

Enfermeiros e Sociedade: a influência do poder médico sobre a criação da sua identidade profissional.

Bianca Pires Vieira

**Dissertação de Mestrado em Sociologia
Especialização em Sociologia Económica e das Organizações**

Versão corrigida e melhorada após a sua defesa pública

Setembro de 2023

Agradecimentos	4
Introdução	5
1) Uma sociedade segmentada por género	8
1.1) Segmentação por género: onde começa e como se transfere para a esfera laboral?	8
1.2) Industrialização da sociedade: emergência de novas formas de pensar	10
1.3) A mulher e o mercado de trabalho: presença de uma forte segmentação por género	11
2) A hierarquização da esfera hospitalar: médicos e enfermeiros (as)	12
2.1) A profissão de enfermagem como extensão do lar doméstico	12
2.2) O cuidado em enfermagem	14
2.3) A divisão hierárquica da esfera hospitalar	15
2.4) O processo de aprendizagem: médicos, enfermeiros (as) e as suas diferenças	17
2.5) O poder administrativo e a sua influência na hierarquia hospitalar	18
2.6) Estratégias de profissionalização e formação de saberes	30
3) O poder médico e a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as):	36
3.1) O exercício do poder, a sua influência nas dinâmicas entre atores sociais e na autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as):	36
3.2) A enfermagem: conhecimentos, competências e saberes	42
3.3) O efeito da imagem pública sobre os (as) enfermeiros (as):	47
3.4) A identidade profissional: estereótipos, processo de criação e influências	49
4) O Modelo Analítico de Investigação	55
5) Opções Metodológicas	58
5.1) Procedimentos Metodológicos	58
5.2) Delimitação da amostra	60

5.3) Questões Éticas	63
5.4) Técnica para a recolha de dados	64
5.5) Análise de conteúdo	65
6) Apresentação e discussão dos resultados:	67
6.1) A integração dentro da esfera laboral	67
6.1.1) A ligação entre enfermeiros (as) e doentes:	67
6.1.2) A importância atribuída à enfermagem inicialmente:	70
6.1.3) Aprendizagem de tarefas - a teórica e a prática	72
6.2) Dentro da esfera laboral	75
6.2.1) Caracterização das funções desempenhadas e da respectiva rotina	75
6.2.3) Momentos de maior discussão e debate dentro da esfera laboral	86
6.2.4) Definição da eficácia e sucesso profissional	93
6.3) As dinâmicas observadas dentro da esfera laboral	99
6.3.1) A influência do poder médico	100
6.3.2) Estratégias para manter domínio profissional	107
6.4) A identidade profissional e os fatores influenciadores	113
6.4.1) O género e a identidade profissional	118
6.4.2) O poder médico e a identidade profissional	123
7) Conclusão	127
8) Bibliografia:	133
Anexo 1) Modelo de Consentimento Informado	142
Anexo 2) Guião de Entrevista (enfermeiros (as) Hospitalares)	144
Anexo 3) Guião de Entrevista (enfermeiros (as) de Centros de Saúde)	148

Agradecimentos

À minha orientadora, a Professora Helena Serra, que cultivou a minha paixão pela Sociologia da Saúde desde o início. Obrigada pela paciência, pela orientação, por todas as dicas que me ajudaram a concluir esta dissertação e por sempre me guiar para o caminho certo. Obrigada por todos os conselhos e todas as conversas. Não podia ter pedido melhor orientadora.

À minha mãe, sem quem não teria acabado esta dissertação. Obrigada por teres sempre um bocadinho para falar comigo, por todo o amor e toda a coragem, por nunca me deixares desistir e por estares sempre lá para me lembrar do que é realmente importante. Sabes muito bem que nunca tinha chegado aqui sem ti mas uso esta oportunidade para o dizer mais uma vez. Obrigada por tudo. Espero que te tenha deixado orgulhosa.

Aos meus amigos, por todo o carinho e por todas as distrações quando mais precisava delas. Vocês sabem quem são. Obrigado por tudo.

Aos entrevistados, por toda a disponibilidade e por todo o carinho demonstrado durante as entrevistas. Sem vocês, este trabalho não teria sentido. Aproveito a oportunidade para demonstrar mais uma vez a minha profunda gratidão e admiração por todos vós e pelos (as) enfermeiros (as) em geral. Obrigado por tudo o que vocês fazem por nós.

Introdução

Sendo realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia e, mais especificamente, no âmbito da especialização em Sociologia Económica e das Organizações, esta dissertação pretende abordar um problema social que passa pela dominação médica da qual os (as) enfermeiros (as) são alvo diariamente dentro da esfera laboral. Consequentemente, pretende promover uma reflexão sobre a forma como esta dominação médica vai influenciar a estruturação e constante reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

A identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) pode ser definida como “os valores e as crenças que são mantidas pelos (as) enfermeiros (as) que, por sua vez, vão orientar o seu pensamento e as suas interações com os pacientes” (Fagermoen 1997, 435). Sendo assim, é importante ter em mente dois fatores que, segundo Amendoeira (2004) sustentam a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Em primeiro lugar, encontra-se o fato do indivíduo ser “homem ou mulher”, sendo desta forma que os (as) enfermeiros (as) se devem posicionar e não como “enfermeiro ou enfermeira”, pois é enquanto homem ou mulher que exerce esta profissão” (Amendoeira 2004, 311).

Ora, isto pode ser explicado pelo fato de que, desde muito cedo, tanto os homens como as mulheres eram socializados para ocuparem diferentes posições dentro da estrutura hierárquica da sociedade e, consequentemente, no próprio mercado de trabalho em si.

Tal como é referido por Bourdieu, “através da experiência de uma ordem social “sexualmente” ordenada, as raparigas incorporam, sob a forma de esquemas de percepção e de apreciação dificilmente acessíveis à consciência, os princípios da visão dominante que as levam a achar normal, ou até mesmo natural, a ordem social tal como existe e a anteciparem de certa forma o seu futuro” (1999, 82).

Os indivíduos do sexo feminino eram socializados desde muito cedo para realizarem apenas tarefas relacionadas com a esfera doméstica, para ocuparem apenas profissões que assumiam um carácter mais feminizado e para verem como “normal” o fato dos homens ocuparem posições superiores às suas na estrutura hierárquica da sociedade. Ou seja, “a mulher ficava presa (de maneira predominante) ao espaço privado (doméstico e lugar de reprodução), onde se perpetua a lógica da economia dos bens simbólicos, ou a essas espécies de extensões do mesmo espaço que são os serviços sociais (nomeadamente hospitalares)” (Amendoeira 2004, 149). Assim, as mulheres encontravam-se limitadas a

ocuparem profissões que fossem vistas pelo resto da sociedade como uma extensão do lar doméstico e das funções que estas lá realizavam, como por exemplo, a de enfermagem.

No caso dos homens, acontecia o oposto, visto que estes eram socializados desde muito cedo para desenvolverem características que os iam tornar aptos para realizar constantes tomadas de decisão, para terem um pensamento crítico e reflexivo, para indicarem aos atores sociais que se encontravam em posições inferiores à sua o que fazer e para assumirem uma posição de liderança. Isto acontecia para estes viessem a ocupar futuramente posições no mercado de trabalho que iriam exigir que eles possuíssem esse tipo de características e que, claramente, lhes iriam conceder um alto nível de honra e prestígio social.

Um exemplo claro disto é a profissão de médico. Explicita-se a existência de um paradigma muito claro sobre o tipo de profissões que os indivíduos de cada um dos sexos devem desempenhar. O que, claramente, vai influenciar a constante estruturação e reestruturação da sua identidade profissional. Assim, é possível apontar o género dos atores sociais como sendo uma das principais características que sustenta a sua identidade profissional, sendo isto algo que vai ser analisado mais à frente na presente dissertação.

O segundo fator que influencia a constituição da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) é, assim, as especificidades da profissão que estes desempenham. Ou seja, tal como referido por Amendoeira, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) encontra-se fortemente “fundamentada pelo que caracteriza a natureza da prestação de cuidados de saúde” (2004, 311). Ao nos virarmos para a esfera hospitalar, é possível apontar que esta é fortemente dominada por uma divisão “dicotómica e complementar entre aqueles que servem a ciência e aqueles que servem os doentes” (Carapinheiro 1993, 111).

No caso dos médicos, podemos apontar que estes servem a ciência, visto que o seu trabalho é maioritariamente cognitivo e que se encontram numa procura constante por conhecimento, de modo a poderem ter capacidade para tratar todos os tipos de doenças das quais os seus doentes podem sofrer.

E, sendo que os médicos se encontram em posições hierárquicas superiores às dos (as) enfermeiros (as), é possível verificar que são estes que normalmente dão ordens aos (as) enfermeiros (as) e delegam o trabalho que estes devem realizar, criando assim uma relação de poder entre estes dois tipos de profissionais de saúde. Normalmente e como vai ser explorado mais à frente na presente dissertação, os (as) enfermeiros (as) ficam com o tipo de tarefas mais práticas que são dispensadas pelos médicos, de modo a que

estes últimos se possam concentrar exclusivamente nas tarefas com um carácter mais cognitivo.

Ou seja, os (as) enfermeiros (as) encontram-se muito ligados à noção de “cuidar” de alguém, o que explica a razão pela qual a enfermagem é uma profissão ainda extremamente feminizada, enquanto os médicos se encontram mais ligados à noção de “tratar” de alguém, realizando um constante diagnóstico dos seus doentes e arranjando diferentes possibilidades para o seu tratamento. Claramente, isto vai levar a que os (as) enfermeiros (as) sejam vistos pelo resto da sociedade como sendo apenas auxiliares dos médicos. Por outro lado, a enfermagem é, assim, vista como sendo uma profissão ocupada normalmente apenas por mulheres. Sendo assim, são os (as) enfermeiros (as) que “servem os doentes” (Carapinheiro 1993, 111).

Isto pode levar a que os (as) enfermeiros (as) e o trabalho que estes realizam seja desvalorizado pela sociedade e, também, a que estes comecem a sentir desinteresse e falta de motivação em relação à profissão que desempenham.

Por sua vez, isto pode vir a afetar os doentes e o seu tratamento, o que demonstra a importância de analisar isto como sendo um problema social. Tal como já foi visto anteriormente, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) é sustentada pelo seu género e pelas especificidades da profissão que estes desempenham.

A esfera laboral é fortemente influenciada por uma relação de poder entre médicos e enfermeiros (as), onde os primeiros são vistos como sendo os dominadores e os segundos como sendo os subordinados.

Assim, o objetivo principal desta dissertação prende-se por uma análise da forma como a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sustentada por estes dois fatores que foram mencionados anteriormente, vai ser influenciada pelo poder médico, tendo em conta as consequências que este último pode trazer tanto para estes dois tipos de profissionais de saúde como para a própria esfera laboral em si.

Capítulo I) **Enquadramento teórico-conceitual:**

1) Uma sociedade segmentada por género

1.1) Segmentação por género: onde começa e como se transfere para a esfera laboral?

Devemos começar este capítulo de enquadramento teórico conceptual por demonstrar que a forma como a sociedade se encontra estruturada sempre foi influenciada por uma determinada segmentação por género que, por sua vez, reforçava que tanto os homens como as mulheres deveriam desempenhar determinados papéis sociais que eram próprios para o seu sexo e nunca se afastar da norma.

Por outro lado, é imprescindível ter mente a forma como esta determinada segmentação por género foi evoluindo ao longo do tempo, passando de uma forma que era mais evidente para os atores sociais e que regia a sua vida quotidiana e as interações que mantinham uns com os outros para uma forma menos óbvia mas que continuava a influenciar fortemente os indivíduos de ambos os sexos e a forma como estes se distribuíam pela estrutura hierárquica da sociedade e, principalmente, pela estrutura hierárquica do mundo laboral.

Assim, esta segmentação por género sempre se encontrou normalizada dentro do contexto social, graças ao fato que os atores sociais foram sempre socializados tendo em mente “sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação” (Bourdieu 1999, 10) que, por sua vez, orientavam as ações que estes escolhiam tomar e lhes diziam qual era o lugar que deveriam ocupar na estrutura hierárquica da sociedade.

Os papéis sociais que eram atribuídos aos indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino raramente eram contestados, visto que estes eram tidos em mente deste o primeiro momento de socialização dos indivíduos. Assim, “ser homem ou mulher é algo que é construído lentamente, durante o processo de socialização de cada um” (Connell 2009, 99).

Estes papéis de género colocavam as mulheres numa posição de desvantagem em relação aos indivíduos do sexo masculino, tanto dentro da esfera privada como dentro da esfera pública. Ou seja, “os homens e as mulheres vivenciam, de maneira distinta e hierarquicamente desigual, o espaço público e o espaço doméstico” (Duarte & Spinelli, 2019).

Por um lado, os homens sempre ocuparam uma posição de protagonista em contexto social, especialmente antes do momento onde a sociedade se industrializou. Eram eles que tinham a responsabilidade de sustentar a sua família através do rendimento que recebiam, o que, claramente, demonstra desde já a importância destes ocuparem uma posição bem definida dentro do mercado de trabalho.

Para isto acontecer, a maior parte do seu dia-a-dia tinha de ser focado no desempenho da sua profissão. Muitas vezes, estes eram encorajados a subirem cada vez mais dentro da sua esfera profissional e a ocuparem cargos mais importantes.

Por outro lado, as mulheres encontravam-se reduzidas à esfera privada, onde deveriam assim desempenhar os papéis sociais de mães, mulheres e donas de casa, algo para o qual tinham sido socializadas desde a nascença. Ora, desde muito cedo, “era esperado que estas fossem mais passivas e compatíveis” (Connell 2009, 94) e que existisse uma “identificação com o domínio privado do lar” (Duarte & Spinelli 2019, 12).

Graças a isto, podemos verificar que o próprio mercado de trabalho se constituía como um fator de distinção entre homens e mulheres desde muito cedo, afetando fortemente a maneira como estes eram socializados. Assim, este constituía “um fator de forte influência na construção da identidade, pois através dele é possível assegurar a identidade, a autoestima e o reconhecimento social” (Mesquita et al, 2015). Assim, podemos afirmar que os homens usavam o mercado de trabalho para reforçar o seu protagonismo dentro da esfera pública, já que as mulheres não tinham a mesma liberdade para se movimentarem tão livremente dentro dela. Nitidamente, esta divisão sexuada do trabalho exercia uma forte influência na criação da identidade dos atores sociais de ambos os géneros.

No caso das mulheres, o seu processo de socialização estava concentrado apenas na realização dos papéis sociais que estas teriam que desempenhar dentro da esfera privada, o que fazia com que a formação da sua identidade ficasse fortemente condicionada pelas relações que estas mantinham com os pais e, mais tarde, com os esposos.

Como é referido por Dubar, “enquanto continuarem submetidas às tarefas domésticas, e sobretudo às tarefas caseiras não reconhecidas economicamente, as mulheres só poderão aceder a uma identidade de procuração que as identifica como sendo apenas mulheres ou mães de alguém” (2006, 59). Por outro lado, os homens possuíam mais liberdade em relação à criação da sua identidade, já que tinham a possibilidade de se movimentar livremente de uma esfera para a outra, o que levava a que estes conseguissem experimentar uma grande variedade de contextos sociais e que conseguissem estabelecer

uma larga rede de relações com os outros atores sociais. Apesar disto, é importante concluir este subcapítulo com a afirmação que, apesar de tudo o que foi referido, o processo de criação da identidade dos indivíduos ainda se encontrava fortemente limitado, pois estes tinham que seguir um determinado conjunto de normas e valores estabelecidos pelas instituições sociais que os reduzia a pensar e a agir apenas de uma determinada forma.

Assim, torna-se agora imprescindível apontarmos para o momento em que isto se começou a alterar significativamente, após o período da revolução industrial.

1.2) Industrialização da sociedade: emergência de novas formas de pensar

O momento de industrialização da sociedade veio alterar fortemente a forma como os indivíduos se distribuíam pela estrutura hierárquica da sociedade. Fez com que a segmentação por género se tornasse cada vez menos óbvia dentro do contexto social, apesar de ainda se encontrar bastante presente.

Quando isto se deu, “as biografias foram removidas das certezas tradicionais, do controlo externo e das leis morais, tornando-se abertas e dependentes na tomada de decisão individual, passando assim a ser vistas como uma tarefa individual.” (Beck & Beck-Gernsheim 1995, 5). Por sua vez, os atores sociais começaram a ter mais liberdade para pensarem por si próprios, estimulando assim a sua capacidade de questionamento sobre os contextos sociais em que se encontravam inseridos e sobre a forma como se relacionavam com os outros.

As próprias ações e práticas sociais normalizadas começaram assim a ser analisadas, questionadas, criticadas e contestadas pelos atores sociais, visto que estes começaram a perceber que estavam rodeados por vários tipos de desigualdades sociais que, por sua vez, exerciam uma forte influência sobre a sua vida quotidiana.

A força de coesão que as normas sociais tradicionais exerciam anteriormente sobre o quotidiano dos indivíduos começou a desvanecer-se, deixando no seu lugar um forte sentimento de incerteza e de constante mudança, visto que os atores sociais já não estavam protegidos por aquele conjunto de normas, valores e regras tradicionais que lhes diziam o que era certo e errado.

Graças a isto, podemos afirmar que os atores sociais foram alvo de um momento de individualização que, por sua vez, fez com que estes comessem a ajustar constantemente as suas práticas aos contextos sociais onde se encontravam inseridos

(Beck, 1992). Também, começaram a ter de “tomar responsabilidade por si mesmos, fazer as suas próprias decisões e gerir a sua própria vida.” (Beck e Beck-Gernsheim 1995, 5), algo que não acontecia anteriormente, tal como já vimos.

Obviamente, isto foi alterar fortemente o quotidiano das mulheres, visto que estas começaram a ter a oportunidade de se movimentarem para fora da esfera privada e para ingressarem no mercado de trabalho. Anteriormente e tal como já vimos, esta era uma oportunidade que era apenas oferecida aos indivíduos do sexo masculino.

1.3) A mulher e o mercado de trabalho: presença de uma forte segmentação por género

Tal como foi mencionado anteriormente, com o momento de industrialização da sociedade, os atores sociais foram assim alvo de um processo de individualização, que os libertou lentamente dos papéis sociais que lhes tinham sido prescritos pelas instituições sociais tradicionais. Tal como é referido por Beck & Beck-Gernsheim, “o processo de individualização significou que os homens e as mulheres foram libertados dos papéis de género prescritos pela sociedade tradicional para a vida em família em família nuclear” (1995, 6).

Claramente, isto veio influenciar a forma como a identidade dos atores sociais se estruturava, visto que estes já não se encontravam presos a um conjunto de normas sociais tradicionais e podiam, assim, se adaptar aos contextos sociais e às relações que mantinham com os atores sociais que os rodeavam.

No caso das mulheres, estas começaram a poder transitar para a esfera pública e a poder estabelecer vários tipos de relações que, por sua vez, não se encontravam relacionadas com o lar doméstico, o que trouxe fortes consequências para a constante estruturação e reestruturação da sua identidade. Ou seja, “no momento em que estas começam a questionar a subordinação da sua existência aos papéis de género, a sua identidade vai-se alterar completamente” (Dubar 2006, 62).

As mulheres começaram a poder transitar para o mercado de trabalho, apesar de este ainda se encontrar fortemente segmentado por género, graças à presença de uma determinada estrutura de patriarcado. Tal como Walby refere, o patriarcado é nada mais do que um “sistema de estruturas e práticas sociais, em que os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres” (1990, 20).

Esta estrutura de patriarcado afetava, assim, a forma como as mulheres e os homens se organizavam em contexto laboral e como se relacionavam uns com os outros.

Por um lado, os homens ocupavam assim posições hierárquicas mais altas, tinham mais possibilidades de serem promovidos, recebiam muitas vezes um salário superior ao das mulheres e obtinham mais oportunidades de crescimento profissional.

Por outro lado, as mulheres ocupavam posições hierárquicas mais baixas, raramente eram promovidas, recebiam um salário inferior ao dos homens e quase nunca tinham oportunidade de crescer profissionalmente dentro da sua empresa ou até mesmo fora dela. Esta estrutura de patriarcado levava a que os homens e as mulheres fossem convidados a ocuparem cargos de uma natureza completamente distinta.

Por um lado, os homens eram vistos como sendo próprios para ocuparem cargos com um caráter prestigioso, que implicavam muitas vezes a chefia ou a tomada de decisões.

Por outro lado, as mulheres ainda ocupam cargos muito feminizados que são, assim, associados a uma certa noção de cuidar. O que demonstra que uma segmentação por género ainda se encontra fortemente presente no mercado de trabalho, apesar de já não apresentar um caráter tão evidente. Isso faz, assim, com que “os empregos ainda se encontrem sexuais e que as mulheres se encontrem ainda concentradas em atividades consideradas como femininas” (Dubar 2006, 65).

Entre elas encontra-se a profissão de enfermagem, sendo nesta que a segunda parte do enquadramento teórico se vai focar.

a) A hierarquização da esfera hospitalar: médicos e enfermeiros (as)

2.1) A profissão de enfermagem como extensão do lar doméstico

Como já foi mencionado anteriormente, as mulheres eram encorajadas a seguir a profissão de enfermagem, já que esta era vista como sendo mais indicada para os indivíduos do sexo feminino. Ora, tal como é referido por Amendoeira, “a história da enfermagem é, assim, atravessada pelo conceito de género, pois desde sempre, as práticas de cuidados têm sido associadas à mulher” (2004, 310).

Esta sempre foi vista como sendo uma profissão extremamente feminina, já que está ligada a uma noção de cuidar de alguém. Por sua vez, esta noção de cuidar de um indivíduo sempre foi associada às mulheres, visto que estas foram socializadas desde muito cedo para desempenharem tarefas com este caráter, principalmente dentro da esfera privada, ou seja, do lar doméstico. Ou seja, “o processo de socialização é marcante, dado que, ao reproduzir os conteúdos simbólicos associados a cada categoria sexual,

transforma-se numa espécie de marcação natural das diferenças entre os sexos” (Amâncio 1998, 34).

Esta diferença entre os dois sexos não desapareceu com o período de industrialização da sociedade, continuando, assim, a influenciar fortemente as escolhas que cada um dos atores sociais faziam em relação ao seu futuro.

Tal como é mencionado por Bourdieu, podem ser apontados, assim, três princípios que se encontram por trás das escolhas realizadas pelas mulheres. Em primeiro lugar encontra-se, assim, o fato de que as funções que devem ser desempenhadas pelas mulheres se deverem situar no prolongamento das funções domésticas.

Em segundo lugar, encontra-se o fato que uma mulher não pode ocupar uma posição que lhe permita exercer autoridade sobre os homens e, em terceiro lugar, o fato de que as posições ocupadas pelas mulheres devem continuar a conferir ao homem o monopólio da manipulação dos objetos técnicos e das máquinas (Bourdieu 1999, 81).

Podemos verificar que a enfermagem vai de acordo a estes três princípios, tornando-a ideal para as mulheres. Assim, é possível afirmarmos que “a profissão de enfermagem continua a sofrer influência de valores tradicionais e normas culturais e sociais no que diz respeito ao género e ao estatuto profissional” (Hoeve et al 2013, 304).

É importante referir o fato que era esperado que as enfermeiras tivessem as seguintes qualidades: “vocação, devoção, honestidade e ausência de uma vida privada” (Serra 2008, 67). Ou seja, era socialmente expectável que as mulheres oferecessem a sua completa dedicação à profissão que desempenhavam, sem se casarem e sem terem filhos, pois isto podia implicar que os doentes cujo cuidado era da sua responsabilidade não recebessem a sua completa atenção e dedicação (Serra, 2008).

Podemos afirmar assim que a profissão de enfermagem se encontrava fortemente ligada a uma noção de cuidar que, por sua vez, era fortemente associada aos indivíduos do sexo feminino desde o momento em que estas começavam o seu processo de socialização primária.

Sendo assim, as diferenças entre sexos determinam também o tipo de profissão que cada um destes atores sociais deve ocupar. Por um lado, os homens são socializados desde muito cedo para ocuparem profissões mais altas e que lhes vão trazer mais prestígio e honra social, tal como as de médicos, enquanto as mulheres continuam a estar associadas a profissões que são vistas como sendo uma extensão das tarefas que estas costumavam desempenhar dentro da esfera doméstica (Zelek & Phillips 2003, 2). Graças a isto, podemos assim apontar que ainda existe uma imagem fortemente estereotipada da

profissão de enfermagem, já que esta ainda é vista como sendo uma extensão da esfera privada ou seja, do lar doméstico.

Assim, “a enfermagem continua a ser predominantemente uma atividade feminina e doméstica que tem um baixo estatuto social e é desacreditada pela sociedade” (Hoeve et al 2013, 304). Graças a isto, podemos também afirmar que esta segmentação por género transgrediu da esfera privada para a esfera pública, afetando fortemente o mercado de trabalho. O mesmo é demonstrado pela descrição do próprio cuidado em enfermagem que é feito por Basto, ao dizer que “tanto as ações realizadas como o processo de pensamento seguido pelo enfermeiro no agir com o paciente” (26, 2005) são fortemente influenciados por características que são normalmente associadas ao sexo feminino.

Sendo assim, devemos agora refletir sobre esta descrição apresentada sobre o próprio cuidar em enfermagem, de modo a explorar a razão pela qual este ainda é visto como sendo fortemente feminizado e próprio para ser feito pelos indivíduos do sexo feminino.

2.2) O cuidado em enfermagem

Segundo Meleis & Trangenstein (1994), o cuidado em enfermagem começa com um momento de interação entre um (a) enfermeiro (a) e um paciente que se encontra doente, por uma razão ou outra. Este mesmo paciente está incluído num determinado contexto sócio-cultural e está a viver um momento de transição.

Por transição, podemos entender “uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro completamente diferente” (Meleis & Trangenstein 1994, citado por Basto 2005, 26), ou seja, uma passagem de um momento em que o indivíduo se encontra com um bom estado de saúde para um onde se encontra doente e vice-versa.

As interações que se dão entre os (as) enfermeiros (as) e os doentes têm um simples objetivo, sendo este “a utilização de algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar e facilitar a saúde do doente” (Meleis & Trangenstein 1994, citado por Basto 2005). Tendo isto em conta, podemos afirmar que o objetivo do cuidado em enfermagem é melhorar o estado de saúde de um determinado paciente, o que implica uma forte dedicação por parte dos (as) enfermeiros (as), sendo que estes têm que permanecer constantemente ao lado dos doentes para conseguirem responder a todas as suas necessidades.

Este cuidado é focado única e exclusivamente no doente, tendo como objetivo principal facilitar a sua “transição” de um estado doente para um estado onde já se encontra curado ou apenas melhor de saúde.

Sendo assim, conseguimos verificar que o cuidado em enfermagem se encontra fortemente ligado a características normalmente associadas ao sexo feminino, tais como a dedicação e a constante preocupação e cuidado com outros, o que explica a razão pela qual a enfermagem se estabelece como sendo uma profissão altamente feminizada (Meleis & Tragenstein, 1994).

Graças a isto, é importante referir que existem certos comportamentos e padrões sociais que já estão interiorizados e normalizados pelos próprios atores sociais e que, ao serem reproduzidos constantemente, ajudam a manter uma forte segmentação de género bem presente dentro da esfera hospitalar.

Devido a este conjunto de padrões sociais, a entrada em medicina encontra-se basicamente barrada às mulheres, visto que não era socialmente aceitável que estas ocupassem um cargo tão elevado e tão importante para o resto da sociedade.

Isto acontecia devido ao fato que não era considerado que as mulheres possuísem as características necessárias para o fazer mas, claramente, o mesmo não acontecia com os indivíduos do sexo masculino, tal como vai ser referido já de seguida.

2.3) A divisão hierárquica da esfera hospitalar

Sendo assim, torna-se importante começarmos por referir que, tal como Ferreira e Vieira mencionam, os hospitais são vistos como sendo locais onde é exercida uma severa disciplina médica. Os próprios médicos têm a oportunidade de controlar o quotidiano dos outros profissionais, determinando até o comportamento que é esperado que estes tenham (2009). Graças a isto, é possível apontar que é muito difícil para os próprios médicos até mesmo pensarem em “repartir o seu poder, em aceitar normas de disciplina coletiva e em ouvir sugestões e recomendações” (Gonçalves 1998, 82).

Estes foram socializados para tomarem decisões extremamente difíceis desde muito cedo, principalmente em relação ao tratamento e ao diagnóstico dos seus doentes, o que leva a que se sintam superiores em relação aos restantes indivíduos que frequentam a esfera hospitalar. Assim, “o conflito entre profissionais de saúde torna-se iminente, devido à existência de vários fatores dentro da esfera hospitalar que o podem desencadear” (Santos et al 2015, 10). Ora, este conflito tende maioritariamente a beneficiar os médicos, devido à importância do saber médico que apenas estes possuem.

Por sua vez, este saber é fortemente institucionalizado pelas próprias instituições sociais em si. Entre elas encontra-se a escola que, tal como Berger e Luckmann referem, é desde muito cedo “um aparelho legitimador” dos próprios papéis que devem ser desempenhados pelos vários atores sociais ao longo da sua vida, bem como da própria construção da sua futura identidade profissional (1989).

