

# Tendências dos processos de profissionalização no campo da saúde

David Tavares<sup>1,2</sup>

1. Área Científica de Sociologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, david.tavares@estesl.ipl.pt  
2. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL).

**RESUMO:** Neste artigo, resultante de uma comunicação proferida nas III Jornadas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, abordam-se as dinâmicas presentes nas relações profissionais e as tendências dos processos de profissionalização que ocorrem no campo da saúde. O trabalho de investigação empírica, realizado no quadro de um estudo de caso sobre os técnicos de cardiopneumologia e o desenvolvimento da reflexão sobre o tema, constituem o ponto de partida da análise sobre o tema que toma como referência o conjunto dos grupos socioprofissionais deste setor. Após enquadrar os contextos de transformação social que têm ocorrido desde as últimas décadas do século XX e a forma como incidiram no campo da saúde, bem como na recomposição dos respetivos grupos socioprofissionais, salientam-se cinco tendências relativas aos processos de profissionalização observadas neste setor, relacionadas com as relações de poder e dominação profissional; os efeitos da delegação de tarefas e competências ao nível da transferência de legitimidade entre os grupos socioprofissionais; o grau de autonomia; a variabilidade das situações quotidianas ocorridas em diferentes contextos de trabalho que se traduz numa disparidade de tendências muitas vezes contraditórias e paradoxais entre si; o efeito das alterações recentes nos cenários de inserção profissional, num contexto de crescente precariedade e desregulação do mercado de trabalho.

*Palavras-chave:* processos de profissionalização, campo da saúde, mudança social, dominância médica, recomposição profissional, autonomia.

## Trends in professionalisation processes in healthcare

**ABSTRACT:** This article, based on a presentation delivered at the 3rd Conference on Social Sciences and Humanities in Health, explores the dynamics taking place in professional relations, and the trends in professionalisation processes unfolding in healthcare. The empirical research carried out within the context of a case study on cardiopneumology technicians, as well as subsequent reflection on the subject, are the analytical starting point on the theme, taking as reference the set of socio-professional groups in healthcare. After framing the contexts of social change that have occurred in the last decades of the twentieth century, and their implications both in healthcare and in the recomposing of its socio-professional groups, five trends are emphasized in terms of the professionalisation processes portrayed by this sector, concerning the relations of professional power and domination; the effects of task and skill delegation, and the ensuing transfer of legitimacy among socio-professional groups; the degree of autonomy; the variability of everyday situations occurring in different work contexts translating itself in contradictory and paradoxical trends; the effect of recent changes in the labor market scenarios within the frame of growing job insecurity and deregulation.

*Keywords:* professionalisation processes, healthcare, social change, medical dominance, professional recomposing, autonomy.

Neste artigo, resultante da comunicação proferida nas III Jornadas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, proponho dar conta da reflexão que tenho desenvolvido sobre o tema proposto (dinâmica das relações profissionais no campo da saúde), tomando como ponto de partida o processo de profissionalização\* dos técnicos de cardiopneumologia que constituíram o universo de estudo da minha tese de doutoramento<sup>2†</sup> e, como referência, o conjunto dos grupos socioprofissionais do setor da saúde, nomeadamente a medicina, a enfermagem e os grupos que compõem o universo das tecnologias da saúde.

O universo heterogéneo das tecnologias da saúde, apesar de extenso («oficialmente» envolve 18 grupos socioprofissionais<sup>‡</sup>, se considerarmos a referência à carreira técnica de diagnóstico e terapêutica) tem uma visibilidade social relativamente reduzida e, provavelmente por esse motivo, tem sido pouco explorado pela investigação sociológica realizada em Portugal<sup>§</sup>, não obstante a riqueza subjacente à diversidade e à complexidade dos contextos em que estes grupos se movem, atravessados muitas vezes por mudanças sociais significativas, sejam de índole geral ou mais es-

pecíficas da área da saúde. Os vários grupos socioprofissionais que compõem o universo das tecnologias da saúde abrem, de facto, um campo de estudo distinto das profissões do setor da saúde com maior visibilidade social, nomeadamente a medicina e a enfermagem, que têm sido objeto da produção de uma literatura sociológica relevante em termos internacionais. No que reporta à realidade portuguesa assumem significado particular os trabalhos de Graça Carapinheiro<sup>7</sup>, com maior ênfase para a medicina e de Noémia Lopes<sup>8</sup> sobre a enfermagem<sup>||</sup>.

