....	5
1.2. As teorias interacionistas simbólicas.....	7
1.3. Uma teoria da complexidade	10
2. O Poder Profissional	11
2.1. O poder como estatuto	13
2.2. O poder como relação	13
2.2.1. Mundo social	13
2.2.2. O mundo social hospitalar como uma ordem social negociada.....	15
2.2.3. Símbolos e rituais de interação.....	17
2.2.4. “Códigos culturais” ou “Alma profissional”	17
CAPÍTULO 2 – A PROFISSÃO DOS TSDT NOS HOSPITAIS DO SNS.....	19
1. A Profissão como Carreira	19
1.1. A história.....	20
1.2. Caracterização atual.....	22
2. A profissão dos TSDT como um conjunto de saberes especializados	24
3. A identidade profissional dos TSDT dos hospitais do SNS.....	26
CAPÍTULO 3 – O PODER DOS TSDT NOS HOSPITAIS DO SNS.....	28
1. Razão da escolha do tema.....	28
2. Hipótese e Objetivos.....	29
3. Metodologia.....	29
3.1. O método Delphi	30
3.2. Trabalho de campo	30
3.2.1. Fase Preliminar	31
3.2.1.1. Revisão Bibliográfica.....	31
3.2.1.2. Construção do instrumento de consenso	31
3.2.1.3. Validação linguística e teste piloto.....	32
3.2.1.4. O questionário Delphi	33
3.2.2. Fase Delphi: consenso do Painel Delphi.....	34

3.2.2.1. Painel Delphi.....	35
3.2.2.2. Tratamento e análise dos dados.....	36
4. Resultados e Discussão.....	37
Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas.....	51
Apêndices	55
Apêndice 1 – Representação esquemática da descrição metodológica do trabalho de campo.....	55
Apêndice 2 – Poder profissional: tópicos de análise.....	56
Apêndice 3 – O poder dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica no contexto hospitalar do Serviço Nacional de Saúde: Breve enquadramento teórico	57
Apêndice 4 – Instrumento para verificação de consenso: Questionário Delphi	59
Apêndice 5 – Técnicas de Consenso: O método Delphi.....	62

Índice de Figuras

Figura 1 – Desenvolvimento da fase Delphi.....	35
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Processo de construção do questionário Delphi.....	32
Tabela 2 – Itens do questionário Delphi, distribuídos de acordo com as teorias de desenvolvimento da sociologia das profissões.....	33
Tabela 3 – Resultados da ronda 1 e da ronda 2, para cada item do Questionário Delphi.....	38

Introdução

Este trabalho é um estudo exploratório sobre uma profissão (a dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica), um tema (o poder profissional), um modelo teórico (a combinação de duas abordagens sociológicas, normalmente opostas: macro-micro, estrutura-agente, funcionalismo-interacionismo) e um enfoque psicossociológico (o interacionismo simbólico), pouco estudados em Portugal.

O estudo tem por objeto o poder profissional dos Técnicos Superiores das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal.

A autora, enquanto TSDT na Unidade Local de Saúde de Matosinhos-Hospital de Pedro Hispano (ULSM-HPH), parte da sensação subjetiva, que decorre da sua experiência profissional e observação atenta, de que os TSDT aparentam ter pouco ou nenhum poder no contexto das profissões presentes na atividade hospitalar, em especial se comparado (o que não é o objetivo deste trabalho) com a profissão médica e de enfermagem, se por *poder* entendermos, numa perspetiva funcionalista, designadamente, a capacidade estatutária geral de influenciar decisões *sistémicas* (estruturais e/ou funcionais) ou, numa perspetiva relacional, a capacidade de agir sobre outros indivíduos ou grupos e de influenciar os seus comportamentos (Goetschy, 1981, p. 447), ou, melhor dito, “a capacidade de um indivíduo ou grupo de influenciar as ações, as crenças ou a conduta (comportamento) dos outros” (Parsons, 1963, p. 237).

Partindo desta hipótese inicial, a de que os TSDT têm pouco ou nenhum poder (institucional e relacional) na estrutura organizacional e no funcionamento dos hospitais públicos em Portugal, é objetivo geral, depois de algumas considerações teóricas, procurar, com recurso a metodologia adequada e viável (método Delphi), de forma necessariamente exploratória, identificar alguns fatores principais que podem validar ou infirmar a referida hipótese, e, a partir daí, como objetivos secundários, esboçar algumas soluções, que, na ótica de um grupo de especialistas no tema (Painel Delphi), possam contribuir para um maior poder de intervenção e influência dos TSDT, a bem da profissão e da melhor organização e funcionamento dos hospitais.

O *poder profissional* é um tema da sociologia das profissões. Um tema, porém, como muitos outros (p.ex. o da identidade profissional), muito difuso e mal definido, que “aparece quase sempre nas bordas ou nas entrelinhas dos trabalhos dos sociólogos das profissões” (Meneghetti, 2009, p. 6), mesmo na área da chamada sociologia neoweberiana das profissões¹, da que Elliot Freidson é o seu principal representante.

¹ Crê-se que a designação *neoweberiana* apenas parece ter sentido por ter sido Max Weber, de entre os pais fundadores da sociologia, o único a abordar a questão do poder em termos sociológicos (Os três tipos puros do poder legítimo, ensaio publicado postumamente por Marianne Weber nos *Preußischen Jahrbücher*, Vol. CLXXXVII, 1992, pp. 1-12, com o subtítulo: *Um estudo sociológico*. Cf. Max Weber. *Três Tipos de Poder e outros escritos*. Tradução de Artur Morão. Lisboa. Tribuna da História), ainda que não relacionado com qualquer profissão. Refira-se, aliás, que nem Weber nem Durkheim, outro dos pais fundadores da sociologia, alguma vez tiveram as profissões como objeto de análise em si. As profissões estão quase sempre ausentes quer num quer noutro autor. “Durkheim e Weber ainda não tinham identificado as profissões enquanto tal, no sentido que mais tarde irá ser feito pelos funcionalistas [...]”. (Champy, 2012, p. 16)

As abordagens, contudo, que são feitas, não satisfazem nem servem os objetivos da presente análise. Procurar-se-á, por isso, abordar o tema segundo uma nova perspectiva teórica. Uma perspectiva que se designará nesta dissertação, pedindo de empréstimo o título do artigo de Eguzki Urteaga², de uma *Teoria da Complexidade* da profissão dos TSDT, perspectiva esta que irá procurar combinar variáveis funcionalistas (de natureza macro, essencialmente ligadas à estrutura dos hospitais do SNS), variáveis interacionistas (de natureza micro, mais ligadas ao funcionamento dos hospitais) e variáveis comuns a ambas as teorias, ao funcionalismo e ao interacionismo (de natureza mista, macro-micro, funcionalista-interacionista).

Para identificar as diferentes variáveis de uma e de outra teoria e variáveis comuns a ambas as dimensões teóricas, faz-se, necessariamente, uma breve revisão bibliográfica e conceitual das dimensões e conceitos que caracterizam ambas as teorias e de alguns conceitos que vieram a ser assimiladas e utilizadas, indistintamente, por umas e outras, ainda que coloridas com o respetivo enfoque, já sem a preocupação de saber da sua origem ou proveniência, mormente de saber se o conceito é ou teve origem funcionalista, é ou teve origem interacionista.

Ainda que se tratando da abordagem teórica mais importante que veio a tornar-se alternativa ao Funcionalismo, o Interacionismo Simbólico, sobretudo na Europa, mormente em Portugal, tem tido pouca relevância, sendo, uma corrente teórica praticamente desconhecida e, por isso mesmo, pouco utilizada em investigação, sobretudo a que é feita sobre as profissões. Poderá estar aqui, em parte, alguma explicação para a hipótese de partida deste trabalho, razão pela qual se dará a esta teoria especial atenção. Uma atenção que, pensa-se, irá ser necessariamente inovadora em alguns aspetos não só quanto à importância de alguns conceitos (p.ex., interação social simbólica, mundo social, ordem social negociada, carreira, trajetos) como quanto à importância de alguns autores quase desconhecidos ou muito pouco referenciados (p.ex., Anselm Strauss, Erving Goffman, Sheldon Stryker).

A sociologia das profissões nasceu e desenvolveu-se quer na vertente funcionalista, quer na vertente interacionista, quer mesmo na vertente dita weberiana, em torno das profissões de saúde. A profissão médica foi (e tem sido) a mais estudada pelos principais sociólogos das profissões: por Talcott Parsons (funcionalista), por Everett Hughes, Anselm Strauss e Erving Goffman (interacionistas simbólicos), Eliot Freidson (dito "neoweberiano"). "A medicina é a atividade emblemática do modelo das profissões e o seu estudo ajudou fortemente a identificar os traços distintivos das profissões", escreve Champy (2012, p. 5).

² Urteaga, E. (2008). Sociología de las Profesiones: Una Teoría de La Complejidad. *LAN HARREMANAK*/18 (2008-I) (169-198).

Outras profissões de saúde, porém, vieram a merecer a atenção de estudiosos e dos investigadores, em especial, a profissão de enfermagem.

Curiosamente, contudo, com a rara exceção de uma ou outra profissão integrada no grupo profissional dos TSDT (p.ex., técnicos de radiologia e de cardiopneumologia), globalmente, a profissão dos TSDT nunca terá sido objeto de qualquer estudo. Pelo menos, não se terá descortinado um que o fizesse, até à data de entrega da dissertação.

A pertinência deste estudo é ainda reforçada pelo aparecimento de novas regras de gestão pública dos hospitais do SNS, nomeadamente regras de gestão empresarial, *maxime*, de empresarialização dos hospitais³, que têm vindo a dar razão aos que dizem estar a verificar-se fenómenos de desprofissionalização e proletarização das profissões⁴. De que o exemplo mais apontado por todas, e relativamente a todas as profissões, inclusive pela profissão médica, tem sido, sobretudo desde 2002, a destruição (no mínimo, estagnação) do sistema de carreiras profissionais.

Pertinente também, em última instância, para chamar a atenção sobre a necessidade de estudos de âmbito global sobre a profissão dos TSDT, estudos que, nomeadamente, aprofundem a questão do poder profissional dos TSDT para além de uma fase meramente exploratória como é este estudo.

A presente dissertação organiza-se segundo 3 Capítulos, de acordo com as matérias abordadas. No Capítulo 1 começa-se por fazer o enquadramento teórico do poder profissional no contexto da Sociologia das Profissões e suas teorias de desenvolvimento.

No Capítulo 2 passa-se à apresentação e caracterização atual e legal dos TSDT no quadro dos hospitais do SNS, fazendo-se também referência à sua génese e o desenvolvimento histórico da carreira.

O Capítulo 3 dedica-se à descrição do trabalho empírico, mormente apresentação da hipótese de trabalho e objetivos que presidiram a construção teórica do objeto de estudo, com descrição da estratégia metodológica utilizada. É feita a análise dos resultados obtidos, relativamente ao poder que TSDT detêm nos hospitais do SNS e meios para aumentar o seu poder de intervenção.

Por fim, na conclusão salientam-se os principais resultados deste trabalho, reconduzindo o leitor para novas linhas de pesquisa futuras sobre os TSDT.

³ O movimento da *Nova Gestão Pública*, nascida e desenvolvida a partir da década de 70 no Reino Unido, chegou a Portugal e ao setor da saúde com a empresarialização dos hospitais, primeiro de 2002-2005, como Hospitais Sociedades Anónimas de Capitais Exclusivamente Públicos (HH SA), depois, de 31 de dezembro de 2005 em diante, como Hospitais Entidades Públicas Empresariais (HH EPE). Nas principais regras de gestão empresarial introduzidas na gestão das profissões presentes nos hospitais do SNS pode citar-se a estagnação ou fim das carreiras profissionais, o recurso aos contratos individuais de trabalho do Código do Trabalho e demais legislação de gestão de recursos humanos que veio desestruturar o *tipo ideal* de profissão (no sentido weberiano) que é/eram as profissões do Estado.

⁴ Cf., Marie R. Haug, por exemplo, quanto à desprofissionalização (Haug, M. R. (1975). *The desprofessionalism of everyone*. In *Sociological Focus* (8:3, pp. 197-213). <https://doi.org/10.1080/00380237.1975.10570899>) e Martin Oppenheimer, quanto à proletarização (Haug, M. R. (1975). *The desprofessionalism of everyone*. In *Sociological Focus* (8:3, pp. 197-213). <https://doi.org/10.1080/00380237.1975.10570899> Oppenheimer, M. (1972). *The Proletarianization of the Professional*. *Sociologic Review*, 20(1), 213-227. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb03218.>). Cf., também Rodrigues (2002, pp. 69-91) e (Meneghetti, 2009, pp. 21-29).

CAPÍTULO 1 – A SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES E O PODER PROFISSIONAL

Como objeto de análise e estudo em si, com caráter específico e sistemático, as profissões apenas começaram a merecer a atenção dos sociólogos e da sociologia, a partir da década de 50 do século passado.

Primeiro, nos termos de uma abordagem estrutural-funcionalista, com origem na década de 50 na Universidade de Harvard. Depois, na década de 60, com predomínio da abordagem interacionista simbólica⁵, com origem na Universidade de Chicago (Rodrigues, 2002, p. 35).

A partir da década de 80 em diante, tem vindo a defender-se a necessidade de desenvolver uma terceira abordagem, que agregue e relacione a abordagem funcionalista com a abordagem interacionista. Neste “terceiro olhar”, pode incluir-se a Teoria da Complexidade [termo usado por Urteaga (2008, p. 185)], que irá ser abordada nesta dissertação, relativamente à profissão de TSDT nos hospitais do SNS.

Até ao aparecimento da sociologia das profissões como disciplina científica, as profissões apenas eram abordadas incidentalmente por diversos autores. Durkheim, apenas lhes terá feito referência no prefácio da 2ª edição da sua tese *Da Divisão do Trabalho Social* e no seu livro *O Suicídio*, “talvez onde se consiga compreender melhor a posição de Durkheim sobre o assunto”, escreve Champy (2012, p. 14). Para Max Weber, as profissões estão quase ausentes dos seus trabalhos.

“Durkheim e Weber ainda não tinham identificado as profissões enquanto tal, no sentido que mais tarde irá ser feito pelos funcionalistas [...]” (Champy, 2012, p. 16). Ainda assim, atribuem-lhes um valor positivo, considerando-as formas “superiores” de organização social, através de uma divisão funcional das tarefas requeridas numa sociedade, em prol da sua harmonia e bom funcionamento (Rodrigues, 2002, p. 2).

Pese embora nenhum destes pais fundadores da sociologia tenha abordado explicitamente as profissões como objeto específico de investigação sociológica, as respetivas perspetivas teóricas não deixaram de influenciar as teorias sociológicas, e das profissões, que vieram a tornar-se mais relevantes: o estrutural-funcionalismo (Durkheim) e o interacionismo simbólico (Max Weber).

Neste capítulo, serão apresentadas as teorias de desenvolvimento da sociologia das profissões, com posterior referência ao poder profissional, segundo as diferentes teorias.

⁵ Sobre o Interacionismo Simbólico, ver Aguiar Coelho (2021). *O Interacionismo Simbólico. O Símbolo como instrumento de Mediação Psicossocial*. Porto. Edições da Universidade Fernando Pessoa. Trata-se do primeiro e (pensa-se) único livro em Portugal sobre esta corrente. Nele são abordados os principais temas e autores interacionistas simbólicos, bem como o papel dos símbolos como instrumento de mediação nas interações sociais.

1. A Sociologia das Profissões

Como referido, a maioria dos autores que fazem revisão da literatura neste âmbito, distingue duas grandes abordagens sociológicas das profissões: (a) a abordagem estrutural-funcionalista e (b) a abordagem interacionista simbólica.

A abordagem estrutural-funcionalista foi cimentada por Talcott Parsons (1902–1979), mais estruturalista, e por Robert Merton (1910–2003), mais funcionalista, nos Estados Unidos do pós-guerra. A rutura com o quadro funcionalista parte, numa primeira fase, dos pressupostos interacionistas simbólicos de Eliot Freidson (1923–2005). Mais tarde, logo a partir da década de 60, a abordagem interacionista simbólica veio a desenvolver-se, sobretudo, pelos trabalhos publicados por Everett Hughes (1897–1983) e Anselm Strauss (1916–1996).

1.1. As teorias estrutural-funcionalistas

As teorias estrutural-funcionalistas das profissões caracterizam-se, fundamentalmente, por: (a) serem tendencialmente durkheimianas, mais preocupadas com os factos sociais do que com a ação social; maior conhecimento dos “arquivos” (estatísticas, análise documental, elementos objetivos, análise estrutural), do que com a compreensão e a interpretação dos indivíduos (as suas histórias e percurso de vida, atitudes, crenças e opiniões, análise dos processos e atividades); (b) serem macrossociológicas, tendo por objeto, essencialmente, a sociedade no seu todo, e não o indivíduo de *per se*; (c) serem estruturais, mais focadas na estrutura organizacional do que nos agentes sociais; (d) serem funcionalistas, estudando, maioritariamente, as funções objetivas em detrimento das interações subjetivas, nomeadamente as interações sociais simbólicas; (e) estudarem, sobretudo, a ordem social estatutária, formal e imposta, ao invés da ordem informal, negociada, incluindo nesta, a aceitação da desordem e conflito social; (f) estudarem a unidade, em detrimento da diversidade; (g) serem deterministas (a estrutura determina os comportamentos); (h) o terem como foco principal o controlo social e a questão da autonomia *versus* liberdade social; (i) visarem, fundamentalmente, a estabilidade das profissões, ao invés da dinâmica social profissional; (j) colocarem maior ênfase no conceito de *profissão* como modelo do que como *profissionalização*; no conceito de tarefa (conjunto de recursos materiais e organizacionais, dados ao profissional para trabalhar) do que no conceito de atividade (modo como esses recursos são utilizados); (k) colocarem maior incidência no estado e situação objetiva (caraterização da situação atual) do que no processo e na situação subjetiva (caraterização da situação futura); (l) visarem a construção da identidade profissional mais como um estatuto fixo do que uma construção social; (m) visualizarem o poder mais como autoridade (na sua legitimidade formal) do que como influência e construção simbólica (mérito e saberes; legitimidade carismática ou poder

simbolicamente construído⁶) (Estramiana et al., 2007, pp. 49–55; Gonçalves, 2007, pp. 178–180; Meneghetti, 2009, pp. 10–15; Rodrigues, 2002, pp. 7–15; Urteaga, 2008, pp. 171–176).

“De uma maneira geral, esta corrente teórica produz uma visão das sociedades onde a ordem e a harmonia dominam, as entidades que as compõem estão ligadas por relações funcionais [...]. Na linha dos trabalhos de Durkheim, os grupos sociais [logo, as profissões] regulam o comportamento dos seus membros, de modo suficiente e eficaz, para que as suas ações concorram para a manutenção do sistema social, ao qual pertencem. Trata-se de uma sociologia essencialmente determinista.” (Champy, 2012, pp. 17–18).

De acordo com Champy (2012), destacam-se, na abordagem funcionalista, duas ideias base: a primeira relacionada com a especificidade do trabalho realizado por uma determinada ocupação; e a segunda ligada à unidade das profissões e das suas práticas, relacionada com a “necessidade de delimitar os domínios de intervenção e dos estatutos que os protegem da concorrência interprofissional” (p.20).

Desta forma, pertence a cada profissão, por via estatutária, a definição de papéis, a fixação do catálogo de direitos e deveres e de normas éticas de conduta. Cabe-lhes determinar: (a) os requisitos de acesso à profissão; (b) o corpo teórico de conhecimentos, que articula o saber prático e o saber teórico, e que confere autoridade e competência profissional para um domínio de atividade; (c) o reconhecimento e validação de conhecimentos especializados; (d) o tipo de ensino e formação exigidas, que desenvolvam e transmitam esse corpo de conhecimentos de forma credível; (e) a atribuição de uma identidade profissional e, por esta via, essencialmente estrutural-funcional, (f) determinar, com pouca ou nenhuma margem de autonomia e grande unidade identitária, os comportamentos previsíveis e funcionais dos respetivos membros.

“Uma profissão emerge quando uma quantidade definida de pessoas começa a praticar uma técnica definida fundamentada numa formação específica” [Carr-Saunders e Wilson (1934) citados por Santos, 2011, p. 26]. Foi esta, a primeira definição funcionalista da profissão, por Carr-Saunders e Wilson, que em 1934 publicam o verbete “*profession*”, na Enciclopédia de Ciências Sociais. Esta definição foi orientadora da teoria da profissão que, mais tarde, veio a ser desenvolvida, fundamentalmente pelo estruturalista Talcott Parsons e pelo funcionalista Robert Merton.