A esfera educativa apresenta-se assim como sendo um elemento que influencia fortemente o processo de socialização secundária dos indivíduos e que, muitas vezes, diferencia fortemente tanto os homens como as mulheres, levando a que a divisão sexual do trabalho e a distribuição social do conhecimento se encontrem estruturadas de uma determinada forma. Neste caso, o processo de socialização dos rapazes envolvia assim o desenvolvimento de características tais como a rápida tomada de decisão e a chefia, de modo a prepará-los para ingressarem no mercado de trabalho futuramente e para ocuparem posições de uma grande importância social, tal como a de médico. Isto acontecia graças ao fato desta profissão ser normalmente considerada como sendo mais prestigiosa do que a de enfermagem, sendo-lhe atribuído mais valor e reconhecimento social.

Assim, “as divergências entre médicos e enfermeiros (as) acontecem desde séculos passados, em que, desde as primeiras escolas de enfermagem, o médico foi, de fato, o único indivíduo qualificado para ensinar; a ele cabia, então, quais papéis colocar nas mãos das enfermeiras, tornando-as subordinadas às suas ordens” (Santos 2015, 11).

Os homens eram socializados para ocuparem claramente posições laborais que eram mais valorizadas do que aquelas que as mulheres ocupavam, encontrando-se assim numa posição hierárquica superior à delas, especialmente quando se tornavam médicos.

Já que “ao médico compete diagnosticar, ao enfermeiro, cabe implementar a prescrição médica e os cuidados complementares ao paciente” (Santos 2015, 12), o que demonstra a importância do saber médico e da forma como estes o adquirem, algo que vai ser desenvolvido mais à frente na presente problematização, sendo que tem uma grande influência na criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Com isto em mente, é possível afirmar que “as relações institucionais reforçam e reproduzem as assimetrias de poder e detêm a posição dos agentes nas estruturas organizacionais” (Lopes 2001, 23). Ou seja, as assimetrias de poder são aprendidas desde muito cedo pelos atores sociais, tanto dentro da escola como dentro da esfera hospitalar. Devemos agora refletir sobre este processo de aprendizagem e tudo o que envolve, de

modo a entender a forma como fornece automaticamente poder aos atores sociais que ocupam posições hierárquicas superiores na esfera hospitalar, ou seja, aos médicos.

2.4) O processo de aprendizagem: médicos, enfermeiros (as) e as suas diferenças

A esfera hospitalar pode ser considerada uma organização aprendente, visto que tem em prática mecanismos para que os seus membros aprendam os diferentes tipos de conhecimento que dizem respeito à profissão que vão desempenhar e o lugar que é suposto que estes ocupem, dentro da estrutura hierárquica laboral.

Devemos assim apresentar uma definição preliminar de “organização aprendente”, de modo a refletir sobre a forma como esta vai influenciar os atores sociais a agirem de uma maneira e a seguirem determinados padrões comportamentais. Segundo Oliveira, uma organização “torna-se aprendente quando surge como um espaço formativo, o meio envolvente de onde o processo parte e chega, articulando aprendizagem organizacional e individual, criando condições de aprendizagem para os seus membros” (2007, 7).

Quando os atores sociais são inseridos dentro da esfera hospitalar e ocupam uma determinada posição, a organização cria assim condições para estes aprenderem os quadros mentais e especificidades da profissão que vão desempenhar.

Apesar disto e como já vimos anteriormente, os médicos e os (as) enfermeiros (as) têm processos de aprendizagem muito distintos, graças às profissões que desempenham. No caso dos (as) enfermeiros (as), podemos usar as teorias behavioristas para explicar o seu processo de aprendizagem depois de passarem a fazer parte da esfera laboral.

Ora, segundo Tavares e Alarcão (1989), as teorias behavioristas vêem a aprendizagem das especificidades da profissão como sendo “uma relação entre um estímulo e uma resposta, uma ação e uma reação, onde o sujeito é determinadamente influenciado pelo meio envolvente, resultando a aprendizagem de respostas do indivíduo, mudanças de comportamento face ao meio exterior” (Oliveira 2007, 3).

As teorias behavioristas olham para o comportamento dos (as) enfermeiros (as) como sendo determinado por um conjunto de fatores externos, sendo que o seu “processo de aprendizagem assenta numa ideia de condicionamento” (Oliveira 2007, 4).

Os atores sociais são orientados de uma determinada maneira por fatores externos, que, por sua vez, “controlam assim o processo de aprendizagem e levam-no para o objetivo pretendido” (Oliveira 2007, 4).

Os (as) enfermeiros (as) são assim levados a seguir um determinado paradigma que já se encontrava em prática dentro da esfera laboral quando estes lá ingressaram, onde as tarefas das quais estes estão encarregues assumem um caráter muito prático e completamente rotinizado. Ou seja, as tarefas realizadas pelos (as) enfermeiros (as) começam a se tornar rotineiras após um determinado período de tempo e estes começam a formar um determinado quadro mental em relação à sua profissão, tendo noção de que existe um certo tipo de tarefas que não podem realizar.

Graças a este tipo de aprendizagem, estes profissionais de saúde nunca divergem da norma e nunca acabam a realizar tarefas que cabiam a profissionais de saúde que ocupam posições hierárquicas superiores às suas, como os médicos.

A aprendizagem e a consequente integração dos indivíduos na esfera hospitalar é vista como sendo um processo de resposta a um determinado conjunto de estímulos, sendo que todos os comportamentos, respostas e quadros mentais adquiridos depois do momento em que o indivíduo começa a exercer a sua profissão são aprendidos e rotinizados, depois de serem realizados diariamente pelos mesmos.

Como por exemplo, os (as) enfermeiros (as) aprendem a fazer um penso para tratar uma ferida pela primeira vez e, depois deste primeiro estímulo que lhes ensina o que devem fazer, começam a fazer isto quase diariamente, o que faz com que se torne uma rotina.

Tal como é referido por Oliveira, dentro da esfera hospitalar, estes atores sociais não têm “liberdade de escolha ou ação, assumindo-se assim como passivos, controlados e manipulados pelo ambiente que os rodeia” (2007, 4).

Ou seja, os (as) enfermeiros (as) não têm assim possibilidade de escolha em relação à posição que vão ocupar na hierarquia da esfera hospitalar, visto que já existe um paradigma posto em prática antes de estes começarem a exercer a sua profissão. No momento em que começam a exercer a sua profissão, estes começam simplesmente a fazer parte deste mesmo paradigma, tendo de se integrar no mesmo e começar a exercer as funções que correspondem à sua profissão.

Graças a isto, devemos agora analisar a forma como a hierarquia hospitalar se encontra constituída e como vai, eventualmente, dar origem a determinados tipos de poder.

2.5) O poder administrativo e a sua influência na hierarquia hospitalar

Devemos agora refletir especificamente sobre a forma como a hierarquia hospitalar se encontra estruturada, tendo também em mente o modelo de organização do trabalho que

se encontra posto em prática. Em primeiro lugar, devemos começar por referir que se encontra posta em prática uma determinada divisão de tarefas que, tal como Freidson refere, não é uma divisão completamente fragmentada do trabalho, mas sim “uma divisão complexa, ordenada entre várias outras ocupações, em termos de especialização e autoridade” (1989, 165).

O modelo organizacional do trabalho que se encontra posto em prática dentro da esfera hospitalar encontra-se, assim, organizado em torno de dois tipos de autoridade.

Tal como é dito por Oliveira & Collet, “na estrutura hospitalar de qual falamos, puderam ser identificadas diferentes formas de autoridade que se concentram de forma variável, tanto no poder médico como no poder administrativo e as condições em que o poder médico se transmuta em poder administrativo e em que condições este poder incorpora dimensões do poder médico” (2000, 297). Estes dois tipos de autoridade são, assim, o poder médico e o poder administrativo. Devemos, agora, refletir sobre cada um destes tipos de poder, de modo a entender a forma como estes concorrem em paralelo, como se podem complementar um ao outro e como podem vir a influenciar o resto da esfera laboral e nomeadamente, os (as) enfermeiros (as). Em primeiro lugar, temos o poder médico. Tal como vai ser aprofundado mais à frente, o poder médico deriva do tipo de conhecimento possuído pelos médicos. Estes vai-se tornar, assim, num “poder hierárquico”, visto que os médicos assumem de imediato uma determinada posição mais elevada na hierarquia graças a este (Carapinheiro 1991, 88).

Graças a isto, os médicos encontram-se em condições para poderem dar ordens aos indivíduos que se encontram imediatamente por debaixo deles na esfera hierárquica hospitalar e para delegar o tipo de tarefas que estes devem desempenhar.

Apesar disto, existe um outro tipo de autoridade que concorre ao mesmo tempo que a autoridade médica e que exerce um forte nível de influência sobre a esfera laboral. Torna-se assim importante explicitar a forma como o poder administrativo pode vir a influenciar a esfera laboral e os profissionais de saúde que lá exercem a sua profissão. Ao refletir sobre o poder administrativo, podemos entender que este se trata da “posse de competências técnicas e científicas de gestão hospitalar que, por sua vez, podem afetar as áreas de penetração do poder médico” (Carapinheiro 1991, 87). É possível afirmar que o poder administrativo se encontra presente na esfera laboral ao mesmo tempo que o poder médico. Assim, “pode ser reconhecida no exercício do poder médico uma dimensão administrativa, assim como no exercício do poder administrativo uma dimensão do poder médico” (Oliveira & Collet 2000, 297). Afirma-se, assim, que o poder médico possui

uma dimensão administrativa, sendo fortemente influenciado pelo poder administrativo e tendo de responder perante o mesmo.

As políticas de administração podem influenciar os médicos e as suas áreas de atuação, tornando-os dependentes deste poder administrativo para realizarem determinadas ações e para atuarem de certas formas. Tal como é referido por Carapinheiro, existe uma constante “penetração das políticas de gestão hospitalar em domínios que são normalmente reservados para a tomada de decisão médica e permanentemente encerrados às intervenções políticas de outros setores” (1991, 87).

Ou seja, aqui fica demonstrada a forma como o poder administrativo pode penetrar em áreas que são maioritariamente de atuação médica. O que pode influenciar fortemente a forma como os médicos podem atuar dentro deste tipo de áreas, o tipo de tarefas que podem desempenhar e o tipo de decisões que podem tomar. Tal como é dito por Carapinheiro, pode ser afirmado que “a administração usa a dimensão médica do seu poder, tentando impedir assim a criação de especializações médicas apenas determinadas pelos interesses científicos dos médicos, através do estabelecimento de medidas burocráticas” (1991, 89).

Apesar disto, o poder administrativo possui uma dimensão médica e é, ainda, fortemente influenciado pelo poder médico. Ou seja, “observamos que são transferidos mais poderes da dimensão médica do poder administrativo para o poder médico, do que da dimensão administrativa do poder médico para o poder administrativo” (Oliveira & Colett 2000, 298). Os médicos podem influenciar assim o poder administrativo, ao mesmo tempo que arranjam estratégias para manter um determinado nível de autonomia dentro da esfera laboral.

Tal como é dito por Monteiro, “o profissional garante o seu poder na organização, não apenas pelo controle sobre o seu próprio trabalho, mas procura controlar as decisões administrativas que lhe dizem respeito” (1999, 318). Uma das estratégias que podemos apontar será a participação no trabalho administrativo e nas suas respectivas tarefas, tal como é dito por Monteiro. Ou seja, “para tanto, asseguram eles próprios parte do trabalho administrativo, e participam em reuniões e comissões, cujo número tende a ser relativamente importante de se considerar” (Monteiro 1999, 319). Com isto, pode ser afirmado que o poder administrativo e o poder médico existem em paralelo, influenciando-se mutuamente. Mesmo assim, torna-se importante mencionar que os (as) enfermeiros (as) são alvo de dois tipos de poder. Têm que responder ao poder médico e são influenciados pelo mesmo, tal como já vimos anteriormente. Apesar disso, têm que

responder ao poder administrativo e respeitar um determinado quadro de normas, referências e regras que lhes é imposto.

Existe assim uma hierarquia que funciona “de baixo para cima” dentro da esfera hospitalar, onde os serviços administrativos se encontram no topo e exercem poder sobre os médicos. O poder administrativo pode ser ainda fortemente influenciado pelo poder médico, tal como foi visto anteriormente. Assim, o poder médico e o poder administrativo concorrem ao mesmo tempo e influenciam-se mutuamente. Influenciam também os (as) enfermeiros (as) que, por sua vez, têm que responder tanto ao poder médico como ao poder administrativo.

Assim, a estrutura hospitalar constitui-se como sendo um “sistema imperfeitamente conectado”, tal como ele é descrito por Orton e Weick (1990). Como é dito por estes autores, o hospital constitui-se como sendo “um sistema imperfeitamente conectado” graças ao fato que é um “sistema onde os elementos respondem a um determinado estímulo externo em conjunto, mas preservando a diferenciação e as suas respectivas identidades” (Monteiro 1999, 318). Existe um determinado estímulo que vem do exterior que, no caso dos hospitais, seria cuidar dos pacientes e melhorar o seu estado de saúde. Isto é algo que todos os setores do hospital se esforçam para conseguirem fazer, apesar de ser em maneiras muito diferentes.

Apesar disto, continua a existir uma determinada hierarquia, onde os serviços se diferenciam e onde são reconhecidos de uma forma diferente. O hospital constitui-se, assim, como sendo um “sistema imperfeitamente conectado” (Orton & Weick, 1990).

É, assim, constituído por “elementos interdependentes relacionados entre si, mas capazes de um determinado nível de independência” (Monteiro 1999, 319). Os indivíduos que atuam dentro da esfera hospitalar relacionam-se entre si, tendo um determinado grau de independência mas, mesmo assim, a sua área de atuação é ainda afetada pelos grupos profissionais que possuem mais poder que eles. No caso dos (as) enfermeiros (as) e tal como já fomos vendo ao longo da presente problematização, a sua área de atuação é fortemente influenciada pelos grupos profissionais que se encontram por cima na estrutura hierárquica hospitalar, tal como os médicos e os serviços administrativos.

Encontram-se, assim, dependentes de ambos estes tipos de poder, tendo de responder perante eles. Estes conseguem adquirir um pouco de independência através da relação única que mantêm com os doentes, sendo esta que dá sentido ao seu trabalho mas mesmo assim, continuam a ser fortemente dependentes dentro da esfera hospitalar. Assim, a esfera hospitalar é constituída por determinados conjuntos de indivíduos que

desempenham vários tipos de funções mas, mesmo assim, encontram-se dependentes uns dos outros, tendo de arranjar algum tipo de estratégias para conseguirem manter um determinado nível de independência. Aqui, torna-se importante refletirmos sobre a teoria da “ordem negociada” de Strauss, de modo a entender a forma como os atores sociais se encontram em constante negociação entre si dentro da esfera laboral.

O conceito de “ordem negociada” implica a existência de uma estrutura hierárquica fixa, seja dentro de um centro de saúde ou dentro de um hospital, que, por sua vez, se reflete num determinado conjunto de normas e leis (Strauss, 1978). Os profissionais de saúde reconhecem e aceitam este conjunto de normas e leis e seguem-no mas, ao mesmo tempo, encontram-se envolvidos num constante processo de negociação entre si. O conceito de ordem negociada implica, assim, “a ideia de que todas as ordens sociais são, em algum aspecto, construídas, disputadas, acordadas, negociadas, em processos complexos, com possibilidades e limites decorrentes de diferentes aspectos.” (Oliveira 2017, 411).

Ou seja, os profissionais de saúde encontram-se em constantes processos de negociação entre si, reconhecendo os conflitos existentes e tentando encontrar soluções para os mesmos. Estas soluções podem dar origem a normas que, por sua vez, vão assumir um carácter mais informal e não fazem parte do determinado conjunto de leis e normas inerentes à estrutura hierárquica.

Tal como é dito por Fernandez & Moreira, existe assim “acordos feitos fora dessas normas, que acontecem em defesa dos interesses dos atores envolvidos e que dão origem a novas regras, que são informais” (2021, 3). Podemos apontar assim que existe realmente uma estrutura hierárquica fixa e que os profissionais de saúde vão ser colocados em posições muito diferentes na mesma, dependendo das suas credenciais. Apesar disto, encontram-se em constantes negociações e acordos que, por sua vez, vão influenciar a ordem social dentro da esfera laboral, seja esta um hospital ou até mesmo um centro de saúde.

Estes momentos de negociações têm sempre em mente, assim, os interesses pessoais de cada um destes profissionais de saúde. Por um lado e tal como vai ser visto mais à frente, os médicos têm interesse em obter mais poder para si dentro da esfera laboral e em manter as posições mais altas que ocupam na estrutura hierárquica da esfera laboral. Por outro lado, os (as) enfermeiros (as) tentam, assim, obter mais autonomia para si mesmos dentro da esfera laboral, arranjando várias estratégias para o fazerem. Para isso acontecer, têm que por vários tipos de estratégias em prática, de modo a compensar o fato da

estrutura hospitalar se constituir como sendo um “sistema imperfeitamente conectado” (Orton & Weick, 1990)

Segundo Orton & Weick (1990), estas estratégias são, assim, a liderança, a focalização e a partilha de valores em comum. Em primeiro lugar, “a liderança deve ser subtil e individualizada, assegurando-se assim que a visão central esteja sempre presente, o que vai facilitar a integração contínua do sistema” (Monteiro 1999, 143). Assim, a liderança une os indivíduos dos determinados grupos profissionais presentes dentro da esfera hospitalar, dando-lhes um propósito em comum, sendo este determinado pela liderança existente.

Por outro lado, “numa estratégia de focalização, procura-se mudar o comportamento dos subornidados para um determinado modelo que se tem em mente, apesar ser importante lhes deixar uma considerável margem de liberdade para a adaptação a determinadas situações” (Monteiro 1999, 143). Isto vai diretamente de acordo ao que já foi dito anteriormente, sendo que os indivíduos dos diferentes grupos profissionais que exercem a sua atividade profissional dentro da esfera hospitalar vão ser orientados e socializados para desempenharem um determinado tipo de comportamento, mesmo que tenham ainda liberdade para agirem de uma certa maneira e para se adaptarem às situações.

Em relação à “partilha de valores, devemos ter em mente as características da organização hospitalar, sendo que a perda de controlo acaba por ser compensada por uma determinada orientação clínica” (Monteiro 1999, 144). Ou seja, apesar dos indivíduos se terem de submeter a um determinado tipo de controlo como já vimos, vão, assim, ganhar uma determinada orientação clínica que não possuíam anteriormente e que os orienta em relação ao que devem fazer e em relação ao que não devem fazer.

Estas estratégias e a respetiva estrutura hierárquica do hospital permitem que este já tenha posto em prática um determinado modelo de estrutura hierárquica fixa, sendo este baseado nas credenciais que cada ator social possui. A esfera hospitalar tem, assim, “uma maior estabilidade, amortecendo o impacto dos problemas e impedindo-os de afetar toda a organização.” (Monteiro 1999, 145).

Também, podemos afirmar que é graças à existência desta estrutura fixa que as tarefas que cada um dos indivíduos deve desempenhar dentro da esfera hospitalar já se encontram decididas previamente. Sendo que os médicos possuem um determinado tipo de credenciais mais elevadas, tal como já vimos previamente, são eles que vão pôr a cabo a divisão de tarefas, encontrando-se em condições para dar ordens aos (às) enfermeiros (as) e para fazer com que estes cumpram o tipo de tarefas que lhes dizem respeito. Os (as)

enfermeiros (as) têm de aguardar ordens médicas e quando isto não acontece, têm que “tomar a iniciativa e requerer dos médicos a colaboração necessária” (Amendoeira 2004, 29), mostrando assim a forte dependência que estes têm em relação aos médicos dentro da esfera laboral.

Com isto em mente, devemos ainda referir que o momento onde os (as) enfermeiros (as) aprendem a sua profissão e são inseridos na esfera hospitalar vai implicar, assim, o entendimento desta hierarquia e do objetivo principal da sua profissão, ou seja, o cuidar dos doentes e não o tratar. Este último é objetivo dos médicos, depois de realizarem um processo de diagnóstico, o que implica a utilização de saberes que assumem um carácter maioritariamente cognitivo, tal como vai ser discutido mais à frente na presente dissertação.

Tal como é dito por Meleis, o objetivo principal da profissão de enfermagem torna-se “o cuidar de pessoas que não se encontram capazes de se auto-cuidar em situações de doença ou de antecipação de uma doença” (1997, 97). Sendo assim, podemos dizer que graças a este processo de aprendizagem e de inserção na esfera hospitalar, os (as) enfermeiros (as) vão adquirindo “saberes contextuais” ao longo do tempo, que lhes vão permitir se orientar da melhor maneira possível e organizar as suas interações e intervenções com os outros.

Ora, por saberes contextuais, podemos definir um conjunto de conhecimentos que permitem aos atores sociais “conhecer bem os contextos em que trabalham para que a sua intervenção seja bem acolhida e enquadrada, quer pelas entidades que a promovem, quer pelas populações e comunidades a quem se destinam” (Freire & Caetano 2010, 599).

No caso dos (as) enfermeiros (as), estes vão usar este determinado conjunto de saberes contextuais e “atribuir-lhes um sentido relacional com valorização da pessoa como centro do processo de cuidados, o que permite a utilização de um saber técnico, em função da situação particular em que esta surge” (Amendoeira 2004, 38). Ou seja, ao usarem este conjunto de saberes contextuais e colocarem os doentes no centro do processo de cuidados de saúde, isto permite que eles passem a usar um saber técnico, de modo a perceber a melhor forma de lidar com o estado de saúde em que o doente se encontra.

Para entender melhor esta ideia, é importante termos em conta as definições de processo de cuidados de saúde e de saberes técnicos. Ora, quando falamos de um processo de cuidados de saúde, estamos a falar de “um determinado processo de interação, onde o centro da ação é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que

permitem fazer o planeamento do cuidado, que ele próprio vai executar” (Amendoeira 1999, 73).

Ou seja, usando o conjunto de saberes contextuais que adquiriu anteriormente, o enfermeiro passa assim a colocar as necessidades do doente e o estado de saúde do mesmo no centro do processo de cuidados de saúde, organizando-o em torno das suas necessidades.

De modo a chegar à melhor maneira de organizar o processo de cuidados de saúde, o enfermeiro tem assim de usar um conjunto de saberes técnicos, sendo estes aprendidos ao longo da sua carreira profissional e sendo específicos à sua determinada profissão.

Ao fazer isto e ao dar a prioridade ao doente e as suas necessidades, o “enfermeiro distancia-se assim do trabalho estandardizado (tarefa), podendo o processo de cuidados tornar-se assim num momento de ligação com uma pessoa, sujeito de cuidado e, um profissional que pretende assumir um cuidado de qualidade” (Amendoeira 1999, 38).

Ou seja, através da sua ligação com os doentes, os (as) enfermeiros (as) começam assim a distanciar-se do trabalho estandardizado e da sua rotinização, algo que lhes era incutido desde muito cedo, e a focar o seu trabalho na interação que mantêm com os doentes.

Este contacto com os doentes é, assim, o estímulo que os (as) enfermeiros (as) recebem para orientar o seu trabalho nessa determinada direção, sendo que “não se tornam profissionais de saúde como deve ser se não interagirem com os doentes” (Oliveira 2007, 25). A relação que têm com os doentes é, assim, o principal foco da identidade que mantêm enquanto profissionais de saúde. Consequentemente, a aproximação dos (as) enfermeiros (as) ao “contexto de cuidar, ocorre assim numa perspectiva dialéctica entre a formação e o trabalho, considerando estes como locais de produção e reprodução através dos processos baseados no confronto de saberes” (Amendoeira 2004, 38).

Ou seja, tal como já vimos, durante o seu processo de formação, os (as) enfermeiros (as) aprendem um determinado conjunto de tarefas que se tornam futuramente rotina, sendo que podem chegar a ser realizados sem estes pensarem muito nisto. Começam assim a tornar-se parte do quadro mental que os (as) enfermeiros (as) começam a construir, desde o primeiro dia em que começaram a exercer a sua profissão. É também graças a este processo de aprendizagem que eles começam a adquirir os saberes contextuais do qual falamos anteriormente, sendo que eles lhes permitem organizar o seu trabalho e as respectivas tarefas da melhor maneira.

Apesar disto, é apenas quando começam realmente a interagir com os doentes e a colocá-los no centro do processo de cuidados de saúde que começam assim a

“desenvolver capacidades humanas e relacionais, que são um aspeto extremamente vital para o exercício da enfermagem” (Oliveira 2007, 22).

Ou seja, existe um número de situações envolvidas com a profissão de enfermagem que são completamente imprevisíveis e graças a isto, “existem também uma série de situações e atitudes que não se podem apenas transmitir aos indivíduos/enfermeiros (as) como se fossem tipos de conhecimento” (Oliveira 2007, 23). Têm que ser estes a aprendê-las e a experimentá-las por si mesmos, de modo a estas poderem começar a fazer parte do quadro mental que possuem enquanto profissionais de saúde e de modo a ficarem a saber o que devem fazer e que atitude deve tomar, se essa situação se voltar a repetir no futuro. Por outro lado, devemos agora olhar para o caso dos médicos, sendo este completamente diferente do que já foi descrito até agora para os (as) enfermeiros (as).

Neste caso, podemos olhar para o seu processo de aprendizagem através da lente de análise fornecida pelas teorias cognitivas.

Segundo estas, “a aprendizagem é dependente dos processos internos do indivíduo e da interação deste com o seu meio envolvente” (Oliveira 2007, 4). Ou seja, os indivíduos começam a aprender através da sua interação com o meio que os rodeia, sendo esta aprendizagem dependente dos quadros mentais que vão desenvolvendo ao longo do tempo. Sendo que a medicina é uma profissão extremamente cognitiva, os atores sociais têm que ir desenvolvendo certos quadros mentais ao longo do tempo, de modo a poderem pensar sobre o diagnóstico e plano de tratamento dos seus doentes.

Devem, assim, “integrar questões, resolver problemas constantemente, formular novas competências e conhecimentos de modo a reagir às situações imprevisíveis e completamente inesperadas dos seus doentes” (Oliveira 2007, 4). Ou seja, os médicos assumem assim uma abordagem extremamente mais cognitiva, fazendo da constante procura de conhecimento e de novas técnicas de diagnóstico o seu principal objetivo.

Enquanto os (as) enfermeiros (as) se focam nos doentes e os colocam no centro do processo de cuidados de saúde, mantendo uma relação constante e próxima com os mesmos, os médicos focam-se na constante procura de conhecimento, de modo a conseguirem dar resposta à imprevisibilidade das doenças com que podem ter de lidar.

Os atores sociais tornam-se “elementos ativos de um constante processo de construção de conhecimento, elevando assim o erro como uma ferramenta” (Lopes 2007, citado por Oliveira 2007, 5). Claramente, estes não possuem um arsenal completo de conhecimento para lidar com todo o tipo de doenças e, para conseguirem encontrar cura para algumas, vão ter de primeiro passar por sucessivos momentos de tentativa e erro. Ou seja, é

“através da tentativa e do erro, de sucessivas construções e reconstruções que finalmente é atingido o conhecimento” (Oliveira 2007, 5) que, por sua vez, vai ser necessário para arranjar cura para determinadas doenças.

É graças a isto que, por sua vez, os médicos dominavam assim o campo da medicina, usando este monopólio de conhecimento que foram obtendo com a experiência.

Quanto mais conhecimento possuíam, maior seria a sua capacidade de manter uma posição hierárquica alta e de continuar a exercer poder sobre os outros profissionais que exerciam dentro da esfera hospitalar e, principalmente, sobre os (as) enfermeiros (as) (Svensson, 1996). É possível afirmar que não existia uma comunicação franca entre médicos e enfermeiros (as), sendo que ambos os grupos profissionais tinham noção da posição que era suposto elas ocuparem dentro da hierarquia da esfera hospitalar e, no caso dos médicos, sabiam que tinham a capacidade de exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as). Para estes atores sociais não havia, assim, necessidade de se comunicarem uns com os outros sobre estas questões, visto que estas faziam parte de uma paradigma fixo dentro da esfera hospitalar.

Podemos usar o conceito de “doctor-nurse games” (McMahan et al, 1994) para descrever esta relação entre médicos e enfermeiros (as) e a forma como ela pode vir a afetar os próprios profissionais de saúde e a forma como estes olham para a sua profissão.

Assim, os “doctor-nurse games” fazem referência à estrutura hierárquica do hospital como sendo completamente baseada na autoridade e como sendo extremamente determinista, não oferecendo assim oportunidades para que os atores sociais possam alterar a sua posição ou reconstruir as suas relações sociais (McMahan et al 1994, 5).

Os (as) enfermeiros (as) são essencialmente impotentes, apenas conseguindo exercer alguma influência através de “manipulação e estratégias indiretas que, por sua vez, apenas servem para reforçar as relações de poder prevalecentes anteriormente” (McMahan et al 1994, 5). Existe uma ordem de negociação em relação às decisões que devem ser tomadas, em relação à forma como o trabalho deve ser organizado, em relação a quem vai fazer o que, em relação a quanto este trabalho deve estar feito, entre outros (Svensson 1996, 381). Tal como já foi dito anteriormente, são usados determinados estímulos para que os atores sociais se comportem de uma determinada maneira e para que cumpram esta ordem, tais como “compulsão, persuasão e manipulação” (Svensson 1996, 380). Se isto não acontecer e se quebrarem esta ordem, por uma razão ou por outra, podem acabar sendo alvo de determinadas sanções.