Os processos de profissionalização decorrem em contextos de transformação social que favoreceram, nas últimas décadas do século XX, a recomposição e transformação de diferentes grupos socioprofissionais da área da saúde, nomeadamente a enfermagem e os diferentes grupos que compõem o universo das tecnologias da saúde. De facto, a dinâmica dos processos sociais que envolve estes grupos no período referido é atravessada por um contexto de mudança social acentuada (refira-se, a título ilustrativo, o processo de terciarização da economia e a recomposição das classes sociais; a recomposição do ensino superior; as alterações nas formas de inserção profissional; a crescente especialização das atividades profissionais; o aumento da taxa de atividade feminina; as mudanças nas políticas de saúde). Neste contexto, a rápida expansão do sector dos cuidados de saúde, a renovação tecnológica e a crescente especialização e divisão do trabalho, permitiu a emergência e desenvolvimento de novos grupos socioprofissionais ligados aos cuidados de saúde que requeriam em número crescente os serviços de uma força de trabalho cada vez mais especializada, por via da implementação de novas técnicas e pelo aumento crescente dos níveis de qualificação formais.

Com efeito, grupos socioprofissionais da área da saúde, como os enfermeiros ou os vários grupos das tecnologias da saúde, passaram por processos de profissionalização de que resultou a recomposição dos saberes profissionais<sup>2,5,8</sup>, que se vão deslocando de forma gradual da categoria dos saberes práticos de execução adquiridos através da experiência para a categoria dos saberes analíticos de conceção; o desenvolvimento de um conhecimento-base assente num suporte teórico consideravelmente alargado que potenciou a produção de novos parâmetros de legitimação social, materializados na aquisição de um diploma académico de nível superior, cujo efeito imediato reside no aumento da sua legitimidade social, expressa em termos formais pela atribuição de competências qualificadas conferidas no plano legislativo ao estatuto da carreira profissional que, no caso dos técnicos de cardiopneumologia, se traduz nas próprias designações consagradas ao longo

\* Entenda-se por processo de profissionalização «o meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional»<sup>1,p.21</sup>.

† O trabalho de investigação que desenvolvi no âmbito da tese de doutoramento incidiu sobre a influência exercida pela instituição escolar, ao nível do ensino superior, na produção e na transformação da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia. O processo de investigação teve duas vertentes principais. Na primeira, procurava-se saber de que forma a instituição escolar intervém, enquanto instância de socialização, na construção das referências identitárias dos técnicos de cardiopneumologia e qual é a relação e o tipo de articulação existente entre os processos socialização escolar e profissional na produção da identidade profissional; na segunda, procurava-se saber de que modo a instituição escolar influencia o processo e os projetos de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia e, em consequência disso, a transformação da sua identidade. Neste artigo reportar-me-ei à segunda vertente, relacionada com os processos de profissionalização de grupos emergentes da área da saúde, portadores de um capital escolar significativo. O processo de investigação privilegiou a aplicação cumulativa de técnicas de investigação mistas (portanto, de carácter «qualitativo» e «quantitativo»), nomeadamente a entrevista, a observação direta e o inquérito.

‡ Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública; Técnicos de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Técnicos de Audiologia; Técnicos de Cardiopneumologia; Dietistas; Técnicos de Farmácia; Fisioterapeutas; Higienistas Oraís; Técnicos de Medicina Nuclear; Técnicos de Neurofisiologia; Ortoprotésicos; Ortopostas; Técnicos de Prótese Dentária; Técnicos de Radiologia; Técnicos de Radioterapia; Terapeutas da Fala; Terapeutas Ocupacionais e Técnicos de Saúde Ambiental.