Grosso modo, foi este o modelo em primeira mão gizado para a profissão médica, que veio a enformar a teoria das demais profissões (Rodrigues, 2002, pp. 7–15), especialmente, mais tarde, em Portugal a partir da década de 70⁷, a profissão dos técnicos auxiliares de laboratório (designados depois por

⁶ Segundo Aguayo Cuevas (2006) “La legitimación laboral de una profesión está dada por la forma en que logra validarse ante la sociedad, pero también ante sus propios usuarios” (p.111); “La aprehensión de las vivencias del otro se da a través de una representación significativa-simbólica, es decir, el conocimiento subjetivo del otro sólo es posible, a través de una mediación” (p.133).

⁷ A criação e regulamentação das carreiras profissionais de saúde iniciou-se com o Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de setembro, onde se pode ler, nomeadamente no nº1 do respetivo Preâmbulo: “O presente diploma estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o

técnicos de diagnóstico e terapêutica e atualmente técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica), como se verá mais adiante, no Capítulo II.

1.2. As teorias interacionistas simbólicas

Regra geral, pode dizer-se, as teorias interacionistas simbólicas apresentam um conjunto de características em praticamente tudo opostas às teorias estrutural-funcionalistas. Assim, as teorias interacionistas simbólicas das profissões caracterizam-se por serem: (a) tendencialmente weberianas; (b) microsociológicas; (c) agenciais; (d) compreensivas e interpretativas; (e) sócio-negociais; (f) sócio-dinâmicas; (g) profissionalizantes; (h) ativas; (i) processuais; (j) indeterministas; (k) autonomistas; (l) socio-construtivistas simbólicas; (m) meritocráticas e carismáticas (Estramiana et al., 2007, pp. 67–85; Gonçalves, 2007, p. 180 e 181; Meneghetti, 2009, pp. 15–21; Rodrigues, 2002, pp. 15–22; Urteaga, 2008, pp. 177–181).

A originalidade do interacionismo simbólico

é o facto de considerar a ação recíproca dos seres humanos e os sinais que a tornam visível como o fenómeno social mais importante. [...] Longe de serem determinadas por estruturas ou sistemas, as condutas sociais encontram o seu princípio no seu próprio desenrolar temporal. Para o interacionismo simbólico, o comportamento humano não é uma simples reação ao meio ambiente, mas um processo interativo de construção desse meio (Dicionário Temático Larousse de Sociologia, 2007, p. 119).

Segundo Herbert Blumer (Aguiar Coelho, 2021, p.71-73), o interacionismo simbólico baseia-se em três premissas teóricas básicas: (1ª) o ser humano orienta os seus atos face às coisas (p.ex. objetos ou pessoas) em função do que estas significam para ele, ou seja, com base no significado que ele atribui às coisas e às situações que os rodeiam; (2ª) os significados, corporizados em símbolos, são um produto social que emana das interações sociais; (3ª) os símbolos são utilizados pelos sujeitos através de um processo de interpretação própria que supõe a autointerpretação e manipulação de significados.

Uma síntese comum compartilhada por diversos interacionistas simbólicos baseada em desenvolvimentos posteriores, escreve Aguiar Coelho (2021, p. 73), diz-nos que: (1) ao contrário dos animais, os seres humanos estão dotados de capacidade de autoconsciência e pensamento; (2) a

funcionamento regular das carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência [...]. As carreiras profissionais de saúde vieram a ser criadas, e a ser vistas como a chave do sucesso, da que veio a ser designada Reforma Sanitária do Professor Gonçalves Ferreira. Reforma esta que, juntamente com a Reforma Hospitalar, de 1968, veio a constituir os principais pilares do Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979 pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro. No nº1 do artigo 45º desta Lei veio a estipular-se que “ao pessoal do SNS que tenha a qualidade de funcionário é assegurado o regime de carreira.”

capacidade de pensamento do Homem é moldada pela interação social; (3) na interação social, as pessoas criam e aprendem os significados e os símbolos que lhes permitem exercer a sua capacidade de pensamento; (4) os significados e os símbolos permitem às pessoas agir e interagir de um modo especificamente humano; (5) as pessoas são capazes de modificar ou alterar os significados e os símbolos que usam na ação e na interação, com base na interpretação que fazem da situação; (6) as pessoas são capazes de introduzir modificações e alterações, devido, em parte, à sua capacidade para interagir consigo próprias, o que lhes permite examinar os possíveis cursos de ação e avaliar as vantagens e desvantagens relativas, para elegerem um deles; (7) as pautas entrelaçadas de ação e interpretação são o fundamento dos grupos e das sociedades.

Quando aplicada às profissões, emerge da teoria interacionista simbólica, a seguinte matriz de pensamento sociológico: (a) ênfase à significação e aos símbolos criados e utilizados no contexto das interações sociais que se estabelecem no trabalho; (b) consideração da interação social como interação simbólica, no sentido que lhe é dado por Herbert Blumer, ao referir, escreve Stryker (1980, p. 90), que “os seres humanos não reagem simplesmente às ações dos outros; em vez disso, eles interpretam ou definem as suas ações; as respostas são baseadas nos significados que atribuem às ações; a interação humana é mediatizada por símbolos, pela [sua] interpretação e pela atribuição do significado às ações do participante”; (c) o reconhecimento de que o homem é um ser reflexivo e não um mero juguete de forças do “sistema social” e da “estrutura” ou da “cultura”; (d) a ideia de interação social como processo; (e) a ordem social como um processo também negociado entre sujeitos relativamente autónomos e livres, indeterminados; (f) que a mudança é permanente não ficando a ordem social absolutamente restrita a uma situação social mesmo quando o seu peso (a influência, a determinação) é grande; (g) a sua natureza construtivista, uma vez que “estudando os processos pode-se romper com a percepção naturalista dos fenómenos sociais e fazer ressaltar a sua parte de contingência” (Champy, 2012, pp. 22–25).

“Um dos traços fortes do interacionismo simbólico é a passagem de uma sociologia dedutiva a uma sociologia mais indutiva [...], mais atenta à riqueza empírica, na qual o trabalho de terreno é uma componente muito valorizada na profissão” (Champy, 2012, pp. 22–25).

Urteaga, 2008 (p. 179 e 180) destaca e desenvolve como principais noções da teoria interacionista simbólica das profissões, os seguintes cinco conceitos chave: (a) *licença*, conceito criado por Heverett Hughes (1958), para quem, diz Urteaga (2008, p. 180) “todo o emprego leva consigo uma reivindicação de ser autorizado a exercer algumas atividades que outros não poderão exercer (licença) [...] uma vez obtida esta autorização, cada grupo profissional reivindica um *mandato*, para fixar qual deve ser a atitude específica dos demais face aos domínios (assuntos) ligados ao seu trabalho”; (b) *carreira*, como

sinónimo de “trajetória” (conceito desenvolvido por Anselm Strauss), ou seja, o caminho (informal) que cada pessoa efetivamente percorre paralelamente às vias formais, isto é, dos lugares formais que estruturam e organizam os sistemas de atividade. “É a relação entre a estruturação das organizações de trabalho e as trajetórias dos trabalhadores que constitui, para os interacionistas, a base de análise das carreiras.”; (c) *segmentação*, conceito desenvolvido por Bucher e Anselm Strauss (Urteaga, 2008, p. 180) que defendiam que “a profissão é uma comunidade atravessada por conflitos de interesses e mudanças”, e não, como pretendiam os funcionalistas, um instrumento de ordem social e estabilidade. A profissão é um “conglomerado de segmentos em concorrência e reestruturação contínuas. [...] Assim, o estatuto varia segundo os segmentos profissionais e cada nova especialidade quer situar-se, distinguir-se e demonstrar a sua eficácia. [...] O que separa os segmentos não são tanto as definições oficiais e as classificações estabelecidas senão uma construção comum da situação e crenças partilhadas sobre o sentido subjetivo da atividade profissional”; (d) *mundo social*, “os mundos sociais são simultaneamente esquemas convencionais (sistemas de crenças compartilhadas) e redes de cadeias de cooperação (um conjunto de indivíduos coordenados) necessários para a ação”; são «uma série de rotinas, de costumes, de evidências. [...] um espaço, “uma arena onde existe uma certa organização”. [...] um conjunto de códigos culturais que permitem uma comunicação eficaz. [...] um “potencial de criatividade”, que permite aos seus “habitantes” inventar soluções para os problemas que encontram e para os conflitos que afrontam» (Strauss, 1992); (e) a profissão e a sua relação com os demais grupos sociais é vista como uma *ordem social negociada*: «o elemento essencial do estudo do hospital [Anselm Strauss fez os seus estudos intitulados *A trama da negociação* e *Por um enfoque em termos de mundos sociais*, num hospital psiquiátrico] é menos a estrutura oficial do que “as relações que mantêm os diferentes segmentos profissionais e sociais que exercem a sua atividade, assim como os doentes e seus familiares”. A dinâmica destas relações produz “ordens negociadas” que são contingentes e determinadas pelas configurações dos atores e da organização do trabalho». Para Strauss, citado por Aguiar Coelho (2021, p. 57), “a ordem social é o resultado de uma miríade de negociações que ocorrem no decurso de um processo de interação social”.

Desenvolvimentos posteriores do interacionismo simbólico, nomeadamente pelos sociólogos Erving Goffman e Sheldon Stryker, irão salientar a necessidade de serem abordados, também como objeto de análise das profissões (Estramiana et al., 2007, p. 81), os rituais de interação, sobretudo, das interações cara-a-cara (Goffman), bem como a necessidade de, ao lado dos aspetos interacionistas, dever ser dada uma maior importância também aos aspetos estruturais (Stryker, 1980, pp. 144–154). “Os elementos estáveis de ordem organizacional constituem o bastidor (o contexto estrutural) diante do qual se desenrolam as cenas (as negociações), os primeiros influenciando sobre as segundas, fixando o quadro (*frame*) das situações de interação” (Aguiar Coelho, 2021, p. 58).

1.3. Uma teoria da complexidade

Atualmente, a tendência geral é no sentido de abordar a sociologia das profissões já não apenas no sentido de uma sociologia estrutural funcionalista *versus* sociologia interacionista simbólica, mas sim, no sentido de encontrar uma nova abordagem, um “terceiro olhar”, que procure articular as análises das teorias funcionalistas e interacionistas, as dimensões macro e micro da sociologia, a estrutura e o agente, a sociedade e indivíduo, no fundo, uma abordagem psicossocial⁸.

Segundo Urteaga (2008, p. 169) as teorias, os conceitos e métodos propostos até então pela sociologia das profissões têm vindo a tornar-se cada vez menos apropriados para compreender as profissões, tendo em conta a sua complexidade. A esta ideia, Champy (2012, p. 30) acrescenta que se deve defender uma novapostura, “para colocar novas questões, abandonar uma parte dos pressupostos [dos modelos tradicionais]”.

Ainda que apenas numa fase inicial e exploratória, defende-se, com Urteaga, então, uma *Teoria da Complexidade* das profissões. Diz Urteaga (2008, p. 169) que “ante a parcialidade dos paradigmas contemporâneos, é necessário criar uma sociologia das profissões que trate de integrar as teorias e as metodologias, sem deduzir um do outro e sem reduzir um ao outro”. Uma teoria que pretende trabalhar com variáveis de tipo funcionalista, de tipo interacionista e variáveis, que tendo origem num ou noutro tipo, são hoje indistintamente usadas como sendo comuns a ambas as teorias, sem haver interesse em saber qual a sua origem, como parece ser o caso de conceitos como os de *carreira*, de *papel* e de *identidade profissional*, vistos hoje, na sua dupla vertente, integradamente, quer enquanto estatuto quer enquanto processo.

Uma boa síntese desta visão integradora, simultaneamente interacionista simbólica e funcionalista, é a que propôs Sheldon Stryker (1980), criador do interacionismo simbólico estrutural, no seu livro *Symbolic Interactionism. A social structural version*: “Um quadro teórico satisfatório deve relacionar a estrutura social e a pessoa, deve ser capaz de transladar do nível da pessoa ao das grandes estruturas sociais e retroceder de novo... é preciso que exista um quadro concetual que facilite o movimento entre o nível da organização e o da pessoa.” (p.53)

A teoria da complexidade vai, desta forma, ao encontro da necessidade verificada a partir dos anos 80, de encontrasse “terceiro olhar” sobre a sociologia das profissões, em geral, e sobre o conceito de poder profissional. No caso desta dissertação, que tenha em atenção uma abordagem integrada de variáveis de natureza macro-micro; estatuto-agente; funcionalista-interacionista. Em suma, uma teoria que tenha presente que “a explicação causal de um fenómeno social requer a descrição do contexto

⁸ Escreve “Erikson (2000), citado por Aguiar Coelho (2021, p. 72), sobre este conceito, que um fenómeno é psicossocial quando o “indivíduo e a sociedade estão intimamente entrelaçados, interrelacionados dinamicamente num intercâmbio contínuo.”

estrutural em que os atores se encontram, a compreensão das ações nesse contexto e a reconstrução do processo de agregação dessas ações” (Bernardi et al., 2006, p. 169)⁹.

De acordo com Rodrigues (2002, p. 20), uma primeira tentativa de síntese das abordagens funcionalistas e interacionistas, foi feita por Wilenski (1964). Seguindo-se, no entanto, diversas outras tentativas por diversos autores, como é o caso, para a abordagem sociológica em geral, de autores como: George Ritzer, sobre o paradigma sociológico integrado; Jeffrey C. Alexander, sobre a sociologia multidimensional; Anthony Giddens, sobre integração ação-estrutura; Erving Goffman, no seu último trabalho (*Frame Analysis*, 1975) e Sheldon Stryker (em *Symbolic Interactionism: A Social Structural Version*, 1980) e, dentro da sociologia das profissões, Elliot Freidson, em *Professionalism: The third Logic* (2001)¹⁰ e Urteaga (2008).

Assim, hoje, ao abordar-se a questão do poder de uma profissão, pensa a autora da dissertação, velhas questões devem colocar-se em novos termos. Em termos, simultaneamente, estruturais e relacionais; estatutários e simbolicamente construídos, nomeadamente: (a) o conceito de poder, ele mesmo; (b) a questão da estrutura da carreira, se ela deve ser uma carreira única ou segmentada; (c) quanto à especificidade, se ela é uma profissão específica e insubstituível ou não; (d) se a profissão tem poderes de autorregulação profissional e autonomia técnica face a outras profissões e grupos profissionais; (e) sobre os papéis, a socialização e a identidade profissional; (f) sobre os aspetos simbólicos na construção e afirmação da identidade profissional.

Outras questões poderiam, em termos gerais, colocar-se. Dada, porém, a natureza exploratória deste trabalho; as limitações do mesmo, em tempo e extensão; as dificuldades da sua exequibilidade prática, nomeadamente por ausência de estudos congêneres, e os objetivos a que a autora se propôs, a análise incidirá apenas em alguns aspetos, fundamentalmente, os que se relacionam com o poder dos TSDT nos hospitais do SNS, um setor específico da atividade profissional dos TSDT.

2. O Poder Profissional

O conceito de poder é um conceito central na sociologia. Não tanto, contudo, da sociologia das profissões. Enquanto na sociologia em geral, o poder foi objeto de análise, desde logo por Max Weber, no

⁹ Trata-se de um texto sobre o conceito de estrutura social e sobre relação estrutura-agente; macro-micro; no fundo, sobre a relação funcionalismo-interacionismo; e da superação destas dicotomias ou visões dualistas tradicionais, por uma visão integradora, ternária (micro-meso-macro) e mais complexa, em que a componente meso poderá ser “o terceiro mediador”, “o mediador imparcial”, isto é “o conjunto de sistemas simbólicos” ou “a cultura”.

¹⁰ Pode ler-se em Champy (2012, p. 33), “Na sua última obra, o profissionalismo é considerado como uma terceira lógica de regulação das atividades económicas [...]. A reviravolta de Freidson ilustra assim particularmente bem a necessidade que se faz sentir de colocar sobre as profissões questões que obrigam a romper com o olhar ainda dominante”.

campo da sociologia das profissões, a questão do poder profissional passou a assumir alguma centralidade, ainda que com um caráter difuso, sobretudo, apenas, a partir dos trabalhos de Eliot Freidson, em especial, a partir do seu livro, em 1986, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*¹¹, numa perspetiva funcionalista, e, posteriormente, no seu último livro, *Professionalism. The third logic*¹², onde já está presente um enfoque combinado de elementos funcionalistas e interacionistas (Rodrigues, 2002, p. 60,133; Urteaga, 2008, p. 182).

O poder profissional, segundo Freidson (2001), no contexto que designou por *terceira* lógica, centrou-se inicialmente, numa perspetiva funcionalista, sobre o controlo do trabalho (autonomia, vista quer em termos de regulamentação, quer de autonomia técnica) e sobre o controlo da profissão (regulamentação do mercado das profissões), e, depois, agora numa perspetiva interacionista, em questões como a persuasão, a deferência, o saber, a “dominância” ou “*expertise*” profissional, a “autoridade cognitiva” e ética profissional, aferida, esta, por um conjunto de “valores transcendentais” ou, na sua designação, pela “alma do profissionalismo”. O que distinguiria uma profissão de uma simples ocupação, e o que lhe daria ou não poder, seria, sobretudo, o ter-se ou não “valores transcendentais”, uma “alma de profissionalismo” que “dotam os seus membros [de uma profissão] de uma autoridade moral suficiente para resistir às exigências (aos “*diktats*”) dos consumidores e às pressões da organização [do poder administrativo do hospital, por exemplo] e do Estado”, que tornam uma profissão específica, insubstituível e indispensável (Gadea & Giannini, 2006, pp. 23–39; Rodrigues, 2002, pp. 50–54).

Na literatura, encontram-se algumas definições e entendimentos do que seja o *poder*, nomeadamente, o *poder profissional*. Em sentido geral, por *poder* entende-se a capacidade “de agir própria do ser humano, e, num sentido derivado, a aptidão de um dado ator para levar a cabo ações eficazes” (Dicionário Temático Larousse de Sociologia, 2007, p. 162). Em termos de uma teoria da complexidade, como referido anteriormente, e próximo do entendimento da *terceira* lógica de Eliot Freidson define-se o poder simultaneamente, como a combinação de uma capacidade geral “de assegurar que as unidades de um sistema de organização coletiva satisfazem certas obrigações”, com a “capacidade de influenciar as ações, as crenças, ou a conduta (comportamento) dos outros” (Parsons, 1963, p. 237). No primeiro caso, temos uma dimensão funcionalista do poder: o poder visto como um estatuto, um conjunto de normas burocráticas de legitimidade e coercibilidade organizacional e de funcionamento, formal, de imposição, como “propriedade”, como “estrutura”, em suma, o poder numa lógica *hard power*. No segundo caso, temos uma dimensão relacional: o poder tem lugar no quadro de interações sociais simbólicas, de relações de influência, persuasão, negociação informal, como “construção social”, como “ação”, em

¹¹ Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago. University of Chicago Press.

¹² Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge. Polity Press & Oxford: Blackwell Publishers.

suma, numa lógica de *soft power*. Ali, predominam as normas. Aqui, predominam as interações sociais simbólicas.

2.1. O poder como estatuto

Ao procurar aplicar aos TSDT nos hospitais do SNS a noção de poder como estatuto, numa abordagem funcionalista, pensa-se dever salientar os seguintes aspetos:

Em primeiro lugar, os relacionados com a **estrutura e governação do hospital**: (a) quanto à **composição e competências**, originais e delegadas, do Conselho de Administração e dos seus membros, em especial do Diretor Clínico e do Enfermeiro Diretor e qual o papel neles ou a relação com eles dos TSDT; (b) as **funções dos órgãos de Direção Técnica**, nomeadamente da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem e da Direção dos TSDT (Técnico Diretor e Técnicos Coordenadores); (c) o **poder dos órgãos de gestão intermédia** (Diretores de Departamento, de Serviço, Enfermeiro-Chefe e outros).

Em segundo lugar, quando ao **nível de formação especializada** e desempenho: (a) requisitos de **ingresso** na carreira; (b) **estrutura** da carreira; (c) **trajetória** ou graus de desenvolvimento da carreira; (d) **autonomia** técnica e autorregulação; (e) “adesão aos valores transcendentais” ou código de ética.

2.2. O poder como relação

Ao analisar o poder dos TSDT enquanto relação e na sua dimensão interacionista simbólica, pensa-se dever dar-se atenção às seguintes dimensões: (a) ao “**mundo social**” dos TSDT, por exemplo, às interações entre “segmentos” da carreira, interações com os doentes e familiares, interações com os profissionais de outros grupos profissionais e quais as consequências de todas estas interações na construção do poder simbólico da profissão; (b) aos **códigos culturais** ou à “**alma profissional**” (por exemplo as formas de cooperação, formação transversal, fóruns de discussão e partilha de *expertise* e problemas comuns); (c) ao processo de formação da **identidade profissional** ou à identidade como **processo**; (d) aos **símbolos e rituais** específicos das interações; (e) à ordem social como um processo de negociação (a **ordem social negociada**); (f) às variáveis que interferem com a apresentação do Eu na vida de todos os dias.