Neste caso, seriam alvo de sanções negativas, por terem entrado em violação de uma determinada norma ou, neste caso, de um determinado conjunto de normas (Filho 2013, 368). Deve-se apontar a existência de problemas de comunicação, dificuldades na transição de conhecimento, frustração por parte dos (as) enfermeiros (as) em relação a este paradigma e, também, menos dedicação e motivação em relação ao seu trabalho, por parte destes últimos. Mesmo na possibilidade de existir um sistema de comunicação mais aberto, os (as) enfermeiros (as) ainda se encontram em posições de inferioridade, sendo que eram os médicos que tomavam a maior parte das decisões dentro da esfera hospitalar, aceitando apenas raramente as sugestões dos (as) enfermeiros (as) (Svensson 1996, 383). As relações entre médicos e enfermeiros (as) eram descritas como fazendo com que os (as) enfermeiros (as) tivessem de ter sempre cuidado com o que diziam ou com o que faziam quando os médicos estavam presentes, com que não pudessem questionar as suas decisões e ordens, já que “os médicos eram vistos como sendo os reis dentro da esfera hospitalar” (Svensson 1996, 383).

Apesar disto, um novo conjunto de doenças gerou assim necessidade para que fossem trabalhados novos tipos de conhecimento. A emergência de novas necessidades por parte dos doentes e de novas doenças levou, assim, a que a base tradicional de conhecimentos médicos tivesse que ser constantemente atualizada, fazendo com que os médicos deixem assim a parte mais prática das tarefas hospitalares para os (as) enfermeiros (as), focando-se assim na procura de novo conhecimento, tal como foi referido anteriormente (Svensson 1996, 385).

Tal como é dito por Silverman, para que exista efetividade nos diferentes setores do cuidado e do tratamento médico, deve ser tida sempre em conta uma dimensão social, sendo aqui onde entram os (as) enfermeiros (as) (1987). Ou seja, “à medida que o foco dos cuidados de saúde muda da prevenção da morte para o tratamento da vida, abre-se a porta para uma dimensão social” (Arney & Berge 1984, 4).

A medicina moderna afirma, assim, que devem ser tidas em conta as experiências que o próprio paciente já teve com a esfera hospitalar e com as doenças do qual este já sofreu, sendo que esta pode ser um elemento extremamente importante para o processo de cuidados de saúde (Svensson 1996, 384). Também devem ser tidas em conta as preferências dos doentes, os seus valores e as suas características pessoais, sendo este último o campo de ação com que os (as) enfermeiros (as) se encontram mais envolvidos.

Está posta em prática, assim, uma perspectiva holística dos cuidados de saúde, onde o doente é maioritariamente responsabilidade dos (as) enfermeiros (as) e onde se torna o centro dos cuidados de saúde.

A maior parte dos médicos passa muito pouco tempo com os doentes, sendo que passam muito do seu tempo a dar consultas ou até mesmo a fazer cirurgias (Svensson 1996, 385). Os (as) enfermeiros (as) possuem um tipo de conhecimento sobre os pacientes que lhes é extremamente único, graças à quantidade de tempo que passam com eles.

Passam assim a saber detalhes como aquilo que os pacientes podem fazer sozinhos, os seus pensamentos, a sua condição e outros detalhes, usando-os assim como um tipo de conhecimento que lhes é completamente exclusivo (Svensson 1996, 386).

Esta relação começa, assim, a definir a forma como os (as) enfermeiros (as) estruturam a sua identidade profissional e o seu trabalho. Apesar disto, é importante mencionar ainda que podem existir situações onde o conhecimento favorecido pelos médicos pode entrar em conflito com aquele possuído pelos (as) enfermeiros (as).

Como por exemplo, quando um paciente vai ter alta, a opinião dos médicos é a que conta mais, mesmo que a opinião que os (as) enfermeiros (as) têm sobre os interesses dos pacientes e sobre as suas necessidades seja a correta. São os médicos que têm a palavra final em relação a se um paciente pode ter alta ou não, apesar de serem os (as) enfermeiros (as) que têm mais conhecimento sobre as necessidades dos pacientes, tal como já foi referido anteriormente. Claramente, isto depende da forma como o médico foi socializado e se aprendeu a valorizar o contributo dos (as) enfermeiros (as).

Se isto não aconteceu e se os médicos desvalorizam ou até mesmo ignoram o contributo e a opinião dos (as) enfermeiros (as), estes começam a sentir que dar a sua opinião em determinadas questões médicas é visto como sendo se “intrrometer” em áreas que não lhes dizem respeito e de que não fazem parte (Svensson 1996, 395).

É possível apontar que a opinião dos (as) enfermeiros (as) é extremamente desvalorizada por parte dos médicos e que estes podem, assim, ser obrigados a realizar ações que vão contra as suas próprias crenças, apenas porque os médicos ordenaram que estas fossem tomadas (Svensson 1996, 389).

Essas ações podem ter consequências para a saúde dos pacientes mas, mesmo assim, continuam a ser decretadas pelos médicos, mesmo que os (as) enfermeiros (as) não concordem com as mesmas. Apesar disso, os (as) enfermeiros (as) podem acabar por ficar com a tarefa de defender as decisões tomadas pelos médicos perante os pacientes, apesar de não ter sido uma decisão tomada por eles.

Assim, as “formulações das regras e das normas, as tomadas de decisão, os controlos e as sanções são processos que ocupam um movimento debaixo para cima dentro da estrutura hierárquica do hospital, onde os (as) enfermeiros (as) podem, assim, ser obrigados a realizarem tarefas que não queriam realizar” (Svensson 1996, 391).

Mesmo assim, devemos agora olhar para a forma como esta relação com os pacientes se pode estabelecer com sendo uma estratégia de profissionalização e como pode influenciar a relação dos médicos com os doentes.

2.6) Estratégias de profissionalização e formação de saberes

Como dito por Lopes (2006), os profissionais de saúde têm vindo a focar-se cada vez mais no estabelecimento de uma relação de proximidade com os seus doentes.

Por sua vez, este tipo de relação pode vir a influenciar fortemente a criação e a constante reestruturação da identidade profissional destes profissionais de saúde. O que demonstra, assim, a importância de refletir agora sobre esta relação de proximidade entre profissionais de saúde e doentes. Podemos afirmar que são maioritariamente os (as) enfermeiros (as) que estabelecem uma relação de proximidade com os doentes.

Graças à natureza do seu trabalho que, por sua vez, lhes permite passar mais tempo com os doentes. Torna-se agora importante olharmos para a forma como esta relação entre enfermeiros (as) e doentes pode ser usada como uma estratégia de fechamento social, por parte dos (das) enfermeiros (as).

Tal como demonstrado por Lopes (2006), os mecanismos de fechamento social funcionam como uma referência que permite assim fortalecer as estratégias de profissionalização desenvolvidas por determinados grupos sociais.

Por fechamento social, podemos assim definir um “conjunto de estratégias desenvolvidas por grupos ocupacionais visando alcançar e manter o monopólio da prática e consequentemente, usando as prerrogativas sociais de auto-regulação que tal monopólio pressupõe” (Lopes 2006, 108). No caso dos (as) enfermeiros (as), podemos referir que é através deste conjunto de estratégias que estes procuram desenvolver um determinado espaço dentro da esfera laboral que não seja tão afetado pela dominação médica que, tal como já vimos anteriormente, exerce uma forte influência sobre a criação da sua identidade profissional. Criam, assim, determinadas estratégias para que isto não aconteça, sendo um destas a criação de uma relação de proximidade com os doentes. Esta

estabelece-se, assim, não só como uma estratégia de fechamento social, mas também como uma estratégia de profissionalização.

A profissionalização é, assim, algo que é socialmente construído pelos atores sociais e que assume um caráter processual, não sendo, assim, “algo que é naturalizado e que é intrínseco ou vocacional a determinados grupos profissionais” (Lopes 2006, 110).

Sendo que esta vai sendo socialmente construída pelos diferentes atores sociais, podemos afirmar que eles vão criando determinadas estratégias de profissionalização que vão sendo adaptadas à sua esfera laboral, conforme as situações que estes acabam por enfrentar. As estratégias de profissionalização são, assim, mecanismos para assegurar o monopólio da prática, através de um “investimento na especialização dos respectivos saberes e competências e nas suas credenciais formais, através do diploma académico” (Lopes 2006, 109). Graças a isto, começa a ser cada vez mais evidente que a esfera laboral é fortemente dominada por várias relações de poder, sendo estas fortalecidas pelas determinadas estratégias de profissionalização postas em prática pelos atores sociais.

Todos os grupos profissionais que exercem a sua profissão dentro da esfera laboral pretendem assumir uma autonomia funcional, tal como ela é estabelecida por Freidson (1984).

Tal como é mencionado por Lopes, autonomia funcional pode ser definida como sendo “a possibilidade de um determinado grupo realizar o seu trabalho com independência do controle quer de outras profissões, quer da organização onde exerce” (2006, 110).

Os profissionais de saúde tentam fazer com que isto aconteça ao transformarem o tipo de conhecimento que possuem em poder mas mesmo assim, nunca lhes será possível atingirem um nível completo de autonomia funcional.

Isto nunca chega a acontecer graças ao fato que todos os profissionais de saúde que exercem a sua profissão dentro da esfera laboral tem de obedecer a quem se encontram por cima deles na hierarquia laboral, nunca possuindo autonomia completa para reger o seu trabalho e as suas tarefas da forma como bem entendem. A esfera laboral é assim alvo de uma regulação “topo para a base”, tal como já vimos, sendo que todos os atores sociais têm que responder aos que têm posições superiores à sua na hierarquia hospitalar. Existem “profissões dominantes” dentro da esfera hospitalar, sendo estas as que têm a possibilidade de exercer poder sobre um outro grupo profissional (Lopes, 2006).

Através do poder que possuem, conseguem, assim, “controlar os grupos ocupacionais que se articulam dentro do seu campo de atividade” (Lopes 2006, 110).

Tal como veremos mais adiante, os médicos conseguem exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as) graças ao fato de possuírem mais credenciais formais do que estes mas mesmo assim, acabam por ter de responder ao poder administrativo que, por sua vez, consegue controlar a sua atividade e as áreas onde os médicos são livres para agirem.

Ou seja, tal como é referido por Lopes, as “trajetórias de profissionalização, tal como as possibilidades de autonomia funcional, têm como barreira estrutural os limites que são gerados pela própria dominância profissional” (2006, 110).

No caso dos (as) enfermeiros (as), as suas ações encontram-se extremamente limitadas pela dominância médica e, mais especificamente, pelo ato médico que é definido por Lopes como sendo “uma categoria central e estrutural da divisão do trabalho de produção de cuidados de saúde” (2006, 110). Tal como é apontado por Lopes, ao referir Freidson (1984), o médico assume assim um papel de "gatekeeper" dentro da esfera hospitalar, onde consegue “definir o cliente ou doente e definir as suas necessidades de acesso ao serviço de saúde” (2006, 116), influenciando assim fortemente a prática dos (as) enfermeiros (as) e a forma como eles a conseguem exercer. Isto dá-se graças ao fato dos médicos possuírem um determinado tipo de saber que, por sua vez, se vai transformar em poder dentro da esfera hospitalar, tal como vai ser visto mais à frente. Pois, tal como já vimos, o sistema de ensino assume-se como sendo uma “instituição de credenciação e legitimação das competências que os grupos ocupacionais procuram possuir” (Lopes 2006, 118). Transmite assim conhecimento e faz também a sua credenciação, garantindo assim a eficácia dos saberes que vão ser usados por estes grupos profissionais.

Esta credenciação é, assim, “também hierarquizada, o que dá lugar a uma hierarquia tanto dos saberes como das entidades que são responsáveis por eles” (Lopes 2006, 119).

Sendo assim, torna-se agora importante olharmos para os diferentes tipos de saber, de modo a entender a forma como estes vão influenciar a forma como a estrutura hierárquica se encontra organizada. Tendo isto em mente, devemos agora começar por analisar os saberes indeterminados, tal como eles são definidos por Lopes (2006), para fazer posteriormente a sua comparação com os saberes técnicos.

Ora, por saberes indeterminados, podemos entender assim um conjunto de saberes que são “preservados da rotinização e da possibilidade de assimilação pelos não iniciados, assegurando uma barreira a qualquer interferência ou controlo externo que limite a autoridade e a discricionariedade profissional” (Lopes 2006, 119). É também afirmado que, graças ao seu processo de construção, se formam como sendo saberes que se podem

converter em recursos mais tarde, ou seja, em poder dentro da esfera hospitalar, tal como já foi referido anteriormente.

São, assim, associados a uma “matriz de especialização técnico-científica, onde existe uma articulação entre o abstrato e o concreto” (Lopes 2006, 120).

Podemos associar este tipo de conhecimento aos médicos, sendo que estes trabalham maioritariamente num campo mais teórico e graças ao tipo de saberes que possuem, conseguem limitar a autoridade que é exercida sobre o seu trabalho, apesar de não a poderem bloquear completamente. Por outro lado, temos então os saberes técnicos.

Em relação a estes, podemos referir que existe “um processo de codificação que permite padronizar as modalidades da sua operacionalização nas situações concretas de trabalho, através das codificações do conhecimento teórico-científico” (Lopes 2006, 119).

Ou seja, o conhecimento teórico-científico é assim posto em prática e operacionalizado nas situações do dia-a-dia. Os médicos usam, assim, o seu conhecimento teórico-científico para delegar a forma como os doentes devem ser tratados, o que, por sua vez, vai ser realizado pelos (as) próprios (as) enfermeiros (as). Assim, é possível afirmar que o que vai distinguir as possibilidades de poder que cada um destes grupos profissionais vai possuir e a visibilidade social da qual vão usufruir vai ser “a existência de um ou outro tipo de saberes dentro da constituição do seu património cognitivo” (Lopes 2006, 119). Apesar disto e com o passar do tempo, tem começado a existir um processo de especialização e formalização dos saberes e graças a isto, tem vindo a se acentuar a componente técnica dentro da esfera laboral (Lopes 2006, 120).

Mesmo assim, é importante manter em mente que ainda é a componente teórica que predomina dentro da esfera hospitalar, visto que, tal como já foi mencionado anteriormente, esta confere aos médicos uma posição superior dentro da hierarquia hospitalar. Muitas vezes, o trabalho mecânico e o trabalho intelectual acabam por se complementar um ao outro, visto que os médicos realizam o trabalho intelectual ao fazer o diagnóstico dos seus doentes e a decidir qual é a melhor via de tratamento que, posteriormente, vai ser posta em prática pelos (as) enfermeiros (as), realizando assim o trabalho mecânico (Lopes 2006, 120).

A esfera laboral encontra-se, assim, dividida em dois tipos de zonas. Por um lado, temos as “zonas de incerteza ou de indeterminação”. Neste caso, podemos afirmar que “a especialização com base nos saberes indeterminados está, assim, associada ao controle das zonas de maior indeterminação ou incerteza” (Lopes 2006, 120).

Ou seja, sendo que os médicos se focam maioritariamente no uso de saberes indeterminados, tal como já vimos anteriormente, podemos afirmar que eles operam dentro destas zonas de incerteza. Por outro lado, temos então as zonas de maior “padronização”. Em relação a estas, podemos afirmar que “a especialização com base nos saberes técnicos fica associada assim ao controle de zonas mais passíveis de padronização” (Lopes 2006, 121).

Podemos, claramente, associar estas zonas de maior padronização ao trabalho dos (as) enfermeiros (as) que, tal como já vimos, assume um caráter mais prático e que, sendo realizado diariamente dentro da esfera laboral, começa a se tornar rotina, ou seja, começa a ser fortemente padronizado. Apesar disto, é nos possível afirmar que todas as “estratégias de ganho de autonomia profissional passam pela construção de um conjunto de condições sociais de insubstituibilidade dos saberes técnicos e instrumentais que os profissionais reclamam possuir” (Lopes 2006, 120).

Ou seja, deve ser assim construída uma condição de insubstituibilidade do tipo de saberes possuídos e demonstrado que estes não podem ser substituídos, que, por sua vez, vai conferir a quem os possui uma condição de valor e prestígio social.

É isto mesmo que acontece com os médicos, visto que o tipo de conhecimento que possuem é insubstituível e graças a isto, ocupam uma posição de prestígio em contexto social. Devemos agora olhar para os diferentes tipos de saberes e a forma como estes são construídos dentro da esfera laboral. Podemos apontar assim dois tipos de saberes que são predominantes dentro da esfera hospitalar e sobre os quais devemos agora refletir, sendo estes os saberes endógenos e os saberes delegados.

Em primeiro lugar, os saberes endógenos são, assim, “os que são produzidos e desenvolvidos dentro da própria profissão” (Lopes 2006, 122).

Ou seja, são os saberes que são próprios a uma determinada profissão e que são constantemente desenvolvidos durante o seu dia-a-dia, conforme o tipo de situações com que os profissionais de saúde se vão deparando. Por exemplo, conforme o tipo de doenças que vão aparecendo e que se vão tornando mais predominantes em sociedade, os médicos têm constantemente de encontrar novos tipos de tratamento e cura, criando assim um tipo de conhecimento que lhes é próprio e que é construído dentro da sua profissão.

Em segundo lugar, temos os saberes delegados que, por sua vez, são assim “os saberes que são derivados e controlados por determinadas outras profissões” (Lopes 2006, 122).

Ora, já mencionamos anteriormente que as componentes teóricas e práticas se

complementam constantemente uma à outra, sendo ambas necessárias para que a esfera hospitalar funcione da melhor maneira.

Os (as) enfermeiros (as) desempenham a componente técnica tendo em mente um determinado conjunto de saberes teóricos que são controlados pelos médicos, sendo estes, assim, saberes delegados. Na categoria dos saberes delegados, inscrevem-se assim uma grande parte “dos recursos cognitivos de profissões que exercem sobre o controle de outros” (Lopes 2006, 122).

Um exemplo deste tipo de profissão será, assim, a profissão de enfermagem, tal como já vimos. Apesar disto e tal como é referido por Lopes, todas as profissões integram no seu dia-a-dia um conjunto de conhecimentos que são externos à sua profissão mas, no momento da sua aplicação, são criadas condições para que estes sejam reelaborados e transformados em saberes endógenos (2006).

No momento da sua aplicação, são criados determinados mecanismos para fazer com que este tipo de conhecimento se torne próprio à profissão.

Devemos ter isto em mente e olhar para o exemplo da medicina, sendo que “o seu património de saberes é reconvertido em saberes endógenos, apesar de virem de outras profissões, através do controle externo exercido sobre as condições e formalizações da sua operacionalização” (Lopes 2006, 123).

Ou seja, podemos assim afirmar que todo este processo de endogeneização que se vai dando dentro da esfera hospitalar constitui, assim, “uma das modalidades de construção da insubstituibilidade dos saberes profissionais” (Lopes 2006, 124). É através deste processo de criação e construção de conhecimento específico dentro de uma determinada profissão que os saberes profissionais ganham a condição de insubstituibilidade, conferindo a essa profissão o devido reconhecimento público.

Apesar disto, podemos ainda apontar que, dentro da esfera profissional, “determinadas situações criam a necessidade de existir um determinado espaço de fechamento ocupacional, onde os recursos de controle cognitivo de discricionariedade sobre os procedimentos operativos são da competência de quem os executa” (Lopes 2006, 125).

Ou seja, existem determinados espaços de fechamento ocupacional dentro da esfera hospitalar que, por sua vez, estão associados ao domínio da operatividade técnica, ou seja, onde existe “baixa discricionariedade” (Lopes 2006, 126). Ou seja, existe assim um fechamento social à volta de um determinado conjunto de competências e da sua insubstituibilidade. Normalmente, estes espaços de fechamento social podem ser assim

estratégias criadas por determinados grupos profissionais para ganharem autonomia em relação à autoridade médica.

No caso dos (as) enfermeiros (as), podemos dizer que é através da criação de uma relação mais próxima com o “doente do técnico” (Lopes 2006, 127) que estes realizam fechamento social e que encontram um espaço onde conseguem ter mais autonomia em relação aos médicos. Mesmo assim, a superioridade médica domina a esfera hospitalar, sendo que os médicos ocupam uma posição privilegiada na divisão social do trabalho, dentro da esfera laboral. Isto fornece-lhes um elevado nível de poder, sendo que podem controlar assim a maior parte das decisões que se dão dentro do próprio hospital. Devemos agora refletir sobre o conceito de poder, de modo a entender a forma como este vai influenciar a própria esfera hospitalar e, principalmente, a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

3) O poder médico e a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as):

3.1) O exercício do poder, a sua influência nas dinâmicas entre atores sociais e na autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as):

Devemos agora refletir sobre o conceito de poder e sobre a forma como este concede aos médicos uma determinada dominância profissional sobre os (as) enfermeiros (as) que, por sua vez, vai influenciar a forma como estes podem demonstrar a sua autonomia profissional que, tal como já vimos, é extremamente importante para a criação da sua identidade profissional.

Começa-se, assim, por apresentar uma definição de poder e, mais especificamente, o conceito de poder médico, sendo este o que está em causa na presente dissertação.

Para isso e olhando para a definição de Weber, podemos afirmar que o conceito de poder implica então um momento em que um determinado ator social se encontra em posição para impor a sua vontade própria sobre outros, independentemente dos interesses, objetivos ou vontades pessoais que estes possam ter (2004).

Ou seja “ter poder, geralmente, está associado ao fato de um indivíduo ou grupo exercer influência sobre outros a fim de almejar resultados comuns” (Santos 2015, 12). Existe sempre algum tipo de relação de poder em todos os grupos sociais que se vão formando ao longo da vida quotidiana dos atores sociais, já que estas se manifestam sempre que existe uma relação entre vários atores sociais (Foucault 1979).

Sendo assim e principalmente em contextos laborais, é impossível não existir uma relação de poder entre atores sociais, sempre que existe sempre alguém que se encontra numa posição para exercer a sua vontade sobre outros indivíduos.

Apesar disto, e tal como o autor menciona, o exercício do poder implica obrigatoriamente a existência de determinadas práticas sociais que o vão suportar, tais como “o enclausuramento, a distribuição de indivíduos no espaço e no tempo e a hierarquização” (Foucault 1979, citado por Ferreira & Vieira, 2009). Por um lado, o enclausuramento prende-se pela criação de um “espaço fechado e organizado em torno de regras e procedimentos que delimitam as ações cotidianas das pessoas” (Foucault 1979, citado por Ferreira & Vieira 2009, 4). Existe também uma distribuição dos indivíduos no espaço e no tempo, tal como o autor aponta, em que “cada indivíduo está presente no seu lugar e em cada lugar está presente um indivíduo” (citado por Ferreira & Vieira 2009, 4). Por fim, a hierarquização dos indivíduos prende-se pelo fato de que as “pessoas devem ser ordenadas de tal forma a promover a vigilância hierárquica” (citado por Ferreira & Vieira 2009, 4). Todas estas práticas sociais estão fortemente presentes em esfera hospitalar, o que faz assim com que a hierarquia hospitalar esteja fortemente estruturada de uma determinada maneira (Ferreira & Vieira 2009, 4).

Por um lado, os médicos encontram-se numa posição mais elevada, de onde podem exercer dominância profissional sobre os indivíduos com que partilham a esfera laboral e, principalmente, sobre os (as) enfermeiros (as). Por dominância profissional, podemos definir assim a “dependência estrutural técnica e social que a medicina vai ter no processo de produção dos cuidados de saúde de enfermagem” (Lopes 2001, 29).

Ora, isto dá-se, claramente, graças ao fato que os médicos possuem um tipo de conhecimento que os (as) enfermeiros (as) não podem aceder, deixando-os assim com a necessidade de encontrar um tipo de conhecimento próprio para usarem, de modo a conseguirem organizar estratégias de revalorização profissional.

Apesar disto e tal como já vimos anteriormente, os médicos são ainda alvo de um poder “técnico-administrativo” que, por sua vez, tem capacidade para influenciar não apenas as suas próprias práticas mas também as dos (as) enfermeiros (as) (Carapinheiro 1991, 33).

Grças a isto, “os (as) enfermeiros (as) devem assim desenvolver o seu saber ser, tanto com eles próprios como com os clientes” (Silva 2002, 96), de modo a conseguirem definir os seus objetivos de trabalho e área de atuação. Podemos afirmar que a área onde os (as) enfermeiros (as) têm mais autonomia para atuar é dentro da relação que estes próprios mantêm com os doentes, cuja importância foi mencionada anteriormente. Ou

seja, têm que assumir um papel psicossocial, sendo este definido pela “operacionalização dos cuidados de enfermagem, pela relação de proximidade que existe entre os (as) enfermeiros (as) e os doentes e pelo período passado com os doentes” (Carapinheiro 1993, 12).

Mesmo assim, podemos afirmar que ainda existe uma determinada "percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais” (Ferreira & Vieira 2009, 1), graças ao fato de o saber médico que estes possuem ser fortemente institucionalizado e valorizado pelas comunidade científica e pelas próprias instituições sociais.

Podemos afirmar que este conhecimento vai então tomar a forma de “poder-saber” (Carapinheiro 1993), sendo assim adquirido graças ao fato que os indivíduos fazem parte de uma determinada classe profissional, ou seja, a dos médicos.

Tal como é mencionado por Freire, “a delegação de saberes, técnicas, conhecimentos e procedimentos por parte dos médicos tem como objetivo criar, assim, mecanismos de dependência em relação aos (as) enfermeiros (as)” (2014, 11).

Sendo que este conhecimento é exclusivo dos médicos e que, tal como já vimos, é legitimado pelas instituições escolares, podemos afirmar que é através deste que eles mantêm uma posição de superioridade dentro da esfera laboral, restringindo o seu uso apenas aos indivíduos que fazem parte dessa classe profissional.

Os médicos têm licença para realizar determinado tipo de atividades, normalmente relacionadas com o tratar dos doentes, deixando as tarefas mais simples e menos valorizadas socialmente para os (as) enfermeiros (as).

Por licença, podemos definir “a autorização legal para o exercício de algumas atividades que não podem ser realizadas por outros indivíduos” (Rodrigues 2002, 20). Graças a isto, os (as) enfermeiros (as) são assim constantemente tomados por um “sentimento de exclusão, que caracteriza o (des)valor do trabalho entre os próprios profissionais” (Borges & Silva 2010, 823). Ora, isto não só vai influenciar a forma como os (as) enfermeiros (as) se vão entender como profissionais mas também como se vão relacionar com os indivíduos com que partilham a esfera laboral, ou seja, os médicos.

Sendo que estes profissionais se encontram numa relação de dependência e são dominados profissionalmente pelos médicos, podemos afirmar que o ambiente de trabalho será maioritariamente definido por esta relação e pelas consequências que esta trás. Tal como é referido por Borges & Silva, é “nas interações sociais que se constroem mutuamente tanto o objeto de trabalho como a representação do profissional (a sua identidade)” (2010, 825).

O ambiente laboral (principalmente quando afetado por esta relação de dependência entre médicos e enfermeiros (as)), constitui-se como sendo um fator de severa importância na criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Podemos também apontar as próprias dinâmicas de grupo como um fator de grande importância na criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Ou seja, é importante ter em mente “a valorização das interações informais entre vários grupos profissionais ou indivíduos dos mesmos grupos” (Santos 2011, 26, citado por Esteves 2012, 8). É através destas que os atores sociais entendem qual é o lugar que devem ocupar na estrutura social e que, por sua vez, o papel que é suposto que estes desempenhem dentro do contexto laboral de que fazem parte.

Apesar disto, as dinâmicas de grupo podem nem sempre ser positivas. Muitas vezes, podem criar momentos de hostilidade e de tensão entre estes dois grupos profissionais. Por exemplo, “as enfermeiras assertivas ressentem-se quando são humilhadas pelos médicos, os médicos ressentem-se quando são desafiados ou questionados pelas enfermeiras” (Salvage & Smith 2000, 1019). Ou seja, esta falta de poder por parte dos (as) enfermeiros (as) pode ser assim um obstáculo para a realização do seu trabalho, tal como “os pensamentos genderizados, os diferentes modelos de trabalho, a ambiguidade de papéis sociais e as expectativas incongruentes” (Zelek & Phillips 2003, 5).

Tal como já foi mencionado anteriormente, o fato dos homens e das mulheres serem socializados para ocuparem determinadas posições hierárquicas diferentes vai criar uma relação de poder entre médicos e enfermeiros (as) e fazer com que este paradigma seja aquilo a que eles estão habituados. Se existir algum aspecto que saía da norma, isto pode criar sentimentos de desconforto e até mesmo de hostilidade.

Como por exemplo, “algumas enfermeiras descrevem as médicas usando vários estereótipos, tais como exigentes, dominantes ou mal-intencionadas” (Zelek & Phillips 2003, 5).

Ou seja, isto acontece graças ao fato das médicas do sexo feminino estarem a quebrar um determinado estereótipo com o qual as enfermeiras foram socializadas e, graças a isto, começam a surgir determinados sentimentos de hostilidade. Assim, “tanto os médicos do sexo masculino com os do sexo feminino afirmam que a relação que mantém com os (as) enfermeiros (as) é influenciada pelo seu género” (Zelek & Phillips 2003, 2).