§ A produção científica realizada em Portugal acerca dos grupos socioprofissionais que compõem o universo das tecnologias da saúde inicia-se na década de 2000. Para além de trabalhos publicados pelo autor do presente artigo<sup>2-4</sup>, merecem destaque os textos de Noémia Lopes<sup>5</sup> sobre as principais tendências inscritas nas novas dinâmicas de profissionalização destes grupos e de Graça Carapinheiro em co-autoria com João Areosa<sup>6</sup> sobre as atividades e relações profissionais num serviço de imagiologia de um hospital público, que integra os técnicos de radiologia.

|| Relativamente a outras áreas de atividade profissional, merecem particular destaque, para o conhecimento dos processos sociais que envolvem diferentes grupos profissionais em Portugal, os contributos de Maria de Lurdes Rodrigues<sup>9</sup> sobre os engenheiros e de Carlos Gonçalves<sup>10</sup> sobre os economistas.

do tempo («ajudantes técnicos de cardiologia» — 1953, «preparadores de cardiologia» — 1973, «cardiografistas/fisiografistas» — 1981, «técnicos de cardiopneumografia» — 1985, «técnicos de cardiopneumologia» — 1999<sup>11</sup>) e se expressa também no quotidiano concreto dos contextos de trabalho pelo maior reconhecimento da aptidão para desempenhar um trabalho «especializado», novas funções no quadro do maior desempenho de tarefas de «conceção», maior autonomia para organizar as atividades, maior delegação das prerrogativas dos médicos através do alargamento das competências face ao diagnóstico, impedimento crescente de que as suas práticas profissionais específicas possam ser exercidas por outros profissionais do setor da saúde ou por trabalhadores sem formação superior, sobretudo no que diz respeito a tarefas submetidas a uma codificação crescente e, como tal, a práticas cada vez mais estandardizadas. Contudo, as mudanças verificadas recentemente (na última década) nas formas de inserção profissional destes grupos evidenciam tendências opostas relativamente ao «curso» dos respetivos processos de profissionalização que abordarei mais à frente.

Com base no estudo que tenho realizado e na minha reflexão atual, salientaria a observação de cinco tendências relativas aos processos de profissionalização:

1) A (confirmação de que a) presença de um grupo profissional que exerce poder e dominação sobre uma determinada área de atividade condiciona e restringe os processos de profissionalização dos restantes grupos que se movem na mesma área de atividade.

Os processos de profissionalização no setor da saúde decorrem nas margens da dominância médica<sup>7,11</sup> e, por isso, são processos incompletos de profissionalização<sup>12</sup>. De facto, a dominância médica constitui o traço estrutural dominante da divisão social do trabalho no contexto da saúde (que assegura a este grupo profissional a autoridade de controlar, dirigir e avaliar o trabalho dos outros grupos que se articulam com o seu campo de atividade).

Contudo, o contexto de mudança observável a diferentes níveis na área da saúde tem afetado essa dominância. Tem-se verificado, a partir da década de 1960, em diferentes países europeus, um «declínio parcial da dominância médica», como salienta Tousijn<sup>13</sup>, em função do menor controlo de todo o processo de trabalho no seu conjunto, do menor controlo sobre o mercado, sobre os utentes/doentes, sobre a formação dos novos profissionais, sobre a política de saúde, sobre as práticas profissionais e sobre os outros grupos socioprofissionais do setor da saúde. A dificuldade crescente de reproduzir as formas tradicionais de dominância médica, a especialização crescente do trabalho de outros gru-

pos socioprofissionais da área da saúde e a legitimação adquirida pelo grau de qualificação académica de que são portadores reforça a dificuldade de legitimação das várias formas de dominância e de monopólio médico, assentes na «supremacia natural» do tipo de conhecimento necessário para o desempenho das tarefas inerentes ao exercício da profissão médica. O processo de reconfiguração da dominância médica relaciona-se também com vários fatores de mudança, a que não são alheias, em Portugal, as alterações recentes verificadas ao nível do contexto de inserção profissional dos médicos nos hospitais públicos que despoletou forte oposição da Ordem e dos sindicatos médicos.

2) Os processos de profissionalização são geralmente suportados pela especialização das atividades profissionais que tende a gerar a delegação formal e/ou informal de tarefas e competências, potenciando a transferência de legitimidade para os grupos a quem as atividades profissionais são delegadas que tendem a autonomizar essas mesmas tarefas no interior do seu território profissional e a desvinculá-las progressivamente dos grupos profissionais que as delegaram.