2.2.1. Mundo social

Os hospitais são o exemplo típico de uma “sociedade relacional”. Mais do que um conjunto de estruturas, estatutos e normas, o que caracteriza verdadeiramente um hospital é o elevado número de interações sociais que nelas se estabelecem, nomeadamente, dos profissionais entre si, entre grupos profissionais, dos profissionais com os doentes e seus familiares, dos hospitais com outros hospitais e serviços de

saúde. Isto é, dos hospitais com a comunidade, bem como, tratando-se de hospitais públicos, dos hospitais com as autoridades públicas de saúde, mormente com o Estado.

Existe, portanto, um “mundo social”, para além do mundo orgânico e burocrático, que por si só, também ele é vasto e complexo. “Mundo social” este, a que normalmente se dá pouca importância, principalmente no âmbito de estudos académicos, influenciados pelo positivismo, pelas ciências exatas e abordagens quantitativas. Este “mundo social” hospitalar é uma dimensão essencialmente qualitativa, muitas vezes “oculta”, que não se deixa captar facilmente pelos números, que, em grande medida, é captado muitas vezes só pela intuição.

A chamada de atenção para este mundo, aparentemente em muito desconhecido, tem sido feita pelas sociologias compreensivas, em especial pelo interacionismo simbólico (na linha, portanto, de Max Weber, como já foi anteriormente referido) e, dentro desta corrente, por Anselm Strauss. Defende Strauss que “centrar-se nos mundos sociais e estudá-los pode oferecer um meio [para além do estudo das estruturas e aspetos formais] para melhor compreender os processos de mudança social” (Strauss, 1992, p. 269).

Estudar o “mundo social”, segundo Strauss (1992), é estudar “a história dos conflitos e as interações sociais entre grupos profissionais”; “o potencial criativo dos indivíduos e dos grupos face às limitações sociais”; “estudar os processos [...] significativos sobre o modo como as pessoas são modeladas pela sociedade [neste estudo, pelo meio social hospitalar], e pelo modo como a modelam”; é estudar “as formas de comunicação, de simbolização, os universos dos discursos; os factos palpáveis como as atividades, as associações [como são exemplo as relações privilegiadas com outros grupos profissionais e com as associações profissionais], os locais [ou espaços de trabalho], as tecnologias e as organizações específicas de mundos sociais particulares” (pp. 269–282).

Strauss, em Strauss (1992, p. 274) identifica dois aspetos processuais de estudo dos “mundos sociais” de particular complexidade: o estudo dos “cruzamentos” entre mundos sociais e a “segmentação” do mundo social em estudo, ou “a miríade” de “micro-mundos”, em que os mundos sociais várias vezes se dividem (como acontece, estatutariamente, em algumas profissões de saúde, em particular, a profissão médica, e nos TSDT, como veremos mais à frente, no Capítulo 2). A este respeito Strauss (1992) refere que o “cruzamento e segmentação implicam que nós somos confrontados com o universo marcado por uma formidável fluidez [...] É um universo onde a fragmentação, a explosão e o desaparecimento são as imagens espelhadas do aparecimento, da emergência e da fusão. É um universo onde nada é estritamente determinado” (p.275).

Também relativamente ao conceito de *carreira*, Strauss diz que “o conceito de carreira deve também ser alargado. As carreiras não são simplesmente um aspeto organizacional ou profissional. Muitas delas,

senão a maior parte, existem e desenvolvem-se no contexto de mundos sociais que podemos especificar [...]” (Strauss, 1992, p. 278).

2.2.2. O mundo social hospitalar como uma ordem social negociada

O entendimento de um hospital como uma “ordem social negociada” foi desenvolvido por Anselm Strauss, um dos interacionistas simbólicos mais importantes, pioneiro quanto à sociologia das profissões no trabalho hospitalar, em especial do trabalho médico. “Fazendo do hospital um dos locais de predileção da sua sociologia [...], atém-se sobretudo às relações sociais e profissionais ameaçadas pelo imprevisto” (Bruton, 2004, p. 89). “No nosso trabalho interessamo-nos não só pelas regulações sociais e outras condições estruturais que entram nas interações sociais, como também pela tendência da interação em sair dos laços sociais regulados e a ir de encontro a novos modos de interação” [Anselm Strauss (1992, p.25), citado por Bruton (2004, p. 89)].

Embora se reconheça a importância do modelo burocrático racional do poder de Weber dentro de um hospital, mais ligado aos aspetos formais da vida institucional hospitalar, Strauss, assim como, posteriormente, Erving Goffman (1922-1982) e Sheldon Stryker (1924-2016), entre outros, vêm reconhecer não só a insuficiência deste modelo, como adiantar um novo modelo assente, este, numa dimensão mais informal, que tenha em conta, também, os “processos mais profundos e invisíveis, lubrificadores do funcionamento da estrutura formal e que constituem a estrutura informal do hospital” (Carapinheiro, 1993, p. 57).

Assim, diz Carapinheiro (1993), ao ver o mundo social hospitalar como uma ordem social negociada,

parte-se da consideração do hospital como um lugar altamente profissionalizado, reunindo uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho [...]. Mas em cada profissão, salienta-se não só a diversidade de treinos e competências, mas também a diversidade de ideologias relativamente a questões tão importantes como a etiologia e o tratamento das doenças, constituindo-se desde logo estes elementos como condições de base para o desencadeamento de múltiplos processos de negociação. (p.63)

“Muitos dos nossos encontros com os outros parecem correr como se nos comportássemos de acordo com certas regras de procedimento”, escreve (Gahagan, 1984, p. 8). Obedecem a um ritual, são uma ordem, promovem uma ordem social. Toda a interação social obedece a um ritual, a um ritual simbólico, “dotado de eficácia social”, que visa obter “coesão social [...], uma coesão prescrita por meio de um conjunto de regras de conduta [explícitas ou implícitas] que prescrevem como o homem deve

comportar-se” (Durkheim, citado por Aguiar Coelho, 2021, p. 123). Por definição, um ritual é “um composto de símbolos” (Vitor Turner, 1995/96), um “conjunto de atos formalizados, expressivos, detentores de uma dimensão simbólica” (Segalen, 2000), “um conjunto de símbolos em ação” (René Guénon, 1970) [citações retiradas de Aguiar Coelho (2021, p. 123)].

O ritual tem, [...] [também] uma eficácia mistagógica. Leva ao conhecimento do mistério. Dá o sentido do templo, do sagrado, produz espiritualidade, “inteligência espiritual”. Pelo método mistagógico dos rituais criam-se laços sociais fortes, pacíficos e perenes, introduz o homem em um conhecimento não apenas intelectual e racional, mas integral, “é uma experiência que investe todas as faculdades cognoscitivas do homem. [Nele] conhece-se ouvindo, conhece-se dizendo, conhece-se vendo, cheirando, tocando, pelo que os sentidos são caminho para o sentido.” [Boselli, 2019, p. 39 citado por Aguiar Coelho (2021, p. 124)]

Um hospital, enquanto conjunto de interações sociais, é, portanto, uma ordem social simbólica, ordem esta que cria sentido, tem uma “alma profissional”, integrada, porém, numa ordem estrutural-funcional, numa ordem que objetivamente a ordena, que ordena o mundo social.

Enquanto mundo social, o hospital tem por unidade básica a interação social. Interação social que começa por ser uma estrutura simples, “uma cadeia de ações entrelaçadas de dois ou mais indivíduos em que, no mínimo, um indivíduo A mostra uma conduta X a um indivíduo B e este responde com uma conduta Y que, por sua vez, determina uma conduta X1 em A” (Fernández Dols et al., 2007, p. 17), dá origem, quando repetida, “ritualizada”, a fenómenos sociais cada vez mais amplos e complexos, designadamente, às relações sociais (“conjunto de interações sociais repetidas entre dois indivíduos”), às estruturas sociais (“conjunto de relações sociais entre os indivíduos”), aos sistemas sociais (conjunto de estruturas sociais), em suma, à sociedade (Fernández Dols et al., 2007, pp. 16–22).

Erving Goffman foi o interacionista simbólico que mais atenção deu ao ritual das interações sociais, em especial, ao ritual das interações sociais cara-a-cara. A sua preocupação principal foi “explicar não só as formas como se estruturam e apoiam os encontros cara-a-cara, como também a maneira como estes produzem e reproduzem aquilo que denominou *ordem interacional*” (Aguiar Coelho, 2021, p. 63).

Em *Frame Analysis*, Goffmann assume uma posição teórica mais complexa, agora também estrutural-funcionalista, nomeadamente: (a) ao reconhecer a importância das estruturas sociais traduzidas em normas e valores que os indivíduos acabam por interiorizar; (b) ao enfatizar a necessidade de identificar os modelos que permitem explicar e dar sentido aos comportamentos “interacionais de carácter repetitivo”; (c) ao dar valor às práticas rituais como elementos básicos que permitem sustentar e revitalizar os ordenamentos societários (Aguiar Coelho, 2021, p. 59).

2.2.3. Símbolos e rituais de interação

Falar em significados é falar em símbolos, como nos dizem as três premissas do interacionismo simbólico (como se pode ler no ponto 1.2 deste Capítulo). O símbolo é sempre um objeto fenomenológico, um objeto que transporta significados. “As interações sociais são [...], em regra, simbólicas, isto é, mediadas por símbolos” (Aguiar Coelho, 2021, p. 118). “O símbolo como instrumento de mediação psicossocial [isto é, como instrumento de mediação nas interações sociais] está presente em toda a sua teoria [do Interacionismo Simbólico] e conceitos principais: do *Self*, da identidade social, do género, de definição da situação, nos conceitos de *role* (papel), *role making*, *role taking*, de grupo [social] de referência, de estigma, de ritual de interação” (Aguiar Coelho, 2021, p. 118).

Sheldon Stryker, criador do interacionismo simbólico estrutural, vê o comportamento social humano como sendo “organizado por designações simbólicas relativas a todos os aspetos do ambiente, quer físico quer social. Entre as mais importantes destas designações estão os símbolos e os significados que lhes estão associados pelas posições que as pessoas ocupam na estrutura social. Estas posições transportam com elas expectativas partilhadas acerca de como [os indivíduos] desempenham os seus papéis e, em geral, como se devem comportar eles próprios em relação aos outros” (Turner, 2013, p. 332).

Nestes termos, falar em poder como relação é falar em poder simbólico, uma vertente do poder que, normalmente, está ausente da preocupação dos investigadores, pelo menos explicitamente, em particular, dos sociólogos das profissões, mesmo daqueles que são considerados próximos ou influenciados pelo interacionismo simbólico, como é o caso de Eliot Freidson.

A nível da sociologia e do poder simbólico, Pierre Bordieu defende uma abordagem funcionalista-interacionista do poder. Ou seja, uma abordagem que sendo funcionalista deve ser também relacional (interacionista), isto é, ter em atenção os conceitos de cultura, de símbolo, poder simbólico e violência simbólica (Bourdieu, 1989, pp. 9–15).

2.2.4. “Códigos culturais” ou “Alma profissional”

A cultura, entre outras aceções, deve ser entendida como um conjunto de sistemas simbólicos que são partilhados por uma determinada comunidade, ou seja, como o conjunto de símbolos significantes presentes em uma sociedade. Por “símbolo signifiicante” entende-se “o gesto vocal ou outro tipo de gesto que gera a mesma resposta tanto naquele que o usa como naqueles que o recebem” (Mead, segundo Hewitt & Shulman, 2011, p. 33).

Neste sentido, a cultura tem assim, a ver com símbolos partilhados, significados, significação, compreensão e interpretações comuns. Clifford Geertz, antropólogo cultural e simbólico, dizia, a este

propósito, que “o conceito de cultura que eu defendo é essencialmente semiótico [ou seja, tem a ver com os signos e os símbolos]. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado à teia de significado que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas ideias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (Geertz, 1978, p. 4).

Falar em cultura profissional é assim, pensa-se, falar no que Freidson, em síntese, chama de “alma profissional”, ou seja, no conjunto de crenças, atitudes, valores, e símbolos comuns partilhados por uma determinada profissão. Só assim poderá falar-se em profissão, diz Freidson. É ir além do estatuto, da formação, de uma carreira, do conjunto de postos ou papéis meramente formais; é falar, também, “no processo em que a pessoa imaginativamente ocupa o papel de outra pessoa e olha para si e para a situação do ponto de vista do outro [...]”, ou seja, nos papéis construídos socialmente (*role taking*), é falar, mais do que num conjunto de direitos e deveres, antes “na perspectiva de construção de uma conduta” (todas as citações de Hewitt & Shulman, 2011, p. 52).

CAPÍTULO 2 – A PROFISSÃO DOS TSDT NOS HOSPITAIS DO SNS

Em síntese do Capítulo anterior, recorda-se que toda a profissão se caracteriza por um conjunto especializado de saberes próprios; surge e desenvolve-se segundo um modelo, dito de *carreira*, que pretende ver-se afirmado socialmente, essencialmente por via estatutária, com força de lei; é dotada de uma plêiade de poderes, institucionais e relacionais; tem uma identidade própria.

1. A Profissão como Carreira

O conceito de carreira é um dos contributos maiores do interacionismo simbólico para a sociologia das profissões, “joga um papel central na sociologia interacionista”, particularmente na perspetiva de Anselm Strauss, em especial em dois dos seus textos mais conhecidos: *A Dinâmica das Profissões* e *Uma Perspetiva em Termos de Mundo Social*¹³; Everett Hughes (1937) e Howard Becker (2008).

Diz Howard Becker (2011), interacionista simbólico, que “no conceito de carreira está a ideia de uma evolução por etapas [...]” (p.76). A ideia de que

carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas, mercê do fator de segurança que o próprio método confere, permitindo a satisfação das legítimas expectativas até pela certeza antecipada da meticulosidade das escolhas a que dá lugar, designadamente pela imposição da observância de normas certas e conhecidas no recrutamento e promoção de funcionários, constitui meio importante para o aliciamento dos necessários valores e dinamização dos existentes, bem como para a reordenação e funcionalização das atuais estruturas e correção dos seus vícios mais importantes. (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro)

Subjazem ao conceito de carreira, hoje, numa conceção integrada funcionalista-interacionista, as seguintes características: (a) a abordagem das profissões em termos de processo e não apenas “uma comunidade relativamente homogénea cujos membros partilham [se limitam a partilhar] identidade, valores, papéis e interesses” (Strauss, 1992, p. 68); (b) toda a carreira comporta duas dimensões interdependentes, «na sua dimensão objetiva [valorizada pelos funcionalistas], uma carreira “compõe-se de uma série de estatutos e de empregos claramente definidos, de sequências típicas de posições, de realizações, de responsabilidades e mesmo de aventura”, enquanto na sua dimensão subjetiva

¹³ Ambos os textos podem ser consultados em Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunies et présentés par Isabelle Baszanger. Madrid. L' Harmattan.

[valorizada pelos interacionistas], uma carreira é feita de mudanças no sentido em que a pessoa [o profissional] percebe a sua existência como uma totalidade e interpreta em cada momento e contexto a significação de tudo o que lhe vai ocorrendo e os diferentes papéis que vai desempenhando» (Champy, 2012, p. 113); (c) o interacionismo simbólico, mais do que o funcionalismo, defende uma conceção anti-determinista da carreira: “os indivíduos não são pré-determinados a virem a ser o que são; eles constroem o seu futuro em parte contra os determinismos da sua socialização inicial [...]” (Champy, 2012, p. 113); (d) o conceito de carreira “autoriza [...] um movimento de vai-e-vem do privado para o público [ou seja, da esfera privada para a esfera profissional], ao menos quanto ao seu ambiente social” (Goffman, citado por Champy, 2012, p. 114), permitindo, diz Champy (2012, p. 114) tornar “possível compreender como as identidades individuais são construídas em quadros sociais que são constrangedores sem serem totalmente determinantes”.

1.1. A história

A génese da profissão dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) terá sido em 1901, a 24 de dezembro, pelo Decreto do Ministério dos Negócios do Reino, publicado no Diário do Governo N.º 293 de 27 de dezembro de 1901, que aprova a criação de um “*Laboratório de Analyse Clínica*” no Hospital Real de São José, em Lisboa, resultado da reorganização dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, pela experiência que se viria a chamar Reforma de Saúde de Ricardo Jorge. O laboratório seria organizado segundo cinco secções, nomeadamente: *analyse bacteriológica; analyse química; analyse radioscópica, radiográfica e fotográfica; eletro-diagnóstico e eletro-terapia* (Gonçalves Ferreira, 1975, p. 24; Ministério dos Negócios do Reino, 1901, p. 1142).

A origem deste grupo profissional, tal como hoje conhecido, é relativamente recente em Portugal e no mundo. O seu aparecimento surge com o desenvolvimento do hospital moderno, não assistencialista, portanto. De uma instituição pouco mais do que prestadora de cuidados médicos e de enfermagem básicos e de atividades de natureza hoteleira, de cariz caritativo e assistencial, os hospitais, sobretudo com o fim da II Guerra Mundial e a organização sistémica da saúde (criação dos primeiros sistemas de saúde: de tipo bismarckiano ou beveridgiano; e o direito à saúde para todos), começaram a praticar uma medicina cada vez mais especializada e tecnológica, com necessidade de recorrer a técnicos com saberes especializados e competências específicas, para trabalharem com a multiplicidade de novos equipamentos, que começaram a aparecer e a desenvolver-se nos diferentes domínios de especialização da atividade médica.

Em Portugal, os TDT aparecem nos hospitais na primeira tentativa de modernização da saúde, com a Lei da Organização Hospitalar de 1949, a qual, no entanto, só viria a ser regulamentada 20 anos depois, com a Reforma Hospitalar de 1968 e a chamada Reforma Sanitária de Gonçalves Ferreira, em 1971.

Posto isto, previsto pela primeira vez no Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro, é organizado “um regime de carreiras profissionais de saúde. É definindo o tipo de carreiras [...], as condições de ingresso e acesso [...] e os regimes de serviço e aplicação [...]” (Gonçalves Ferreira, 1975, p. 98). São, pois, criadas, pelo Artigo 2º, do Capítulo I, do referido Decreto-Lei, três tipos de carreira, organizadas por três graus. Das carreiras, salientam-se aquelas que serviram de esqueleto legislativo às configurações atuais, nomeadamente, a carreira de *técnicos auxiliares de laboratório e técnicos auxiliares sanitários*, de grau 2 (habilitação técnica devidamente titulada).

Estas duas carreiras, em 1977, são agrupadas, sendo criada a *carreira de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica*, pelo Decreto Regulamentar n.º 87/77, de 30 de dezembro, ao abrigo do n.º 1, do Decreto-Lei n.º 59/76, de 23 de Janeiro, onde é apresentada a designação dos profissionais que se enquadravam nesta carreira: “audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas”.

Foi, porém, após a criação do SNS, em 1979 (Lei nº 56/79, de 15 de setembro), que o sistema de carreiras veio a ser criado e a desenvolver-se, e, com ele, a (re)estruturar-se e a atualizar-se as diferentes profissões de saúde já existentes, como é o caso da carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O modelo de carreiras então criado, que, em grande medida subsiste até hoje, privilegiou o enfoque estrutural-funcionalista, sistémico, essencialmente estatutário (caraterização, direitos e deveres).

Em 1982, aparecem as escolas técnicas dos serviços de saúde de Lisboa, Porto e Coimbra, com cursos de duração de 3 anos, que pressupõem bacharelato (Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de setembro). Considerado desajustado às novas configurações da profissão, em 1985, o caráter auxiliar da carreira dá lugar a uma nova designação, a de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, através do Decreto-Lei Nº 384-B/85, de 30 de setembro. Neste, prevê-se o enquadramento profissional dos TDT numa equipa de saúde, onde atua sob prescrição do respetivo elemento médico. A carreira veio a ser distribuída em cinco categorias profissionais: Técnico de 2ª classe; Técnico de 1ª classe; Técnico Principal; Técnico Especialista e Técnico Especialista de 1ª Classe. Foi prevista ainda a possibilidade de nomeação do Técnico Diretor, com as inerentes funções de chefia.

Posteriormente, na década de 90 foi publicado pelo Ministério da Saúde, o Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de agosto, sob o olhar estrutural funcionalista, que veio regulamentar as atividades técnicas de diagnóstico e terapêutica, quanto ao seu exercício, habilitações académicas, acesso profissional, e título profissional. Ao elenco das profissões de TDT já existentes¹⁴, foram acrescentadas duas novas profissões, concretamente a de higienista oral e de técnico de saúde ambiental.