Por exemplo, as médicas do sexo feminino achavam assim que eram menos respeitadas pelas enfermeiras do que os médicos do sexo masculino, visto que estas ainda não se conseguiram deslargar do estereótipo com o qual foram socializadas.

Ou seja, “talvez as enfermeiras se sintam assim porque as médicas não se encaixam nos estereótipos com os quais estas foram socializadas, continuando a associar todas as mulheres a estereótipos normalmente femininos, tais como o de limpar ou cuidar de alguém” (Zelek & Phillips 2003, 4). Hoje em dia, o género é um fator de extrema importância nas relações de poder entre médicos e enfermeiros (as) e, conseqüentemente, na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Podemos ainda mencionar que as dinâmicas entre estes dois grupos profissionais dependem, ainda, das “trajetórias biográficas e profissionais dos atores sociais que fazem parte desse grupo profissional, sendo estes próprios ainda influenciados pela interação que mantém com outros, dentro e fora do seu contexto laboral e pelo ambiente que os rodeia” (Dubar & Tripier 2003, 96).

Mesmo assim, podemos afirmar que todos estes fatores e, por conseqüente, a identidade profissional dos indivíduos se encontram dependentes da forma como a esfera hospitalar se encontra estruturada e da sua respectiva hierarquia, sendo todos estes fatores decididos pelos indivíduos que possuem mais poder e que se encontram no comando.

Normalmente e tal como já vimos anteriormente, estes são os médicos e graças a isto, podemos verificar desde logo a importância do poder médico na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Tal como Etzioni refere, todas as organizações têm um determinado objetivo principal e tendo este em mente, organizam assim a sua estrutura, o seu funcionamento e as relações que lá são estabelecidas de uma determinada forma, de modo a atingirem futuramente esse fim da melhor maneira possível (citado por Freire, 2014).

É possível afirmar que sendo que o objetivo principal de qualquer instituição de saúde se prende pelo cuidado e tratamento dos seus doentes da melhor forma possível e com a melhor qualidade disponível, é normal que coloque numa posição de poder os indivíduos que o melhor possam fazer, ou seja, aqueles que possuem as credenciais mais elevadas.

O que nos demonstra claramente que, tal como Perrow refere, “as credenciais de determinados grupos sociais se podem tornar e converter em fontes de poder e dominação, já que o poder dos grupos é determinado pela complexidade do seu trabalho” (citado por Freire, 2014). Por um lado, os médicos ocupam-se de tarefas com um carácter mais cognitivo e mais complexo, tal como o constante diagnóstico e tratamento dos seus doentes, como já foi mencionado anteriormente. Sendo assim, “o trabalho dos médicos é fortemente associado a uma atividade diagnóstica e ao estabelecimento de tratamento, o que o torna fortemente cognitivo” (Serra 2008, 67).

Também, a própria complexidade do saber médico torna-se altamente valorizada pelo resto da sociedade, estabelecendo-se assim como uma forte fonte de poder e dominação para os próprios médicos. Ou seja, “a autoridade profissional que os médicos detêm na divisão do trabalho hospitalar é determinada pela posse de saberes e competências centrais para cuidar” (Carapinheiro 1991, 89). Daqui, podemos retirar que o poder médico se constituiu assim como um “poder-saber”, encontrando-se fortemente ligado aos saberes que os médicos possuem e que foram adquirindo ao longo da sua carreira profissional (Carapinheiro 1991, 85).

Este tipo de conhecimento é fortemente mantido apenas para os médicos e podemos assim afirmar que estes usam o seu “poder-saber” para realizar um fechamento social, mantendo os (as) enfermeiros (as) de fora.

Tal como é demonstrado por Dubar, usando o conceito anteriormente trabalhado por Weber, podemos associar à noção de fechamento social (tendo esta sido definida anteriormente), um “processo pelo qual uma dada categoria social tende a regular a seu favor condições de mercado face à competição atual ou potencial dos pretendentes (outsiders), restringindo o seu acesso às oportunidades específicas de um grupo restrito de elegíveis” (1997, 149).

Podemos afirmar que os médicos restringem o acesso dos (as) enfermeiros (as) ao tipo de conhecimento que estes possuem e ao tipo de atividades que estes podem desenvolver, colocando o seu grupo profissional em posições hierárquicas superiores e garantindo que não exista qualquer tipo de competição. Ou seja, os médicos possuem assim uma capacidade de “garantir não só o monopólio de seleção e formação académica dos indivíduos como também de garantir a legitimação da sua autoridade e do seu campo de atuação do exercício profissional” (Esteves 2012, 12).

Os médicos conseguem, assim, assegurar uma “exclusividade cognitiva” (Esteves 2012, 12) através destes mecanismos de fechamento social, impedindo que indivíduos que não fazem parte da classe profissional dos médicos usem o seu “poder-saber” e garantindo assim a sua própria autonomia profissional, tal como a capacidade de “controlar e dirigir o trabalho das profissões ocupam o seu campo de atividade” (Esteves 2012, 11, citado por Lopes 2001, 29). Claramente e através deste mecanismo de fechamento social, os médicos vão então conseguir que os (as) enfermeiros (as) não tenham autonomia profissional que, por sua vez e tal como já foi referido anteriormente, influencia fortemente a criação e constante manutenção da sua identidade profissional.

Sendo assim, será então importante ter em mente mais tarde uma análise da forma como esta dominância profissional exercida pelos médicos sobre os (as) enfermeiros (as) vai influenciar a sua autonomia profissional e consequentemente, a sua identidade profissional, sendo que estes normalmente ficam numa posição de desvantagem. Normalmente, são-lhes apenas atribuídas as tarefas que os médicos lhes dizem para fazer, estando estas normalmente associadas a um “campo maioritariamente prático e mecânico” (Serra 2008, 67).

Isto traduz-se na criação de um tipo de saber e conhecimento que se torna próprio à profissão de enfermagem, tornando-se agora imprescindível refletirmos sobre o mesmo. Ou seja, devemos ter agora em conta também “o tipo de conhecimento que a enfermagem utiliza na sua ação, o tipo de saberes que cria e sistematiza, como se define enquanto ciência e como se situa no contexto disciplinar” (Queirós, 2016), de modo a entender a forma como todo este processo de criação e sistematização de conhecimento e saberes vai levar a que os (as) enfermeiros (as) se entendam enquanto profissionais de uma certa maneira, o que vai influenciar a constante reestruturação da sua identidade profissional.

3.2) A enfermagem: conhecimentos, competências e saberes

Sendo assim, é importante começar este ponto por mencionar que, tal como Queirós refere, a enfermagem se estabelece assim como sendo um conhecimento de ação, o que leva a que esta possa ser identificada como sendo uma ciência humana prática (2016). Também, tal como é referido por Medina, as ciências humanas práticas são baseadas na existência de constantes ações comunicativas e pressupõem assim a obrigatoriedade de participar em algum tipo de intervenção (citado por Queirós, 2016).

O conhecimento próprio à enfermagem define-se como sendo “um conjunto de esquemas de pensamento e de ação que dispõem um ator social a agir de uma determinada maneira” (Assad & Viana 2003, 44). Existem quatro padrões de conhecimento em enfermagem diferentes: o empírico, que pode ser considerado como sendo a ciência da enfermagem, o ético, o pessoal e finalmente, o estético, que pode ser visto como sendo a arte da enfermagem (Vale et al 2009, 178).

Graças à temática deste ponto, devemos agora refletir sobre cada um destes saberes, tendo em mente a importância que cada um deles tem para o processo de formação dos (as) enfermeiros (as). Em primeiro lugar, encontra-se o conhecimento empírico que é “baseado em fatos, descritivo e fundamentalmente voltado para o desenvolvimento de

explicações teóricas e abstratas, replicável, formulado e verificável” (Vale et al 2009, 178). Por outras palavras, este é o conhecimento aprendido pelos atores sociais durante o seu processo de educação formal e que os torna aptos para desempenharem futuramente as suas tarefas enquanto enfermeiros (as).

Por outro lado, o conhecimento ético encontra-se fortemente relacionado com a componente moral de cada indivíduo que, assim, determina as “escolhas difíceis que são feitas no processo de cuidar da saúde dos indivíduos, que envolvem questões fundamentais sobre o bem e o mal, o certo e o errado e para os quais, muitas vezes, os princípios, normas e códigos de ética não nos dão respostas” (Vale et al 2009, 178). Claramente, isto depende muito da moral de cada um, o que explica a forma como determinados indivíduos podem fazer escolhas diferentes em relação à mesma situação.

No caso dos (as) enfermeiros (as), isto encontra-se relacionado com a escolha entre aquilo que é certo e aquilo que é errado, dentro do contexto hospitalar.

Este é um tipo de conhecimento que se encontra fortemente enraizado na cultura da esfera hospitalar, visto que constantemente, é necessário que os (as) enfermeiros (as) escolham entre “seguir os princípios e normas escritas ou atender às necessidades do ser humano” (Vale et al 2009, 178) e, muitas vezes, a decisão que estes tomarem vai ser alvo de julgamento por parte de terceiros.

De seguida, podemos definir o conhecimento pessoal como estando relacionado com o “conhecimento do self, ao autoconhecimento e evidencia o uso terapêutico do self, o que implica que a maneira como os (as) enfermeiros (as) se vêem a si mesmos e como vêem os seus doentes é fundamental em todos os tipos de relação terapêutica” (Vale et al 2009, 178).

Ora, aqui está demonstrada a importância da forma como os (as) enfermeiros (as) se vêem a si próprios enquanto profissionais, ou seja, da sua identidade profissional.

Isto é, assim, algo que será tratado mais tarde, dentro deste capítulo de enquadramento teórico-conceptual. Este tipo de conhecimento está também diretamente relacionado com as relações que são mantidas entre os (as) enfermeiros (as) e os seus doentes sendo que, para os conseguirem ajudar da melhor forma possível, é necessário que os (as) enfermeiros (as) se conheçam a si próprios, enquanto indivíduos e enquanto profissionais de saúde. Em último lugar, o conhecimento estético “envolve a habilidade do enfermeiro para entrar em sintonia com os seus doentes e assim possibilitar um cuidado efetivo centrado nas necessidades de cada um deles” (Vale et al 2009, 179).

Cada um destes tipos de conhecimento tem origem num processo de constante reflexão por parte dos (as) enfermeiros (as). Durante este momento, vai existir uma forte junção entre o conhecimento que assume um carácter científico e outro que assume um carácter mais prático, tal como é referido por Queirós (2006).

Através disto, podemos verificar que a enfermagem possui assim uma componente experimental e uma científica, ambas sendo extremamente dependentes umas das outras.

A componente teórica começa assim a ser desenvolvida desde muito cedo, podendo a sua origem ser remetida para o processo de socialização primária dos próprios atores sociais e, principalmente, para a sua educação através do sistema de ensino superior.

Ou seja, “as universidades têm o papel de preparar os profissionais para estarem aptos para dominar o conhecimento teórico” (Soares et al 2016, 677).

É tipo de conhecimento que é desenvolvido desde muito cedo no processo de educação dos (as) enfermeiros (as), visto que é afirmado que para que estes realizem as tarefas que lhes competem com a melhor qualidade possível, têm que possuir todo um determinado arsenal teórico sobre a profissão que vão desempenhar.

Por outro lado, a componente experimental só é desenvolvida maioritariamente mais tarde, quando os atores sociais começam realmente a desempenhar a sua profissão, a realizar as tarefas que lhes são próprias e a mobilizar o conhecimento teórico que aprenderam anteriormente para resolver situações práticas com que se deparam durante o seu dia-a-dia (Soares et al 2016, 680). A enfermagem possui um determinado conjunto de conhecimentos que é comum a todos os profissionais que exercem esta determinada profissão mas que apenas passa a ser concretizado e validado quando é aplicado a situações de carácter prático. Isto é mencionado por Sousa Santos, ao dizer que os conhecimentos próprios à enfermagem apenas podem ser validados através de ações cometidas pelos (as) enfermeiros (as) durante o seu dia-a-dia, estruturando-se mais concretamente graças a esta mistura entre a componente prática e teórica (2016).

Este conhecimento deve também ser assim alvo de uma dupla concretização, por parte da comunidade científica e da própria sociedade.

A enfermagem assume-se, assim, como uma prática social e científica ao mesmo tempo, tal como é referido por Queirós (2016).

Apesar disto, é importante ter em conta que, em relação à componente social, o conhecimento usado pelos (as) enfermeiros (as) não é tão valorizado como deveria ser pelo resto da sociedade e, graças a isto, estes tornam-se alvo de uma forte invisibilidade.

Sendo que o conhecimento usado pelos (as) enfermeiros (as) assume um caráter maioritariamente prático, tal como já foi visto anteriormente e que “as leituras do real estão necessariamente afuniladas e restringidas ao conhecimento teórico” (Queirós 2016, 140), podemos afirmar que é por esta razão que o conhecimento usado pelos (as) enfermeiros (as) não é tão valorizado como deveria ser e, certamente, não é tão valorizado como aquele usado pelos médicos.

Ao usar este determinado conjunto de conhecimentos, os (as) enfermeiros (as) vão criando durante o seu dia-a-dia novos saberes. Estes são constantemente construídos e reconstruídos, num processo diário de reflexão-ação, tal como é mencionado por Vale et al (2009, 179). Segundo Basto, os saberes da enfermagem podem assim ser definidos como “utilização de capacidades, adquiridas das formas mais diversas, correspondendo à ideia de sabedoria ou conhecimento” (2005, 27). São também, assim, “saberes práticos ou de ação e um produto histórico de uma capitalização da experiência” (Basto 2005, 27).

Estes saberes encontram-se presentes no dia-a-dia dos (as) enfermeiros (as), auxiliando-os nas tarefas que têm que desempenhar e encontrando-se fortemente envolvidos na resolução de “problemas que os (as) enfermeiros (as) enfrentam e na forma como resolvem situações incertas, como elaboram e alteram rotinas e criam estratégias” (citado por Basto 2005).

Apesar disso, constituem-se como sendo algo inconsciente aos (as) próprios (as) enfermeiros (as) que, muitas vezes, nem se apercebem que os utilizam diariamente. Ou seja, “os saberes utilizados na prática quotidiana de cuidados, com frequência, não estão claramente no campo de consciência dos próprios (as) enfermeiros (as)” (Basto 2005, 27).

Também, podemos afirmar que, consoante as experiências e os desafios do qual forem alvo, os (as) enfermeiros (as) começam assim a desenvolver determinadas percepções e interpretações da realidade que os rodeia, o que vai levar a que comecem a se comportar de uma determinada forma dentro da esfera hospitalar. Ou seja, durante o início da sua carreira profissional, estes usam maioritariamente o conhecimento clínico mas após obterem uma determinada quantidade de experiência graças às situações com que se vão deparando, às tarefas que têm que realizar e às interações que mantêm uns com os outros, a prática profissional começa a ocupar um lugar de destaque e começa a ser utilizada maioritariamente (Assad & Viana 2003, 46).

Conseguimos ver mais uma vez uma distinção entre médicos e enfermeiros (as), já que para os médicos, o conhecimento teórico se mantém fortemente presente no seu dia-a-dia,

o que faz com que estes fiquem imediatamente numa posição de superioridade em relação aos (às) enfermeiros (as). Mesmo assim, e para que este conhecimento se transforme em competências, “é necessário que os saberes dos profissionais sejam mobilizados através dos seus esquemas de ação, decorrentes da percepção, avaliação e decisão e desenvolvidos na prática” (Assad & Viana 2003, 44).

Tal como já foi referido anteriormente, isto acontece diariamente, visto que os saberes são uma forte componente do dia-a-dia dos próprios (as) enfermeiros (as). Através da prática e das experiências de que os (as) enfermeiros (as) são alvo diariamente, os saberes começam a interiorizar-se e a tornarem-se hábitos, levando assim a que o que era previamente considerado como sendo conhecimento se transforme naquilo que é visto como sendo uma competência. Sendo assim e após ter sido explicitado o processo que transforma os conhecimentos em competências, torna-se agora imprescindível apresentarmos uma definição de competências em enfermagem. Por estas, podemos entender “um conjunto diversificado de conhecimentos da profissão, de esquemas de ação, de posturas que são mobilizadas no exercício do ofício” (Assad & Viana 2003, 46). Estas podem assumir uma natureza cognitiva, afetiva, conativa ou até mesmo prática (Assad & Viana 2003, 46). Tendo isto em mente, é possível afirmar que o trabalho dos (as) enfermeiros (as), não tendo um carácter tão teórico, acaba por não ser tão valorizado pela sociedade como aquele que é realizado pelos médicos, o que vai colocar os (as) enfermeiros (as) numa posição hierárquica imediatamente abaixo daquela que estes ocupam.

Isto encontra-se traduzido no fato que, tal como é apontado por Serra, o grau de exposição que um indivíduo tem à “sujeira” que está presente em esfera hospitalar é inversamente proporcional à sua proximidade do topo da hierarquia hospitalar (2008, 67). Se mantivermos este modelo em mente, conseguimos afirmar que os (as) enfermeiros (as) ocupam uma posição mais baixa na estrutura hierárquica do hospital, visto que têm mais contacto com os doentes e com a dita “sujeira”, sendo que o trabalho que realizam diariamente é maioritariamente prático. Estes são vistos pelo resto da sociedade como sendo indivíduos que trabalham apenas “à beira da cama dos pacientes, realizando tarefas repetitivas e rotineiras, principalmente como aias dos médicos” (Hoeve 2013, 256), o que os coloca imediatamente na base da hierarquia.

Por outro lado, os médicos encontram-se claramente mais próximos do topo desta hierarquia, pois têm menos contacto diário com as tarefas práticas e têm a possibilidade de se focar na parte mais teórica.

Deve ser feita também referência ao fato que, tal como Carapinheiro refere, “o princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre comando e execução” (1993, 27) e tendo em conta que são os médicos que possuem mais poder dentro da esfera hospitalar, é possível afirmar que são estes que se encontram na posição de comando.

As competências dos (as) enfermeiros (as) estão limitadas a uma constante “execução”, enquanto o trabalho dos médicos se encontra inserido na categoria de “concepção”, estando estes constantemente a reproduzir e a criar novas técnicas para o diagnóstico e tratamento dos seus doentes (Lopes 2001, 22). Graças a isto, o trabalho realizado pelos (as) enfermeiros (as) vai ser extremamente desvalorizado pela sociedade em comparação com o dos médicos, visto que o cuidado dos doentes é fortemente ofuscado pela constante produção de conhecimento, sendo esta última muito mais valorizada tanto pela comunidade científica como pela própria sociedade em si.

Sendo assim, os (as) enfermeiros (as) acabam por se ver a si próprios apenas como sendo auxiliares médicos e não profissionais que merecem o seu reconhecimento próprio, chegando muitos deles a mencionar que são tratados pelos médicos como se fossem os seus empregados, o que demonstra que os próprios médicos assumem muitas vezes uma atitude de patrão (Seixas & Pereira, 2005). Devemos também fazer referência ao fato que esta dicotomia entre concepção e execução remete para uma forma taylorista de organização do trabalho que, por sua vez, tal como já vimos, se vai traduzir em saberes-práticos, no caso dos (as) enfermeiros (as) e saberes interpretativos, no caso dos médicos (Lopes, 2001). Através de tudo o que foi referido até agora, conseguimos afirmar que os (as) enfermeiros (as) ainda são alvo de uma forte invisibilidade por parte do resto da sociedade, visto que a importância do seu trabalho e das tarefas que realizam passa assim muitas vezes despercebida.

3.3) O efeito da imagem pública sobre os (as) enfermeiros (as):

A imagem pública que a sociedade tem sobre os (as) enfermeiros (as) é “predominantemente baseada em equívocos e estereótipos” (Hoeve et al 2013, 298). Esta ajuda a propagar, claramente, a noção de que os (as) enfermeiros (as) devem ser vistos como sendo apenas “profissionais que devem seguir todas as ordens dadas pelos médicos e desempenhar o papel de serem os seus auxiliares, obedecendo rigorosamente a todas as suas ordens” (Serra 2008, 68). Aqui encontra-se claramente evidenciado o fato da relação entre enfermeiros (as) e médicos ser baseada em mecanismos de subordinação e na

constante manutenção de uma estrutura hierárquica. A imagem pública que suporta esta relação de subordinação e que reafirma a invisibilidade dos (as) enfermeiros (as) está fortemente “ligada aos grupos que naturalizam quais as profissões que deveriam ser ocupadas tanto por homens como por mulheres” (Vieira et al 2017, 4) e é constantemente reproduzida por estes grupos dominantes, em diferentes contextos sociais.

Apesar disto, é importante reafirmar que esta imagem pública que o resto da sociedade mantém sobre os (as) enfermeiros (as) é claramente diferente daquela que estes possuem sobre si mesmos. Os (as) próprios (as) enfermeiros (as) entendem-se como profissionais que merecem o seu reconhecimento e mérito próprio e não apenas como sendo auxiliares dos próprios médicos, o que remete para a imagem que a própria sociedade mantém sobre eles mesmos. Daqui podemos retirar que a auto-perceção que estes têm sobre a sua profissão é completamente diferente da hetero-perceção que a sociedade mantém sobre a mesma (Vieira et al 2017, 8). Devemos agora apresentar uma definição destes dois conceitos, de modo a entender a forma como eles se diferenciam.

A auto-perceção sobre uma determinada profissão pode ser definida como “a forma como um determinado ator social percebe a sua categoria profissional” (Vieira et al 2017, 8) e, por sua vez, a hetero-perceção pode ser definida como sendo “a perceção que este acredita que a sociedade tem sobre a sua categoria profissional” (Vieira et al 2017, 8).

Apesar disto, podemos afirmar que a “hetero-perceção” que existe sobre a profissão de enfermagem influencia fortemente a “auto-perceção” dos próprios (as) enfermeiros (as), mexendo assim com a forma como estes se vêem enquanto profissionais e com a forma como estes interagem com os seus colegas e com os doentes que os rodeiam. Já que, tal como Tajfel e Turner referem, o autoconceito que existe sobre um determinado grupo ou ator social vai derivar da imagem que a sociedade tem sobre esse mesmo (2010).

Assim, “quando é assumido que a sociedade tem uma boa opinião sobre uma determinada profissão, isto vai aumentar o seu autoconceito e vice-versa” (Hoeve et al 2013, 304). Ou seja, podemos afirmar que a imagem pública que pinta os (as) enfermeiros (as) como sendo apenas auxiliares dos médicos vai afetar o seu autoconceito de uma forma completamente negativa. O que, por sua vez, vai afetar a forma como estes profissionais realizam a constante estruturação e reestruturação da sua identidade profissional.

3.4) A identidade profissional: estereótipos, processo de criação e influências

Refletiremos agora sobre o próprio conceito de identidade, de modo a problematizar sobre a forma como a dominância médica que existe dentro da esfera hospitalar vai influenciar a sua constante reestruturação e estruturação.

De seguida, será importante então nos focarmos no próprio conceito de identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo este o conceito central da presente investigação. Tal como Dubar refere, a identidade não se constitui como sendo algo estável e fixo, já que está constantemente a ser estruturada e reestruturada, por parte dos diferentes atores sociais (2005).

O autor evidencia isso ao mencionar que a identidade é “o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (Dubar 2005, 135). Ou seja, a identidade dos atores sociais é constantemente estruturada e reestruturada através das interações que estes mantêm uns com os outros, ao mesmo tempo que é fortemente influenciada pelos diversos contextos sociais em que os indivíduos se encontram inseridos.

Sendo assim, esta é frequentemente usada para “compreender a inserção do indivíduo no mundo e a sua relação consigo mesmo e com os outros” (Santos & Almeida et al 2019, 2). A identidade dos atores sociais é constantemente estruturada e reestruturada através das interações que estes mantêm uns com os outros, ao mesmo tempo que é fortemente influenciada pelos diversos contextos sociais em que os indivíduos se encontram inseridos. Por sua vez, serve para que estes se entendam a si próprios enquanto atores sociais e para percebam as relações que mantêm com os outros e os contextos sociais onde se encontram inseridos de uma certa maneira.

Graças a isto, podemos afirmar que os atores sociais vão ter percepções diferentes sobre os fenómenos que os rodeiam, já que também foram alvo de experiências de vida bastante dessemelhantes. Sendo assim, podemos afirmar que “a identidade é constituída por duas dimensões: a individual e a coletiva” (Santos & Almeida et al 2019, 2).

A primeira dimensão assume um carácter “individual, ou seja, as ideias, concepções e representações que construímos sobre nós mesmos”, enquanto a segunda assume um carácter “coletivo, isto é, os papéis que desempenhamos em cada grupo ao qual pertencemos” (Gomes 2008, 4).

Tendo em conta os diferentes contextos sociais em que os indivíduos podem estar inseridos, podemos afirmar que podem ser tidas em mente uma ou outra destas duas dimensões. No caso da esfera laboral, “a identidade profissional é mobilizada prioritariamente relativamente às outras identidades” (Costa e Silva, 2003, 96).

Ou seja, graças a isto, podemos afirmar que a identidade que os indivíduos vão assumir nos diferentes contextos sociais em que se encontram inseridos vai depender do papel social que têm de desempenhar. No caso dos hospitais, a identidade profissional assumida pelos médicos e pelos (as) enfermeiros (as) vai ser completamente diferente pois, tal como já vimos, estes ocupam posições diferentes na estrutura hierárquica da sociedade, o que lhes atribui de imediato papéis sociais completamente diferentes.

O que demonstra, claramente, a importância da identidade profissional que os atores sociais assumem em esfera laboral, tornando assim importante refletirmos sobre o próprio conceito, sendo este o foco da presente problematização. Ora, primeiramente e antes de passar para a análise do processo que se encontra por detrás da criação da identidade profissional, torna-se imprescindível apresentar assim uma definição preliminar do conceito, de modo a visar para um melhor entendimento do mesmo.

Tal como Fagermoen a define, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) pode, assim, ser definida como sendo “os valores e crenças mantidos pelos (as) enfermeiros (as) que vão orientar o seu pensamento e as suas interações com os pacientes” (1997, 435).

Ou seja, esta vai sendo construída ao longo da sua carreira profissional.

Segundo Pinto, as identidades profissionais vão se construindo através de um processo que envolve dois momentos diferentes, um de integração e outro de diferenciação (1997). Ora, durante este primeiro momento de integração, os indivíduos são assim integrados num determinado contexto profissional, fundindo-se com o mesmo e adquirindo o conjunto de normas, valores e regras que é próprio a essa profissão. Ou seja, este é um processo de identificação, onde “os atores sociais se integram em conjuntos vastos, sejam eles de pertença ou referência e se fundem com os mesmos” (Pinto 1991, 13).

De seguida, podemos apontar a existência de um processo de diferenciação ou identização, onde “os indivíduos se diferenciam e autonomizam socialmente, estabelecendo assim fronteiras em relação aos outros” (Pinto 1991, 13).

Em relação ao desenvolvimento de uma identidade profissional, podemos apontar ainda o fato de poderem ser tidas em conta três dimensões: uma dimensão afetiva que, por sua vez, leva a que o ator social se identifique com uma determinada profissão; uma dimensão de similitude, que se traduz em semelhanças entre o indivíduo e o modelo de

profissão e, por fim, uma dimensão de poder, onde a identificação com a profissão vai ser mais gratificante para o indivíduo se esta lhe garantir mais prestígio, honra e valor social (Sainsaulieu 1997, 22). A identidade profissional constrói-se em cima da própria identidade do indivíduo, visto que este já ingressa na instituição educacional com um determinado conjunto de valores, normas e regras que foi adquirindo ao longo da sua vida e que vai, mais tarde, transportar para o mercado de trabalho.

Analisar o processo da criação da identidade profissional é analisar a forma como os atores sociais são, assim, transformados em enfermeiros (as) e adoptam todo um quadro teórico próprio à sua profissão que, por sua vez, se vai fundir com o conjunto de normas, valores e regras sociais que estes foram desenvolvendo ao longo do seu processo de socialização, desde o momento da sua socialização primária (Serra, 2008).

A identidade profissional desenvolve-se a partir da identidade que os atores sociais já possuíam anteriormente, sendo esta constantemente atualizada e tendo em mente estas três dimensões que foram mencionadas anteriormente. Ou seja, “a socialização profissional e a criação de uma respectiva identidade envolvem indivíduos que já possuem identidades complexas e estabelecidas e, graças a isto, é considerada como sendo um momento de socialização secundária” (Cruess et al 2019, 1148).

A esfera laboral torna-se, assim, um “espaço privilegiado de socialização secundária” (Sainsaulieu, 1977). Apesar disto, torna-se ainda importante apontar o fato que as trajetórias biográficas, profissionais e as relações que os indivíduos estabelecem previamente a ingressar na sua profissão não desaparecem, podendo influenciar a forma como estes se estabelecem dentro do seu contexto profissional e como se vêem enquanto profissionais.

Apenas passam para segundo plano, assim que os indivíduos “distinguem as atribuições e responsabilidades de natureza individual e coletiva e, por sua vez, começam assim a respeitar o exercício profissional da enfermagem” (Pinto et al 2014, 39).