A crescente qualificação e especialização de grupos socioprofissionais da área da saúde (enfermagem e tecnologias da saúde) potencia a delegação de competências médicas a esses grupos, associada em grande parte aos efeitos da crescente especialização do trabalho médico que tem como uma das consequências o facto dos médicos se passarem a ocupar de outras tarefas mais prestigiadas e rentáveis. Contudo, neste processo, não deixa de se verificar uma transferência de legitimidade em algumas (sub)áreas de atividade, da medicina para esses grupos socioprofissionais que, deste modo, podem eventualmente construir e desenvolver espaços profissionais mais autónomos. Assim, o alargamento da delegação, pelos médicos, de determinadas tarefas implica não apenas uma ampliação das competências dos grupos socioprofissionais a quem as tarefas são delegadas, mas implica também uma diminuição da sua dependência face aos médicos pois, ao expandirem competências para o exercício de determinadas tarefas, vão simultaneamente autonomizar essas mesmas tarefas no interior do seu espaço profissional e desvinculá-las progressivamente do espaço médico. A delegação de competências constitui, para estes grupos socioprofissionais, uma aproximação crescente às atividades médicas que tende a reforçar a sua identificação com os médicos e a influenciar os projetos de profissionalização<sup>\*\*</sup> destes grupos que tomam, muitas vezes, como ponto de partida, o referencial médico, conotado com os objetivos a atingir através da conquista, por delegação, de competências desenvolvidas tradicionalmente no quadro da medicina.

<sup>11</sup> Atualmente, a designação adotada com maior frequência no interior do grupo socioprofissional (cardiopneumologistas) e a proposta de designação futura (fisiologistas clínicos, numa perspetiva de equiparação à designação adotada na Grã-Bretanha) são paradigmáticas das tendências ocorridas ao longo do processo e dos projetos de profissionalização do grupo nos últimos anos.

<sup>\*\*</sup> Os projetos de profissionalização podem ser definidos como «o complexo de expectativas, aspirações, desejos, representações sobre o futuro»<sup>14,p.10</sup> relativos a grupos que estabelecem estratégias, diferenciadas em função de um determinado contexto sociopolítico e jurídico, no sentido de alterar a sua posição socioprofissional.

3) A dominância e o poder de um grupo profissional numa determinada área de atividade não são incompatíveis com o aumento do grau de autonomia de grupos socioprofissionais que lhe estão subordinados.

A existência de dominância médica não implica automaticamente a impossibilidade de que, como diria Tousijn<sup>13</sup>, «*many health occupations gain considerable functional autonomy*». De facto, no decurso de diferentes processos de profissionalização, verifica-se, de forma geral, um aumento do grau de autonomia dos grupos socioprofissionais da área da saúde que têm sido referenciados neste artigo. Esta questão remete para a discussão conceptual em torno da autonomia. O conceito de autonomia é entendido no quadro deste texto como «a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los»<sup>7,p.50</sup>, considerando a contribuição central de Freidson<sup>15-16</sup> – cuja referência analítica principal é precisamente a profissão médica – que associa este conceito à existência de controlo sobre o processo de trabalho nas organizações, à regulação das atividades e à ausência de mecanismos de avaliação e controlo fora da profissão, isto independentemente de outras considerações mais ou menos adquiridas como: a) o facto de todos os atores terem, no interior das organizações do trabalho, uma determinada margem de autonomia e de poder no quadro de um sistema concreto de ação<sup>17</sup>; b) o poder que permite ter autonomia tem um carácter relacional; c) todas as formas de autonomia são relativas e elásticas, «no sentido em que não existe um domínio fixo de autonomia (...) de acordo com a determinação da competência profissional dos atores, a sua autonomia pode contrair-se ou expandir-se com amplitudes variáveis»<sup>7,p.50-1</sup>.

Do meu ponto de vista, para compreender os processos e as dinâmicas subjacentes à autonomia dos grupos profissionais, torna-se necessário à análise sociológica estabelecer mediações fortes com vista a superar os pólos dicotómicos (como propõe Boaventura de Sousa Santos<sup>18</sup>) rígidos que tendem, de forma redutora, a situar essa análise em termos dicotómicos absolutos, ou seja, os grupos têm ou não têm autonomia. Pelo contrário, o que observei no trabalho de investigação em contexto hospitalar foi a presença de diferentes graus de autonomia. Se nos termos atrás definidos, acerca do entendimento do conceito de autonomia, os médicos são o único grupo que detém autonomia no setor da saúde, contudo, é possível analisar, dentro dos parâmetros do uso deste conceito, o crescimento do grau de autonomia de determinados grupos socioprofissionais no quadro dos respetivos processos de profissionalização.