¹⁴ A carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica abrangia, à época, um conjunto de dezasseis profissões, com as seguintes designações: técnico de audiometria; técnico de cardiopneumografia; dietista; fisioterapeuta; técnico de neurofisiologia; técnico de ortopróteses; técnico de ortóptica;

No que diz respeito às habilitações académicas, em 1993, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, anteriormente existentes, passaram a ser Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde, reconhecidas ao nível superior do Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei nº 415/93 de 23 de dezembro). Os cursos ministrados, assim como o seu plano de estudos são aprovados pelos Ministros da Educação e da Saúde, conferindo o grau de Bacharelato aos estudantes.

Em 1999, pela Portaria nº505-D/99, de 15 de julho, e em 2000, pela Portaria nº3/2000, de 4 de janeiro, os cursos passam a ser bietápicos, possibilitando aos profissionais, a conclusão do 2º ciclo de estudos, com grau de Licenciatura, após aprovação no 4º ano de formação académica.

Ainda na década de 90, o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro veio estabelecer um novo estatuto legal de carreira para os TDT. É-lhes reconhecido, pelo seu “desempenho profissional que releva de crescente complexidade e responsabilidade [...] um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde [...] e autonomia técnica”. Do ponto de vista legislativo, toda a estrutura hierárquica e funcional dos TDT, manteve-se refletida neste Decreto-Lei, em vigor, praticamente, até aos dias de hoje.

Apenas recentemente, os TDT viram estatutariamente atualizada a sua carreira, após reivindicações várias, junto do Estado. Pese embora os cursos das tecnologias da saúde já garantirem o grau de Licenciatura desde 1999, só em 2017, com a publicação dos Decretos-Lei nº 110/2017 e nº 111/2017, ambos de 31 de agosto, e a criação da carreira dos Técnicos Superiores das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica (designação que agora se mantém), é que veio a ser reconhecido aos seus profissionais o grau de Licenciado.

1.2. Caracterização atual

A carreira técnica superior das áreas de diagnóstico e terapêutica constitui hoje, nos termos da Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, um corpo de dezoito profissões. As profissões são regulamentadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e tuteladas pelo Ministério da Saúde, a par da profissão médica, enfermagem, técnicos superiores de saúde e administradores hospitalares (ACSS, 2021).

Nos termos do nº1 do artigo 2º Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de agosto do Ministério da Saúde, integram este grupo profissional as seguintes áreas de especialização e saberes profissionais: análises clínicas e de saúde pública; anatomia patológica, citológica e tanatológica; audiologia; cardiopneumologia;

técnico de próteses dentárias; técnico de radiologia; técnico de radioterapia; técnico de análises clínicas e saúde pública; técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; técnico de farmácia; técnico de medicina nuclear; terapeuta da fala e terapeuta ocupacional (nº1 do artigo 5º, do Decreto-Lei Nº 384-B/85, de 30 de setembro).

dietética; farmácia; fisioterapia; higiene oral; medicina nuclear; neurofisiologia; ortóptica; ortoprotesia; prótese dentária; radiologia; radioterapia; terapia da fala; terapia ocupacional e saúde ambiental¹⁵.

Os TSDT exercem a sua profissão, não apenas na área hospitalar, cenário onde se desenvolve esta dissertação, mas também nos cuidados de saúde primários, continuados e paliativos, na área da saúde pública e ainda com atuação ao nível da docência e da investigação (nº5 do artigo 3º do Decreto-Lei Nº 110/2017 e no nº5 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto).

Constituem um grupo profissional de inegável importância para a dinâmica estrutural, organizacional e relacional das instituições hospitalares, reconhecida por várias publicações¹⁶, e atestada por diplomas legislativos, que lhes reconhecem “igual nível de formação, dignidade e autonomia técnica de exercício profissional” aos restantes grupos profissionais de saúde (Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores da Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica [STSS], 2021).

Estruturalmente, a carreira dos TSDT, no contexto das instituições públicas hospitalares, atualmente, organiza-se segundo três categorias, a saber: Técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica; Técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica especialista e Técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica especialista principal. Na presença de, pelo menos, quatro TSDT de uma determinada profissão, há lugar ao exercício de funções de coordenação, a assumir em regime de comissão de serviço, mediante designação do respetivo órgão máximo de gestão, de entre os TSDT especialistas principais ou especialistas, habilitados com formação em gestão e administração de serviços de saúde ou comprovada experiência nessas áreas (artigo 11º do Decreto-Lei 110/2017 e artigo 12º do Decreto-Lei 111/2017, ambos de 31 de agosto).

Na organização e funcionamento do sistema hospitalar (Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro), ainda que seja inegável, e reconhecida, a importância dos TSDT, não está prevista, atualmente, a obrigatoriedade legal de inclusão dos TSDT nos conselhos de administração dos hospitais públicos.

¹⁵ Desde então, mais recentemente, em 2014, ainda no âmbito do Decreto-Lei nº 320/99, houve criação de novas profissões, com novas designações, pelos seus referenciais de competências comuns. Nomeadamente: (1) Despacho nº 9363/2014 de 18 de julho de 2014, a Fisiologia clínica, que agrega cardiopneumologia e neurofisiologia; (2) o Despacho nº 9409/2014, de 21 de julho, cria a profissão para as áreas de Ciências biomédicas e laboratoriais, que agrega análises clínicas e saúde pública e anatomia patológica e anatomia patológica citológica e tanatológica Despacho nº 9363/2014 de 18 de julho de 2014, cria Fisiologia clínica, que agrega cardiopneumologia e Neurofisiologia; (3) o Decreto-Lei nº 138/2014 de 21 de julho que cria as áreas de Radioterapia, Radiologia e Medicina nuclear, e ainda a de Imagem médica e radioterapia.

¹⁶ De salientar as publicações do sociólogo David Tavares, nomeadamente:
Tavares, D. (2007). Escola e identidade profissional – o caso dos técnicos de cardiopneumologia. Lisboa: COLIBRI/IPL;
Tavares, D. (2008). Identidade, socialização e processo de profissionalização – contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia. Sísifo. Revista de Ciências Da Educação, 1(06), 35–44. <http://sisifo.fpce.ul.pt>;
Tavares, D. (2014). Poderes Profissionais de profissionalização no campo da saúde. Centro de Estudos Sociais, 07, 88–98. [http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3891/1/Poderes profissionais e processos de profissionalização no campo da saúde.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3891/1/Poderes%20profissionais%20e%20processos%20de%20profissionaliza%C3%A7%C3%A3o%20no%20campo%20da%20sa%C3%BAde.pdf)

Para além disso, outros trabalhos realizados em contexto académico como:
Carvalho, M. A. dos S. (2005). Os Cursos Superiores de Tecnologias da Saúde em Portugal (Análise da Construção de uma Profissão) [Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10792/1/Tese.pdf>
Abrantes, A. (2012). Determinantes Organizacionais na Qualidade em Tecnologias da Saúde. O caso particular dos Serviços de Radiologia do Sector Público da Região de Saúde do Algarve [Universidade de Évora]. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/17959>

Apenas está prevista a obrigatoriedade legal de um Diretor Clínico e de um Enfermeiro Diretor. Para a área técnica superior de diagnóstico e terapêutica, apenas se encontram previstas funções de apoio ao órgão máximo de gestão hospitalar, com a criação de um conselho técnico, e somente aquando da existência de, pelo menos, três profissões das áreas TSDT. Na presença de um conselho técnico, este integra todos os coordenadores ou representantes, por forma a garantir representação de todas as profissões. Dizem respeito às funções do conselho técnico: (a) promover a articulação e a harmonização do exercício profissional das diversas profissões representadas; (b) dar parecer sobre matérias relativas às profissões, nomeadamente sobre formação pré e pós-graduada; (c) assegurar as funções de avaliação, adaptando o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) à carreira de TSDT (segundo o artigo 12º, do Decreto-Lei n.º 110/2017 e artigo 13º, do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto).

2. A profissão dos TSDT como um conjunto de saberes especializados

Os saberes de uma profissão, o corpo formal e abstrato de conhecimentos onde estão ancoradas as instituições que asseguram a sua transmissão e proteção, “são um elemento essencial em qualquer das abordagens das profissões” (Rodrigues, 2002, p. 111).

Ora, no campo da formação, o ensino das Tecnologias da Saúde é ministrado, atualmente, no ensino superior politécnico, em escolas superiores de tecnologias da saúde ou em escolas superiores de saúde, com reconhecimento por despacho conjunto dos Ministros com as tutelas da Saúde, do Ensino Superior e do Trabalho (Direção-Geral do Ensino Superior [DGS], 2004). Todas as escolas são vocacionadas para o ensino, investigação e prestação de serviços na área das Ciências e Tecnologias da Saúde, que conferem aos seus profissionais o pressuposto de superioridade na organização social, como bem referem os textos de Rodrigues (2002, p. 114) e Santos (2011, p. 26).

Após frequência e aprovação a 240 créditos ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*), distribuídos por quatro anos curriculares, os TSDT obtêm grau de licenciatura. O plano de estudos confere desde logo, para além das competências cognitivas e sistémicas, competências ao nível metodológico e instrumental, pela capacidade de análise técnico-científica, desenvolvimento de projetos e adaptação de recursos em consequência da evolução científica e tecnológica das tecnologias da saúde (Silva et al., 2018, p. 151).

Inerente às qualificações e competências da respetiva profissão, os TSDT possuem um conteúdo funcional, definido legalmente pelo artigo 8º do Decreto-Lei n.º 110/2017 e artigo 9º do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto. Assim, compete-lhes conceber, planear e recolher os meios, métodos e técnicas para prestar serviços e cuidados de saúde, assegurando o diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente. No seu exercício profissional, desenvolvem métodos de trabalho com vista à

melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência dos serviços.

À medida que têm aumento a especialização e formalização dos seus saberes, também se tem acentuado a componente técnica e, conseqüentemente, aumento do controlo sobre as competências cognitivas que lhes são requeridas, para a concretização dos respetivos trabalhos, que conduz à insubstituibilidade dos seus saberes teóricos e instrumentais. Este pressuposto da competência técnica acaba por introduzir descontinuidades no modelo formal de dependência e dominância médica, desde logo ao criar condições que permitem o desenvolvimento de estratégias que fazem transitar a natureza do trabalho médico delegado, para a de trabalho endógeno ao seu campo de competências.

Em ambiente profissional, os TSDT são dotados de autonomia técnico-científica e responsabilidade prevista legalmente pelo nº 4 do artigo 3º do Decreto-Lei Nº 110/2017 e nº4 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 111/2017, sem prejuízo da intercomplementaridade funcional com os outros profissionais de saúde, também eles parte das equipas multidisciplinares.

Os TSDT prestam cuidados e intervêm sobre os indivíduos, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. Os resultados dos seus processos de trabalhos devem ser validados e avaliados criticamente pelos próprios, de forma a assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde prestados.

Além da formação e do conjunto de saberes específicos dos TSDT, seguindo o raciocínio de Champy (2012), que defende a “necessidade de delimitar os domínios de intervenção e dos estatutos que os protegem da concorrência interprofissional” (p.20), o ingresso na carreira e posterior exercício de funções está dependente não só do nível habilitacional, como também da posse de título profissional, através de uma cédula profissional, que demarca os profissionais e os não profissionais, os qualificados, dos não qualificados, emitida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, nos termos do nº2 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 110/2017 e nº2 do artigo 4º do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto.

Para além disso, os TSDT são protegidos por associações profissionais de direito público, que oferecem aos seus membros a proteção exclusiva, com promoção na sua coesão e defesa dos interesses; e ainda associações sindicais¹⁷, que procuram a manutenção do reconhecimento por parte do Estado das atividades profissionais dos TSDT.

¹⁷ A saber: Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica (STSS); Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (SINDITE); e Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP). Atualmente, fruto da difusão do modelo profissional, do incremento dos processos de profissionalização e da maior visibilidade social e política profissional, verifica-se ainda a expansão do movimento associativo, de natureza profissional, com a criação de uma Ordem profissional, para licenciados em fisioterapia (Lei nº 122/2019 de 30 de setembro)

Ainda sob cunho funcionalista, cabe a cada profissão, a fixação dos seus direitos e deveres e de normas éticas de conduta, que delimitem os seus domínios de intervenção, em concorrência com outros grupos profissionais, os TSDT, sem prejuízo do conteúdo funcional da respetiva área profissional, obedecem ao cumprimento dos deveres éticos e deontológicos a que estão obrigados pela posse do respetivo título profissional, com respeito pela sua *legis artis*, definidos pelo artigo 5º do Decreto-Lei nº110/2017 e artigo 6º do Decreto-Lei 111/2017, ambos de 31 de agosto.

Paralela à unidade organizacional e legislativa, o “mundo social” dos TSDT, não sendo um corpo homogêneo de saberes, segmenta-se segundo um conjunto de várias profissões (de vários “micro-mundos”, diz Strauss) que se traduzem em diferentes especialidades (à semelhança do que acontece com a profissão médica, como é sabido) que, apesar do seu tronco burocrático e estrutural comum, exercem a sua atividade de forma independente, mediante a produção especializada das tecnologias da saúde, aplicada à sua própria realidade profissional, e traduzida em *corpus* de saberes específicos¹⁸.

3. A identidade profissional dos TSDT dos hospitais do SNS

“A tradição sociológica da teoria da identidade está ligada ao interacionismo simbólico e emerge da teoria pragmática do *self*[...] de George Mead” (Scott, 2014, p. 329). Para Mead, o ser humano enquanto ser social tem um *Self* (um Eu). Um Eu que é, simultaneamente um objeto (um *I*) e um processo (um *Me*). Enquanto processo (*Me*, o Eu social), o Eu é uma construção social. É o produto de uma atividade autorreflexiva, isto é, de alguém que se vê a si mesmo como objeto tomando o ponto de vista dos outros, o “*role taking*”. Tomar o ponto de vista dos outros é antecipar “as respostas das outras pessoas com base na participação num processo de comunicação comum”. O *Me* (o Eu social) é “o equivalente aos papéis sociais que o Eu desempenha ao longo da sua vida, que são as atitudes organizadas dos outros incorporadas no Eu” (Stryker, citado por Aguiar Coelho, 2021, p. 51).

Não obstante o desenvolvimento do conceito do *Self* e da sua relação próxima com o conceito de *Identidade*, este conceito só mais tarde foi objeto de um desenvolvimento específico, nem sempre visto do mesmo modo pelos diferentes autores interacionistas. Três grandes correntes vieram a desenvolver-se: uma que vê a identidade como objeto; outra que vê a identidade como um processo; e outra, a mais recente, de Sheldon Stryker e de Peter J. Burke, dois autores interacionistas simbólicos estruturalistas, que vê o *Self*, simultaneamente, como uma estrutura e como um processo, ou seja, um produto da estrutura social. Um processo de internalização de papéis (Meneghetti, 2009, p. 48 e seg).

¹⁸ Pode ler-se no artigo 5º, do Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, as profissões que integram a carreira TSDT (enumerados também mais atrás, no ponto 1.2, deste Capítulo) e a respetiva caracterização.

Vista como um processo ou produto da estrutura social, a identidade profissional é uma construção contínua, o resultado dos diferentes papéis que o profissional vai desempenhando ao longo da sua trajetória profissional. Não é algo relacionado a uma estrutura fixa e inamovível, adquirida para a vida, mas sim, uma estrutura flexível, dinâmica e cambiante ao longo da vida.

Em síntese, de acordo com as mais recentes teorias, que vêm procurando integrar a abordagem funcionalista com a abordagem interacionista simbólica, a identidade é o resultado dos “diversos processos de socialização” que, conjuntamente, os indivíduos e as estruturas constroem (Dubar, citado por Meneghetti, 2009, p. 49); é uma construção que os indivíduos vão fazendo ao longo do tempo “a partir das categorias oferecidas pelas [estruturas] sucessivas [por onde os indivíduos vão passando] (família, escola, mercado de trabalho, etc)” (Meneghetti, 2009, p. 50), em função do ponto de vista das pessoas “que são mais importantes [para o sujeito] no desenvolvimento do seu Eu”, da sua identidade, nos diferentes momentos, situações ou papéis que o profissional vai experienciando ao longo da sua trajetória ou percurso profissional (Estramiana et al., 2007, pp. 76–81).

Ora, sucede que, fundamentalmente desde 1999, os TSDT nos hospitais do SNS têm tido a sua carreira praticamente estagnada, sem possibilidade de progressão (mudança de escalão) ou de promoção (mudança de categoria, de papel). A Identidade profissional dos TSDT, por força da desprofissionalização estrutural (senão, mesmo, de proletarização, como alguns teóricos da sociologia das profissões referem), a sua especificidade e “alma profissional”, estarão, assim, a ser seriamente afetadas, com a consequente perda de poder.

Neste contexto pode dizer-se com Freidson, que a análise da especificidade da profissão dos TSDT¹⁹ e as ameaças ao estatuto e autonomia profissional e técnica das profissões, ganham interesse analítico, mormente quanto à questão do poder nos hospitais do SNS.

“O que torna específica, teórica e praticamente, uma profissão?”, pergunta Freidson. “Não é a especificidade que lhe dá poder?” (Gadea & Giannini, 2006, p. 13). Neste contexto, defende Champy (2012), “a questão das especificidades do trabalho profissional deve ser colocada em termos novos, com a ajuda de trabalhos recentes” (p. 35).

¹⁹ O mesmo estará a acontecer com as demais profissões de saúde no SNS, em especial com os médicos e os enfermeiros, para quem a situação é mais gravosa por serem os grupos profissionais com maior poder nos hospitais. Quanto maior é o poder, maior é a sua perda, nas situações de desprofissionalização e proletarização profissional.

CAPÍTULO 3 – O PODER DOS TSDT NOS HOSPITAIS DO SNS

1. Razão da escolha do tema

A razão de ser deste trabalho tem por base uma avaliação pessoal e uma preocupação profissional da autora, enquanto TSDT na ULSM-HPH.

Por observação direta e avaliação individual subjetiva, é sua convicção que o grupo profissional em que se integra detém pouco poder na estrutura e funcionamento dos hospitais do SNS, em especial quando comparado com aquele que detém o grupo profissional médico e de enfermagem.

A autora tem verificado que o exercício profissional dos TSDT está essencialmente confinado à estrita (e estreita) execução dos exames complementares de diagnóstico que lhes respeitam, com poderes reais efetivos aquém daqueles que poderiam e deveriam ter face aos saberes formais que detêm e que são exigíveis à profissão, com prejuízos em termos de eficácia, eficiência e qualidade organizacionais, de identidade profissional e de afirmação institucional e social da profissão.

É objetivo pessoal da autora avaliar, de modo tão objetivo quanto possível, a sua preocupação pessoal, procurando identificar, em relação ao poder profissional dos TSDT, que linhas de atuação poderão ser úteis e viáveis para melhorar a situação.

O trabalho tem por objeto um campo de estudo emergente na área da saúde (o das tecnologias da saúde) e um grupo profissional (os TSDT) que têm permanecido na penumbra da investigação científica das ciências sociais, ao contrário do que tem acontecido, em Portugal, com outras profissões de saúde, em especial a profissão médica e de enfermagem²⁰.

Os poucos trabalhos de investigação que têm sido feitos sobre o universo das tecnologias da saúde, iniciaram-se na década de 2000 com as publicações do sociólogo David Tavares, sobre a produção e transformação da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia²¹; de Noémia Lopes²² sobre as principais tendências de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia; e ainda de João Areosa em coautoria com Graça Carapinheiro, sobre as relações profissionais num serviço de imagiologia de um hospital público que integra técnicos de radiologia²³.

²⁰ No que se refere à realidade portuguesa, destaca-se o livro de Graça Carapinheiro, *Saberes e poderes no hospital*, publicado em 1993, pelas edições Afrontamento, do Porto, um estudo pioneiro de análise sociológica da profissão médica. Mais tarde, em 2001, Noémia Lopes publicou em livro a sua tese de mestrado com o título *Recomposição profissional da enfermagem – Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto, o qual teve por objeto de estudo os saberes, ideologias e identidade profissional sociológica dos enfermeiros.

²¹ Ver Tavares, D. (2007). *Escola e identidade profissional – o caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: COLIBRI/IPL;

²² Ver Lopes, N. (2006). Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In Carapinheiro G, editor. *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores, 2006. p. 107-34. ISBN 9789896140526.

²³ Ver Areosa, J., & Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 83–108.

Globalmente, os TSDT, enquanto grupo profissional único, do que se apurou até à data, nunca terão sido objeto de qualquer estudo no âmbito das ciências sociais. Daí a pertinência deste estudo, de caráter inovador e necessariamente exploratório. Pertinente também, para chamar a atenção sobre a necessidade de estudos de âmbito global que vão para além de uma fase meramente exploratória sobre a profissão dos TSDT, mormente sobre a questão do poder profissional.

O estudo limita-se ao contexto hospitalar do SNS. Em primeira instância, por ser a realidade da autora e onde surge motivação para a investigação, e depois, por ser o local onde se observa a maior diversidade das profissões que integram o grupo profissional dos TSDT, distribuídas, estruturalmente, segundo o seu estatuto legal, o que torna possível a sua análise de forma global, como é objetivo deste trabalho.