Graças a isto, estes começam assim a poder desenvolver autonomia profissional, um conceito que será mais tarde posto em causa, principalmente através das relações de poder que são estabelecidas entre os médicos e os (as) enfermeiros (as). Por autonomia profissional, podemos definir “a capacidade do indivíduo cumprir as suas funções profissionais numa forma autodeterminada, enquanto cumpre os aspectos legais, éticos e profissionais que lhe competem” (Pinto et al 2014, 40).

Esta leva a que o indivíduo comece a poder transitar de um papel de ator social para o papel de enfermeiro, sendo assim imprescindível mencionar “a importância da autonomia

no estabelecimento das identidades profissionais dos atores sociais” (Pinto et al 2014, 40). Esta implica a capacidade dos indivíduos poderem exercer a sua profissão sem quaisquer constrangimentos ou restrições, algo que não acontece para os (as) enfermeiros (as) e que vai ter uma forte influência na criação da sua identidade profissional, tal como vai ser mencionado mais à frente na presente problematização.

Apesar disto, é imprescindível mencionar que as identidades profissionais dos atores sociais, até mesmo quando estes já se estabeleceram como membros da sua profissão, se encontram em constante desenvolvimento, manutenção e alteração, sendo constantemente alteradas pelas interações sociais que estes mantêm com os indivíduos que os rodeiam, pelo seu ambiente de trabalho e por outros fatores que vão ser mencionados mais à frente. A identidade dos indivíduos torna-se, assim, "um produto de sucessivas socializações, sendo estas definidas pela redefinição, reabilitação e constantes esclarecimentos” (Dubar 1997, 3). Deve-se, agora, refletir sobre a forma como a escola e, mais tarde, as instituições universitárias são agentes de especial importância na criação de identidade profissional dos indivíduos, tendo grande influência na forma como esta se estrutura.

Tal como é referido por Abreu, “a identidade profissional de base é assim formada na escola, sendo este um espaço importante para a socialização dos próprios (as) enfermeiros (as)” (2001, 12). No caso dos (as) enfermeiros (as), podemos afirmar que é dentro do contexto escolar que estes aprendem os saberes e as competências que serão necessárias para o exercício da sua profissão. No caso dos médicos, podemos afirmar que a escola é fortemente constituída por “professores médicos experientes que se utilizam de símbolos, como o uniforme branco e a linguagem científica e rituais compostos por exames e qualificações que garantem a aprendizagem de conhecimentos, habilidades e atitudes que caracterizam tal profissão e a diferenciam das demais, e ao mesmo tempo promovem a identificação subjetiva com a função e as normas adequadas” (Ferreira & Vieira 2009, 5).

Existe uma diferença na forma como o conhecimento é transmitido aos médicos e aos (às) próprios (as) enfermeiros (as) e, também, no tipo de conhecimento e competências que é suposto que estes ponham em prática mais tarde, no exercício da sua profissão.

A forma como a medicina e as suas respectivas técnicas vão ser ensinadas vão levar a que “os estudantes comecem a interiorizar determinados esquemas de percepção que, por sua vez, os vão levar a agir, pensar e a se sentir como médicos.” (Cruess et al, 2019). Desta forma, os estudantes começam assim desde muito cedo a “interiorizar os sistemas de

valores da profissão médica e a demonstrar um comportamento e mentalidade próprios para um determinado médico” (Cruess et al 2019, 1148).

Isto implica a aprendizagem de uma dinâmica de poder em relação aos (às) enfermeiros (as), principalmente graças ao fato dos médicos possuírem um tipo de conhecimento único.

O mesmo é mencionado por Rees & Monrouxe, ao dizerem que “o desenvolvimento de uma identidade profissional demasiado forte e específica pode levar a uma mentalidade “eles e nós” que, por sua vez, vai levar a atitudes e pensamentos negativos em relação a outros grupos” (2012, 207). Devemos ainda ter em mente os níveis em que a identidade profissional se vai desenvolver e, por sua vez, a forma como estes vão afetar os atores sociais, a forma como estes se veem enquanto profissionais e como desempenham a sua profissão. Assim, podemos afirmar que a criação da identidade profissional se vai dar a dois níveis muito diferentes, tal como a construção da própria identidade dos atores sociais: um nível individual e um nível coletivo (Cruess et al 2019, 1149).

Apesar disto e graças ao facto de existirem determinadas diferenças entre estes dois tipos de identidade, torna-se assim importante especificar o caso da identidade profissional. Por um lado, o nível individual envolve um desenvolvimento psicológico por parte do ator social, em que este se começa a sentir como se fizesse parte da sua classe profissional.

Isto envolve claramente uma adaptação ao seu contexto laboral e, no caso dos (as) enfermeiros (as), uma adaptação a uma determinada relação de poder, em que estes se encontram dependentes dos médicos. Por outro lado, o nível coletivo envolve a existência de uma determinada socialização para as normas que regem o contexto profissional em que o indivíduo está inserido (Cruess et al 2019, 1156).

Graças a isto, os indivíduos vão-se identificar com a profissão e com as suas características específicas de uma maneira diferente, o que, claramente, vai influenciar a forma como a sua identidade profissional se estrutura.

Esta identificação vai depender fortemente também da forma como a profissão é valorizada e do nível de importância do conhecimento adquirido (Berger & Luckmann, 1989). No caso dos médicos, podemos afirmar que estes fatores são ambos extremamente elevados, o que vai fazer com que a identificação e reconhecimento que os médicos mantêm com a sua profissão seja cada vez maior, algo que vai influenciar a sua identidade profissional.

Por outro lado, no caso dos (as) enfermeiros (as), isto não acontece, algo que vai exercer uma forte influência sobre a sua identidade profissional, tal como vamos ver mais à frente. Ou seja, tal como é referido por Dubar, “o espaço de reconhecimento das identidades é, assim, inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e das competências associadas às identidades” (1997, 117).

Através da sua educação universitária, os atores sociais aprendem assim a forma como se devem comportar dentro da sua esfera laboral, o quadro teórico que devem ter em mente durante o desempenho da sua profissão e a forma como devem agir em relação aos indivíduos com que partilham a esfera laboral em que se encontram inseridos.

Concluindo assim a problemática, podemos referir que, dentro da esfera hospitalar, existe um grande nível de dominância médica, especialmente em relação aos (às) enfermeiros (as). Estes são normalmente forçados a agir como se fossem apenas auxiliares dos médicos, tendo apenas permissão para realizar tarefas de carácter prático que são menos valorizados do que aquelas que os médicos realizam.

Por sua vez, essas assumem um carácter mais teórico, estando extremamente relacionadas com o constante diagnóstico e tratamento dos doentes. Os (as) enfermeiros (as) ocupam uma posição hierárquica mais baixa do que aquela que os médicos ocupam, principalmente graças às especificidades do seu trabalho. As especializações do trabalho dos (as) enfermeiros (as) são, assim, um dos fatores que vão influenciar diretamente a constante estruturação e reestruturação da sua identidade profissional.

Por outro lado, e tal como foi mencionado anteriormente, podemos afirmar que o género é também um fator de grande importância, quando se fala da construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Ora, como vimos, a enfermagem continua a ser uma profissão extremamente feminina, graças ao fato que é maioritariamente associada a características ligadas às mulheres, tais como o cuidar de alguém ou o ter compaixão.

Existe um paradigma já estabelecido dentro do mercado de trabalho e mais particularmente, dentro da esfera hospitalar, que refere que as mulheres devem ocupar um tipo de profissão que não lhes permita exercer autoridade sobre os homens. Isto explica o fato das mulheres serem, assim, vistas como sendo ideais para desempenharem a profissão de enfermagem, o que as coloca imediatamente numa posição onde não podem exercer autoridade sobre os homens e onde estes podem exercer autoridade sobre elas, visto que são vistos como sendo ideais para ocuparem a posição de médicos.

O que nos demonstra o facto do género ser um dos fatores principais que vai determinar a constante estruturação e reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Isto torna imprescindível analisar a forma como a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo sustentada por estes dois fatores que foram mencionados anteriormente, vai ser influenciada pelo poder médico que domina a esfera hospitalar.

4) O Modelo Analítico de Investigação

Depois de ter sido enunciado o objeto de estudo, a respectiva pergunta de partida e a problemática teórica central, chegamos assim à definição dos objetivos centrais desta investigação:

- 1) Analisar a influência do poder médico na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

De acordo com o objetivo definido acima, chegamos assim às dimensões de poder médico e de identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Sendo assim e segundo Lopes, a dimensão poder médico vai resultar da mobilização dos conceitos de “posição privilegiada na estrutura hospitalar e inscrição da prática profissional da enfermagem na categoria de concepção” (2001, citado por Freire 2014, 11) e também dos conceitos exclusividade cognitiva (Esteves 2012, 12), desvalorização social das práticas realizadas pelos (as) enfermeiros (as) e do tipo de conhecimento que estes possuem. Por outro lado, resulta ainda da mobilização dos conceitos “saberes indeterminados” (Lopes, 2006), “saberes endógenos” (Lopes, 2006) e controle das zonas de incerteza (Lopes, 2006).

Tal como é mencionado por Larson, os médicos exercem poder sobre os (as) enfermeiros (as) através do tipo de conhecimento que possuem, fazendo com que este seja apenas de uso limitado para os indivíduos que fazem parte desta classe profissional (1997).

Possuem uma “exclusividade cognitiva” (Esteves 2012, 12), através da qual conseguem excluir os (as) enfermeiros (as), tanto do uso deste tipo de conhecimento como da realização de atividades ou tarefas que precisam deles para poderem ser realizadas.

Têm acesso, também, a um determinado conjunto de “saberes indeterminados” (Lopes, 2006) que se encontram fortemente ligados à componente teórica e que se podem transformar em recursos e, principalmente, em poder hierárquico, fornecendo assim aos médicos uma posição mais alta na estrutura hierárquica do hospital. Por outro lado, têm também acesso a um determinado conjunto de “saberes endógenos” que, por sua vez,

“são produzidos e desenvolvidos no interior da própria profissão” (Lopes 2006, 122), o que os torna insubstituíveis e que garante aos médicos a capacidade de exercer controle sobre as zonas de incerteza que, por sua vez, se encontram maioritariamente ligadas à posse e uso de conhecimento teórico-científico. Graças a isto, os médicos conseguem assim ocupar uma posição privilegiada na estrutura hospitalar.

Por outro lado e consequentemente, o conhecimento e as práticas dos (as) enfermeiros (as) são extremamente desvalorizadas pelo resto da sociedade.

Em relação à dimensão identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), devemos ter em mente o conceito de qualidades essenciais para o desempenho da profissão. Estas são “a vocação, a procura do bem-estar pessoal, o enquadramento face à profissão e a predisposição para o relacionamento interpessoal” (Freire 2014, 22).

Também, é importante ter em mente o conceito de papel do enfermeiro dentro da esfera laboral e o conceito de tarefas próprias para este realizar. (Lopes, 2001). Consequentemente, para explicar a dimensão identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), será importante ter ainda em mente o conceito de “papel psicossocial” (Carapinheiro 1993), sendo que, tal como já foi mencionado anteriormente, é através deste que os (as) enfermeiros (as) muitas vezes estruturam a sua identidade profissional, já que têm uma relação mais privilegiada com os seus doentes.

Por último, para explicar também o conceito de identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), devemos ter em mente o conceito “saberes delegados”, sendo estes “os saberes que são derivados e controlados por determinadas outras profissões” (Lopes 2006, 122). O conjunto de saberes utilizado pelos (as) enfermeiros (as) é maioritariamente derivado e controlado pelos médicos, o que vai influenciar assim fortemente a constante reestruturação e estruturação da sua identidade profissional.

- 2) Refletir sobre a forma como as dinâmicas entre médicos e enfermeiros (as) podem influenciar a criação da identidade profissional destes últimos.

De acordo com o objetivo definido acima, chegamos assim às dimensões de dinâmicas profissionais e de criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Segundo o contributo de Esteves, “a dinâmica de um grupo profissional depende das trajetórias biográficas dos seus membros, sendo estes próprios influenciados pelas suas interações e pelo ambiente que os rodeia” (2012, 8). A dimensão dinâmica profissional pode ser explicada pelos conceitos de trajetórias biográficas dos seus membros, pelo conceito interações mantidas entre si e com indivíduos fora do seu grupo profissional e pelo conceito ambiente laboral. No caso da dimensão criação da identidade profissional dos

(as) enfermeiros (as), segundo o contributo de Pinto et al, “a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) envolve a articulação do momento em que o indivíduo se auto reconhece como enfermeiro e distingue as atribuições e responsabilidades de natureza individual e coletiva, respeitando assim o exercício profissional da enfermagem” (2014, 39). Esta dimensão pode ser explicada pelo conceito de autoreconhecimento profissional, pelo conceito atribuições e responsabilidades da enfermagem, tanto ao nível individual como também ao nível coletivo. Também e tendo em conta o contributo de Silva, que refere que “o enfermeiro deve também desenvolver o seu próprio saber ser, tanto consigo próprio como com os clientes enquanto desenvolve a sua identidade profissional” (2002, 96), podemos afirmar que é importante ter ainda o conceito relação com os doentes e desenvolvimento de um saber ser em mente, sendo estes essenciais para a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), tal como já foi referido.

- 3) Entender as estratégias de dominância profissional usadas para reduzir a autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as).

De acordo com o objetivo definido acima, chegamos assim às dimensões de dominância profissional e de autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as). Em relação à dimensão estratégias de dominância profissional, esta pode ser explicada pela “dependência estrutural técnica e social que a enfermagem vai ter no processo de produção dos cuidados de saúde de enfermagem” (Lopes 2001, 29). Também, esta pode ser explicada ainda pelos conceitos de dependência que a enfermagem mantém em relação à produção de cuidados de saúde, pelo conceito de fechamento social que é realizado pelos médicos e pelo conceito de exclusividade cognitiva, sendo estes últimos as estratégias mais usadas pelos médicos para exercer dominância profissional sobre os (as) enfermeiros (as). Em relação à dimensão autonomia profissional, esta compreende “o autoreconhecimento enquanto profissional de enfermagem aliado ao delineamento das suas atribuições e competências” (Pinto et al 2014, 40). Esta dimensão pode ser explicada pelos conceitos de autoreconhecimento enquanto profissional de saúde e pelo delineamento das suas atribuições, tarefas e competências, tal como o delineamento da área em que estes vão poder atuar.

- 4) Entender o papel que o género desempenha na constante estruturação e reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

De acordo com o objetivo definido acima, chegamos assim à dimensão de género e de criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), tendo sido este último já definido anteriormente.

No caso da dimensão género, podemos fazer referência ao fato que existe “um perfil maternal atribuído aos (as) enfermeiros (as), independentemente do seu género, caracterizando assim a enfermagem como uma carreira feminina, o que lhe confere menos valor social” (Borges & Silva 2010, 823). A dimensão género pode ser explicada pelos conceitos feminização da enfermagem, estereotipização em relação a quem é que pode desempenhar esta profissão e falta da autoridade dentro da esfera hospitalar.

5) Opções Metodológicas

5.1) Procedimentos Metodológicos

O projeto iniciou-se com uma revisão de literatura aprofundada sobre o tema, tendo como fio condutor a pergunta de partida estabelecida anteriormente. Esta serviu de base para desenvolver a problemática em si e também a própria revisão de literatura que, por sua vez, funcionou como o quadro teórico do próprio projeto. Após o quadro teórico e a construção dos objetivos estarem concluídos, o passo seguinte foi passar à recolha de dados, através de trabalho de campo. Tendo em conta a natureza do próprio projeto em si, a realização de entrevistas semi-estruturadas a atores do grupo profissional dos (as) enfermeiros (as) foi a principal técnica utilizada para a recolha de dados necessários.

Tal como é mencionado por Freire, “a enfermagem sempre ocupou uma posição de dependência no interior da instituição hospitalar, devido ao fato de a mesma constituir desde sempre o lugar dominante da sua atividade e da sua génese, estando a sua autonomia profissional dependente do trabalho que realiza dentro deste contexto social” (2014, 22). Estas entrevistas foram então realizadas a enfermeiros (as) que fazem parte de um determinado hospital público, sendo este o contexto profissional onde passariam mais tempo durante a sua atividade profissional. Ficou decidido incluir enfermeiros (as) que fazem parte de um centro de saúde, sendo que o seu contexto laboral é bem diferente daquele que se dá dentro dos hospitais.

Tal como é referido por Freire, “o poder médico e a desvalorização profissional e social da enfermagem tendem assim a reproduzir-se noutros contextos, designadamente nos centros de saúde” (2014, 24), tornando assim este um contexto importante de se analisar.

Tendo em conta que um dos objetivos desta investigação é a análise da forma como as relações de poder colocam os médicos e enfermeiros (as) em posições muito diferentes na estrutura hierárquica hospitalar, foi importante ter em conta enfermeiros (as)-chefe, sendo que estes se encontram no topo da hierarquia dos (as) enfermeiros (as) e mais próximos dos médicos. Foi importante incluir também auxiliares de enfermagem, sendo que estes se encontram na base da hierarquia hospitalar, possuindo pouco poder dentro da esfera hospitalar. Através das respectivas entrevistas, foi possível obter mais informação sobre a própria cultura deste grupo profissional, sobre a relação que estes mantêm com os médicos e sobre a forma como sentem que esta ligação vai influenciar a postura que assumem dentro da esfera laboral, a forma como se relacionam com os seus doentes, entre outros. Teve-se em mente também a obtenção do seu ponto de vista sobre de que forma é que o poder médico vai influenciar a forma como estes se entendem enquanto profissionais e como criam a sua identidade enquanto enfermeiros (as).

Por fim, foi tida em conta ainda uma descrição do espaço de trabalho usado por médicos e enfermeiros (as), de modo a analisar a forma como a sua organização pode constituir uma estratégia de propagação de poder por parte dos médicos. De modo a cumprir os objetivos que foram propostos anteriormente, foi escolhida uma metodologia qualitativa. Sendo que se pretende analisar a forma como os (as) enfermeiros (as) percebem a influência que o poder médico tem sobre a manutenção da sua identidade profissional, torna-se assim importante usar uma metodologia qualitativa, visto que esta vai oferecer um conjunto de descrições vastas e uma análise de qualidade sobre as experiências sociais (Guerra, 2006). Ou seja, esta oferece uma lente única para analisar a qualidade e a substância das relações que os atores sociais mantêm uns com os outros e das experiências das quais são alvo, durante a sua vida quotidiana.

A identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) é constantemente construída e reconstruída no seu dia-a-dia quotidiano dentro da esfera hospitalar. Torna-se importante analisar, assim, as experiências das quais estes são alvo diariamente no seu local de trabalho que, por sua vez, são fortemente influenciadas pelo poder médico, tal como já foi visto anteriormente. Sendo assim e tal como é referido por Batista, existe um determinado interesse em “perceber o fenómeno em estudo a partir do ponto de vista ou da perspetiva dos participantes” (2012, 31). Não podemos separar o estudo de um grupo profissional e dos indivíduos que o constituem do “seu contexto de actuação, das relações inter e intra grupais que se estabelecem entre os diferentes actores dentro da organização, sendo que a estrutura que suporta estas interações conduz-nos a um paradigma de

entendimento social, onde se procura a compreensão de fenómenos sistémicos” (Esteves 2012, 30). Graças a isto, podemos afirmar que a metodologia qualitativa é a melhor opção para o estudo pretendido, já que permite uma compreensão mais detalhada dos fenómenos sociais que se dão dentro da esfera hospitalar e das interações que os atores sociais mantêm uns com os outros, sendo estes fatores de extrema importância para a criação da sua identidade profissional.

Ao mesmo tempo que permite, também, “preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real” (Esteves 2012, 30). A opção pela abordagem qualitativa está relacionada com a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a forma como o poder médico influencia a esfera hospitalar e, conseqüentemente, os atores sociais e a forma como estes são socializados a pensar, estar, agir e a sentir enquanto profissionais de saúde.

Tal como é apontado por Guerra, citando Herbert, “a indução e a dedução encontram-se em diálogo constante” (2006, 26), o que pode levar a uma melhor compreensão do poder médico e da sua influência na identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo esta a problemática que foi referida anteriormente. Ao optar por esta metodologia, é pretendido trazer ao de cima a invisibilidade da qual os (as) enfermeiros (as) são alvo graças à dominação médica exercida sobre a esfera hospitalar, identificando também determinadas experiências e dimensões que normalmente passariam despercebidas e que podem ajudar a compreender o processo de constante estruturação e reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), que se dá durante o seu dia-a-dia.

5.2) Delimitação da amostra

Tendo definido o caráter da investigação que irá ser levada a cabo como uma investigação qualitativa, torna-se agora importante olharmos para a escolha da amostra e para a sua definição. Tal como é referido por Guerra, quando temos em mente a realização de uma investigação qualitativa, devemos constituir uma amostra não-probabilística, não tendo tanta importância a representatividade estatística (2006, 21). A representatividade estatística encontra-se presente quando uma amostra, graças à forma como se encontra constituída, permite fazer afirmações que podem ser generalizadas ao universo amostral em análise. Para que isto aconteça, normalmente, os indivíduos que vão fazer parte dessa amostra devem ser escolhidos aleatoriamente.

Ou seja, "a utilização de uma amostragem probabilística é a melhor recomendação que se deve fazer no sentido de se garantir a representatividade da amostra" (Santos 2005, 1).

Para os métodos de amostragem probabilística, não existem critérios claros para a escolha dos participantes, já que estes são escolhidos aleatoriamente, o que demonstra o fato de este não ser o tipo de amostragem própria para esta investigação.

Por outro lado, os métodos de amostragem não-probabilísticos permitem que a escolha de um determinado conjunto de indivíduos para fazerem parte da amostra seja baseada em critérios definidos previamente pelo investigador.

No caso da presente investigação, foi usado um método não probabilístico, sendo que existe um critério muito claro para a escolha dos indivíduos que farão parte da amostra.

Por sua vez, foi usada também uma amostra por conveniência. Esta pode ser definida como sendo, assim, um tipo de amostra que envolve a escolha de atores sociais que se encontram no local onde o estudo está a ser realizado ou que exercem a sua atividade profissional dentro do mesmo. Neste caso, foi decidido previamente usar uma amostra por conveniência já que foram incluídos apenas indivíduos que eram enfermeiros (as) e que exerciam a sua profissão dentro de um determinado centro de saúde ou hospital.

O estabelecimento deste critério encontra-se relacionado com as diferenças que existem entre um enfermeiro que exerce as suas funções dentro de uma esfera hospitalar e um enfermeiro que as exerce dentro de uma estrutura de cuidados de saúde primários.

Estas diferenças podem, assim, influenciar a forma como estes realizam a constante estruturação e reestruturação da sua identidade profissional e a forma como se posicionam em relação à dominância médica.

No caso dos (as) enfermeiros (as) que exercem dentro de um centro de saúde, podemos afirmar que "exercem uma prática focada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes de saúde na comunidade" (Correia et al 2001, 75).

Podemos afirmar que exercem o seu trabalho de uma forma mais ligada aos doentes e à comunidade e sendo que este foi um dos fatores apontados como sendo mais importante para a formação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), devemos incluir este conjunto de indivíduos dentro da amostra que foi proposta anteriormente.

Apesar disto, "optou-se pela não delimitação de uma área de abrangência de determinado hospital, ou a um centro de saúde específico" (Batista 2012, 31), visando a inclusão de

um diversificado conjunto de experiências por parte dos (as) enfermeiros (as) incluídos no estudo. Sendo que os (as) enfermeiros (as) e a criação da sua identidade profissional são o foco da presente investigação, não foram incluídos indivíduos de outras profissões na amostra. Apesar de parte da problemática que foi mencionada anteriormente se focar na dominância médica exercida sobre a esfera hospitalar, a presente investigação focou-se nas percepções mantidas e experiências vividas pelos (as) enfermeiros (as) que podem influenciar a constante estruturação e reestruturação da sua identidade profissional. Foram incluídos apenas enfermeiros (as) dos dois tipos de esfera laboral mencionados anteriormente dentro da amostra escolhida para a investigação e não qualquer outro tipo de profissionais de saúde. Para a escolha dos participantes, foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística, sendo esta a “bola de neve”.

Tal como é apontado por Vinuto, a técnica de amostragem em bola de neve “é construída da seguinte maneira: para o pontapé inicial, usam-se informantes-chave, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral” (2014, 201).

Pede-se a esses indivíduos para indicarem novos contactos que sejam do seu conhecimento e que também tenham as características necessárias para serem incluídos no estudo. Sendo assim, “o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do investigador continuar a aumentá-lo” (Vinuto 2014, 202). No caso de um método de amostragem bola de neve, sendo que a população em estudo não é de fácil acesso, foi pedido aos (às) enfermeiros (as) para nomearem outros (as) enfermeiros (as) que fazem parte da sua rede de contactos e que achavam que seriam uma mais valia para a investigação. O mesmo foi feito com os conjuntos seguintes de enfermeiros (as), até ser obtido um quadro de amostragem conciso, graças às recomendações destes indivíduos.

O conjunto de entrevistados no total consistiu de onze enfermeiros (as), sendo que sete deles eram mulheres e quatro eram homens. Quatro destes entrevistados trabalham exclusivamente num determinado centro de saúde e dois trabalham exclusivamente num hospital.

Decidiu-se ainda incluir entrevistados que já trabalharam tanto em contexto hospitalar como em contexto dos centros de saúde e que faziam parte dos dois grupos mencionados anteriormente, de modo a que fosse possível fazer uma comparação entre estes dois contextos e apontar as eventuais diferenças entre os dois.

Dentro deste grupo que tinha experiência nestes dois contextos laborais estão incluídos cinco entrevistados. A caracterização mais detalhada dos entrevistados encontra-se sob a forma de uma tabela no final da presente dissertação, no anexo número quatro.

5.3) Questões Éticas

Mesmo assim, antes de se começar com a recolha de dados, existem alguns passos que devem ser tomados, de modo a garantir que o projeto cumpra todo o tipo de questões éticas necessárias. Tal como é referido por Sionek et al, existem determinados riscos que podem surgir com a participação em pesquisa qualitativa (2020). São estes, por exemplo, a criação de ansiedade e de outras determinadas reações psicossociais, a exploração dos entrevistados, a identificação e consequente exposição de determinadas opiniões que podem ser consideradas mais problemáticas pela sociedade ou até mesmo a distorção e a quebra do anonimato durante a análise de conteúdo e durante a sua respectiva publicação (Sionek et al 2020, 31).

Para que isto não aconteça, devem ser garantidas ao entrevistado certas condições antes do momento da sua participação no estudo. Isto pode ser feito através da realização de um modelo de consentimento informado que vai, assim, informar o entrevistado dos objetivos do estudo, ao mesmo tempo que vai garantir que o anonimato e a confidencialidade dos seus dados serão protegidos. Graças a este consentimento informado, o entrevistado vai ainda ser lembrado que não vai sofrer qualquer risco ou problema graças à sua participação, tal como não vai estar a receber qualquer benefício monetário pela mesma.

Apenas vai estar a contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico dentro da área da saúde e, mais especificamente, dentro da área que estuda o desenvolvimento da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

É importante garantir que o consentimento informado reforce o fato de que a participação do entrevistado no estudo e na respectiva entrevista é completamente voluntária e anónima, sendo realizada pela sua vontade própria. Devemos ainda garantir que o consentimento dado pelos entrevistados pode ser retirado a qualquer momento, sem qualquer risco ou prejuízo para o mesmo.

Será pedida ainda a autorização para a gravação da própria entrevista usando um gravador, após ser garantido que os dados não serão revelados a mais ninguém se não as pessoas envolvidas no determinado estudo. A gravação é importante para garantir que tudo o que acontece durante o momento de entrevista fica registrado para uso futuro, pois até mesmo as mais simples expressões do entrevistado ou determinados termos usados pelo mesmo podem ser importantes para interpretar o conteúdo da sua resposta e das suas reações mais tarde.

Após a redação deste modelo de consentimento informado, este será enviado ao entrevistado para que este o possa ler com toda a atenção e, se concordar com a participação no estudo depois de lhe terem sido feitas todas estas garantias, enviar de volta para a investigadora antes do momento da entrevista. Este modelo de consentimento informado vai se encontrar em anexo no final da presente dissertação. Apesar disto, torna-se importante ter ainda mais um elemento antes de partir para o momento da entrevista. É este o guião de entrevista que, tal como já foi mencionado anteriormente, ajuda a orientar o rumo da entrevista, deixando ainda liberdade para que o entrevistado possa expressar a sua opinião.

5.4) Técnica para a recolha de dados

Tal como é referido por Batista, “o método de recolha de dados a utilizar vai ser determinado pela natureza do problema de investigação em questão, sendo a sua escolha definida em função das variáveis e da sua operacionalização” (2012, 43).

Sendo que, tal como já foi mencionado anteriormente, foi escolhida uma metodologia qualitativa para o estudo em questão, este vai assumir um carácter descritivo.

Graças a isto, a técnica escolhida para a colheita de dados vai ser a entrevista. Tal como é referido por Batista, “as entrevistas permitem assim estabelecer uma comunicação verbal, entre o investigador e os participantes do estudo, com o objetivo de recolher informações relativas aos fatos, ideias, comportamento, preferências, expectativas e atitudes de um determinado grupo” (2012, 44). Mesmo assim, é importante ter em conta o fato de que as entrevistas podem variar em relação ao grau de liberdade que é concedido pelo investigador ao indivíduo que está a ser entrevistado (Fortin, 1999).