4) Os processos de profissionalização não são lineares, mas multidirecionais, verificando-se nas situações quotidianas concretas, ocorridas nos diferentes contextos de trabalho, uma grande variabilidade traduzida pela disparidade de tendências, por vezes contraditórias e paradoxais entre si.

O estudo que realizei sobre os técnicos de cardiopneumologia exemplifica bem esta variabilidade que ocorre nos diferentes contextos de trabalho, na fase de transição para

a profissionalização deste grupo. De facto, não se observa um desenvolvimento contínuo subjacente a uma sequência lógica mais ou menos previsível, o que se observa é um processo que decorre a «várias velocidades» e onde coexistem tendências diversificadas e frequentemente contraditórias entre si. Simultaneamente, detetam-se indicadores que confirmam a presença de um processo de profissionalização e outros que apontam na direção oposta, ou seja, para a reprodução do desempenho exclusivo de tarefas rotineiras de execução prática no quadro de um grau de autonomia e de reconhecimento muito reduzidos, verificando-se nestes casos um maior afastamento entre o domínio dos saberes e o domínio das tarefas efetivamente realizadas.

Essa variabilidade verifica-se em função do grau de complexidade inerente às tarefas realizadas mas verifica-se, sobretudo, em função das formas de organização do trabalho (o exercício de tarefas complexas depende das oportunidades conferidas ou não pelas diferentes formas de organização do trabalho). Os graus de autonomia e de reconhecimento dependem da conjugação entre a complexidade das tarefas (e, conseqüentemente, uma maior mobilização de conhecimentos científicos e uma margem de incerteza e indeterminação acrescida) e as formas de organização e divisão do trabalho que regulam, em termos formais e informais, as relações de trabalho e a sua divisão pelos indivíduos e, em última análise, pelos grupos profissionais (a mesma tarefa pode assumir contornos distintos e pode ser executada de forma muito diversa, com graus de complexidade muito variável, em contextos de trabalho diferentes). Convém salientar que, como observam vários autores, em contexto hospitalar, à estrutura formal sobrepõe-se, através de múltiplos processos negociativos, uma estrutura social informal<sup>7</sup>. Por exemplo, a ecocardiografia, em alguns contextos profissionais é um exame realizado exclusivamente por médicos, noutros exclusivamente por técnicos de cardiopneumologia e, ainda noutros, por técnicos de cardiopneumologia com diferentes graus de supervisão médica, sendo mais realizado por técnicos de cardiopneumologia em hospitais distritais (40%) do que em hospitais centrais (20,2%). Geralmente, a delegação de tarefas analíticas de conceção, dos médicos para os técnicos de cardiopneumologia, processa-se, em primeira instância, através de processos informais, acompanhados de uma consolidação formal quando as práticas profissionais se institucionalizam, de modo consensual e não conflitual, sem colocar em causa a dominância médica.

5) As alterações nos cenários de inserção profissional, num contexto de crescente precariedade e desregulação do mercado de trabalho podem alterar as tendências que se vinham verificando, tendo como consequência, por um lado, o aumento das assimetrias internas dos grupos profissionais e, por outro, a presença crescente de tendências e indicadores que sugerem a existência de um processo de recomposição social desses grupos, com contornos eventualmente diferentes daqueles que têm sido observados nas últimas décadas.

Se, em relação a alguns setores médicos (considerando a heterogeneidade e a diversidade deste grupo profissional), existem indicadores de tendências para a relativa recomposição da profissão, em relação aos diferentes grupos da área da saúde não médicos verifica-se a tendência para a inversão do «curso» do processo de profissionalização, num cenário de crescente precariedade e desregulação do mercado de trabalho. Esses indicadores prendem-se com as alterações profundas nos cenários de inserção profissional, a que não é alheia a alteração da relação entre o Estado e estas profissões, as políticas (nacionais e locais/hospitalares), a relação contratual em que se salienta o aumento da precariedade laboral, as remunerações ou o condicionamento da atividade profissional e da autonomia.