2. Hipótese e Objetivos

Parte-se da hipótese inicial de que os TSDT têm pouco ou nenhum poder profissional na estrutura organizacional e no funcionamento dos hospitais públicos em Portugal.

Para concretizar o estudo, depois de algumas considerações teóricas sobre o tema do poder profissional no panorama da sociologia das profissões e sobre a profissão dos TSDT, com recurso a metodologia adequada e viável, define-se como objetivo geral o de procurar identificar os fatores principais que validem ou infirmem a referida hipótese.

Como objetivos específicos, pretende-se esboçar algumas soluções que, na ótica de um grupo de peritos no tema, possam (e devam?) contribuir para um maior poder de intervenção e influência dos TSDT, a bem da profissão, da sua valorização e da melhor organização e funcionamento dos hospitais.

3. Metodologia

A investigação recorreu a metodologia qualitativa segundo técnicas de consenso (o método Delphi) num processo estruturado de comunicação em grupo, de forma a agregar as opiniões, reflexões e perspetivas de um conjunto de especialistas no tema (o Painel Delphi), consideradas relevantes para a resolução e compreensão do problema de pesquisa, garantindo validade e credibilidade aos resultados. O método Delphi pareceu adequado pela sua natureza construtiva num estudo exploratório como este. Vantajoso também, por incluir os principais benefícios do grupo focal tradicional, evitando, através do anonimato dos participantes, os problemas derivados da interação social e da dominância de pessoas, que possam influenciar a opinião de outros participantes. Para além disso, não exige presença física, o que permite a sua execução através de plataformas *online* e pode ser realizado com um número relativamente reduzido de participantes.

Para a investigação, foram seguidas as recomendações CREDES (*Conducting and Reporting of Delphi Studies*), para estudos Delphi²⁴.

3.1. O método Delphi

Originalmente desenvolvido na *RAND Corporation*, o método Delphi foi divulgado por Norman Dalkey e Olaf Helmer nos anos 50 do século XX, no âmbito de vários trabalhos desenvolvidos pela organização no domínio da investigação operacional.

Este método é definido por uma comunicação estruturada em grupo, onde problemas cujo conhecimento teórico é limitado ou incerto (como é o caso deste estudo) são analisados por peritos, num processo iterativo de opiniões.

As características específicas do método Delphi são: a) o anonimato, que dá liberdade aos participantes do Painel Delphi de expressarem a sua opinião, evitando fatores psicológicos relacionados com a influência de opiniões consideradas dominantes; b) iteração, com realização de várias rondas de questionários; c) *feedback* controlado das respostas do grupo e a possibilidade dos especialistas reverem a sua posição ao compará-la com a opinião prevalente no grupo; d) estatística da posição do grupo, normalmente com apresentação de medidas de estatística descritiva simples.

As respostas obtidas sob estas características aumentam o conhecimento de cada perito e permitem que haja convergência informada do Painel, havendo também a possibilidade de mudança de opinião ao longo do processo (Hasson et al., 2000, p. 1009; Hsu & Sandford, 2007, p. 12; Mercedes & Torrado-Fonseca, 2016, p. 89,90; Varela-ruiz et al., 2012, p. 92).

3.2. Trabalho de campo

O trabalho empírico desenvolveu-se segundo duas grandes fases, conforme representado esquematicamente no Apêndice 1: uma fase preliminar de revisão bibliográfica e construção do instrumento para análise do consenso entre o Painel Delphi (que passará, nesta dissertação, a ser designado por “questionário Delphi” ou “questionário”, por forma a facilitar o entendimento do leitor) e uma segunda de distribuição do questionário ao Painel Delphi, recolha e análise dos resultados.

²⁴ Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8), 684–706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>

3.2.1. Fase Preliminar

3.2.1.1. Revisão Bibliográfica

Para enquadramento teórico do poder profissional no contexto da sociologia das profissões, realizou-se, entre dezembro de 2021 e junho de 2022, uma pesquisa exploratória através de revisão da literatura do tipo *scoping review*, de forma a mapear o conhecimento publicado sobre o tema em estudo.

Inicialmente, recorreu-se ao repositório científico de acesso aberto de Portugal e bases de dados *google scholar* e *B-on*, complementadas pela técnica de pesquisa *snowball*. Foram também considerados livros e publicações de autores centrais nas temáticas abordadas. A pesquisa iniciou-se com as seguintes palavras-chave: “sociologia das profissões”; “poder” e “poder profissional”. Posteriormente, pelo carácter exploratório da pesquisa, novas palavras-chave e cursos de pesquisa foram tomados.

A revisão não se limitou a qualquer limite temporal de publicações. Foi considerada toda a literatura em língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola, que pelo resumo, introdução ou índice, tivesse interesse para a pesquisa.

Para caracterização da profissão TSDT recorreu-se, fundamentalmente, a análise documental através de documentos legislativos que permitissem conhecer não só a sua história, como caracterização e enquadramento atual nos hospitais do SNS.

Através do conhecimento obtido com o enquadramento teórico, foi desenvolvida uma lista com 13 tópicos (Apêndice 2) que na perspetiva da autora, com aprovação do Orientador desta dissertação, fossem capazes de analisar o poder profissional dos TSDT, agrupados segundo aspetos funcionalistas e conceitos interacionistas.

3.2.1.2. Construção do instrumento de consenso

Para construção do questionário Delphi, selecionou-se uma Comissão Científica (designação da autora, para identificar o grupo responsável pelo questionário) constituída por cinco pessoas: a mestranda, o Orientador da dissertação e três TSDT que cumpriram pelo menos três dos critérios a seguir apresentados, sugeridos por Hasson *et al.* (2000, pp. 1010, 1011) e Romero-Collado (2021, p. 102), para garantir a validade do instrumento:

- Líderes de opinião ou representantes reconhecidos em grupos-alvo;
- TSDT diretores de hospitais do SNS;
- TSDT coordenadores de hospitais do SNS;
- Interesse e motivação no tema da investigação;
- Disponibilidade temporal de participação.

O primeiro contacto com os elementos a integrar a Comissão Científica foi feito através de correio eletrónico, onde foi endereçado o convite para colaborar com o estudo, com uma breve descrição da investigação, a explicação do método Delphi e o cronograma da fase preliminar do estudo.

Dos seis especialistas contactados, três não responderam em tempo útil e os restantes mostraram interesse atempado em integrar a Comissão Científica, assegurando o número de elementos adequado à correta execução do método Delphi (Varela-Ruiz et al., 2012, p. 92).

A Comissão Científica reuniu uma vez, em julho de 2022, via *Zoom*, para construir o instrumento de análise do consenso sobre o poder dos TSDT nos hospitais do SNS – Questionário Delphi. Para além da reunião, foram feitas comunicações assíncronas entre a mestranda e a restante Comissão, como se descreve na tabela 1, a seguir apresentada.

Tabela 1 – Processo de construção do questionário Delphi.

Momento	Versão	Etapa	Descrição
Preparação da reunião da Comissão Científica	Versão_1	Preparação da reunião	Disponibilizou-se a todos os elementos da Comissão, através de correio eletrónico: – A lista dos tópicos resultantes da revisão bibliográfica (Apêndice 2); – Breve resumo sobre o enquadramento teórico, por forma a evitar assimetrias de informação sobre o poder profissional no contexto da sociologia das profissões (Apêndice 3);
Reunião da Comissão Científica (julho 2022)	Versão_2	Reconfiguração dos itens	Cada elemento da Comissão Científica sugeriu novos tópicos que considerou importantes para análise do poder dos TSDT, baseados na sua experiência profissional e no conhecimento obtido pela informação teórica, tendo por base o atual contexto legal da profissão dos TSDT;
Trabalho individual da mestranda, supervisionado pelo Orientador (julho e agosto 2022)	Versão_3	Análise da redundância	Análise dos tópicos de acordo com a sua semelhança, agrupando-os e reconfigurando-os de acordo com as teorias do poder profissional: funcionalismo, interacionismo e teoria da complexidade;
	Versão_4	Aprovação da Comissão Científica	Foi enviada a todos os elementos da Comissão Científica, por correio eletrónico, a versão_3 do questionário; solicitaram-se sugestões para alteração de conteúdo e estrutura;
	Versão_5	Pré-Questionário Delphi	Reconfiguração do questionário à luz das sugestões e novas pesquisas teóricas sobre o tema; Ajustes no conteúdo, organização e apresentação linguística do questionário.

3.2.1.3. Validação linguística e teste piloto

O pré-questionário Delphi foi enviado, via correio eletrónico, a um grupo de 10 pessoas (aqui referido como “júri”, designação da autora), externos à Comissão Científica e com disponibilidade de participação.

O júri foi composto por oito TSDT com experiência hospitalar no SNS superior a cinco anos, familiarizados com os aspetos abordados e dois elementos cujas profissões nada tinham a ver com o tema em estudo, por forma a aumentar a validade e consistência do questionário (um bioquímico e um jornalista).

Solicitou-se que, durante o mês de setembro de 2022, cada elemento do júri tecesse os comentários que considerasse pertinentes sobre o questionário. Além disso, foram convidados a responder e analisar individualmente cada questão, fazendo sugestões sobre a sua organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura, semântica, ambiguidade e compreensão do conteúdo.

Foram feitos ajustes essencialmente no que se refere à correção semântica das frases e foram adicionadas explicações de conceitos, junto de cada item.

3.2.1.4. O questionário Delphi

O processo de construção do questionário Delphi considerou-se concluído e inalterável no final de setembro de 2022.

No questionário, após uma parte introdutória, com uma breve contextualização e descrição da investigação, foram incluídos 15 itens, como descrito na tabela 2: seis itens relacionados com as teorias funcionalistas da sociologia das profissões; cinco itens relacionados com as teorias interacionistas simbólicas e quatro itens baseados na teoria da complexidade das profissões.

Tabela 2 – Itens do questionário Delphi, distribuídos de acordo com as teorias de desenvolvimento da sociologia das profissões.

Item	Categoria	Afirmação
1	Funcionalismo	Os TSDT têm o poder de influenciar as decisões sistémicas (estruturais e/ou funcionais) no hospital.
2	Funcionalismo	A ausência de um TSDT nos Conselhos de Administração hospitalares tem reflexo no menor poder dos TSDT.
3	Funcionalismo	A inclusão de um TSDT no atual sistema de governação hospitalar (p.ex. Conselhos de Administração, Direções Técnicas, Centros de Responsabilidade Integrada, Direções de Serviço) teria vantagens no funcionamento e governação da instituição.
4	Funcionalismo	A presença dos TSDT nas reuniões de serviço e/ou departamento das várias especialidades médicas do hospital, aumenta o seu poder (estatutário e relacional).
5	Interacionismo	Em ambiente hospitalar, os TSDT têm a capacidade de influenciar o comportamento e decisões dos outros grupos profissionais.
6	Interacionismo	Em ambiente hospitalar, os TSDT têm a capacidade de influenciar o comportamento dos doentes.
7	Teoria da Complexidade	Os TSDT têm autonomia técnica.
8	Teoria da Complexidade	Os TSDT têm autonomia profissional.

9	Funcionalismo	Além da formação base, a exigência de formação específica para o desempenho de certas funções (p. ex. de coordenação ou direção), corresponde a um maior poder dos TSDT.
>>		
>>		
10	Teoria da Complexidade	A diversidade da carreira dos TSDT, fragmentada em 18 profissões diferentes, é uma fonte do seu menor poder.
11	Funcionalismo	A existência de uma Ordem Profissional comum a todas as profissões aumentaria o poder dos TSDT.
12	Teoria da Complexidade	O sistema de carreira profissional é o requisito mais eficiente para prevenção da desprofissionalização e proletarização da profissão dos TSDT.
13	Interacionismo	Os TSDT têm uma identidade profissional, que os define como um grupo coeso e claramente distinto de outros grupos profissionais dentro do hospital.
14	Interacionismo	Os TSDT são reconhecidos e prestigiados na sociedade.
15	Interacionismo	Dentro do hospital, os TSDT são facilmente reconhecidos e identificados, por símbolos e/ou rituais próprios.

Os peritos foram convidados a votar cada um dos itens, de acordo com a sua opinião, assinalando se concordavam ou discordavam com a afirmação, segundo uma escala ordinal de 4 pontos (concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente). Optou-se pela não colocação de um ponto central de resposta, de forma a não favorecer a sua votação. Todos os itens eram de resposta obrigatória.

Foi ainda incluída uma questão de resposta aberta no final do questionário, de resposta não obrigatória, onde os peritos puderam escrever os comentários que considerassem pertinentes, relativos à sua opinião.

O questionário Delphi, tal como aplicado ao Painel, pode ser consultado no Apêndice 4.

3.2.2. Fase Delphi: consenso do Painel Delphi

A fase Delphi, para verificação das opiniões e consenso do Painel Delphi relativamente ao poder dos TSDT em ambiente hospitalar, esquematizada na figura 2, decorreu da seguinte forma:

- Utilizou-se o correio eletrónico como veículo de comunicação durante todo o processo, o que facilitou a transmissão e o tratamento de dados, e permitiu acelerar o processo;
- Selecionou-se o Painel Delphi, segundo metodologia descrita no ponto 3.2.3.1
- O questionário foi adaptado e distribuído através do *software* de pesquisa e inquéritos *online* Survio®, numa sequência de duas rondas;
- Para cada ronda, os peritos do Painel tiveram uma semana para submeter as respostas;
- Em cada ronda, três dias antes da data-limite para preenchimento do questionário, foi enviado um e-mail de lembrete aos peritos que ainda não haviam submetido as suas respostas;

- f) Os resultados relativos a cada uma das rondas foram enviados a cada perito, após conclusão das mesmas;
- g) Considerou-se consenso entre o Painel quando, para cada item, se observou pelo menos 80% de respostas coincidentes relativamente à sua posição (concordância ou discordância), de acordo com as orientações CREDES;
- h) Todos os itens que na ronda 1 obtiveram o consenso do Painel foram excluídos do questionário na ronda 2. Aqueles que na ronda 1 não obtiveram consenso do Painel foram mantidos na ronda 2, altura em que o Painel respondeu novamente ao questionário, à luz dos resultados da ronda 1. Os itens que não obtiveram consenso, mesmo após as 2 rondas, foram analisados e discutidos dessa forma, como resultados da investigação.

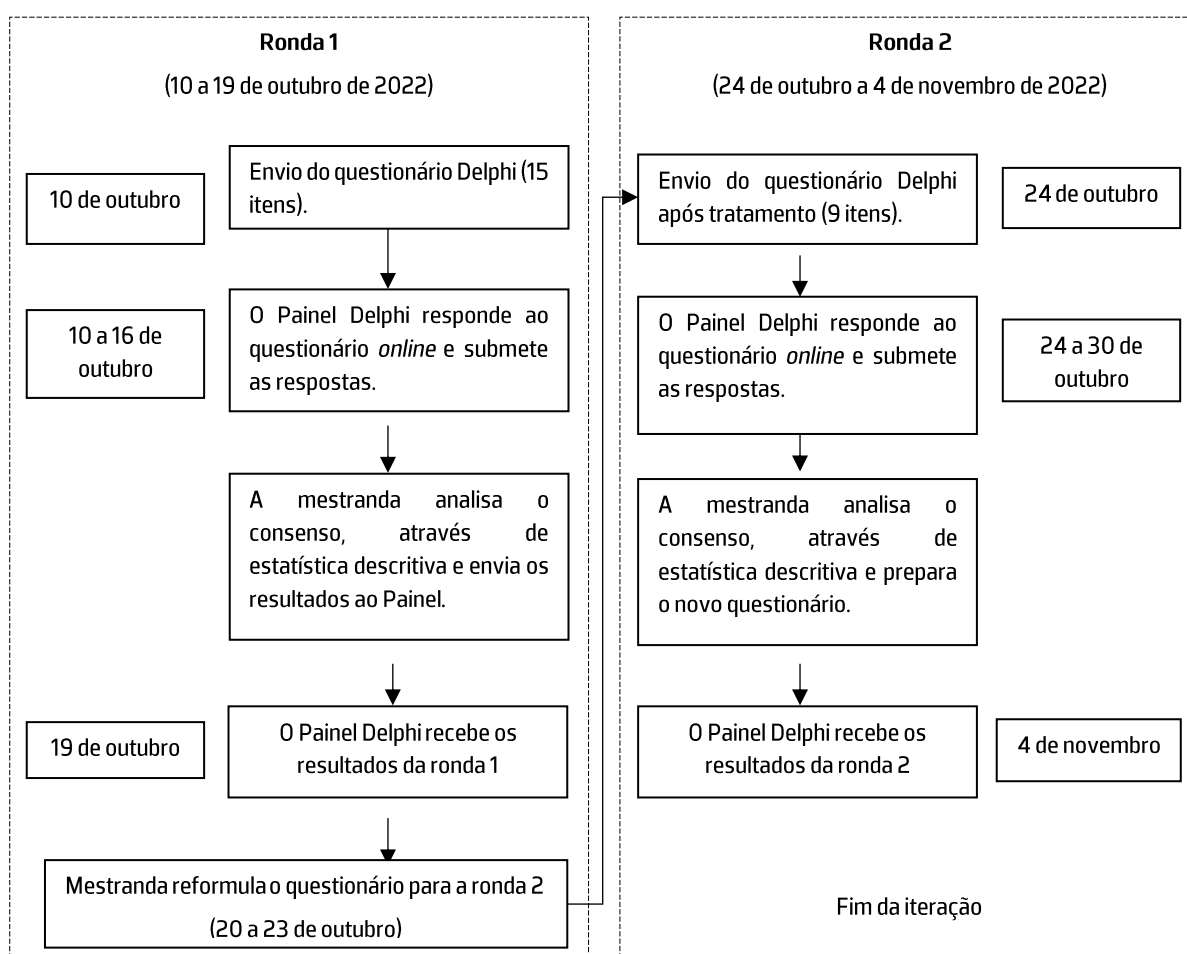


Figura 1 – Desenvolvimento da fase Delphi.

3.2.2.1. Painel Delphi

A qualidade dos resultados depende do valor dos peritos a integrar o Painel Delphi. Selecionaram-se, por conveniência, um conjunto de 18 pessoas, que cumpriram pelo menos três dos seguintes critérios de inclusão:

- Gestores hospitalares, em hospitais do SNS;

- Líderes de opinião ou representantes reconhecidos em grupos-alvo;
- TSDT diretores de hospitais do SNS;
- TSDT coordenadores de hospitais do SNS;
- TSDT com experiência profissional superior a cinco anos, em hospitais do SNS;
- Interesse pelo tema;
- Disponibilidade de participação.

Os peritos foram convidados a integrar o Painei Delphi desta investigação, via correio eletrónico, onde foi enviada descrição da investigação e um documento com informações sobre o método Delphi, e cronograma de participação (Apêndice 5).

Dos peritos convidados, dois não responderam ao convite em tempo útil e 16 aceitaram integrar o Painei Delphi.

Desses 16 peritos, um não respondeu ao questionário em nenhuma das duas rondas, e por esse motivo foi excluído do Painei. Desta forma, foram considerados para este estudo um total de 15 peritos, assegurando assim o número de participantes adequado à correta execução do método Delphi (Romero-Collado, 2021, p. 102; Varela-ruiz et al., 2012, p. 93), dos quais: um gestor hospitalar; três representantes sindicais; três TSDT diretores; três TSDT coordenadores e cinco TSDT com experiência profissional superior a cinco anos.

Foram incluídos TSDT das seguintes profissões: análises clínicas e saúde pública; anatomia patológica, citológica e tanatológica; audiologia; cardiopneumologia; farmácia; fisioterapia; radiologia; neurofisiologia; ortóptica; terapia da fala e terapia ocupacional.

Relativamente à distribuição geográfica, o Painei Delphi incluiu profissionais dos seguintes locais de saúde: Hospital de Aveiro (um perito); Hospital de Coimbra (um perito); Hospital de São João (dois peritos); Hospital Fernando Fonseca (um perito); Hospital Garcia de Orta (um perito); Hospital Geral de Santo António (três peritos); Hospital Pedro Hispano (três peritos); Hospital São Sebastião (dois peritos); Instituto Português do Porto Francisco Gentil (um perito).

De acordo com as orientações CREDES para estudos Delphi, os dados pessoais dos peritos foram anonimizados, sendo cada perito identificado nesta dissertação, e para efeitos de análise de resultados, através da codificação "PD [Painei Delphi] _ [número atribuído a cada perito de 1 a 15]".

3.2.2.2. Tratamento e análise dos dados

O tratamento e análise da estatística descritiva dos dados obtidos em cada uma das rondas, fez-se com recurso ao *software* de análise estatística *IBM SPSS® Statistics*, versão 28.0. Sendo uma investigação qualitativa, e por forma a facilitar a discussão, para cada ronda, considerou-se como total de peritos para

análise, aqueles que responderam (na ronda 1, responderam 14 peritos; na ronda 2, responderam 13 peritos).