Neste caso, foi usado um método de entrevista semi-estruturada que, por sua vez, permitiu dar um determinado grau de liberdade ao indivíduo que está a ser entrevistado, ao mesmo tempo que se segue um determinado guião de questões elaborado previamente. Ou seja, as entrevistas semi-estruturadas consistem, assim, “num método nem inteiramente livre nem aberto, sendo orientado por um leque de perguntas pré-estabelecidas anteriormente” (Batista 2012, 45). As perguntas estabelecidas anteriormente podem ir divergindo ao longo da entrevista, dando espaço ao entrevistado para que este possa ter um discurso que vai fluindo e que vai se afirmar como sendo a expressão “das suas experiências, ideias, valores, crenças, atitudes” (Batista 2012, 51). O

guião da entrevista encontra-se dividido em duas grandes seções, sendo que a segunda se divide em determinados blocos.

A primeira consiste num determinado conjunto de questões sócio-demográficas para caracterizar os indivíduos entrevistados, tais como o seu género, as suas habilitações literárias, a sua idade, o posto onde trabalham, entre outros. Por outro lado, a segunda parte consiste num determinado conjunto de questões semi-estruturadas que, por sua vez, se encontram relacionadas com a problemática apresentada previamente na presente dissertação. Estas estão relacionadas com temáticas tais como a relação entre médicos e enfermeiros (as), a desvalorização do trabalho realizado pelos (as) enfermeiros (as), a invisibilidade da qual estes são alvo dentro da esfera laboral, o poder médico, a dinâmica que se dá entre estes dois grupos profissionais dentro da esfera laboral e a forma como esta pode influenciar a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), entre outros. Tendo em mente o fato de existirem diferenças entre o grupo de enfermeiros (as) que exercem a sua profissão dentro de um centro de saúde e o grupo de enfermeiros (as) que trabalham dentro do hospital, foram realizados dois guiões diferentes, apesar das diferenças maioritárias se encontrarem na segunda parte mencionada anteriormente.

Ambos os guiões se encontraram em anexo, na presente dissertação.

5.5) Análise de conteúdo

Depois de o momento das entrevistas ter sido realizado, começou o tratamento dos dados.

Em primeiro lugar, foram feitas as transcrições das entrevistas, tal e qual como elas eram, de modo a reter todos os aspetos importantes que foram mencionados pelos entrevistados.

Foi tida em mente, claramente, a necessidade de existir um distanciamento intencional do sucedido mas, ao mesmo tempo, uma revisão do momento de entrevista num “outro momento e com outro enfoque intencional, ou seja, no que foi ou não perguntado e/ou respondido e no que está incompreensível” (Silva 2016, 44). Ou seja, tal como é dito por Silva, o momento de transcrição pode funcionar como uma pré-análise, de modo a retirar ideias e a fazer “uma primeira reflexão sobre o fenómeno em estudo” (2016, 45). Desta primeira reflexão, surgiram assim ideias iniciais que mais tarde foram confirmadas e desenvolvidas pela análise das próprias transcrições ou que foram postas de parte completamente. Foi assim decidido realizar uma análise de conteúdo. Tal como é dito por Guerra, esta constitui-se como sendo “uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal da investigação - a saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido” (2006, 62).

Este tipo de análise envolve, assim, um confronto entre o quadro teórico de referência e objetivos que foram estabelecidos anteriormente e o material empírico que foi recolhido durante o processo das entrevistas. Deste confronto, podem surgir assim novas categorias ou hipóteses que não foram consideradas anteriormente e que não faziam parte do quadro de referência estabelecido no início do estudo. O material empírico pode, assim, confirmar e desenvolver o que foi estabelecido no quadro de referência inicial ou acrescentar novos aspectos que não foram considerados inicialmente. O que demonstra a importância de fazer logo de início este confronto entre o material empírico e o quadro teórico que foi estabelecido previamente. Com isto em mente, foi decidido usar um tipo de análise ainda mais específica, sendo esta a análise categorial temática.

Esta, implica, “uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência” (Guerra 2006, 62). Em primeiro lugar, estabeleceu-se a importância de criar uma lista de temáticas que refletia tanto os objetivos que foram estabelecidos previamente como o quadro teórico da presente dissertação.

Tal como é dito por Silva, a construção deste sistema de categorização pode, assim, “ser feita à priori ou a posteriori, ou ainda através da combinação destes dois processos” (2016, 44). Já que este sistema de categorias passou por várias alterações durante este processo e já que surgiram novas categorias após a transcrição das entrevistas, podemos afirmar que foi usado uma combinação destes dois momentos. Ou seja, a lista de categorização foi, assim, construída à priori e a posteriori. Depois de todos estes aspetos estarem concluídos, passaram-se as transcrições das entrevistas para o programa de software MAXQDA que, por sua vez, é próprio para o tratamento e análise de dados qualitativos. De seguida, foi realizada uma identificação dos excertos das entrevistas que continham as temáticas que foram apontadas anteriormente. Encaixaram-se, assim, os excertos das entrevistas na lista de categorias que foi estabelecida e melhorada previamente. Ou seja, realizou-se uma codificação da informação através do sistema de categorização que foi criado anteriormente. Por sua vez, este permitiu, assim, que o material recolhido fosse agrupado, o que facilitou a sua futura análise. Isto teve como propósito a obtenção de “uma visão conjunta da forma como os temas são abordados por diferentes pessoas, destacando as diferenças e semelhanças entre estes mesmos” (Dantas 2016, 274). O objetivo central desta análise era assim desenvolver a temática em estudo de uma forma mais aprofundada, dando mais atenção aos discursos apresentados pelos entrevistados, aos aspetos que eram considerados mais

importantes pelos mesmos e para as problemáticas levantadas por eles. Não pondo de parte, claramente, a subjectividade de cada indivíduo e a forma como estes poderiam olhar para a mesma situação de formas muito diferentes. O que, por sua vez, reflete assim “a sua própria reflexividade e atendimento das situações” (Dantas 2016, 273). Tendo em mente todo este processo e a discussão dos resultados que vai ser feita aqui já de seguida, conseguimos, assim, ter “um aprofundamento da compreensão sobre um determinado grupo social” (Goldenberg 2004, 14). Conseguiu-se aprofundar a compreensão sobre a relação que os (as) enfermeiros (as) mantêm com a esfera laboral e com os médicos e, consequentemente, sobre a forma como esta relação vai influenciar a criação da sua identidade profissional.

6) Apresentação e discussão dos resultados:

6.1) A integração dentro da esfera laboral

6.1.1) A ligação entre enfermeiros (as) e doentes:

O momento de integração dos profissionais de saúde dentro da esfera laboral é de extrema importância para a construção da sua identidade profissional.

É a partir deste momento de integração que os atores sociais começam a ter a oportunidade de poderem transformar o conhecimento teórico que adquiriram anteriormente em conhecimento prático. Vão adquirir um quadro de regras, normas e formas de estar próprias à profissão. Desde o início, estes são também socializados para estabelecerem sentimentos de pertença em relação à profissão que vão desempenhar que, por sua vez, vão assim ajudar na definição da sua identidade profissional.

Isto reflete-se no que foi mencionado por Santos, ao referir que, “a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) deve ser permeada por laços de identificação com a profissão, tecidos no cotidiano e expressos por meio de sentimentos positivos e negativos acerca da profissão” (2019, 3).

Um dos laços de identificação com a profissão que foram mencionados anteriormente é claramente o estabelecimento de uma relação de proximidade com os doentes que, por sua vez, vai ser de extrema importância para a estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Tal como é referido por Santos, esta aproximação aos doentes é, assim, “essencial à consolidação de uma identidade profissional” (Santos 2019, 3).

De modo a refletir sobre a relação que os (as) enfermeiros (as) estabelecem assim com os doentes e apresentar o que foi referido pelos entrevistados sobre a mesma, devemos fazer referência à teoria de médio alcance, mencionada por Lopes (2005). Esta teoria é constituída por “dois componentes distintos mas complementares, sendo estes dois a “natureza da interação” e o “processo de relação”” (Lopes 2006, 2).

Assim, a “natureza da interação, corresponde à componente expressiva da relação e engloba, assim, o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica da enfermagem” (Lopes 2005, 3). O processo de avaliação diagnóstica engloba o momento de avaliação da condição do doente e a correspondência que é feita com este mesmo. Estes dois momentos demonstram o foco que deve existir na relação mantida entre enfermeiros (as) e doentes.

Demonstram, também, a importância que esta relação tem para a constante reestruturação e estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) em si. Por outro lado, temos o processo de intervenção terapêutica da enfermagem. Segundo o autor, este pode ser explicado por duas componentes: “a gestão dos sentimentos e a gestão de informação” (Lopes 2005, 3). A gestão de sentimentos refere-se, assim, “à expressão de sentimentos e criação de confiança e segurança” (Lopes 2005, 3). Estes são necessários, assim, para que o doente aceite receber o melhor tratamento possível. Para isto acontecer, o doente deve ter confiança em quem o está a tratar e segurança no tratamento que vai receber, o que demonstra a importância de manter uma relação de proximidade com os (as) enfermeiros (as). Por sua vez, os (as) enfermeiros (as) devem usar “várias estratégias, que são aprendidas ao longo da sua carreira profissional” (Lopes 2005, 4), de modo a ganhar a confiança dos doentes e de modo a estabelecer uma relação com estes.

Por sua vez, a “gestão de informação” refere-se a algo que se “desenvolve de modo informal, consoante as necessidades que existem dentro da esfera hospitalar” (Lopes 2005, 7). Aqui, podemos apontar três momentos importantes da estruturação da relação entre enfermeiros (as) e doentes. Em primeiro lugar, temos o princípio da ação, onde é diagnosticada a doença e onde se estabelece-se a relação com os doentes.

Em segundo lugar, temos o corpo da ação, onde se dá o momento de tratamento e o acompanhamento da evolução do estado de saúde do doente. Por fim, temos o fim da ação, depois de o doente já se encontrar restabelecido e quando já não precisa de cuidados de saúde (Lopes 2005, 8).

Aqui encontra-se demonstrada a importância da relação mantida entre enfermeiros (as) e doentes para a construção da identidade profissional destes profissionais de saúde.

O mesmo é demonstrado pelos discursos dos entrevistados:

“... sinto que em algumas pessoas eu posso ajudá-las e as pessoas sentem que têm essa ajuda.” (E3)

“.. E portanto, este centro de saúde também, a forma como trabalhava, impulsionou bastante a forma também como eu comecei a gostar mais dos cuidados de saúde primários.” (E01)

“sim... sim... é uma profissão de muito contacto com os doentes e com o outro” (E11)

“.. os cuidados primários.. nos cuidados primários.. realmente, nós estamos muito ligados à comunidade, enquanto a pessoa sã e saudável, apesar de alguns com doenças crónicas, não é.. mas controláveis...” (E4)

“...bem.. sim. À comunidade, à pessoa vulnerável, à promoção da saúde, que são alicerces fundamentais. claro que... o nosso sistema de saúde.. que oferecemos às pessoas, está muito centrado na doença e não tanto na promoção da saúde...” (E10)

“.. principalmente porque a nossa profissão é uma profissão muito ligada às pessoas, ao ter de saber lidar com o outro. A parte da comunicação e de saber falar com os outros... é muito importante...” (E11)

Pode ser visto logo de início que a relação com os doentes se tornou uma forte componente do processo de integração dos (as) enfermeiros (as) dentro da esfera laboral. Consequentemente, afirma-se como um elemento importante na construção da identidade profissional dos próprios (as) enfermeiros (as). Isto refletiu-se no momento em que foi pedido aos entrevistados para descreverem o significado que a profissão de enfermagem tem para si. O aspeto apontado como sendo mais relevante nas definições apresentadas pelos entrevistados foi, claramente, o cuidar de alguém e a relação de proximidade mantida com os doentes.

Tal como podemos verificar no discurso dos entrevistados:

“...acima de tudo, significa conhecer a comunidade e trabalhar lado a lado com ela, com ela, com comunidades carentes. naturalmente que trabalhando com diferentes fatores influentes que estão na comunidade, temos que olhar para a comunidade como um todo...” (E5)

“.. simplesmente ser enfermeira, trabalhando para a comunidade. é um trabalho contínuo desde o nascimento até à morte. é estar presente em todas essas etapas e poder conseguir ajudar, no fundo, a família, que é uma família, começa pelo nascimento, depois é os pais, depois é os adolescentes, os nenéns, e depois acaba por ser a morte. e conseguir ajudar em todas as etapas, eu acho que é isso tudo. é magnífico, eu acho que é muito bom, porque tem uma prioridade de um bocadinho de gente. porque as pessoas ao longo da vida não são sempre as mesmas, não é?...” (E3)

“.... e forma a que as pessoas sejam capazes de garantir o seu melhor nível de saúde tanto em relação a si mesmos como em relação a uma comunidade..” (E7)

“... basicamente, ser enfermeiro significa conseguir avaliar pessoas e o seu estado de saúde nas suas enfermidades, nas suas firmezas..” (E6)

“..um enfermeiro que tem como alvo dos cuidados uma comunidade ou uma população. É um bocadinho diferente de trabalharmos com pessoas individualmente...” (E2)

O discurso dos entrevistados demonstrou, assim, uma visão partilhada sobre o que era para eles a profissão de enfermagem, através das definições apresentadas.

Apresentou elementos em comum, tal como a importância dada à relação estabelecida com a comunidade e com os doentes, a nível individual. Os entrevistados apontaram que a relação que mantêm com os doentes e com a própria comunidade se estabelece como sendo um elemento importante para a construção da sua identidade profissional.

6.1.2) A importância atribuída à enfermagem inicialmente:

De modo a entender a forma como o processo de socialização dos atores sociais os leva a olhar para a enfermagem de uma certa maneira, os entrevistados foram questionados sobre a importância que atribuíam à profissão antes de a começarem a desempenhar.

Um dos fatores que podemos apontar como tendo sido relevantes para a forma como os indivíduos olham para a enfermagem antes de a começarem a desempenhar é, claramente, o género. Por um lado, os entrevistados do sexo masculino apontaram logo desde o início que não atribuíram qualquer importância à profissão de enfermagem antes de a começarem a desempenhar. Muitas vezes, referiram que só ingressaram na mesma devido a não terem segundas alternativas.

Tal como é referido pelos próprios entrevistados:

“... na verdade, eu não tinha nenhuma ideia pré-concebida da profissão, porque não conhecia ninguém que fosse da área da saúde. e confesso à.. que o meu objetivo, quando vim para o curso de enfermagem, era seguir a área da representação, portanto, teatro, não tinha nada a ver com a área da saúde...” (E9)

“... sim, sim, à profissão de enfermagem, antes de começar a exercer.. a ideia que tinha alterou, alterou muito...” (E7).

Por outro lado, no caso das mulheres, podemos apontar exatamente o contrário. Desde o início, os indivíduos do sexo feminino apontaram a existência de uma forte ligação com a profissão da enfermagem. As entrevistadas apontaram que, graças às experiências que tiveram anteriormente, tal como voluntariado ou uma proximidade com a comunidade mais velha, começaram desde muito cedo a atribuir uma grande importância à profissão de enfermagem e a se identificarem muito com a mesma. Tal como foi mencionado pelas entrevistadas:

“... a enfermagem no global.. sim.. eu sempre atribuí muita importância aos (as) enfermeiros (as).. têm um papel muito importante dentro da sociedade e.. antes disto.. era algo que eu já gostava muito antes de iniciar a profissão e quando comecei a trabalhar, sem dúvida, este gosto cresceu ainda mais..” (E11)

“.. na altura que.. acabei o curso, claro que era muito importante, como ainda é até hoje. acho que nós... com o passar do tempo, nós vamos valorizando mais a profissão...” (E4)

“ok, eu antes de ser enfermeira.. fui voluntária da Cruz Vermelha e comecei a entrar no ambiente hospitalar e comecei a perceber que me encaixava bem lá. e como qualquer cidadão, fui tendo alguns momentos de contacto com a profissão, mas muito poucos,

porque sou saudável e no geral, a minha família também o é. mas percebi que o papel que podemos fazer pelas pessoas é muito significativo e acho que há aqui algumas coisas da minha vida que influenciaram... eu era escuteira, gosto muito de me entregar a outro, de fazer voluntariado... portanto, senti que de certa forma, esta profissão me iria fazer feliz..” (E10).

O discurso dos entrevistados remete diretamente para as diferenças que foram anteriormente apontadas entre os processos de socialização dos homens e das mulheres. Desde muito cedo e através da utilização de diversas estratégias, as mulheres eram assim dirigidas para “funções historicamente compreendidas como sendo de menor complexidade, resguardando os espaços de força, influência e reconhecimento ao masculino” (Campos et al 2017, 31).

Estas profissões vão lhes trazer cada vez menos prestígio social do que aquele que é, assim, recebido pelos homens. Desde muito cedo, era incutido às mulheres uma ligação a profissões mais associadas a uma noção de cuidar de alguém. Isto demonstra a razão pela qual as entrevistadas do sexo feminino atribuíram uma grande importância à enfermagem e à ligação com os doentes mesmo antes de começarem a desempenhar a profissão.

Por outro lado, o mesmo não acontece com os entrevistados do sexo masculino, sendo estes os que não se associam muito à profissão desde o início e não lhe atribuem muita importância.

6.1.3) Aprendizagem de tarefas - a teórica e a prática

Tendo em mente o objetivo de entender o tipo de tarefas que são incutidas aos (às) enfermeiros (as) desde o momento em que eles entram para a esfera laboral, os entrevistados foram questionados sobre esta dimensão. Para começar, é importante mencionar que foi claramente evidenciada pelos entrevistados uma diferenciação entre o tipo de tarefas aprendidas pelos (as) enfermeiros (as) e pelos médicos, quando iniciam o seu trabalho dentro da esfera laboral. Por um lado, devemos apontar o fato que os (as) enfermeiros (as) são, desde o início, induzidos a se focarem maioritariamente em tarefas de caráter prático. Tal como é referido por Serra, “o trabalho dos (as) enfermeiros (as) é normalmente associado com um campo fortemente prático e mecânico” (2008, 67). Os

(as) enfermeiros (as) normalmente ficam com as tarefas que assumem um caráter mais prático, tal como cuidar de doentes pessoalmente, cuidar de feridas, mudar os pensos, entre outros. Tal como vimos anteriormente, a profissão de enfermagem encontra-se extremamente ligada ao cuidado dos doentes e aos próprios doentes em si.

Por sua vez, isto reflete-se no fato da enfermagem ter maioritariamente uma componente prática. O mesmo foi demonstrado pelos próprios entrevistados:

“a enfermagem tem muito a ver com a parte prática. e eu quando entrei, dentro das áreas do centro de saúde fazia tudo. exato. e não me dedicava a mais uma tarefa, ou mais uma doença, ou como se chama, mais uma área do que outra. na altura que entrei, fui fazendo de tudo, um pouco dentro do que é necessário no centro de saúde...” (E3)

“.... não.. mais aos cuidados dos doentes..” (E6)

“.. porque nós estamos na área dos cuidados de saúde primários e abordamos muito a prevenção. porque.. claramente... o objetivo dos cuidados de saúde primários é muito a prevenção da doença. quer dizer, estamos em âmbito hospitalar, no âmbito dos cuidados continuados e aí sim, trabalhamos muito em relação ao cuidado do outro...” (E11)

“.. na área de dificuldades de estudo primários, eu iniciei muito a minha atividade logo com idosos, portanto comecei a trabalhar logo com uma determinada idade, uma determinada geração, mas com os idosos, os dois sistemas, com idosos e com crianças também, porque tinha uma área de apoio infantil forte e vacinação e muita coisa... ou seja.... muito com a parte prática..” (E2)

Os cuidados de saúde primários focam-se muito na parte da prevenção da doença e no cuidado dos doentes em si, quando a própria doença aparece. O mesmo é mencionado pelos entrevistados, ao dizerem que:

“.. mas a nos (as) enfermeiros (as) não nos preocupam particularmente as doenças, não é a diabetes nem a do cancro, mas as pessoas que têm a doença, neste caso. na verdade,

nós aprendemos muito mais a promover a saúde do que o resto, porque focamos muito no projeto de vida das pessoas, naquilo que é ser saudável, feliz, como é que as pessoas podem fazer esse caminho. claro que depois o resto também se aprende, porque é inerente. também prevenir as doenças é importante, não é? mas é mais promoção da saúde..” (E9)

“... obviamente que estando num contexto de cuidados sido-primários tem que se fazer de tudo. temos, claro, tratamento, acompanhamento também das situações mais complexas em visita domiciliária...” (E01)

Podemos fazer referência ao fato que a parte teórica é normalmente deixada para os médicos. Esta está, normalmente, associada ao diagnóstico e à cura de uma determinada doença.

Por outro lado e como já foi mencionado anteriormente, os (as) enfermeiros (as) focam-se na parte da prevenção das doenças, especialmente dentro dos centros de saúde.

Ou seja, tal como é mencionado por Serra, o trabalho médico é, assim, “fortemente associado com uma atividade de diagnóstico e o estabelecimento de tratamento, sendo maioritariamente cognitivo” (2008, 37). Podemos também apontar as diferenças estabelecidas pelos entrevistados entre os centros de saúde e os hospitais e a forma como estas se vão refletir em quem é que possui mais autonomia dentro destas duas esferas laborais. Por um lado, os médicos possuem mais poder dentro da esfera hospitalar, já que esta se encontra fortemente associada ao constante diagnóstico e cura dos doentes. Graças a isto, os médicos têm assim autonomia para tomar as suas próprias decisões dentro da esfera laboral e para orientar o seu trabalho de uma determinada maneira. Têm também a possibilidade de exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as), decretando o que estes devem fazer.

Por outro lado e como já vimos anteriormente, existe o caso dos centros de saúde. A atividade destes foca-se maioritariamente na prevenção de doenças dentro de uma comunidade.

Sendo esta uma das especialidades dos (as) enfermeiros (as), podemos afirmar que é graças a isto que estes possuem um maior grau de autonomia dentro dos centros de saúde.

6.2) Dentro da esfera laboral

Já tendo analisado o discurso dos entrevistados sobre o seu processo de integração na esfera laboral, sobre os seus momentos de aprendizagem e sobre a importância que atribuíam à profissão antes de a começarem a desempenhar, devemos agora refletir sobre o discurso dos entrevistados em relação ao que decorre dentro da própria esfera laboral.

Em primeiro lugar, devemos olhar para as descrições apresentadas pelos entrevistados sobre a rotina que desempenham todos os dias dentro da esfera laboral, de modo a entender o tipo de tarefas que lhes são incumbidas.

irão ser analisadas as funções que cada um dos entrevistados apontou como sendo algo que realiza diariamente, de modo a refletir sobre a forma como estas demonstram a posição que os (as) enfermeiros (as) ocupam dentro da esfera hospitalar, em comparação com a posição que os médicos ocupam.

De seguida, iremos olhar para a classificação da autonomia apontada por cada um dos entrevistados e da justificação apontada para a sua resposta. De modo a entender, consequentemente, a perceção que cada um dos entrevistados tem sobre a autonomia que possui dentro da esfera laboral e sobre os fatores que apontam como sendo importantes para conseguirem manter este nível de autonomia.

Consequentemente, devemos refletir sobre os momentos de maior discussão e debate apontados pelos entrevistados, tendo em mente o que se pode encontrar por detrás deles e como podem vir a influenciar a relação que os (as) enfermeiros (as) têm com os médicos.

Ao olhar para o que se encontra por detrás dos momentos de discussão entre enfermeiros (as) e médicos, podemos chegar à conclusão sobre o tipo de posições que cada um destes profissionais de saúde ocupa dentro da esfera laboral e sobre os assuntos sobre os quais eles mais discordam. Por fim e dentro ainda da reflexão sobre as dinâmicas que se dão dentro da esfera laboral, devemos ainda refletir sobre os aspetos que os entrevistados apontam como sendo mais importantes para o seu sucesso e eficácia profissional.

6.2.1) Caracterização das funções desempenhadas e da respectiva rotina

Relativamente às descrições da rotina referidas pelos entrevistados, podemos apontar vários pontos em comum entre elas. Devemos fazer referência ao fato que todos os

entrevistados apontaram como sendo de extrema importância a proximidade que mantêm com os doentes. Tal como já vimos anteriormente, os entrevistados apontaram a relação que mantêm com os doentes como sendo um fator muito importante para a criação da sua identidade profissional. Claramente que passam a maior parte do seu dia-a-dia ao lado dos doentes, sendo as interações que mantêm com eles uma parte focal da sua rotina.

Ou seja, “o papel da enfermeira ainda se encontra muito ligado à vigilância e ao preparo do paciente para os tratamentos médicos” (Mello 1998, 20). Mesmo assim, devemos agora refletir sobre as diferenças que foram apontadas pelos entrevistados entre o contexto dos centros de saúde e o contexto dos hospitais. No contexto dos centros de saúde, pode ser afirmado que os (as) enfermeiros (as) tratam da vigilância sobre os doentes durante a sua vida quotidiana e preparam-nos, assim, para a eventualidade de poderem precisar de cuidados médicos. Com isto em mente, podemos afirmar que são os (as) enfermeiros (as) que se encontram ao lado dos doentes durante a sua vida quotidiana e durante a prevenção das doenças, enquanto os médicos apenas se encontram presentes durante o momento em que estes se encontram doentes e precisam de cuidados de saúde imediatos. De resto, raramente vêm os doentes e passam tempo com os mesmos. O que explica, claramente, o fato dos (as) enfermeiros (as) terem uma relação de maior proximidade com os doentes do que a que os médicos têm.

Tal como é referido por Mello, “a enfermeira valoriza pouco as atividades que têm como característica - discutir muito e trabalhar pouco” (1998, 20). Podemos, mais uma vez, apontar aqui uma excelente ilustração da dicotomia entre médicos e enfermeiros que é muito clara dentro do contexto dos centros de saúde. Por um lado, os médicos focam-se na produção de conhecimento e na procura de cura para determinadas doenças e, claramente, isto envolve um constante processo de discussão e de alteração dos quadros de conhecimento que possuíam anteriormente, de modo a poder dar resposta ao aparecimento de novas doenças.

Não têm, assim, um nível de proximidade muito forte com os doentes. Por outro lado, os (as) enfermeiros (as) trabalham mais na parte prática, focando-se na realização de pequenas tarefas preventivas, tal como a vacinação ou a realização de pensos. Focam-se assim na prevenção de doenças e no constante acompanhamento do estado de saúde dos doentes, seja através de marcações de rotina, através da realização de exames, vacinação

ou até de tarefas mais simples, como pensos, no caso de existir algum tipo de ferida. O mesmo se encontra refletido no que foi mencionado pelos entrevistados que exercem a sua profissão dentro do centro de saúde ou que já tiverem experiência dentro do mesmo. Como foi dito por eles:

“... portanto, acabava por acompanhar os nascidos, fazia a avaliação dos bebés, como é que eles estavam a desenvolver-se, depois também fazia a avaliação das grávidas antes de deixar o bebé, o planeamento familiar antes sequer de engravidar, portanto, acompanhava o ciclo de vida da família...” (E9)

“... os registos de enfermagem, vacinas, vacinação, realização de tratamentos, de pensos, e apoio nas consultas médicas, que é o que nós fazemos, não fazemos consultas de enfermagem ainda mas apoio às consultas de saúde infantil e de saúde materna e de planeamento familiar..” (E2)

“... isso é uma função quase diária, quase não, diária basicamente. e, por exemplo, essa é diária, também é diário, fazer alguns tratamentos que também são necessários para ficar dentro do centro de saúde. compressas, gestões, alguns vários treinamentos e também ensinamentos sobre como é que a pessoa deve se cuidar para ter melhor saúde. se cuidarmos mais da pessoa, nos cuidamos mais da comunidade. e o que é que cuida? É a prevenção e é o... Nós podemos cuidar da nossa saúde melhor...” (E3)

Em contexto de centro de saúde, os (as) entrevistados (as) demonstraram que a sua rotina se encontra muito focada na realização de pequenas tarefas para melhorar o estado de saúde dos doentes. O que implica manter, assim, uma relação de proximidade com os mesmos, tal como já vimos anteriormente. Focam-se assim imenso na realização de tarefas ligadas à prevenção de determinadas doenças, já que, tal como foi mencionado por um dos (as) entrevistados (as), *“se cuidarmos mais da pessoa, nós cuidamos mais da comunidade” (E3)*.

Ou seja, dentro dos centros de saúde, existe assim uma grande preocupação com o estado de saúde da própria comunidade em si. O discurso dos próprios entrevistados (as) confirma, assim, o que foi referido anteriormente, já que fizeram referência aos “registros de enfermagem, vacinas, vacinação, realização de tratamentos, de pensos, e apoio nas

consultas médicas” (E2) que fazem durante o seu dia-a-dia. Ou seja, os (as) enfermeiros (as) desempenham tarefas que assumem um carácter maioritariamente prático. Isto demonstra o fato que a “enfermagem não dá valor ao trabalho intelectual, à produção de conhecimento e não se envolve na reestruturação da assistência” (Mello 1998, 22). Foca-se apenas nas tarefas práticas, deixando para os médicos a componente teórica. Devemos ainda refletir sobre o que foi apontado pelos (as) entrevistados (as) que exercem a sua profissão dentro do contexto hospitalar. De modo a verificar as diferenças que existem entre os dois contextos em relação às rotinas dos (as) enfermeiros (as) durante o seu dia-a-dia em esfera laboral.