No caso da maioria dos grupos socioprofissionais das tecnologias da saúde, parte destas transformações estão associadas, na última década, a uma transformação estrutural do mercado de trabalho que deixa de se concentrar nas organizações hospitalares do setor público (onde a generalidade dos profissionais exerciam a atividade profissional principal) para se passarem a distribuir de forma mais repartida por um conjunto diversificado de instituições empregadoras (empresas, clínicas privadas, centros de saúde, farmácias, laboratórios, centros óticos, câmaras municipais, organizações não governamentais, organizações militares), estimando-se que as organizações públicas que integram o Serviço Nacional de Saúde «absorvam» apenas 26,7% dos novos profissionais diplomados (recém-licenciados) nestas áreas e os hospitais – públicos e privados – empreguem apenas 28,8% dos novos diplomados<sup>19</sup>. Um dos desenvolvimentos analíticos futuros da Sociologia das Profissões em geral e no que se reporta às profissões de saúde em particular poderá, muito provavelmente, passar pelo equacionamento do impacto que a crise económica e as alterações políticas atuais têm na reconfiguração e na recomposição dos grupos profissionais.

## Referências

- Rodrigues ML. Sociologia das profissões. Oeiras: Celta; 1997. ISBN 9728027842
- Tavares D. Escola e identidade profissional: o caso dos técnicos de cardiopneumologia. Lisboa: Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa; 2007. ISBN 9789727727230
- Tavares D. Contextualização dos processos de transformação social. In *Cadernos ESTeSL – Um século de vivências nas tecnologias da saúde: actas das Jornadas Técnico-Científicas de Análises Clínicas e Saúde Pública e de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica*. Lisboa: ESTeSL; 2002. p. 19-25. ISBN 9728157940
- Tavares D. The emergence of a professionalisation process in the health field: the case of cardiopneumology technicians in Portugal. In *Proceedings of the 9<sup>th</sup> Conference of European Sociological Association*, Lisbon, 2009.
- Lopes N. Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In Carapinheiro G, editor. *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página; 2006. p. 107-34. ISBN 9789896140526
- Carapinheiro G, Areosa J. Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar [When image is an occupation: imaging occupations in a hospital context]. *Sociologia — Problemas e Práticas*. 2008;(57):83-108. Portuguese
- Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento; 1998. ISBN 9789723603064
- Lopes N. *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto; 2001. ISBN 9728717172
- Rodrigues ML. *Os engenheiros em Portugal: profissionalização e protagonismo*. Oeiras: Celta; 1999. ISBN 9727740375
- Gonçalves C. *Emergência e consolidação dos economistas em Portugal*. Porto: Afrontamento; 2006. ISBN 9789723608205
- Kuhlmann E. *Modernising health care: reinventing professions, the state and the public*. Bristol: Policy Press; 2006. ISBN 9781861348586
- Correia T. *Medicina: o agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais; 2012. ISBN 9789898536129
- Tousijn W. *Medical dominance in Italy: a partial decline*. In *3<sup>rd</sup> Interim Conference Research Committee 52 – The Sociology of Professional Groups*. Lisbon: International Sociological Association; 2000.
- Pinto JM. *Flexibilidade, segurança e identidades sócio-profissionais*. *Cad Ciências Soc.* 2000;(19-20):5-38. Portuguese
- Freidson E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Berkeley: University of Chicago Press; 1986. ISBN 9780226262253
- Freidson E. *La profession médicale*. Paris: Payot; 1984. ISBN 2228550507
- Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil; 1977. ISBN 9782020182201
- Santos BS. *O Estado e o Direito na transição pós-moderna: para um novo senso comum sobre o poder e o Direito*. *Rev Crit Ciências Soc.* 1990;(30):13-43. Portuguese
- Tavares D, Fortes C, Raposo H, Medeiros N, Correia P, Denis T. *Inserção profissional dos diplomados da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa: relatório de pesquisa*. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2011.

Artigo recebido em 04.03.2013 e aprovado em 10.04.2013.