Para facilitar o tratamento e análise dos dados, as respostas foram agrupadas em dois grupos, e foram criados filtros de análise: (1) todas as respostas correspondentes a “concordo totalmente” e “concordo” foram incluídas num novo filtro “concorda”; (2) todas as respostas correspondentes a “discordo totalmente” e “discordo” foram incluídas num novo filtro “discorda”.

As respostas relativas ao item de resposta aberta, incluída no final do questionário, foram tratadas com recurso a análise de conteúdo, que permitiu sustentar e consolidar a discussão dos resultados.

4. Resultados e Discussão

Num primeiro olhar, e ainda numa análise mais geral dos resultados, considerando as duas rondas iterativas, observa-se na tabela 3, tendencialmente mais consenso do Painel nos aspetos de nível estatutário, relacionados com o estatuto, normas e burocracias organizacionais dos TSDT. À exceção de um item (item 14), todos os que foram consensuais na ronda 1 dizem respeito à abordagem funcionalista (itens 2, 3, 4, 9 e 11). Os peritos apresentam, desde logo, opiniões convergentes e assertivas relativamente a estes assuntos, opiniões já formadas previamente à aplicação deste Questionário, como bem atestam as considerações escritas voluntariamente à questão de resposta aberta da ronda 1, com reflexões, na sua maioria, sobre aspetos estruturais e funcionalistas do poder dos TSDT, como se poderão ler nas transcrições, mais à frente.

Mais ainda, finda a iteração, todos os itens funcionalistas obtiveram o consenso do Painel. Apenas quatro dos itens não se mostraram consensuais (itens 5, 8, 10 e 15) em nenhuma das rondas, todos eles, relacionados com as teorias interacionistas simbólicas do poder profissional ou com aspetos relacionados com a teoria da complexidade das profissões, observando-se nestes, inclusivamente, opiniões bastante divergentes entre o Painel.

Aparentemente, e ao encontro do presumível ainda na fase embrionária desta dissertação, percebe-se que os TSDT se têm debruçado mais sobre os aspetos sistémicos, mais ligados “à tarefa”, com preocupações sobre os aspetos de tipo macro e estatutário (caraterização, direitos e deveres) e de inserção orgânico-funcional, do que com aspetos de natureza micro, interacionista, processual, mais ligados “à atividade”, de afirmação de poder simbólico, autonomia técnica, identidade profissional e social e de imagem, ou seja, com o modo como se vêem a si próprios, como são vistos pelos outros grupos profissionais e como são vistos pela sociedade.

Tabela 3 – Resultados da ronda 1 (do lado esquerdo) e da ronda 2 (do lado direito), para cada item do Questionário Delphi.

Item	Ronda 1 (N=14)				Ronda 2 (N=13)			
	Concorda		Discorda		Concorda		Discorda	
	%	n	%	n	%	n	%	n
1	35,7 %	5	64,3%	9	15,4%	2	84,6%	11
2	100%	14	0,0%	0	-	-	-	-
3	100%	14	0,0%	0	-	-	-	-
4	100%	14	0,0%	0	-	-	-	-
5	50%	14	50%	7	53,8%	7	46,2%	6
6	78,6%	11	21,4%	3	84,6%	11	15,4%	2
7	78,6%	11	21,4%	3	84,6%	11	15,4%	2
8	64,3%	9	35,7%	5	61,5%	8	38,5%	5
9	85,7%	12	14,3%	2	-	-	-	-
10	57,1%	8	42,9%	6	61,5%	8	38,5%	5
11	100%	14	0,0%	0	-	-	-	-
12	71,4%	10	28,6%	4	100%	13	0,0%	0
13	21,4%	3	78,6%	11	7,7%	1	92,3%	12
14	14,3%	2	85,7%	12	-	-	-	-
15	35,7%	5	64,3%	9	30,8%	4	69,2%	9

Legenda de cores: Verde – itens que verificaram consenso, em cada uma das rondas; vermelho – itens que não verificaram consenso, em cada uma das rondas.

Na ronda 1 responderam, no período estipulado para o efeito, 14 dos 15 peritos incluídos no Painel Delphi. A opinião do Painel foi consensual em seis dos 15 itens apresentados (itens 2,3,4,9, 11 e 14), como se observa na tabela 3 (na coluna referente à ronda 1), destacados a cor verde. Com exceção do item 14, todos se referem à abordagem funcionalista do poder profissional dos TSDT, relacionados com a estrutura e governação hospitalar, mormente a sua composição e competências.

Todos os peritos concordaram que a ausência de um TSDT, na estrutura dos Conselhos de Administração hospitalares é um dos fatores que contribui para um menor poder dos TSDT nos hospitais do SNS. Os peritos reconhecem nesta ausência, formal e prevista legislativamente [recordar-se, pelo Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro], uma lacuna que impossibilita a correta tomada de decisões sobre as suas profissões, de acordo com as suas necessidades estruturais e funcionais.

Dizem:

“A presença de um TSDT no Conselho de Administração seria importante como um elemento consultivo na tomada de decisão, nomeadamente [sobre] MCDTs [meios complementares de diagnóstico e terapêutica], uma componente essencial na produção clínica e assistencial do hospital” (PD_11)

Ainda sobre este assunto, concordam, já na ronda 2, que não têm poder para influenciar as decisões (estruturais e/ou funcionais) do hospital. As decisões sobre os processos de trabalho são, muitas vezes, feitas por outros grupos profissionais, com diferentes interesses, objetivos organizacionais e desconhecimento das necessidades intrínsecas do grupo, com implicações sobre o seu trabalho e desempenho em prol da saúde do doente, objetivo último da sua prática profissional. Os dois peritos cuja opinião é contrária exercem funções de radiologia e cardiopneumologia. Referem participação nas reuniões de Serviço, o que promove, dizem, a inclusão das suas sugestões nas decisões sistémicas do Serviço que integram.

Assim, é reconhecido que:

“Alguns TSDT atualmente contribuem para algumas decisões, nomeadamente funcionais, mas a nível do serviço onde estão integrados. Em algumas profissões, os TSDT participam nas reuniões de Serviço participando em decisões a nível da Direção de Serviço.” (PD_11)

“A inclusão dos TSDT nos circuitos oficiais de decisão nas instituições poderia levar [...] a uma maior produtividade e reconhecimento da profissão no contexto da equipa multidisciplinar” (PD_6)

“[...] acabamos por não conseguir contribuir com soluções para um melhor funcionamento dos nossos serviços. E essas soluções acabam por nos ser impostas por profissionais de outras áreas. [...] precisamos ser nós, os TSDT, a definir normas, regras e procedimentos de segurança para as nossas áreas.” (PD_7)

O Painel Delphi concorda que a inclusão dos TSDT no atual sistema de gestão hospitalar, assim como a uniformização sobre a sua participação ativa nas reuniões de serviço e/ou departamento das várias especialidades médicas do hospital, teria vantagens sobre o funcionamento da instituição hospitalar e levaria ao aumento do poder dos TSDT.

Efetivamente, enquanto grupo profissional, a presença dos TSDT é de inegável importância na dinâmica hospitalar, conhecida, desde logo, por força de lei, no início da sua atividade nos hospitais do SNS, onde se pretende “assegurar [o] completo e harmonioso funcionamento sistemático do trabalho” (Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de Setembro), reconhecendo-se que são profissionais “indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde” (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro). Os TSDT constituem um dos pilares para o bom funcionamento da atividade hospitalar, cujo

valor deverá ser reconhecido e considerado formalmente para as tomadas de decisão nas organizações hospitalares do SNS.

Ainda na ronda 1, há consenso sobre a exigência de formação específica para o desempenho de certas funções, como coordenação ou direção, ser um dos fatores para aumentar o poder dos TSDT.

Seguindo o raciocínio funcionalista de Freidson, o saber [e a formação específica] articula-se com os sistemas de controlo e autoridade, o que contribui para o maior poder dos TSDT, nos hospitais do SNS. O Painei confere um caráter fundamental à formação para além da formação base.

«[...] fundamental para podermos integrar as equipas multidisciplinares e conseguirmos “argumentar” o nosso valor, ou legitimar a nossa posição de igualdade perante as outras profissões de igual grau de complexidade. [...] Acho a formação específica muito relevante para que possamos discutir determinadas temáticas e integrar equipas multidisciplinares, discutindo todas as problemáticas com rigor, e com conhecimento de causa.» (PD_7)

“Dada a especificidade da atividade de todas as profissões dos TSDT, foi crescente a necessidade de uma gestão da atividade por cada grupo profissional. A exigência de formação específica em gestão de serviços de saúde para o desempenho das funções de coordenação é seguramente uma mais-valia para a interação com o CA [Conselho de Administração] e o aumento da credibilidade das propostas apresentadas.” (PD_8)

“A aquisição de competências na área de gestão para quem exerce funções de coordenação é condição essencial para um correto e útil relacionamento profissional com as restantes estruturas hospitalares.” (PD_11)

A acrescentar a importância que a formação, juntamente com as instituições que asseguram a sua transmissão e proteção, têm no processo de criação das profissões e no seu poder. “A Escola [enquanto instituição da estrutura social], quer dizer, o Estado, garante o valor [dos seus profissionais], garantindo [...] o valor dos seus títulos e dos títulos que eles concedem. E ela garante também o valor dos seus produtos, assegurando-lhe o quase-monopólio [...]” (Bourdieu, 1989, p. 262)

A formação específica torna os profissionais capazes de reivindicar o monopólio de certas competências, isto é, concorre para a manutenção da trajetória informal que cada TSDT faz, paralela às vias formais da profissão e das organizações, no fundo, concorre para a manutenção da sua carreira.

Efetivamente, o caminho (informal e formal) dos TSDT, traduzido no acesso controlado e estratificado a novas áreas de jurisdição, com apropriação de novos e específicos conhecimentos, evita a massificação

de diplomados, que passam a ocupar posições de menor complexidade e menor autonomia. Tem-se verificado tendência para que o poder burocrático-administrativo, condicione o papel que as profissões têm na sociedade, reduzindo os seus profissionais a meros executantes do trabalho.

Quanto à diversidade de profissões incluídas na carreira dos TSDT ser fonte de menor poder, ou por outras palavras, com Strauss, quanto à segmentação do mundo social dos TSDT em vários “micro-mundos”, não houve consenso do Painel. Contudo, verifica-se a tendência para considerarem um fator de menor poder (57,1% dos peritos na ronda 1 e 61,5% dos peritos na ronda 2).

Diz o Painel Delphi:

“A diversidade de profissões, sendo uma desvantagem natural, pode resultar em maior poder porque agrega diferentes profissionais com atributos comuns e que em conjunto podem influenciar os centros decisores. Cada uma das profissões, isolada, não tem expressão numérica, mas os TSDT exercem atividade em pontos “nevralgicos” da atividade das instituições de saúde.” (PD_8)

“Na minha opinião, o que torna a carreira TSDT menos poderosa é o fato de as diferentes profissões serem totalmente independentes umas das outras, não terem um sentido de união e sentimento de pertença ao mesmo grupo profissional. [...] Dá a sensação de que cada área rema para o seu lado.” (PD_10)

“Como somos 18 profissões tão diferentes, é muito difícil encontrar consensos e vamos acabando por deixar seguir. Falamos muito, mas a verdade é que durante 20 anos, não criamos documentos que permitam atestar a necessidade de alterar as competências.” (PD_11)

A diversidade dos TSDT poderia ser fonte de maior poder, no entanto, aparentemente, não se verifica organização e gestão correta das mesmas enquanto grupo profissional com interesses e objetivos comuns. Talvez por esse motivo, todos os peritos concordaram que o poder dos TSDT aumentaria com a existência de uma Ordem Profissional comum a todas as profissões TSDT, que não só proteja e regule o acesso à carreira, como exerça um papel intermediário entre o poder político e o corpo dos TSDT, de forma a refletir a sua ideologia e criar condições de legitimação social.

Pelo menos, sentem a necessidade de criação, principalmente, de um elemento transversal e comum a todos, que agregue todos os seus “micro-mundos”, enquanto um grupo profissional coeso, que promova, como diz Freidson, a sua “dominância” enquanto grupo, o seu fechamento cultural ou *gatekeeping* (Rodrigues, 2002, p.51), que torne a (neste caso as) profissão inacessível aos demais.

“Não havendo uma Ordem profissional dos TSDT deveria existir um órgão agregador das diferentes profissões, com o propósito de autorregulação, à semelhança de todas as outras profissões reguladas.” (PD_6)

“Entendo que a diversidade com as 18 profissões até podia ser fonte de poder dos TSDT, se devidamente organizadas entre si.” (PD_12)

Se, por um lado, as estruturas sindicais e restantes associações profissionais, por meio de reivindicações estatais, lutam por uma maior autonomia, coesão e desenvolvimento da identidade destes profissionais, paralela ao desenvolvimento técnico e científico da profissão, no contexto das interações simbólicas que imperam nos serviços hospitalares, tal, aparentemente, não se tem verificado.

Na ronda 2 houve consenso nos itens 1, 6, 7, 12 e 13, na sua maioria, itens interacionistas simbólicos, relacionados com o poder relacional e segundo Goetschy (1981, p. 447), com capacidade de agir sobre os outros indivíduos ou grupos e de influenciar os seus comportamentos, nas relações de negociação informal. O conhecimento das opiniões na ronda 1, permitiu aos peritos do Painel repensar a sua posição sobre os assuntos abordados e, se assim o reconsiderassem, mudarem a sua opinião, de forma informada.

Neste referente, concordaram que os TSDT, em ambiente hospitalar, têm influência no comportamento e decisões feitas pelos doentes. Pelo contrário, não há consenso relativamente à influência dos TSDT no comportamento e decisões de outros grupos profissionais. No entanto, o perito com funções de gestão hospitalar, que constitui uma posição isenta de interesses profissionais subjacentes a cada profissão no contexto da organização hospitalar, discorda que os TSDT tenham influência nas decisões de outros grupos profissionais.

Aqui se sublinha uma vez mais, a fragilidade do poder dos TSDT no quadro das interações sociais hospitalares, com enfoque principalmente nas interações simbólicas mediadas pela influência informal entre os vários grupos que atuam no cenário hospitalar. Evidente também, a ausência de reconhecimento e valorização pelos restantes “mundos sociais”, os diferentes grupos profissionais com quem trabalham no hospital em complementaridade e interdependência, apesar da sua importância para a manutenção da saúde do doente.

Também nos itens 7 e 8, se verifica esta tendência antitética. Na ronda 2, houve consenso quanto à autonomia técnica dos TSDT, premissa reconhecida inclusivamente por força de lei, onde lhes é reconhecida “diferenciação e qualificação profissionais inerentes ao exercício das funções próprias de cada profissão, devendo aquelas ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica” (artigo 6º do Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro). Ora, quanto à autonomia técnica,

84,6% dos peritos concordaram que este grupo profissional tem a capacidade de agir com independência técnica em relação a outros grupos profissionais, quanto aos atos que pratica, com origem na formação de nível superior de que são detentores:

«Na minha opinião, temos autonomia técnica [...], mas isso implica responsabilidade e poder de argumentação com os outros profissionais de saúde, o que nem sempre estamos dispostos a fazer. [...] tento sempre adequar os exames ou alertar e nunca tive grandes questões. Claro que “perco” o dobro do tempo, procuro o médico prescritor, mas quem ganha é o doente.» (PD_7)

“Os TSDT têm autonomia técnica que advém da formação mais específica e de nível superior” (PD_11)

Por outro lado, não houve consenso quanto à autonomia profissional. Neste contexto, essencialmente os peritos das profissões com menor interação com outros grupos profissionais (pensa-se), são os que discordam com a existência de autonomia profissional (análises clínicas e saúde pública, farmácia, anatomia patológica citológica e tanatológica), acredita-se, por terem menos oportunidades para negociação informal dos seus saberes e competências com os restantes grupos profissionais, e por isso, menor capacidade para autorregular o seu exercício, passando este, grande parte das vezes, apenas pela delegação de tarefas pelos médicos que as requisitam.

As ameaças ao estatuto, autonomia profissional e técnica das profissões têm interesse, estuda Freidson, nos processos que se têm verificado de desprofissionalização estrutural, que afetam não só a identidade profissional dos TSDT, como também a sua especificidade e “alma profissional”, com prejuízo sobre o seu poder nos hospitais:

“Durante mais de 15 anos estivemos estagnados. Sem progressões na horizontal ou vertical. O que deteriorou muito a motivação dos profissionais e a vontade em evoluir ou apostar na formação contínua que é uma ferramenta tão importante para a valorização profissional.” (PD_7)

Efetivamente, verifica-se desde 1999, praticamente uma estagnação da carreira dos TSDT nos hospitais do SNS (não só deste grupo profissional, mas sim todos os grupos profissionais de saúde), sem possibilidade de progressão, com consequente desprofissionalização, e mesmo proletarização, provocadas pela ação do poder burocrático-administrativo, nomeadamente regras de gestão empresarial, que veio destruturar o tipo ideal de profissão (Rodrigues, 2002, pp. 69–91):

“Como em outras profissões [...] a carreira de TSDT regrediu e a progressão foi limitada a um número muito reduzido de profissionais. A confusão criada pelos diferentes tipos de contrato individual de trabalho que se verificam na Administração Pública agravou a situação gerando sentimentos de injustiça e conflitos entre os próprios profissionais.” (PD_8)

Neste referente, todo o Painel concordou, na ronda 2, que uma forma de prevenir a desprofissionalização e a proletarização da profissão dos TSDT, é o sistema de carreira profissional, que promove a sua identidade profissional, a par das características organizacionais, saber e práticas específicas. A identidade profissional assume-se como um processo onde o reconhecimento, a valorização e confirmação dos outros promove uma negociação interna (no quadro das interações sociais) e externa (no quadro das normais burocráticas e organizacionais).

Os TSDT não têm uma identidade profissional que os defina como um grupo coeso e claramente distinto de outros grupos profissionais dentro do hospital, e por esse motivo veem o seu poder minimizado, é a opinião do Painel Delphi. Falta-lhes a tensão da força centrípeta partilhada e percebida pelos seus membros que os una entre si (enquanto grupo) com o coletivo (com os restantes grupos profissionais); que os una entre si e a sociedade no geral, num processo de construção; uma identidade coletiva atribuída pelos outros e para os outros, com centralização do conceito de *role taking*

Os peritos mostraram opiniões divergentes, e não entraram em consenso, quanto ao capital simbólico associado aos TSDT, nomeadamente quanto à existência de símbolos e/ou rituais que os identifiquem e os distingam nos hospitais. Pode estar aqui, mais uma das justificações para a inexistência de identidade profissional. Essencialmente, falta-lhes um sentimento de pertença a um grupo, que seja claramente distinto dos restantes, que tenha uma matriz unificadora, que englobe os aspetos funcionais das profissões, como os seus objetivos, os marcos éticos e ideológicos, mas também o conjunto de profissionais, que partilhem um referencial de valores e crenças comum. Faltam-lhes os símbolos que os definam, caracterizem e que transmitam aos outros, e a si mesmos, a sua essência e consistência:

“De acordo com Blumer (1969) a realidade é composta de objetos. [...] Todo o objeto tem um significado, e é este significado, porque é comunicado num determinado contexto social, que é enfatizado pelo interacionismo simbólico. O significado dos objetos é comunicado através da interação com os outros, isto é, no âmbito das interações sociais. A interação social tem dois níveis. O primeiro nível é não simbólico. Neste nível as pessoas respondem às ações dos outros sem os interpretar. [...]. A interação não simbólica é uma ação reflexa. O segundo nível de interação social é simbólico, e neste nível uma pessoa interpreta as ações dos outros para criar

significado. Os símbolos estão no centro da interação simbólica. Os símbolos são o meio através do qual as pessoas interagem umas com as outras [...].” (Hartley, 1992, p. 4 e 5)

“O comportamento (*standing*, maneira de vestir, tipo de consumo, prática de tempos livres) é outro elemento que entra em jogo [...]” (Robin & Robin, 1976, p. 21). Parece aqui revestir-se de especial importância no desenhar dos sistemas simbólicos mais representativos da ordem social hospitalar, a análise de questões como: (1) o vestuário/uniforme usado pelos TSDT nos hospitais; (2) o padrão de comportamentos informais e formais no quotidiano hospitalar, que se traduzam em rituais de interação; (3) a sua forma de atuação clínica; (4) o tipo de linguagem que utilizam na comunicação entre pares, com outros grupos profissionais e com os doentes. No fundo, a análise de questões que assegurem o “reconhecimento das respetivas hierarquias e das respetivas funções”(Carapinheiro, 1993, p. 105).