Tal como foi apontado por este conjunto de entrevistados, este é o tipo de tarefas que desempenhavam na sua rotina de trabalho diária:

“... preparar terapêutica, cuidados de higiene... registos informáticos... passagem de turno...” (E11)

“.. vamos fazer visita médica com os médicos e muitas vezes, à frente dos doentes, os médicos valorizam a opinião dos enfermeiros mas quando estão em privado, isto não acontece..” (E11)

“.. vigilância do utente em termos de sinais vitais, administração de terapêutica, o cuidar, satisfazer as necessidades básicas do indivíduo, consequentes várias vertentes das atividades...” (E8)

Refletindo sobre o que foi dito por este conjunto de entrevistados (as), podemos apontar que, dentro do contexto hospitalar, os (as) enfermeiros (as) encontram-se muitas vezes numa posição onde apenas desempenham funções que vêm complementar aquelas que são desempenhadas pelos médicos. Como por exemplo, os registos informáticos que podem mais tarde ser acedidos pelos médicos e que lhes vão providenciar informação necessária para decidir o plano de tratamento dos doentes, os cuidados de higiene de que os doentes necessitam enquanto se encontram internados no hospital, as passagens de turno ou até mesmo a vigilância do doente em termos de sinais vitais, de modo a poder informar os médicos de qualquer alteração que surja durante o período onde estes não se encontram presentes. Tal como é dito por Leal & Melo, o ato da enfermagem dentro dos hospitais é, assim, “uma prática assistencial tributária da prática médica” (2018, 450). Ou

seja, os (as) enfermeiros (as) desempenham assim um papel de assistente em relação aos médicos, focando a sua prática profissional apenas na realização de tarefas que vão complementar as que já foram realizadas pelos médicos anteriormente. Ou seja, agem assim como sendo “um agente de informação que assinala ao médico fatos sobre a natureza e evolução da doença e um agente de execução que vale para que as prescrições terapêuticas sejam seguidas, guardando, sempre, a relação de chefia do médico para com ela” (Leal & Melo 2018, 452). Os (as) enfermeiros (as) encontram-se muitas vezes numa posição de simples auxiliares dos médicos. Mantêm a sua relação de proximidade com os doentes, tal como verificamos sobre os (as) enfermeiros (as) dos centros de saúde. Não para realizarem apenas a prevenção de determinadas doenças mas sim para reportarem aos médicos quaisquer mudanças no estado de saúde do doente e para fazerem com que os planos de tratamento e cura que foram prescritos pelos médicos sejam assim seguidos. Não podem fazer quaisquer mudanças em relação a estes planos, já que isso implica a entrada numa área de intervenção que é exclusiva aos médicos. Assim, podemos afirmar que as rotinas e tarefas desempenhadas pelos (as) enfermeiros (as) dentro dos centros de saúde e dos hospitais diferem. Por um lado, os (as) enfermeiros (as) dentro dos centros de saúde focam-se mais na prevenção de doenças e na vigilância dos doentes e do seu estado de saúde, mantendo uma relação de proximidade com os mesmos e não se encontrando tão dependentes dos médicos. Por outro lado, dentro dos hospitais e tal como foi apontado pelos (as) entrevistados (as), os (as) enfermeiros (as) realizam um conjunto de tarefas que os coloca apenas numa posição de auxiliares em relação aos médicos. As tarefas que lhes competem vêm, assim, apenas completar o trabalho realizado pelos médicos anteriormente ou reforçar o mesmo. Devemos de seguida analisar a forma como isto vai influenciar a autonomia que os médicos têm dentro da esfera laboral, comparando, mais uma vez, os contextos dos centros de saúde e dos hospitais.

6.2.2) Os (as) enfermeiros (as) e a autonomia

Agora, torna-se importante refletir sobre o que foi mencionado pelos entrevistados, em relação ao nível de autonomia que possuem dentro da esfera laboral. Consequentemente, isto vai levar a uma análise da forma como isto pode influenciar a sua identidade profissional. Os (as) enfermeiros (as) foram questionados sobre a perceção que tinham sobre a autonomia que possuem dentro da esfera laboral e sobre a forma como a classificariam, numa escala de zero a cinco. Sendo que foram questionados (as)

enfermeiros (as) que exercem a sua atividade profissional dentro de um centro de saúde e enfermeiros (as) que exercem a sua profissão dentro de um hospital, devemos fazer, assim, a comparação entre o nível de autonomia que foi apontado pelos (as) enfermeiros (as) destes dois contextos. De modo a apontar, claramente, as diferenças entre os dois.

Em primeiro lugar, devemos assim começar por apresentar uma definição de autonomia e, principalmente, autonomia profissional, de modo a analisar futuramente a forma como esta pode influenciar a criação e constante reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Tal como é referido por Ribeiro, citando Hall, a autonomia profissional é “a liberdade do trabalhador para tomar decisões baseadas nos requisitos do seu trabalho. a atitude e comportamento autónomo, a crença que somos livres para exercer o julgamento nas tomadas de decisão reflecte a forma como o indivíduo se sente e como vê o trabalho como uma profissão” (2009, 32). O conceito de autonomia profissional reflete a forma como o profissional de saúde pode tomar decisões dentro da esfera laboral, dentro da sua área de atuação, e decidir o rumo que quer dar ao seu trabalho.

Os conceitos de autonomia e poder estão claramente relacionados, tal como foi visto anteriormente, já que se um ator social possuir mais poder, vai poder ter mais autonomia e consequentemente, vai poder tomar as suas próprias decisões dentro da esfera laboral.

Por sua vez, devemos agora olhar para o caso da autonomia em enfermagem, de modo a refletir sobre a forma como este conceito se aplica especificamente à enfermagem.

Como diz Ribeiro, a autonomia em enfermagem “define-se como a capacidade do enfermeiro de cumprir os seus deveres profissionais de uma forma auto-determinada cumprindo os critérios legais, éticos e práticos da profissão. de uma forma mais simples, a autonomia é a liberdade de agir de acordo com o que cada um sabe” (2009, 38).

A autonomia em enfermagem foca-se na forma como os (as) enfermeiros (as) podem agir e pôr em prática o quadro de conhecimentos teóricos que adquiriram previamente e usá-lo dentro das suas áreas de atuação. Apesar disto, é importante mencionar que a enfermagem ainda é uma profissão que ainda se encontra dependente das profissões que a rodeiam. Os (as) enfermeiros (as) ainda se encontram muito dependentes dos restantes profissionais de saúde com os quais partilham a esfera laboral, não conseguindo assim atingir um nível de autonomia completo.

Assim, “na profissão de enfermagem, esta conquista da autonomia ainda não foi atingida na sua plenitude” (Ribeiro 2009, 17). Encontra-se fortemente dependente das profissões que a rodeiam dentro da esfera hospitalar, tal como a medicina.

Apesar da medicina ainda ter algum nível de dependência em relação às outras profissões com quem partilha a esfera laboral, possui um nível de poder mais elevado que lhe permite ter mais autonomia para organizar o seu trabalho e para decretar o tipo de tarefas que os outros profissionais de saúde devem desempenhar. O que demonstra a forma como o domínio médico ainda se encontra fortemente presente dentro da esfera laboral.

Podemos afirmar que a medicina é, assim, “interdependente com outras profissões no âmbito da saúde, mas com uma área de conhecimentos próprios que permitem ter um campo de atuação autónomo” (Ribeiro 2009, 17). Por outro lado, existem ainda muitos fatores que baixam o nível de autonomia que os (as) enfermeiros (as) possuem dentro da esfera laboral e que, por consequente, vão assim influenciar a forma como estes estruturam a sua identidade profissional. Em primeiro lugar, os entrevistados fizeram uma distinção entre a forma como o contexto onde se encontram pode influenciar a autonomia que possuem. Ou seja e sendo que foram entrevistados (as) enfermeiros (as) que realizam a atividade profissional dentro de um centro de saúde ou dentro de um hospital, é claro que foi apontado que a autonomia que possuem dentro destes dois contextos profissionais difere. Tal como foi dito, devemos agora olhar para os dois contextos e para o que foi referido pelos entrevistados, de modo a entender as diferenças existentes entre os dois. No caso dos hospitais, o reconhecimento da existência de uma hierarquia onde os médicos possuem mais poder e se encontram em posições superiores é algo que é inculcado aos (as) enfermeiros (as), desde o momento em que estes ingressam dentro da esfera laboral. Consequentemente, “os hospitais são locais de aprendizagem dos (as) enfermeiros (as), pois é aqui que se aprende a decodificar o que é esperado em relação a quem tem o poder: os médicos” (Ribeiro 2009, 28).

Ou seja, o reconhecimento desta hierarquia faz parte do processo de socialização dos (as) enfermeiros (as) quando estes ingressam dentro da esfera hospitalar.

Torna-se algo inerente à profissão e, graças a isto, existe um momento onde já nem é questionado pelos profissionais de saúde. Estes dois grupos profissionais já têm áreas de atuação muito bem definidas e, por consequente, tarefas que são da sua responsabilidade.

Tal como é referido por Ribeiro, “observa-se que as práticas de enfermagem são consignadas à aplicação de medicamentos ou tratamentos sob a orientação do médico” (2009, 23). Todas as tarefas realizadas pelos (as) enfermeiros (as) são, assim, supervisionadas pelos médicos, estando dentro da sua área de ação.

Como diz Ribeiro, “os (as) enfermeiros (as) possuem autonomia extremamente reduzida dentro das tarefas hospitalares, as tarefas que exercem são completamente dependentes da orientação e prescrição médica” (2009, 21). Os médicos “tratam e curam” os doentes, enquanto os (as) enfermeiros (as) estão ali apenas para cuidar dos mesmos, tendo a sua autonomia muito reduzida às áreas onde podem atuar livremente.

Tal como vimos anteriormente, são obrigados a agirem como sendo apenas auxiliares dos médicos, ficando com as tarefas que vão complementar o trabalho que foi feito anteriormente pela parte médica.

Mesmo assim, é dentro da relação que mantêm com os doentes que possuem mais autonomia e um campo de atuação onde podem tomar a maior parte das decisões.

Os médicos encontram-se, ainda, dependentes da atuação dos (as) enfermeiros (as) em relação aos doentes, visto que estes mantêm uma relação de proximidade com os mesmos que mais ninguém tem e que sabem realizar tarefas únicas em relação ao seu plano de tratamento.

Podemos afirmar que a relação que os médicos e os (as) enfermeiros (as) mantêm entre si é, assim, uma relação interdependente que, por sua vez, reduz fortemente a autonomia possuída pelos (as) enfermeiros (as) dentro da esfera hospitalar.

Tal como é, por sua vez, referido pelos entrevistados:

"Existe uma grande diferença. Os médicos escrevem e nós.... e tratam a doença e nós cuidamos da pessoa. Portanto eles prescrevem e nós fazemos os tratamentos. Portanto existe.. Existe sim. Existe alguma diferença, não é? (E4)

"Claro que no hospital, o universo é maior. São mais pessoas.. são mais médicos, são mais enfermeiros (as) e se calhar, a coisa dilui-se mais.." (E4)

".... os médicos nos hospitais tendem a ser mais arrogantes. as pessoas estão doentes, está-se a falar de doença e doença em medicina tem muito a ver, é natural..." (E9)

“... já vêm chipados da faculdade com essa ideia. Eu não sei o que é que lá ensinam, mas eles vêm sempre com essa ideia....” (E4)

“... em relação à categoria médica... infelizmente, vê-se aqui uma marca.. quer dizer, vê-se que alguns médicos acham que nós somos um pouco subordinados....” (E3)

“... seria hipócrita se não dissesse que ainda há um bocadinho essa cultura de que as coisas giram um pouco à volta dos médicos, pelo menos em algumas situações... (E5)

“... sim, há um enorme esforço dos médicos em cortar aquilo que é a possibilidade dos (as) enfermeiros (as) fazerem algumas das coisas para as quais estão devidamente qualificados. (E7)

Podemos ver que dentro dos hospitais, a hierarquia entre médicos e enfermeiros (as) já está fortemente estabelecida e que não é questionada por nenhum destes profissionais de saúde. Os médicos olham para os (as) enfermeiros (as) como sendo os seus subordinados e restringem as suas áreas de atividade, enquanto se ocupam das tarefas que lhes vão trazer mais honra e prestígio social. Graças a isto e graças ao fato de terem sido socializados desta forma, os (as) enfermeiros (as) ocupam a sua posição na estrutura hierárquica sem a questionar, entendendo o fato de serem subordinados dos médicos.

Ou seja, não questionam a sua posição ou o fato da sua autonomia ser extremamente limitada, visto que não foram socializados anteriormente para o fazerem.

Tal como é referido por um dos entrevistados, quando questionado sobre isto:

“... autonomia vem acoplada de responsabilidade e de pressão e a maioria dos (as) enfermeiros (as) não têm também interesse em ter a questão da responsabilidade e da pressão, portanto.... mas sim, está relacionado com a falta ou com o caso de terem mais autonomia” (E4)

“... quando dependem da interação, às vezes, de alguns outros profissionais como os médicos, aí só se dá 3...” (E3)

“Na esfera laboral? A autonomia vai depender das áreas de intervenção. Se eu estou a trabalhar numa cirurgia, numa medicina, num âmbito hospitalar em que o doente precisa

de mais cuidados médicos do que promoção da saúde, o nível de autonomia reduz...”
(E10)

Tal como foi mencionado na entrevista 10 e como foi apontado anteriormente, a autonomia vai depender, assim, da área de intervenção e do contexto.

Os hospitais focam-se mais na procura de cura e tratamento dos doentes e sendo que isto é uma especialidade dos médicos, é normal que eles tenham mais autonomia dentro do contexto hospitalar, tal como já vimos. No caso dos centros de saúde, podemos apontar várias diferenças em relação ao que foi mencionado sobre os hospitais.

O universo é menor e é mais ligado à promoção da saúde, tal como já vimos anteriormente. É esperado que a área de intervenção dos (as) enfermeiros (as) seja maior. Por sua vez, isto leva a que estes tenham um nível de autonomia mais alto dentro da esfera laboral, já que podem tomar decisões tanto em relação à forma como vão organizar o seu trabalho como em relação a outros fatores. O mesmo é mencionado pelos entrevistados que trabalham dentro dos centros de saúde:

“.. eu tive cerca de 16 anos e meio a nível hospitalar e a visão é muito diferente do que é nos cuidados primários.. nos cuidados primários.. realmente, nós estamos muito ligados à comunidade, enquanto a pessoa sã e saudável, apesar de alguns com doenças crónicas, não é.. mas controláveis...” **(E4)**

“.... Se estivermos no contexto da comunidade, dos centros de saúde, a autonomia é enorme, porque sou eu que perspectivoo a intervenção que quero desenvolver, por exemplo, na rede nacional Cuidados Continuados.. **(E10)**

“nos centros de saúde... médicos ainda têm aqui um pouco de medo de expor a sua posição e de marcar território..” **(E4)**

“... a diferença maior é que nos cuidados de saúde primários.. nós estamos virados para a comunidade.. para a pessoa.. para o utente...ou seja, nós ali temos uma preocupação em recuperar o doente... enquanto no meio hospitalar é diferente. Estas são as maiores diferenças...” **(E4)**

Como apontado pelos entrevistados, dentro dos centros de saúde, as áreas de atuação dos (as) enfermeiros (as) são mais extensas do que dentro dos hospitais.

Como os centros de saúde se focam na comunidade, na prevenção de determinadas doenças e nos cuidados continuados dos doentes, é clara a razão pela qual os entrevistados os apontaram como sendo a esfera laboral onde os (as) enfermeiros (as) possuem mais autonomia. A liberdade para exercer poder por parte dos médicos não é tão forte dentro dos centros de saúde.

Os (as) enfermeiros (as) possuem um nível de autonomia muito mais elevado para poderem preparar as intervenções que querem desempenhar e para poderem tomar decisões em relação ao estado de saúde dos seus doentes e à forma como querem estruturar o plano de tratamento que querem atribuir aos mesmos. Por outro lado, devemos ainda refletir sobre outro fator que os entrevistados apontam como sendo de extrema importância para o nível de autonomia que os (as) enfermeiros (as) possuem dentro da esfera laboral. Este é, assim, o tipo de conhecimento possuído pelos mesmos. Tal como já foi visto ao longo da presente dissertação, é o tipo de conhecimento que os médicos possuem que lhes garante uma posição no topo da estrutura hierárquica laboral. Como mencionado por Carapinheiro, “o poder médico é um poder técnico-científico pela acumulação de saberes, competências e experiência clínica que permitem tratar doentes, estudar doenças e inovar processos de diagnóstico e terapêutica” (1991, 85).

Focam-se assim na componente teórica, procurando constante cura e diagnóstico para os seus doentes e também novos tratamentos para as doenças que vão aparecendo ao longo do tempo. É este tipo de conhecimento que é exclusivo à sua profissão e, por sua vez, lhes atribui o poder que possuem dentro da esfera laboral.

Ou seja, “mas porque este capital técnico e científico é apenas acumulado pelos médicos, transforma-se assim em capital simbólico” (Carapinheiro 1991, 85) que é apenas próprio dos médicos em si.

A enfermagem possui também o seu quadro de conhecimento mas este não é exclusivo da profissão e não é tão valorizado socialmente, o que demonstra o fato dos (as) enfermeiros (as) ocuparem uma posição mais baixa na estrutura hierárquica do que os médicos. O tipo de conhecimento possuído pelos profissionais de saúde pode, assim, ser associado ao nível de autonomia. O mesmo foi apontado por um dos entrevistados:

“... a autonomia, no meu entender, é enorme, dentro dos centros de saúde. mais autonomia tem o enfermeiro, quanto maior for o seu conhecimento. se eu sou uma enfermeira frágil no nível de conhecimento e baixo, eu se calhar vou ter pouca autonomia porque não me sinto segura para ser uma enfermeira autónoma. mas quanto

maior é o nível de conhecimento do enfermeiro, quanto mais autoconfiança ele tem e o nível de autonomia, mesmo numa unidade de cuidados primários pode.. pode ser muito satisfatório..” (E10)

Quanto mais conhecimento possuem e quanto mais esse tipo de conhecimento for valorizado socialmente, mais autonomia vão ter dentro da esfera laboral. Dependendo do nível de conhecimento e do nível de autonomia possuído pelos (as) enfermeiros (as), isto pode vir a influenciar a sua autoestima e consequentemente, a forma como olham para si mesmos enquanto profissionais de saúde.

Os entrevistados apontaram o contexto laboral e o conhecimento possuído como dois fatores que são fortemente influenciados pelo poder médico e que, por sua vez, vão influenciar o nível de autonomia possuído pelos (as) enfermeiros (as).

Por sua vez, o nível de autonomia vai influenciar a forma como os (as) enfermeiros (as) se vêem enquanto profissionais de saúde e a autoestima que possuem. Que, por sua vez, influencia a constante estruturação e reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Se os (as) enfermeiros (as) possuírem níveis mais baixos de conhecimento, vão assim possuir menos autonomia dentro da esfera laboral e vão ficar dependentes das decisões de outros profissionais de saúde, tais como os médicos.

Isto pode influenciar a autoestima dos (as) enfermeiros (as) de uma forma negativa o que, por sua vez, vai consequentemente influenciar a estruturação da sua identidade profissional. Esta dependência que os (as) enfermeiros (as) têm em relação aos médicos e tudo o que segue pode levar assim a determinados momentos de maior discussão e debate entre os mesmos, tal como vai ser visto.

6.2.3) Momentos de maior discussão e debate dentro da esfera laboral

As áreas de atuação dos (as) enfermeiros (as) e dos médicos dentro da esfera laboral encontram-se bem definidas previamente. Estes aprendem o lugar que devem ocupar na esfera hierárquica desde muito cedo e, graças ao seu processo de socialização, nunca o questionam, nem as tarefas e responsabilidades que lhes são incutidas.

Existem áreas onde as responsabilidades dos médicos e dos (as) enfermeiros (as) se cruzam e onde estes entram em conflito. Isto resulta num momento de debate, onde se tenta chegar a uma solução que resolva esse determinado problema.

Os (as) entrevistados (as) foram questionados (as) sobre o que se encontrava por detrás dos momentos de maior discussão e debate e, por sua vez, qual era a opinião que tendia a ser seguida, quando se chegava a um impasse. Mais uma vez, foi tido em conta o facto de terem sido entrevistados (as) enfermeiros (as) que exercem a sua profissão dentro de um centro de saúde e outros que trabalham num hospital e, também, alguns que já fizeram parte dos dois contextos. Devemos refletir sobre o que foi apontado pelos (as) entrevistados (as) sobre os dois contextos e fazer, assim, uma comparação entre os dois. Em primeiro lugar, devemos refletir sobre o que foi referido em relação aos centros de saúde.

Dentro deste contexto laboral, os (as) enfermeiros (as) focam-se maioritariamente na prevenção de determinadas doenças e na realização de determinadas tarefas rotineiras, tal como a aplicação de pensos, a distribuição de vacinas, entre outros. Mantêm, assim, um grande nível de proximidade com os doentes, sendo que se encontram presentes para acompanhar a evolução do seu estado de saúde e para prevenir o aparecimento de determinadas doenças. Conseguem manter um maior nível de autonomia, através da relação de proximidade que mantêm com os doentes.

Apesar disto, os médicos fazem várias tentativas para interferir nessa relação entre enfermeiros (as) e doentes, de modo a conseguirem recuperar poder dentro desta área de atuação. Ou seja, tal como foi mencionado por um dos entrevistados, que exercia a sua profissão dentro de um centro de saúde:

“... às vezes é um bocadinho inconveniente. É inconveniente para os doentes, inconveniente para o enfermeiro e é um bocadinho inconveniente para ambas as partes da relação (E3)

"..... há uma sobreposição. e depois parece que o que acontece é que aquilo que eles não querem fazer deixam com os outros. Exato. Pronto. como há uma sobreposição de tarefas, ou quase que são as mesmas em alguns aspectos, eles acham que podem... hh, aquilo não me interessa, então vou descartar e vou passar para aqueles que estão embaixo de mim na estrutura hierárquica (E3)

É apontado que os médicos tentam interferir na relação entre enfermeiros (as) e doentes, tentando arranjar estratégias para quebrar a proximidade que os (as) enfermeiros têm com os doentes. Sendo que, dentro dos centros de saúde, os (as) enfermeiros (as) possuem um

nível mais alto de autonomia, é de esperar que os médicos arranjam constantemente estratégias para recuperarem poder dentro desta esfera laboral.

Os médicos fazem, também, a distribuição de tarefas com isto em mente, deixando para os (as) enfermeiros (as) as tarefas que não lhes interessam e que vão quebrar o nível de autonomia que estes possuem dentro da esfera laboral. Pode ser afirmado que, dentro dos centros de saúde, os momentos de maior discussão e debate entre os médicos e enfermeiros (as) se dão em relação aos doentes e a todas as decisões que devem ser tomadas em relação a estes. São os (as) enfermeiros (as) que possuem mais autonomia dentro dessa área de atuação, tal como já vimos anteriormente, mas não implica que os médicos não tentem influenciar as suas decisões.

Mesmo assim, devemos agora refletir sobre o que acontece dentro da esfera hospitalar. Tal como é referido por Carapinheiro, “os médicos manejam a estrutura do hospital de acordo com os seus interesses profissionais e apenas deles revelam todas as decisões que se prendem com os processos de tratamento e todas as decisões relativas às políticas médicas que reforçam a sua dominância profissional no hospital” (1991, 86). Assim, pode ser afirmado que os médicos manejam as situações conforme os seus interesses profissionais, tendo em mente o fato de que querem manter constantemente o seu poder sobre a esfera hospitalar.

A capacidade de fazer isto é, claramente, o poder de auto-regulamentação (Carapinheiro 1991, 87), sendo este exclusivo dos médicos e da posição superior que ocupam dentro da estrutura hierárquica hospitalar. O que significa, claramente, que os médicos vão tentar interferir nas decisões que os (as) enfermeiros (as) tomam em relação aos doentes, de modo a tentarem recuperar o poder dentro desta área de atuação.

Tal como foi referido pelos entrevistados que exerciam a sua profissão dentro de um hospital:

“.... acho que.... a maior parte era mesmo sobre a terapêutica... o que não é suficiente, que é demasiado.. acho que é mesmo uma questão de terapêutica.. o que é, efetivamente.. responsabilidade do médico mas também, do enfermeiro, porque nós passamos mais tempo com os doentes, o que é importante ter isso também em conta...” (E11)

“.. eu acho que.. nos hospitais, existem situações muito piores do que nos centros de saúde. nos centros de saúde, as pessoas trabalham realmente de forma muito autónoma,

cada um faz o que lhe compete e não existe muita interferência. nos hospitais, diria que... as áreas onde existe maior discussão é claramente nas altas. às vezes, os médicos dão alta porque a condição das pessoas está melhor, mas esta ainda não tem condição de ir para casa e por isso, são internadas logo de seguida passado alguns dias, porque voltam logo a complicar.... é isso e no tratamento das feridas... vejo imensas discussões...” (E9)

“.. eu agora vou falar dos dois ambientes, o menos bom e o melhor. num ambiente melhor, onde os doentes tinham os cuidados que mereciam, nunca vi doentes a morrer sem dignidade. nunca vi doentes a serem sujeitos a coisas que não precisavam. havia muito bom senso. Falava-se em equipa e chegava-se a consenso. Era um trabalho em equipa. nós dávamos a opinião e eles ponderavam... completamente diferente. no outro ambiente hospitalar.. onde eles achavam que eram deuses, vi doentes a morrerem sem dignidade, absolutamente...” (E10)

Foi apontado pelos (as) entrevistados (as) que estes momentos de maior discussão e debate se encontram fortemente relacionados com os doentes. Mesmo assim, podemos afirmar que assumem formas diferentes, dependendo do fato de decorrerem dentro de um centro de saúde ou dentro de um hospital. Já que os centros de saúde se focam mais na prevenção de determinadas doenças e os hospitais se focam no diagnóstico e cura dos doentes, era de esperar que os momentos de maior discussão e debate entre médicos e enfermeiros (as) assumissem formas diferentes. Dentro dos centros de saúde e tal como já vimos anteriormente, os momentos de maior discussão e debate decorrem em relação às questões da terapia dos doentes. Ou seja, em relação ao processo de tratamento dos doentes e em relação aos procedimentos realizados para melhorar o seu estado de saúde. O que implica uma proximidade dos (as) enfermeiros (as) em relação aos doentes. Tal como já vimos, os médicos tentam constantemente influenciar a relação entre enfermeiros (as) e doentes, de modo a recuperarem poder dentro desta esfera laboral, o que pode levar a momentos de discussão e debate entre estes dois tipos de profissionais de saúde. No caso da esfera hospitalar e tal como foi apontado pelos entrevistados, isto assume uma forma um pouco diferente.

Sendo que os hospitais se focam na cura dos doentes, isto implica que estes permanecem internados dentro do hospital quando precisam de cuidados constantes, até o seu estado de saúde melhorar ou até ser considerado que estes se encontram curados.

Claramente, são os (as) enfermeiros (as) que realizam estes cuidados constantes e que encontram ao pé dos doentes, acompanhado todo o seu processo de recuperação e de tratamento. Mesmo assim, quando chega o momento de dar alta ao doente, é o médico que toma a derradeira decisão. Podem não conhecer tão bem o processo de tratamento do doente e a evolução do seu estado de saúde e, apesar disto, é sua decisão que conta, demonstrando mais uma vez a forte influência do poder médico.

Mesmo que os (as) enfermeiros (as) discordem e que não afirmam que os doentes devem ter alta, se os médicos disserem que sim, eles acabam por ter alta. Apesar disto e tal como foi mencionado anteriormente, podem acabar por ser internados muito brevemente depois disso, mostrando que nem sempre é a decisão correta a tomar. O mesmo acontece no tratamento das feridas, onde os (as) enfermeiros (as) podem ter uma determinada opinião e achar que o processo de tratamento deve ser realizado de uma certa forma mas, depois, é a opinião dos médicos que conta e é da maneira deles que o tratamento das feridas vai ser realizado.

Tal como é mencionado por um dos entrevistados:

“.. são as opiniões dos médicos que são normalmente seguidas..” (E9).

Os momentos de maior discussão e debate dentro da esfera hospitalar estão maioritariamente relacionados com o processo de cura dos doentes. Mesmo com a proximidade dos (as) enfermeiros (as) em relação aos doentes, é normalmente a opinião dos médicos que prevalece, o que demonstra mais uma vez a importância do poder médico e a forma como este continua a prevalecer dentro da esfera laboral. A opinião dos médicos prevalece mesmo nas situações que envolvem as áreas de especialidade dos (as) enfermeiros (as), tal como o cuidado dos doentes, seja dentro dos centros de saúde ou dentro da esfera hospitalar.

Devemos agora refletir sobre o que tende a acontecer em situações onde os médicos e os (as) enfermeiros (as) não conseguem chegar a um consenso sobre questões científicas. As áreas científicas como a procura de cura para determinadas doenças ou o diagnóstico dos doentes são, maioritariamente, especialidade dos médicos. São estes que têm o conhecimento necessário para realizar este tipo de tarefas que, por consequente, lhes vão

garantir posições hierárquicas mais altas e a oportunidade de exercer poder sobre as outras profissões.