No que diz respeito aos elementos simbólicos que possam caracterizar os TSDT, nomeadamente aos uniformes e cores utilizadas pelos diferentes profissionais, que servem de guia para o estabelecimento de relações sociais com os vários grupos sociais, o Painel Delphi refere:

“Em algumas instituições já existe um fardamento comum, o que ajuda na identificação deste grupo profissional. No entanto, por exemplo no CHUSJ o fardamento é comum a outras profissionais. Vários usam farda de cor bordeaux.” (PD_11)

Nos hospitais do SNS, os TSDT não usam fardamento que seja igual, transversal e usado por todos os TSDT dentro do mesmo hospital, tampouco que seja comum a todos os hospitais do SNS, e que permita a sua fácil identificação e reconhecimento, aquando comparado com outros grupos profissionais.

Muitas vezes, o vestuário destinado a esta profissão, é em muito semelhante ao de outras categorias profissionais, alguns com pouca (ou nenhuma) responsabilidade clínica na dinâmica hospitalar, como é o caso do pessoal auxiliar de saúde ou pessoal administrativo. O branco, símbolo de “limpo [...] puro [...] principal” (Canals, 1984, citado por Carapinheiro, 1993, p. 105), ao que é conhecido até à data desta investigação, não é a cor atribuída aos uniformes dos TSDT, ao contrário do que acontece com a profissão médica e enfermagem, que lhes confere, por si só, um estatuto simbolicamente superior.

Seguindo-se à dinâmica do fardamento, fica exposta a organização do trabalho e, nos lugares, o mobiliário e os objetos ganham ênfase e valor no plano simbólico das interações sociais. A prática clínica dos TSDT, ao que se sabe, desenvolve-se em espaços físicos, muitas vezes insuficientes para a quantidade de equipamentos, que deixam os espaços sobrelotados, convertendo-se em “oficinas” de trabalho, incapazes de lhes oferecer uma atividade isolada, “à porta fechada”, que lhes associe uma importância técnica e clínica.

Ainda que, mais uma vez variável de acordo com a especialidade, por norma, aos locais onde os TSDT desenvolvem a sua atividade, é atribuído um significado “rápido” e “passageiro”, pouco voltado para a relação profissional-doente. Aqui, “apenas” é feita a aquisição dos meios, que o médico necessita para executar a arte de diagnosticar e tratar, para o qual é treinado, havendo minimização da importância sobre a (correta) execução dos mesmos, para esse efeito.

A linguagem verbal que estabelece com o doente, em grande parte das vezes, também se encontra limitada à autoridade médica, da qual depende a sua prática. Neste sentido, apenas ao médico cabe o poder de transmitir qual o diagnóstico ou o estado clínico do doente, que o tem para si, como “o seu doente”.

Também quanto a rituais, dizem os peritos:

“Não existem ou raramente existem atividades comuns, estes profissionais deveriam promover mais atividades conjuntas, como por exemplo jornadas, ou reuniões.” (PD_11)

Efetivamente, a manutenção do poder simbólico dos TSDT, em muito desprezada pelos próprios, como bem atesta este trabalho, tem influenciado a forma como veem a profissão, como se vêm a si próprios e como são vistos pelos outros. Como diz Blumer (1982, p. 2), “vemo-nos a nós mesmos através do modo como os demais nos definem.” Ainda que os TSDT se vejam como elementos centrais para a dinâmica hospitalar, com importante peso nos processos de diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde dos doentes, não são vistos pelos outros da mesma forma.

O seu capital simbólico carece de investigação científica que permita caracterizar as diferentes profissões, encontrando quais os pontos de convergência, que possam ser desenvolvidos para promover a coesão de que sentem falta, e que lhes confere menor poder institucional.

Retomando o pensamento de Everett Hughes, “há a profissão essencial à sociedade (sagrada) e a sociedade essencial à profissão (profana)” (citado por Santos, 2011, p. 29), quer isto dizer que, segundo este interacionista simbólico, é a própria sociedade quem define o caráter “sagrado” de uma profissão, o caráter essencial ou secundário de uma profissão.

Será que a sociedade lhes confere um caráter “sagrado”, reconhecendo-os como essenciais para si? Não. O Painel Delphi, logo na ronda 1, mostra consenso ao afirmar que os TSDT não são reconhecidos e prestigiados na sociedade e tecem importantes comentários, onde concordam que os TSDT são, quase sempre, confundidos com outros grupos profissionais na dinâmica hospitalar, principalmente enfermagem.

Atribuem à comunicação social a dificuldade de reconhecimento das suas profissões pela sociedade, ao apresentar designações, quase sempre, erradas ou omitir estes profissionais das equipas multidisciplinares dos hospitais:

“[...] os utentes demonstram desconhecer as competências destes profissionais, confundindo as suas competências com outras classes profissionais (enfermagem). Na comunicação social raramente a nossa classe é mencionada, e quando acontece, frequentemente com a designação errada” (PD_4)

“Na maioria das vezes, os cidadãos ainda associam as nossas profissões aos enfermeiros, confundindo o papel de cada um.” (PD_7)

“A visibilidade e consequentemente a representação social dos TSDT é praticamente nula. Nos meios de comunicação social há sempre confusão quando estes são referidos.” (PD_8)

“A sociedade não conhece este grupo profissional, é muito frequente os utentes confundirem os TSDT como sendo enfermeiros ou médicos.” (PD_11)

Bourdieu salienta, numa abordagem relacional, o importante papel do ensino superior para a consolidação identitária das profissões, sendo responsável por lhe transmitir capital simbólico, que está na base dos “jogos de organização” e dos “jogos de discurso” (Rodrigues, 2002, p. 142). Por aqui passa também o reconhecimento pela sociedade, em grande medida, pela gestão do poder simbólico associado à profissão, que deve iniciar-se cedo, em jeito embrionário, na formação de cada TSDT.

A formação académica e a própria Escola, vista como transmissora do conjunto dos conhecimentos formais e específicos de cada uma das profissões TSDT, dos seus saberes, opinião da autora, deverá também priorizar novos objetivos como entidade promotora de socialização e de interiorização dos “valores transcendentais”, regras e referências identitárias. Deverá, ela mesma, dar o primeiro passo naquilo que será o processo de construção e integração na “alma do profissionalismo”, cujo carácter será extensivo à prática profissional futura. Deverá trabalhar, fundamentalmente, não só para ensinar a saber (conhecimento cognitivo e teórico) e a saber fazer (conhecimento formal e prático), mas também a saber estar (conhecimento social) e a saber ser (conhecimento identitário).

Conclusão

O poder profissional tem sido entendido, fundamentalmente, numa dupla vertente, regra geral antitéticas: estrutural-funcionalista ou interacionista simbólica. Segundo a perspectiva estrutural-funcionalista, o poder profissional é um poder de tipo burocrático-formal, assente em normas e regras consagradas, normalmente, em estatutos de natureza legal. Visto na ótica do interacionismo simbólico, o poder profissional é um poder de tipo carismático e relacional, com origem primordial nas interações sociais, em especial, no significado dos símbolos que as mediatizam.

Ambas as visões, contudo, não podem ser vistas de modo parcial e exclusivo. As teorias não se excluem, antes devem complementar-se, integrar-se. Defende assim, a autora, a perspectiva a que alguns, como é o caso de Urteaga, vêm chamando de teoria da complexidade, teoria esta que pretende combinar variáveis de um e de outro tipo de teorias. Igual entendimento, parece resultar, também, quer da terceira lógica de Eliot Freidson quer do interacionismo simbólico estrutural de Sheldon Stryker quer da visão microsociológica estrutural da última obra de Erving Goffman (*Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*).

Nos hospitais, em especial nos hospitais do SNS, os TSDT constituem um grupo profissional essencial na respetiva dinâmica institucional, parecendo, no entanto, verificar-se alguma debilidade dos TSDT, quer estruturo-funcional quer relacional, que se traduz num menor poder profissional, suscetível de fragilizar quer a missão essencial do hospital que é a de tratar doentes numa lógica de equipa, quer a missão dos TSDT enquanto carreira profissional.

Foi objetivo central do estudo identificar, com base numa revisão teórica prévia, as principais variáveis que podem estar na base do eventual menor poder profissional dos TSDT, de modo a delinear e propor algumas medidas de ação com vista a reposicionar os TSDT no lugar que, segundo a autora, devem ter na dinâmica hospitalar.

De forma a responder aos objetivos inicialmente propostos, a autora recorreu a um Painel Delphi, onde peritos nos temas deram a sua opinião e chegaram a consenso quanto aos itens que foram considerados relevantes para analisar o poder profissional dos TSDT, no contexto dos hospitais do SNS. Da análise dos resultados, foi possível concluir, respondendo à hipótese de partida, que os TSDT parecem ter pouco poder estrutural e formal e, sobretudo, relacional e simbólico nos hospitais. Concluiu-se que:

1. O poder dos TSDT tem procurado afirmar-se, essencialmente junto do Estado, em cujo confronto tem sempre um menor poder, do que afirmar-se junto da sociedade e da comunidade hospitalar, neste caso, quer junto dos demais grupos profissionais, quer dos doentes, quer junto das diferentes profissões que integram a carreira dos TSDT;

2. Os TSDT têm-se preocupado mais com os aspetos formais e estruturais do que relacionais da sua carreira, parecendo mostrar não só desconhecimento quanto à relevância destes aspetos como quanto à natureza desta dimensão, em especial, quanto à importância da dimensão simbólica e ritual do poder;
3. Segundo a lógica estrutural-funcionalista, o poder dos TSDT encontra-se diminuído nos hospitais do SNS: os TSDT estão excluídos das decisões formais de natureza sistémica, confirmada pela sua ausência dos Conselhos de Administração e/ou reuniões de serviço e departamento. Os seus processos de trabalho são, em grande parte das situações, decididos por outros grupos profissionais que não pelos próprios. Reconhece-se que a inclusão dos TSDT quer nos órgãos de administração quer nos órgãos de direção e gestão intermédias, resulta num maior poder profissional dos TSDT e traria vantagens para o aumento da eficácia e da eficiência dos hospitais;
4. Apesar de ser consensual que os TSDT são dotados de autonomia técnica, a incapacidade de formalizar opiniões e decisões sistémicas tem implicações ao nível do controlo sobre o seu trabalho e na sua autonomia profissional, embora este aspeto não tenha sido consensual por força, julga-se, das especificidades de cada uma das profissões que integram o grupo profissional dos TSDT;
5. Reconhece-se que a formação específica para o desempenho de funções de gestão, como sejam as de coordenação ou direção dos TSDT, é um fator que aumenta a autonomia profissional e o poder dos TSDT, que passam a ter a capacidade de reivindicar novas jurisdições e novas competências;
6. Na sequência das diversas transformações políticas no sistema de saúde, nomeadamente com a empresarialização dos hospitais, as ameaças ao estatuto, autonomia profissional e autonomia técnica, consubstanciadas nos processos gerais de desprofissionalização, proletarização e estagnação das profissões e dos profissionais (que afetam igualmente outras profissões, como a profissão médica e de enfermagem), representam, igualmente, no caso um revés da identidade profissional dos TSDT;
7. Reconhece-se que o sistema de carreiras é a melhor forma de prevenção da desprofissionalização dos TSDT;
8. O Painel concorda que não existe uma identidade profissional que defina os TSDT como um grupo profissional coeso e claramente distinto dos restantes grupos profissionais hospitalares. Que em muito, tal facto, deve-se à falta de elementos agregadores das 18 profissões, tendencialmente desarticuladas e afastadas entre si, como sejam, por exemplo, a existência de uma Ordem Profissional comum, e rituais de interação transversais a todas as profissões;
9. Não existe uma matriz unificadora que englobe os aspetos funcionais das diferentes profissões que integram o grupo dos TSDT, quer quanto aos objetivos, marcos éticos e ideológicos, quer quanto a um referencial de valores e crenças comum. Em particular, falta aos TSDT um conjunto de símbolos que os definam, caracterizem e transmitam aos outros e a si próprios, a sua essência e consistência identitária que os façam sentir como elementos constitutivos de um único grupo;

10. A ausência de poder interno é, em si, também um fator de menor reconhecimento dos TSDT na sociedade e, nesta medida, um elemento do seu menor poder psicossocial. A autora reconhece que, neste referente, cabe às Escolas um importante papel no sentido quer da afirmação identitária, quer da criação da “alma da profissão”, quer da criação de uma cultura profissional dos TSDT (entendendo, neste caso, por cultura, no sentido weberiano, de “teia de significações” que tecem a profissão).

Apesar de julgar que o presente trabalho trouxe à luz alguns aspetos importantes para caracterizar uma profissão habitualmente desviada da preocupação dos investigadores sociais, a autora reconhece que o estudo apresenta diversas limitações. Desde logo, trata-se de um trabalho exploratório. Não existem trabalhos congêneres conhecidos, que tenham por objeto o estudo global da profissão dos TSDT, que pudessem orientar o caminho a seguir. Também o tema e o enquadramento teórico pouco têm a ver com a formação de base da autora, o que não deixou de dificultar a sua compreensão imediata e o desenvolvimento mais célere do trabalho. Não obstante, a escolha do tema impôs-se à autora, não só como um imperativo categórico, como constituiu um momento de aprendizagem e de alargamento de horizontes intelectuais importantes. Foi também uma limitação, a diversidade de profissões do grupo profissional dos TSDT, nomeadamente, quanto a uma perceção global e comum a todas elas e quanto ao conhecimento específico de cada. Finalmente, foi igualmente uma limitação, mas, também ela, não só desafiante como enriquecedora e aliciante, o contacto com teorias quase desconhecidas, sobretudo ao nível da investigação, como é o caso do Interacionismo Simbólico. A este nível, com exceção do livro teórico do Professor Aguiar Coelho, não se descortinou um único trabalho de investigação de base interacionista simbólica. De estranhar, por se tratar de uma das duas correntes teóricas mais importantes no âmbito do estudo e investigação quer da sociologia das profissões quer mesmo, do poder profissional.

Assim, julga-se haver lugar inúmeras linhas de investigação, quer por parte da autora deste trabalho, quer por parte de outros investigadores. Pensa a autora serem importantes as seguintes linhas de investigação:

- 1.º Aprofundamento da dimensão relacional do conceito poder profissional, em particular do papel dos símbolos e rituais como instrumento de mediação psicossocial e de reforço desse poder;
- 2.º Construção de um modelo teórico de análise do poder profissional dos TSDT baseado na teoria da complexidade com itens mais completos e mais pertinentes;
- 3.º Identificação e desenvolvimento de um programa de educação e formação que sensibilize os TSDT a estudarem a carreira dos TSDT, numa perspetiva de conjunto (do grupo profissional como um todo), com base na sociologia das profissões e que tenha como núcleo central o estudo do poder profissional, aspeto essencial à manutenção e desenvolvimento da profissão, entendida como área autónoma e única de saberes técnicos especializados, indispensável ao bom funcionamento de um hospital.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2021). *Profissões Categoria - ACSS*. <https://www.acss.min-saude.pt/category/profissionais/cedulas-profissionais-profissionais/#carreiras>
- Aguayo Cuevas, C. (2006). *Las Profesiones Modernas: Dilemas del Conocimiento y del Poder* (Issue March). Universidad Tecnológica Metropolitana. www.utem.cl/ediciones/index.html
- Aguiar Coelho, J. (2021). *O Interacionismo Simbólico. O Símbolo como Instrumento de Mediação Psicossocial* (2nd ed.). Lema d'Origem.
- Becker, H. (2008). *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. (Zahar (Ed.)).
- Becker, H. (2011). As interações, trama da vida social. In E. texto & Grafia (Ed.), *Sociologia. História, Ideias, Correntes* (p. 76).
- Bernardi, F., González, J. J., & Requena, M. (2006). The Sociology of Social Structure. In Universidad Nacional de Educación a Distancia (Ed.), *21st Century Sociology: A Reference Handbook* (Issue January 2006, pp. 162–170). Newbury: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412939645.n15>
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbolico: perspectiva y metodo*. (Hora (Ed.)).
- Bourdieu, P. (1989). O Poder Simbólico. In *Memória e Sociedade*. Difel e Editora Bertrand Brasil.
- Bruton, D. Le. (2004). *L'Interactionisme symbolique*. PUF – Presses Universitaires de France.
- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares. In *Sociologia – Problemas e Práticas* (Vol. 14, pp. 225–230).
- Champy, F. (2012). *La Sociologie des Professions* (2nd ed.). Presses Universitaires de France.
- Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro, Diário do Governo n.º 228/1971, Série I (1971).
- Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto do Ministério da Saúde, Diário da República, 1ª série–Nº 168 5244 (2017). <https://dre.pt/application/conteudo/108079190>
- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde, Diário da República: 1.ª série, n.º 30 694 (2017). <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/18/2017/02/10/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 295/1999, Série I-A, n.º 295 9083 (1999). https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/661768/details/normal?p_p_auth=1NSqslRq
- Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de agosto do Ministério da Saúde, Diário da República Série 1-A n.º 320/99 5248 (1999). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/423057/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de dezembro do Ministério da Saúde. (1993). In *Diário da República n.º 298/1993, Série I-A de 1993–12–23*.
- Decreto de Lei n.º 384-B/85, de 30 de Setembro do Ministério da Saúde, Diário da República – I Série, n.º 225 3240 (1985).

- Decreto Lei nº 110/2017, de 31 de agosto da Assembleia da República, Diário da República, 1ª série– nº168 5240 (2017). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/110/2017/08/31/p/dre/pt/html>
- Decreto Regulamentar n.º 87/77, de 30 de Dezembro, do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e dos Assuntos Sociais, (1977).
- Dicionário Temático Larousse de Sociologia. (2007). *Dicionário Temático Larousse de Sociologia*. Temas e Debates.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2004). *Ensino Superior - Tecnologias da Saúde*. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/tecnologias-da-saude?plid=371>
- Durkheim, É. (1999). *Da divisão social do trabalho* (L. M. F. Editora (Ed.); 2ª). Livraria Martins Fontes Editora.
- Estramiana, J. L. Á., Luque, A. G., Gallo, I. S., & Peris, J. R. T. (2007). *Introducción a la psicología social sociológica* (Editorial UOC (Ed.); 1ª).
- Everett Hughes. (1937). *Institutional office and the person*. 43(3), 404–413.
- Fernández Dols, J. M., Carrera Levillaín, P., Oveja Fernández, L. V., & Berenguer Santiago, J. (2007). *Tratado de Psicología Social. Vol II: Interacción Social*. Editorial Síntesis.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, The Third Logic: On the Practice of Knowledge* (U. of C. Press (Ed.); 1ª).
- Gadea, C., & Giannini, M. (2006). Introduction au numéro thématique « Eliot Freidson ». *Knowledge Work & Society/Savoir*, 4(nº2), 7–40.
- Gahagan, J. (1984). *Social Interaction and its Management*. Methuen & Co. Ltd.
- Geertz, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Zahar Editors.
- Goetschy, J. (1981). Les théories du pouvoir. *Sociologie Du Travail*, 23º(4), 447–467. <https://doi.org/https://doi.org/10.3406/sotra.1981.1699>
- Gonçalves, C. M. (2007). Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 17/18(1), 177–224.
- Gonçalves Ferreira, F. A. (1975). *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde. Volume N.º 1*. Biblioteca CPC – Ciência–Progresso–Cultura.
- Hartley, K. C. (1992). Socialization by Way of Symbolic Interactionism and Culture A Communication Perspective. *Paper Presented at the Annual Meeting of the Speech Communication Association*, 30.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hewitt, J., & Shulman, D. (2011). *Self and Society. A Symbolic Interactionist Social Psychology*. Allun &

- Bacon.
- Hsu, C. C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 12(10), 1–8.
- Lei nº 122/2019 de 30 de setembro da Assembleia da República, Diário da República, 1ª série, nº187 33 (2019).
- Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro da Assembleia da República, 1ª Diário da República, 1ª série – nº30 926 (2009). <https://dre.pt/application/file/602193>
- Meneghetti, G. (2009). *Profissões e identidades profissionais. Um estudo sobre teorias e conceitos nas ciências sociais e no serviço social*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Mercedes, R.-A., & Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 9(9 (1)), 0–2. <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>
- Ministério dos Negócios do Reino. (1901). Diário do Governo. Dispõe sobre a criação do “Laboratório de Analyse Clinica.” In *Diário do Reino nº293* (pp. 3629–3654). Diário do Reino.
- Mohedano, F. O. (2008). El método Delphi , prospectiva en Ciencias sociales. *Revista EAN*, 64, 31–54.
- Parsons, T. (1963). On the Concept of Political Power. *American Philosophical Society*, 107(3), 232–262.
- Portaria nº3/2000, de 4 de janeiro, do Ministério da Educação e da Saúde, Diário da República, I Série-B, nº2 1999 (2000).
- Portaria nº505-D/99, de 15 de julho, Diário da República – I Série-B, nº163 19 (1999).
- Rodrigues, M. D. L. (2002). *Sociologia das Profissões* (Celta Editora (Ed.); 2ª, Issue 2).
- Romero-Collado, A. (2021). Essential elements to elaborate a study with the (e)Delphi method. *Enfermería Intensiva*, 32(2), 100–104. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.09.003>
- Santos, A. F. (2011). Principais abordagens sociológicas para análise das profissões. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, 71, 25–43.
- Scott, J. (2014). *Oxford Dictionary of Sociology* (4th ed.). Oxford University Press.
- Silva, C., Abrantes, A., Soares, P., Silva, T., Almeida, R., & Ribeiro, L. (2018). Formação e desenvolvimento profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em Portugal. *Desenvolvimento e Sociedade*, 3(5), 143–162.
- Strauss, A. (1992). La trame de la negociation. Sociologie qualitative et interactionisme. In *Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger* (Éditions L, pp. 154–157). https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1992_num_10_4_1742
- Stryker, S. (1980). *Symbolic Interactionism. A social strutue version*. (T. B. Press (Ed.); 1ª). Pearson Education, Inc.
- STSS. (2021). *Profissões*. <https://www.stss.pt/web/profissionais-e-estudantes/profissoes>
- Turner, J. H. (2013). Symbolic Interactionist Theories of Identity. In *Contemporary Sociological Theory*

(pp. 331–356). http://www.sagepub.com/upm-data/50436_ch_16.pdf

Urteaga, E. (2008). Sociología de las profesiones. *Lan Herremanak*, 18, 169–198.

Varela-ruiz, M., Díaz-bravo, L., & García-durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación En Educación Médica*, 1(2), 90–95.

Apêndices

Apêndice 1 – Representação esquemática da descrição metodológica do trabalho de campo

Fase preliminar	(1º) Enquadramento teórico: Revisão bibliográfica sobre o poder profissional na sociologia das profissões (Capítulo 1) e caracterização dos TSDT nos hospitais do SNS (Capítulo 2).	dezembro 2021 a junho 2022
	(2º) Desenvolvimento inicial de tópicos: Lista de 13 itens, identificados através da revisão bibliográfica, capazes de analisar o poder de uma profissão, numa perspetiva funcionalista, interacionista simbólica. (3º) Comissão Científica e construção do questionário Delphi: A autora e quatro especialistas com interesse no problema de pesquisa constituíram uma Comissão Científica, para construção do questionário Delphi.	julho 2022 a agosto 2022
	(4º) Pré-questionário Delphi: A Comissão Científica construiu um instrumento que considerou capaz de analisar o poder dos TSDT, baseado na sua experiência profissional e no conhecimento obtido pelo enquadramento teórico.	
	(5º) Validação Linguística Um júri com 10 pessoas leu, respondeu e criticou o pré-questionário Delphi. (6º) Questionário Delphi Concluiu-se o questionário Delphi com 15 itens de resposta fechada, segundo uma escala ordinal de quatro pontos.	setembro 2022
Fase Delphi	(7º) Painel Delphi: Constituiu-se um conjunto de peritos no tema, por conveniência, para integrarem o Painel Delphi. Fez-se o respetivo convite via correio eletrónico, onde foi incluída a explicação do problema de pesquisa, a metodologia e cronograma de participação.	outubro 2022 e novembro 2022
	(8º) Delphi _ ronda 1: Distribuição do questionário Delphi, através da plataforma de questionários <i>online Survio</i> ®, por forma a conhecer a opinião dos peritos, em relação aos itens apresentados.	
	(9º) Análise das respostas da ronda 1 e retorno dos resultados ao Painel Delphi: Estatística descritiva das respostas, com recurso ao SPSS®. Envio das respostas ao Painel Delphi.	
	(10º) Delphi _ ronda 2: Nova distribuição do questionário Delphi, através da plataforma de questionários <i>online Survio</i> ®, para verificar a opinião dos peritos, em relação aos itens apresentados.	
	(11º) Análise das respostas da ronda 2 e retorno dos resultados ao Painel Delphi: Estatística descritiva das respostas, com recurso ao SPSS®. Envio dados resultados relativos às duas rondas, ao Painel Delphi.	

Apêndice 2 – Poder profissional: tópicos de análise

Funcionalismo:

1. Influência dos TSDT nas decisões sistêmicas (estruturais e funcionais) do hospital;
2. Influência do conhecimento/mais formação académica dos TSDT: mais saber, implica mais poder?
3. Evolução da carreira de TDT para TSDT
4. Sistema de carreiras
5. Ocupação de cargos de gestão
6. Autonomia técnica;
7. Autonomia profissional;
8. A diversidade de profissões dentro da carreira de TSDT e a sua grande “segmentação”;

Interacionismo Simbólico:

9. Influência dos TSDT no comportamento de outros indivíduos: doentes, colegas da mesma profissão ou outros grupos profissionais;
10. Alma profissional dos TSDT: “códigos culturais” específicos de natureza transcendental, que afirmem os TSDT como detentores de um saber esotérico, não acessível a qualquer profano (doentes; outros grupos profissionais);
11. Identidade profissional dos TSDT: “aptidão de uma profissão para reconhecer-se, e ser reconhecida, como um grupo” coeso entre si e claramente distinto de outros grupos profissionais dentro do hospital
12. Representação social dos TSDT
13. Símbolos e rituais identificativos dos TSDT (Por exemplo: (a) **quanto a símbolos**: uma linguagem própria comum, vestimentas próprias comuns, meios de comunicação próprios comuns, que os distingam entre si e para os doentes; (b) **quanto a rituais**: atividades, gerais ou específicas, baseadas em procedimentos de natureza repetitiva, simbolicamente organizados, com vista à criação ou aumento de coesão grupal e a distinção intergrupar).

Apêndice 3 – O poder dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica no contexto hospitalar do Serviço Nacional de Saúde: Breve enquadramento teórico

O estudo pretende procurar fatores que validem ou infirmem a hipótese de que os TSDT têm pouco (ou nenhum) poder profissional na estrutura organizacional e no funcionamento dos hospitais do SNS, e esboçar soluções que possam contribuir para um maior poder de intervenção e influência dos TSDT, a bem da profissão e da melhor organização e funcionamento dos hospitais. Tem-se por base a lei orgânica dos hospitais do SNS em vigor atualmente, o estatuto atual da carreira dos TSDT e a experiência empírica da autora, no desempenho da sua profissão de TSDT.

O poder profissional

Em sentido geral, por *poder* entende-se a capacidade “de agir própria do ser humano, e, num sentido derivado, a aptidão de um dado ator para levar a cabo ações eficazes”.

Define-se o poder profissional nos hospitais numa dupla vertente:

1. Estrutural-funcionalista, como “a capacidade estatutária geral de influenciar decisões sistémicas” (estruturais e/ou funcionais), privilegia os aspetos formais e organizacionais da institucionalização da profissão e refere-se, grosso modo, ao seu conjunto de competências, normas burocráticas de legitimidade e coercibilidade organizacional e funcionamento formal. Destacam-se duas ideias base: a primeira relacionada com a especificidade do trabalho realizado por uma determinada ocupação; e a segunda ligada à unidade das profissões e das suas práticas, relacionada com a “necessidade de delimitar os domínios de intervenção e dos estatutos que os protegem da concorrência interprofissional”.

Desta forma, pertence a cada profissão, por via estatutária, a definição de papéis, a fixação do catálogo de direitos e deveres e de normas éticas de conduta. Cabe-lhes determinar: (a) os requisitos de acesso à profissão; (b) o corpo teórico de conhecimentos, que articula o saber prático e o saber teórico, e que confere autoridade e competência profissional para um domínio de atividade; (c) o reconhecimento e validação de conhecimentos especializados; (d) o tipo de ensino e formação exigidas, que desenvolvam e transmitam esse corpo de conhecimentos de forma credível; (e) a atribuição de uma identidade profissional e, por esta via, essencialmente estrutural-funcional, (f) determinar, com pouco ou nenhuma

margem de autonomia e grande unidade identitária, os comportamentos previsíveis e funcionais dos respectivos membros.

O poder, numa lógica funcionalista, é visto como um estatuto, um conjunto de normas burocráticas de legitimidade e coercibilidade organizacional e de funcionamento, formal, de imposição, como “propriedade”, como “estrutura”, em suma, o poder numa lógica *hard power*.

2. Interacionista simbólica, como “a capacidade de agir sobre outros indivíduos ou grupos e de influenciar os seus comportamentos”, aferida pela “alma do profissionalismo”, vista segundo uma dimensão relacional, no quadro das interações sociais simbólicas e de negociação informal, como construção e ordenação social. “Um dos traços fortes do interacionismo simbólico é a passagem de uma sociologia dedutiva a uma sociologia mais indutiva [...], mais atenta à riqueza empírica, na qual o trabalho de terreno é uma componente muito valorizada na profissão”.

Toda a profissão se caracteriza por um conjunto de saberes próprios; surge e desenvolve-se segundo um modelo, dito de *carreira*, que se pretende ver afirmado socialmente, preferencialmente, por via estatutária, com força da lei; uma plêiade de poderes, institucionais e relacionais; uma identidade profissional.

O poder, numa lógica interacionista, é visto numa dimensão relacional, no quadro de interações sociais simbólicas, de relações de influência, persuasão, negociação informal, como “construção social”, como “ação”, em suma, numa lógica de *soft power*.

“Os elementos estáveis de ordem organizacional constituem o bastidor (o contexto estrutural) diante do qual se desenrolam as cenas (as negociações), os primeiros influenciando sobre as segundas, fixando o quadro das situações de interação.”

Na atual estrutura organizacional e de gestão do serviço nacional de saúde, as instituições hospitalares apresentam uma estrutura orgânica complexa, “altamente profissionalizada, reunindo uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho”.

Os TSDT integram a multidisciplinaridade do corpo orgânico hospitalar, desenvolvendo a sua atividade em complementaridade funcional com os restantes grupos profissionais de saúde: técnicos de análises clínicas e de saúde pública; técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica; técnicos de audiologia; técnicos de cardiopneumologia; dietistas; técnicos de farmácia; fisioterapeutas; higienistas orais; técnicos de medicina nuclear; técnicos de neurofisiologia; ortoptistas; ortoprotésicos; técnicos de prótese dentária; técnicos de radiologia; técnicos de radioterapia; terapeutas da fala; terapeutas ocupacionais e técnicos de saúde ambiental.

Apêndice 4 – Instrumento para verificação de consenso: Questionário Delphi

Análise do poder dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

- O estudo tem por objeto o poder profissional dos TSDT nos hospitais do SNS;
- Baseia-se na lei orgânica dos hospitais do SNS em vigor e no estatuto atual da carreira dos TSDT;
- Nasce da experiência empírica da autora no desempenho da sua profissão de TSDT;
- Responda, por favor, de acordo com a sua experiência profissional, assinalando a resposta que mais se adequa à sua opinião, relativamente às afirmações apresentadas;
- A sua opinião será anónima, durante todas as fases do estudo.

1. Os TSDT têm o poder de influenciar as decisões sistémicas (estruturais e/ou funcionais) no hospital.
[As decisões sistémicas no hospital referem-se às normas burocráticas de legitimidade e coercibilidade organizacional, privilegiando aspetos formais e organizacionais da instituição.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

2. A ausência de um TSDT nos Conselhos de Administração hospitalares tem reflexo no menor poder dos TSDT.

[Na organização e estrutura do sistema hospitalar do SNS, atualmente, não está prevista a obrigatoriedade legal, relativa à inclusão dos TSDT nos conselhos de administração ou conselhos diretivos, pelo Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, que estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

3. A inclusão de um TSDT no atual sistema de governação hospitalar (p.ex. Conselhos de Administração, Direções Técnicas, Centros de Responsabilidade Integrada, Direções de Serviço) teria vantagens no funcionamento e governação da instituição.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

4. A presença dos TSDT nas reuniões de serviço e/ou departamento das várias especialidades médicas do hospital, aumenta o seu poder (estatutário e relacional).

[Por estatutário entende-se o poder relativo ao funcionamento burocrático, de imposição, como estrutura formal da organização do hospital. Por relacional entende-se o conjunto de interações sociais simbólicas, de relações de influência e negociação informal, para construção social das interações hospitalares.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

5. Em ambiente hospitalar, os TSDT têm a capacidade de influenciar o comportamento e decisões dos outros grupos profissionais.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

6. Em ambiente hospitalar, os TSDT têm a capacidade de influenciar o comportamento dos doentes.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

7. Os TSDT têm autonomia técnica.

[A "autonomia técnica" é a capacidade de agir com independência técnica em relação a outros profissionais, quanto aos atos que pratica.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

8. Os TSDT têm autonomia profissional.

[A "autonomia profissional" é a capacidade de uma profissão se autorregular no seu exercício profissional.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

9. Além da formação base, a exigência de formação específica para o desempenho de certas funções (p. ex. de coordenação ou direção), corresponde a um maior poder dos TSDT.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

10. A diversidade da carreira dos TSDT, fragmentada em dezoito profissões diferentes, é uma fonte do seu menor poder.

[Estão integrados na carreira TSDT as seguintes profissões: técnicos de análises clínicas e de saúde pública; técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica; técnicos de audiologia; técnicos de cardiopneumologia; dietistas; técnicos de farmácia; fisioterapeutas; higienistas orais; técnicos de medicina nuclear; técnicos de neurofisiologia; ortoptistas; ortoprotéticos; técnicos de prótese dentária; técnicos de radiologia; técnicos de radioterapia; terapeutas da fala; terapeutas ocupacionais e técnicos de saúde ambiental.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

11. A existência de uma Ordem Profissional comum a todas as profissões, aumentaria o poder dos TSDT.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

12. O sistema de carreira profissional é o requisito mais eficiente para prevenção da desprofissionalização e proletarização da profissão dos TSDT.

[Por desprofissionalização entende-se a erosão do monopólio sobre o conhecimento, limitado a um determinado grupo profissional. Por proletarização entende-se o assalariamento dos profissionais, com declínio das competências e qualificações exigidas aos profissionais e da sua autonomia no trabalho.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

13. Os TSDT têm uma identidade profissional, que os define como um grupo coeso e claramente distinto de outros grupos profissionais dentro do hospital.

[A “identidade profissional” define-se como a aptidão de uma profissão para reconhecer-se, e ser reconhecida, como um grupo, pela sua representação social. É uma construção contínua ao longo do percurso profissional, resultado dos diversos processos de socialização, que os indivíduos e as estruturas sociais constroem.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

14. Os TSDT são reconhecidos e prestigiados na sociedade.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

15. Dentro do hospital, os TSDT são facilmente reconhecidos e identificados, por símbolos e/ou rituais próprios.

[pé. fardamento, objetos, linguagem, procedimentos habituais próprios.]

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

16. Caso ache pertinente, escreva aqui as suas considerações sobre as afirmações acima mencionadas.

Apêndice 5 – Técnicas de Consenso: O método Delphi

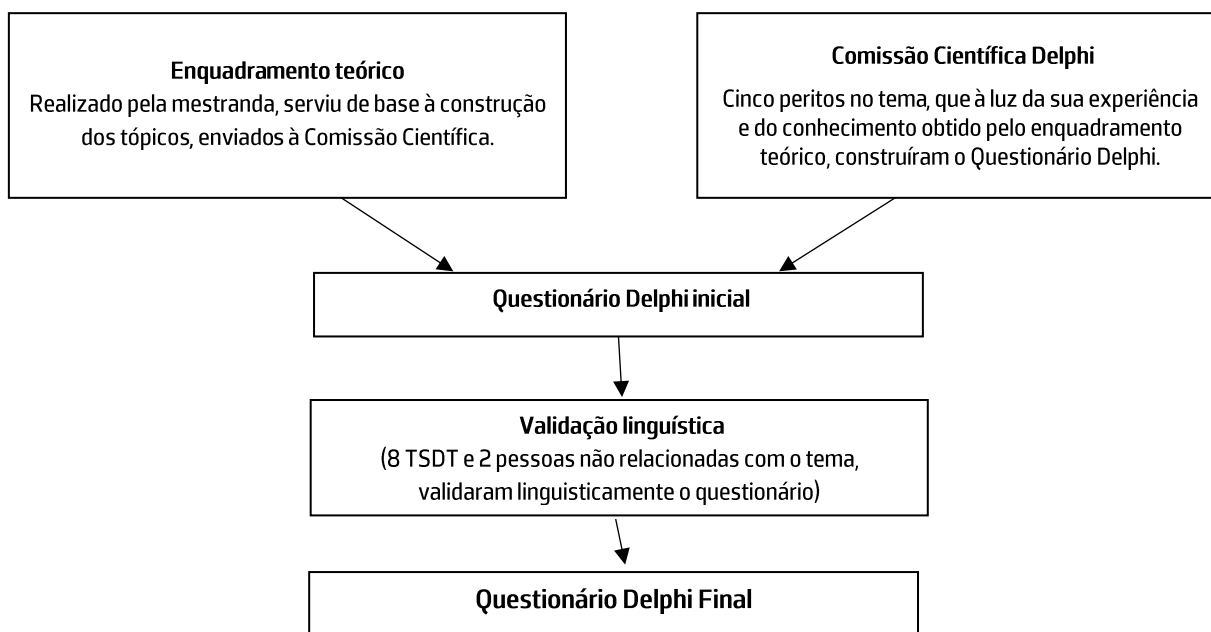
As técnicas de consenso qualitativas – painel Delphi, grupo focal, conferências de consenso – traduzem-se num processo estruturado de comunicação em grupo para agregar as opiniões, reflexões e perspectivas de um conjunto de peritos sobre um tema ou problema (onde a informação e/ou evidência científica é escassa ou inexistente), e cujas opiniões são relevantes para a compreensão do mesmo, garantindo dessa forma validade e credibilidade aos resultados.

Para esta investigação, o método Delphi pareceu-nos ter vantagem sobre os restantes, visto que inclui os principais benefícios do grupo focal tradicional, evitando os problemas derivados da interação social e da dominância de pessoas ou grupos de interesses, que possam influenciar a opinião de outros participantes; permite, também, ultrapassar barreiras geográficas e temporais, por forma a obter as respostas de todos os intervenientes, aumentando o seu grau de adesão.

O método Delphi foi originalmente desenvolvido na *RAND Corporation* nos anos 50 do século XX. É definido como um processo sistemático e iterativo que visa a obtenção de opiniões, e se possível o consenso, de um grupo de especialistas, sobre um determinado tema.

As características específicas do Delphi são: o anonimato de opiniões entre participantes; iteração; *feedback* controlado; estatística da posição do grupo. As respostas obtidas sob estas características aumentam o conhecimento de cada especialista sobre o tema e permitem que haja convergência informada do painel, havendo também a possibilidade de mudança de opinião ao longo do processo.

A primeira parte do método Delphi – já terminada – teve por objetivo principal a construção de um questionário capaz de avaliar o tema em estudo, construído pela mestranda em conjunto com uma Comissão Científica, que mostrou disponibilidade de participação. Desenvolveu-se do seguinte modo:



A segunda parte do método Delphi, que tem por objetivo verificar o consenso sobre o tema em estudo. Desenvolver-se-á da seguinte forma:

- 1) Constituição do Painel Delphi (integra a Comissão Científica e outros elementos selecionados pela opinião importante e interesse no tema), e respetivo convite de participação;
- 2) **Ronda 1 (decorrerá de 10 a 19 de outubro):** Envio do questionário ao Painel Delphi (dia 10 de outubro) através de hiperligação para a página *web* de repostas. O Painel responde ao questionário, assinalando se concorda ou discorda com a afirmação apresentada e submete as suas respostas para tratamento, a realizar pela mestranda. Considera-se que há consenso entre o Painel, quando as afirmações apresentadas, obtiverem pelo menos 80% de respostas coincidentes. Qualquer opinião ou reflexão sobre a sua posição, deve ser incluída, no local destinado para tal;
- 3) A mestranda trata as respostas, recorrendo análise estatística descritiva, para verificar o consenso e a variância da posição do grupo. Os resultados da Ronda 1 serão enviados ao Painel (dia 19 de outubro), para conhecimento da posição do grupo, relativamente às várias afirmações.
- 4) **Ronda 2 (decorrerá de 24 de outubro a 4 de novembro):** Reenvio do questionário ao Painel Delphi (dia 24 de outubro) – apenas são enviadas as afirmações que não obtiveram consenso na Ronda anterior. Aqui, o Painel já terá conhecimento sobre qual a percentagem de respostas correspondentes a “concordo”/“discordo” para cada questão (resultados enviados dia 19) e volta a responder ao

questionário, à luz dessa informação. Qualquer opinião ou reflexão sobre a sua posição, deve ser incluída. Após resposta, o questionário é novamente submetido para tratamento;

5) A mestranda envia os resultados finais (dia 4 de novembro), mostrando os valores centrais e a dispersão dos resultados finais como grau de consenso verificado, dando-se por terminado o método Delphi.