Deve-se agora olhar para o que acontece quando os (as) enfermeiros (as) se vêem forçados a tomar uma decisão de carácter científico com a qual os médicos podem não concordar, o que pode levar a que estas duas profissões cheguem a um momento onde não conseguem encontrar um consenso.

Quando isto acontece, devemos verificar qual é a opinião que tende a ser seguida, sendo esta uma área de especialização maioritariamente dos médicos, tal como já vimos anteriormente. Ao nos referirmos ao que foi mencionado pelos entrevistados, podemos assim afirmar que:

“... na verdade, depende da área que estamos a falar, como é óbvio...” (E9)

“.. portanto, do ponto de vista científico, eu acho que os médicos ou os outros profissionais, em verdade, invertendo as posições, atenção, não são diferentes. Quer dizer, eu diria que estamos ombro a ombro. A questão é a nível organizacional. Para, quem tem poder, por exemplo, de internamento ou de alta é o médico. E portanto, eu posso dizer, não, este doente não tem condições de ir para casa por isto ou isto ou isto, se o médico diz vai, vai mesmo. Não é? E houve muitas vezes ao longo da minha vida em que eu contrapunha, enfim, tentava contestar uma decisão do médico porque cientificamente considerava e tecnicamente considerava que não era a mais adequada e muitas das vezes o médico calava-me e calava-me efetivamente quando dizia assim eu é que sou o diretor de serviço, eu é que decido, tanto vai ser assim e ponto final..” (E7)

“.. Honestamente, eu acho que existe a desvalorização. Acho que os (as) enfermeiros (as) também têm que fazer um percurso grande em.. habituarem-se, em justificar as suas opiniões com.. com práticas baseadas em evidência e não só em opiniões ou dogmas..” (E6)

“.. sou legítima para fazer a avaliação de uma ferida e como tal a minha avaliação foi aquela e o senhor doutor discutiu muito comigo.. eu discuti muito com ele e pronto, foi assim.. no dia seguinte, chegou à conclusão. não ia fazer novamente passar a pessoa em

questão pela realização do peso, que é uma coisa traumática. e pronto, foi. Foi isso pessoalmente que aconteceu..” (E4)

Ao olharmos para o que foi mencionado pelos (as) entrevistados (as), podemos verificar que voltaram a ser apontados determinados aspetos. Em primeiro lugar, devemos refletir sobre o que foi dito sobre os (as) entrevistados (as) que exerciam a sua profissão dentro do contexto hospitalar **(E9, E7, E6)**. Como já vimos, os momentos de maior discussão e debate entre os médicos e enfermeiros davam-se em relação ao processo de diagnóstico e cura dos doentes que, claramente, envolvem uma componente científica. Que, por sua vez, é usada maioritariamente pelos médicos, sendo a natureza do seu trabalho teórico.

Sendo que esta é, assim, uma área de conhecimento que é exclusiva aos médicos, podemos afirmar que quando os médicos e os (as) enfermeiros (as) não conseguem chegar a um consenso, tende a ser a opinião dos médicos que é maioritariamente seguida, dentro da esfera hospitalar.

Por outro lado, os (as) enfermeiros (as) focam-se na componente prática e, tal como foi mencionado por um dos entrevistados, têm a tendência em justificar as suas decisões não com base em aspetos teóricos mas sim em opiniões ou dogmas estabelecidos previamente.

Assim sendo, devemos refletir agora sobre o que se dá dentro do contexto dos centros de saúde, apontando as diferenças mencionadas em relação ao meio hospitalar.

Tal como já vimos anteriormente, as tarefas mais práticas são, normalmente, deixadas para os (as) enfermeiros (as), sendo que o seu trabalho é maioritariamente definido por uma componente prática. Como já foi mencionado anteriormente, os (as) enfermeiros (as) estabelecem assim uma relação de proximidade com os doentes, já que se encontram em constante contacto com os mesmos, devido à realização deste tipo de tarefas.

Mesmo assim, os médicos têm liberdade para interferir nas áreas de intervenção dos (as) enfermeiros (as) e na relação que estes mantêm com os doentes. Seja ao decidir o tipo de tratamento, a decretar o tipo de terapêutica que os doentes vão precisar, entre outros. Sendo assim, podemos afirmar que os momentos de maior discussão e debate entre enfermeiros (as) e médicos dentro dos centros de saúde se dão em relação aos processos de tratamento dos doentes que, normalmente, envolve tarefas mais práticas.

Apesar de isto ser uma área de intervenção dos (as) enfermeiros (as), é a opinião dos médicos que prevalece, mostrando a prevalência do poder médico.

Ou seja, tal como é apontado por Gonçalves, os médicos têm assim uma grande “dificuldade em repartir o seu poder, em aceitar normas de disciplina coletiva, ou em ouvir sugestões e recomendações” (1998, 82). Não aceitam que nenhum outro tipo de classe profissional os despoje do poder que possuem ou que se tente inserir nas suas áreas de domínio profissional, reagindo mal quando isto acontece.

6.2.4) Definição da eficácia e sucesso profissional

Devemos agora refletir sobre o que foi apontado pelos entrevistados em relação ao aspetos que consideram mais importantes para serem bem sucedidos e eficazes em termos profissionais. Estes aspetos vão influenciar a construção da sua identidade profissional. Ou seja, vão influenciar a forma como se entendem enquanto profissionais de saúde.

Demonstra-se assim a importância de refletir agora sobre o conceito de eficácia e sobre o conceito de sucesso profissional, de modo a entender o que se encontra por detrás destes dois conceitos e como é que se relacionam com a identidade profissional.

Em primeiro lugar, deve ser tida em conta a forma como os atores sociais podem atingir um nível de eficácia e sucesso profissional considerado satisfatório. Todo este processo começa, assim, com as capacidades que cada um dos (as) enfermeiros (as) vai possuir.

Como é mencionado por Fernandes, podemos referir que “a noção de capacidade associa-se à ideia de potencialidade, mérito ou talento, um pouco diferente de competência cuja noção evoca a excelência do fazer, a habilidade, a amplitude dos “saberes” e dos “saber-fazer” num domínio específico e concreto da acção” (2007, 84).

Ou seja, os (as) enfermeiros (as) atingem assim um nível de capacidades satisfatório quando colocam em prática os conhecimentos teóricos que adquiriram anteriormente e os usam para começar a exercer determinadas tarefas da sua profissão. Podemos afirmar que estes começam a ganhar capacidade no momento em que começam a exercer a sua profissão e a se acostumarem com a mesma. O seu processo de aprendizagem não fica por aí e as capacidades são, claramente, transformadas em competências que, por sua vez, vão garantir o sucesso e a eficácia profissional dos (as) enfermeiros (as), se foram usadas na sua maior plenitude. Tal como é apontado por Oliveira, “as capacidades exprimem as potencialidades de uma pessoa e as competências incluem um conjunto de capacidades e conhecimentos organizados para resolver uma dada situação” (2010, 27). Ora, por

competências, podemos assim entender “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa” (Rosário 2006, 109).

Possuir competências dentro da esfera laboral é enfrentar uma determinada situação e ter autonomia para tomar uma decisão e saber o que fazer.

Podemos afirmar que o ator social vai estar no uso pleno das suas competências quando conseguir tomar decisões autónomas dentro da esfera laboral e quando souber resolver os problemas com que se depara. O ator social que se encontra no uso pleno das suas competências vai ter mais sucesso profissional, visto que vai estar a usar as suas capacidades para resolver as suas tarefas diárias dentro da esfera laboral e todos os problemas que lhe possam surgir à frente e por isso, vai ser mais bem sucedido profissionalmente. Isto dá-se no caso dos médicos, visto que, tal como já vimos, estes têm autonomia para tomar decisões dentro da esfera laboral e para resolver os problemas que encontram.

Por exemplo, fazem constantemente diferentes diagnósticos aos seus doentes e, depois disso, encontram uma cura para os mesmos. No caso dos (as) enfermeiros (as), o mesmo não acontece. O nível de autonomia deles é extremamente baixo e raramente conseguem tomar decisões sem terem de pedir a opinião dos médicos, tal como vimos anteriormente e, graças a isto, a atuação das suas competências encontra-se muitas vezes dependente dos médicos e da sua aprovação. As competências são um importante fator para o sucesso profissional e para a eficácia na profissão e, também, um fator diferencial entre médicos e enfermeiros (as).

Devemos refletir sobre os outros fatores que foram apontados como sendo importantes para o sucesso e eficácia profissional pelos entrevistados. De modo a entender a forma como estes podem vir a influenciar a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Ora, tal como foi referido pelos entrevistados, quando lhes foi perguntado o que achavam necessário para o seu sucesso e eficácia profissional:

“.. relativamente, à questão do planeamento.. sendo eu gestora, tenho que gerir a parte dos recursos humanos.. também, a questão da gestão que passa por tudo, não é.. a questão do funcionamento, a questão das necessidades do doente.. deve tudo ser perceptível à isto.. quais são as necessidades que existem, quem é que vai satisfazer essas necessidades.. e de que tipo de resposta e materiais são necessários para responder a isto....” (E01)

“..... O conhecimento, teórico e científico. Isso é fundamental de termos presente sempre. E a nível de comunicação, a comunicação é fundamental também. Toda a parte formativa da comunicação com as pessoas é fundamental. Sobretudo nós, nos cuidados primários e na comunidade, temos que ter uma grande capacidade de comunicação, de ouvir as pessoas, de entenderem quando elas não querem cumprir o que nós dizemos, saber como dar a volta. Exato. Além do conhecimento teórico ou científico, a comunicação é fundamental, uma boa capacidade também de síntese, as questões da relação com o outro também são importantes..” (E2)

“... O maior é a comunicação. No local onde estou, esses meus contatos, tenho que saber minimamente comunicar e ter empatia com o outro, porque senão o que eu posso saber não chega a outra pessoa. A outra pessoa não está aberta e diz-me que fica lá, usando o discurso que quer transmitir não me chega lá. Não tem uma boa comunicação e uma boa empatia...” (E3)

“.. A preparação técnica, o humanismo e a capacidade de priorizar tarefas..” (E6)

“... O conhecimento.. sem dúvida. Ter uma base teórica que nos torne seguros nos cuidados que estamos a fazer.. não vamos saber o que estamos a fazer se não estivermos dentro do conhecimento e isso é importante, já que estamos a trabalhar com pessoas. Acho que aquilo que também nos dá depois um bocadinho de destreza e de capacidade para nos adaptarmos às situações.. e que vamos vamos ganhando ao longo do tempo, através da experiência...” (E11)

“..... Olhe, primeiro que tudo, por-me sempre no lugar do outro e ser competente e ver a pessoa como um todo, não de forma individual.. individual, em termos de cuidados. E depois é trabalhar para a comunidade que gosto imenso, para além de trabalhar com o tempo em todo o seu ciclo de vida. Mas basicamente é isso, certo?....” (E4)

“..... eu trabalhei em dois contextos muito distintos.. um que não havia comunicação quase. Entre a equipa de enfermagem, equipe médica e a comunicação que existia entre.. entre a chefia não era entre os elementos mais úteis. Estavam cuidados junto ao doente e

trabalhei num outro contexto, onde realmente se trabalha em equipa e as coisas funcionam muito bem. É neste sentido, quando trabalhamos em equipa, quando nos organizamos em prol do doente. Eu acho que a questão é que não estamos todos em prol do doente. Esquecemos-nos disto constantemente. Nós não estamos em prol de uma profissão, nós não estamos em prol do nosso protagonismo, estamos em prol do doente e se tivermos em prol do doente, só trabalhando juntos é que ele vai ter tudo o que precisa..” (E10)

“... ah.. por um lado, o investimento na formação e, portanto, por ter essa capacidade de perceber que as coisas estão em constante mutação, está em constante transformação e, portanto, perceberem que uma atualização frequente..” (E5)

Olhando então para o que foi mencionado assim pelos entrevistados, podemos apontar vários fatores que estes referiram como sendo extremamente importantes para o seu sucesso profissional e para que consigam realizar a sua profissão com o maior nível de eficácia possível. Em primeiro lugar, temos o conhecimento. Tal como já vimos, o conhecimento é de extrema importância para os profissionais de saúde, visto que é através deste que eles conseguem marcar a posição que vão ocupar dentro da esfera laboral. Aqui fica confirmado o que foi dito por Lopes (2006), em relação aos saberes indeterminados. Tal como foi dito anteriormente, os saberes indeterminados são “preservados da rotinização e da possibilidade de assimilação pelos não iniciados, assegurando uma barreira a qualquer interferência ou controlo externo que limite a autoridade e a discricionariedade profissional” (Lopes 2006, 119). São saberes que se podem transformar assim num determinado conjunto de recursos. O que, por sua vez, é feito pelos médicos.

Estes usam este determinado conjunto de saberes que são próprios à profissão médica e transformam-nos em recursos que lhes permitem garantir uma posição hierárquica mais alta dentro da esfera laboral. A posse desses saberes indeterminados leva a que os médicos consigam garantir um determinado nível de poder dentro da esfera laboral. Conseguem, assim, transformar os saberes indeterminados em poder, o que, por sua vez, lhes vai garantir uma posição no topo da esfera hierárquica. No caso dos (as) enfermeiros (as) confirma-se novamente o que foi dito por Lopes (2006), em relação aos saberes técnicos. Por saberes técnicos, podemos entender “um processo de codificação que permite padronizar as modalidades da sua operacionalização nas situações concretas de

trabalho, através das codificações do conhecimento teórico-científico” (Lopes 2006, 119). Ou seja, é possível afirmar assim que os saberes técnicos são o tipo de saberes possuídos pelos (as) enfermeiros (as). Assumem maioritariamente um caráter prático e vão sendo alterados pelas experiências quotidianas vividas pelos (as) enfermeiros (as) durante o seu dia-a-dia dentro da esfera laboral da qual fazem parte. Os (as) enfermeiros (as) usam o seu tipo de conhecimento para tomar conta dos doentes e para cuidar dos mesmos, criando uma relação de proximidade com os mesmos.

Podemos assim afirmar que um dos fatores que distingue o ato médico do ato de enfermagem é o tipo de saberes que cada um destes profissionais de saúde possui. Por um lado, os médicos possuem um conjunto de saberes indeterminados que lhes garantem uma posição hierárquica mais alta dentro da esfera laboral e um determinado nível de poder. Por outro lado, os (as) enfermeiros possuem assim um conjunto de saberes técnicos, que usam para cuidar dos seus doentes e para realizar as tarefas mais práticas que lhes competem durante o seu dia-a-dia quotidiano.

Tudo isto ilustra a importância do conhecimento para o sucesso profissional dos profissionais de saúde e para que estes consigam realizar a sua profissão e as tarefas que lhes competem com o nível máximo de eficiência. Isto remete diretamente para o que foi mencionado por um dos entrevistados em relação à necessidade de um investimento na parte da formação. Ou seja, *“perceber que as coisas estão em constante mutação, estão em constante transformação e, portanto, perceberem que é necessária uma atualização frequente..”* (E5). Isto implica o reconhecimento de que as doenças estão em constante mutação dentro do contexto de sociedade, sendo que umas se vão tornando menos predominantes, enquanto vão aparecendo novas e que podem ser mais graves do que se estava inicialmente à espera. Para que os (as) enfermeiros (as) consigam continuar a ter sucesso e a realizar as suas tarefas com eficácia, é necessário investir assim na continuidade da formação. Tal como foi mencionado pelo entrevistado que se refere a esta questão, é necessário fazer com que os (as) enfermeiros (as) recebam constantemente novos tipos de conhecimento práticos, adaptando-se assim aos novos tipos de doença e conseguindo dar respostas às mesmas. Isto pode ser realizado através da existência de um determinado número de pequenas formações que, por sua vez, vão ajudar a que (as) os (as) enfermeiros (as) se adaptem ao aparecimento de novos tipos de doenças e que adquiram as competências necessárias para poderem lidar com as mesmas. Por sua vez, isto vai levar a que estejam preparados para ajudar os doentes a passarem pelo seu

processo de tratamento. Claramente e para que isto aconteça, é importante que exista planeamento.

Não só em relação ao tipo de formações que são necessárias para dar continuidade ao processo de aprendizagem e de adaptação dos (as) enfermeiros (as), mas também para as unidades de saúde terem o tipo de recursos necessários para dar resposta a estas novas necessidades por parte dos próprios doentes, tal como vai ser desenvolvido mais à frente. De seguida, devemos olhar para a atenção que foi prestada pelos entrevistados à parte humana. Por um lado, foi mencionada a questão da comunicação.

Tal como foi mencionado, “.. *tenho que saber minimamente comunicar e ter empatia com o outro, porque senão o que eu posso saber não chega a outra pessoa.*” (E3).

Os (as) enfermeiros (as) devem começar desde o seu primeiro momento dentro da esfera laboral a criar estratégias para se aproximarem aos doentes e para criarem uma relação de proximidade com os mesmos.

Depois de ser estabelecida essa relação de proximidade, torna-se possível os mesmos transmitirem aos doentes aquilo que sabem e ter um nível de comunicação aberta com eles que, por sua vez, lhes vai ajudar a informar os doentes do tipo de tratamento que precisam e a fazer com que eles se conformem com o mesmo. Se houver uma linha de comunicação aberta, os doentes ganham mais confiança nos (nas) enfermeiros (as) e por sua vez, têm mais tendência a ser mais receptivos perante o tratamento que vão receber.

Isto pode, claramente, levar a que o momento de cura e restabelecimento da saúde chegue mais depressa. Graças a isto, os doentes mantêm também esta relação de proximidade com os (as) enfermeiros (as) se voltarem a precisar dos seus serviços e do seu cuidado no futuro, estando abertos ao mesmo, já que ganharam confiança nos mesmos.

Fica assim demonstrada a importância de ser estabelecida uma relação de proximidade entre enfermeiros (as) e doentes. Isto vai facilitar o processo de cura e tratamento dos doentes e vai, também, fornecer assim aos (às) enfermeiros (as) um pouco mais de autonomia dentro da esfera laboral da qual fazem parte.

De seguida, foi apontada pelos entrevistados a importância que estes atribuem à necessidade de ter em conta aquilo que é expressado pelos doentes e as necessidades que estes possam ter. Ora, isto encontra-se diretamente relacionado com o ponto que foi apontado anteriormente. Se os (as) enfermeiros (as) tiverem uma relação de proximidade com os doentes, vão claramente ter conhecimento sobre aquilo que estes pensam e sobre aquilo que necessitam enquanto se encontram ao seu cuidado e, graças a isto, vão poder ajustar o seu plano de tratamento tendo em conta estas necessidades, dentro do possível.

Ao ter em conta as necessidades dos doentes e ao ajustar o seu plano de tratamento às mesmas, conseguem, assim, ganhar a confiança dos doentes e fazer com que eles se sintam à vontade com eles, melhorando assim o processo de cura e tratamento.

Tal como foi mencionado por um dos entrevistados, “*portanto, conseguir dar resposta a todas estas necessidades e que sejam bem sucedidas*” (E4) é um fator importante para o sucesso profissional dos (as) enfermeiros (as) e para que eles realizem as suas tarefas com o maior nível de eficácia possível.

Ao darem resposta às necessidades demonstradas pelos doentes, os (as) enfermeiros (as) estão, assim, a recuperar para si um determinado tipo de poder dentro da esfera laboral, algo que apenas conseguem fazer através da relação mantida com os doentes. Todos os aspetos que foram sendo mencionados pelos entrevistados começam como sendo capacidades, tal como já vimos anteriormente e, através da experiência e da prática, passam assim a ser competências que devem ser usadas durante o seu dia-a-dia, de modo a realizarem as suas tarefas com o maior nível de eficácia possível. Tal como é mencionado por Ribeiro, “a competência é vista como uma “soma”, e na verdade trata-se de uma combinação em que cada elemento se modifica na relação com os outros, sendo, portanto, um processo que combina recursos.” (2009, 28). Todos os aspetos que foram mencionados pelos entrevistados tornam-se assim recursos ao longo do processo de aprendizagem dos (as) enfermeiros (as), desde o momento em que estes se começam a pôr em prática o que aprenderam. Quando são usados de uma forma correta e postos em prática, levam a que os níveis desejados de sucesso e eficácia profissional sejam assim atingidos por parte dos profissionais de saúde.

6.3) As dinâmicas observadas dentro da esfera laboral

Com a chegada a este ponto, devemos agora olhar para as dinâmicas observadas dentro da esfera laboral e, principalmente, entre médicos e enfermeiros (as).

Mais uma vez, devemos ter em mente o fato de terem sido entrevistados (as) enfermeiros (as) de centros de saúde, enfermeiros (as) de hospitais e alguns que já tinham exercido a sua atividade profissional dentro destes dois contextos. O que permite, claramente, fazer uma comparação entre as dinâmicas que se dão entre estes dois tipos de profissionais de saúde dentro destes dois contextos.

Em primeiro lugar, devemos começar por analisar aquilo que foi mencionado pelos entrevistados em relação à influência do poder médico e sobre a forma como este pode

levar a que os (as) enfermeiros (as) se comportem de uma determinada maneira ou que fiquem restritos apenas a um tipo de tarefas. De seguida, torna-se de extrema importância olhar para a diferenciação de tarefas que existe entre médicos e enfermeiros (as).

De acordo com as suas credenciais, estes são encorajados a se focarem em apenas um determinado tipo de tarefas, podendo estas assumirem um carácter prático ou um carácter mais teórico, como é o caso dos médicos. Tal como já vimos anteriormente, os médicos possuem assim um conjunto de saberes indeterminados, que lhes garantem uma posição hierárquica mais alta dentro da esfera laboral e que por sua vez, implica que estes se focam mais num conjunto de tarefas mais teóricas (Lopes, 2006). Por outro lado, os (as) enfermeiros (as) possuem um conjunto de saberes técnicos que são aplicados no seu dia-a-dia e que implicam que estes se foquem num conjunto de tarefas que assumem um carácter mais prático, tal como cuidar dos doentes (Lopes, 2006).

No ponto seguinte, devemos assim olhar para o que os entrevistados disseram sobre o fato de existir ou não uma desvalorização por parte dos médicos em relação ao trabalho dos (as) enfermeiros (as), tendo também em mente a forma como esta pode vir a influenciar a criação da sua identidade profissional.

De seguida, devemos assim refletir sobre as estratégias que são usadas pelos médicos para manterem domínio sobre a esfera laboral e, consequentemente, sobre os (as) enfermeiros (as) e sobre o trabalho que estes vão desempenhar.

6.3.1) A influência do poder médico

O poder médico exerce, assim, uma forte influência sobre a esfera laboral em si. Afeta as posições que cada uma das profissões vai ocupar na estrutura hierárquica, tal como o tipo de tarefas que é suposto que cada um desempenhe. Tendo isto em mente, devemos agora olhar para as características que foram apontadas pelos entrevistados como sendo influenciadas fortemente pelo poder médico. Devemos refletir sobre a forma como o poder médico pode vir assim a influenciar a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo este um dos objetivos principais da presente dissertação.

Sendo assim, olhando para o que foi referido pelos entrevistados:

“Eu acho que tive uma situação que me magoou um bocadinho, que foi relativamente a uma orientação e um trabalho que estava a ser feito com uma utente que tinha tido um BBA há muito pouco tempo e estávamos ali por volta dos quatro meses, três meses de

idade da criança e eu tinha feito todo o meu trabalho de incentivo, promoção do aleitamento materno e depois o médico que atendeu a criança e a mãe introduziu-lhe logo o leite artificial. Portanto, eu acho que foi a única situação que eu me senti assim um bocadinho ultrapassada..” (E01)

Em primeiro lugar, devemos começar por mencionar que esta entrevistada trabalha dentro de um centro de saúde. Ora, os atores sociais são socializados para aprenderem as regras de conduta dentro da esfera laboral desde muito cedo e claramente, isto implica a aprendizagem das tarefas que são específicas a cada uma destas profissões. Tal como já vimos anteriormente, os centros de saúde focam-se na prevenção de determinadas doenças e no acompanhamento do estado de saúde dos doentes. Sendo que tudo isto implica maioritariamente o uso de determinadas tarefas práticas, era de esperar que os (as) enfermeiros (as) possuissem mais autonomia dentro deste tipo de esfera laboral.

Mesmo assim, podemos claramente apontar a existência de um desrespeito por parte dos médicos em relação ao tipo de tarefas que cada uma destas profissões deve desempenhar. Para os (as) enfermeiros (as), uma das únicas áreas onde conseguem ainda obter algum tipo de autonomia e de poder é dentro da relação que mantêm com os doentes. Verificamos, assim, que os médicos ainda tentam recuperar poder dentro desta mesma área de intervenção, tentando assim influenciar a relação entre os doentes e os (as) enfermeiros (as).

O mesmo foi demonstrado pelo excerto da entrevista 01 mencionado anteriormente. Deve ainda ser apontado o fato de que não existe, assim, comunicação entre médicos e enfermeiros (as). Por um lado, os (as) enfermeiros (as) tentam assim dirigir o plano de tratamento dos doentes da melhor forma, mantendo uma via de comunicação privilegiada com os mesmos. Muitas vezes e apesar disso ser uma das áreas de maior intervenção dos (as) enfermeiros (as), podemos verificar que os médicos ainda tentam intervir e como foi referido por um dos entrevistados, nem sempre da melhor forma, o que pode trazer consequências para o doente.

O mesmo foi reforçado por um outro entrevistado, que trabalhava dentro de um centro de saúde, ao dizer:

“Pois, às vezes é assim. Há pessoas e pessoas, né? Que entram aqui e que às vezes há médicos que cortam um bocadinho a tentativa que nós fazemos de levar a pessoa um

bocadinho mais para o sentido positivo. E às vezes ainda levam para o sentido mesmo.”
(E2)

Mais uma vez, deve ser apontado que os médicos fazem tentativas constantes de interferir na relação estabelecida entre doentes e enfermeiros (as), mesmo dentro dos centros de saúde. Por sua vez, estes ainda se focam maioritariamente no processo de tratamento dos doentes e na prevenção de determinadas doenças.

Graças a isto, era de esperar que as tarefas que são da responsabilidade dos (as) enfermeiros (as) não fossem tão fortemente influenciadas pelo poder médico. Mesmo assim, podemos verificar que isto não acontece e que o poder médico continua a influenciar fortemente o ato da enfermagem e as tarefas que são da sua responsabilidade. Os (as) enfermeiros (as) tentam constantemente orientar o processo de tratamento e cura dos doentes para um lado mais positivo, sendo que ao estabelecerem uma ligação mais emotiva com os mesmos, conseguem assim afetá-los de uma forma mais positiva, o que pode até acelerar o seu processo de cura.

Mesmo assim, os médicos tentam interferir nesta relação, tentando cortar “*um bocadinho a tentativa que nós fazemos de levar a pessoa um bocadinho mais para o sentido positivo*” (E2). Mais uma vez, podemos afirmar que esta intervenção vai trazer consequências negativas para o doente que, por sua vez, pode começar a olhar para o seu processo de tratamento de uma forma menos positiva e não estar tão receptivo em relação ao mesmo.

Esta intervenção por parte dos médicos deveria acontecer apenas em situações em que fosse completamente necessária e onde não existisse outra opção. Claramente, isto acontece graças ao fato que, tal como foi apontado por um dos entrevistados, os médicos não têm muita noção sobre o que é realmente o trabalho dos (as) enfermeiros (as), especialmente dentro dos centros de saúde. Tal como já foi mencionado ao longo da presente dissertação, os médicos conseguem exercer poder sobre a maior parte da esfera laboral, através do tipo de credenciais que possuem. Isto pode levar a que estes tenham apenas noção sobre o tipo de trabalho que é suposto que eles desempenhem e sobre as tarefas que deixam para que os (as) enfermeiros (as) desempenhem e que não tenham realmente noção sobre o que realmente é o trabalho realizado pelos (as) enfermeiros (as). Assim e mesmo dentro dos centros de saúde, os (as) enfermeiros (as) e o seu trabalho continuam a ser extremamente desvalorizados pelos médicos. Por sua vez, estes não entendem a importância do acompanhamento constante do estado de saúde dos doentes

que é feito pelos (as) enfermeiros (as) ou das tarefas que são feitas para prevenir determinadas doenças. O mesmo foi apontado por um dos entrevistados que faziam parte dos centros de saúde, ao dizer:

“.. sim. então, hoje em dia, eu considero que poucos têm a noção do que é o nosso trabalho na globalidade. eu acho que a maior parte não tem a noção do global de serviço de trabalho que está debaixo da nossa alçada, por exemplo, numa unidade de saúde. ou isso, muitas vezes a gente falha e falha muita coisa. quando os (as) enfermeiros (as) começam a não pegar e a resolver certas situações, as coisas às vezes não funcionam..” (E4)

Ao refletir sobre o que foi apontado, podemos apontar assim a relevância do trabalho realizado pelos (as) enfermeiros (as), apesar de esta não ser muitas vezes reconhecida pelos médicos. Sem a sua presença, é claro que uma unidade de saúde ou até mesmo um hospital, tal como vamos ver mais à frente, não funcionam da mesma maneira.

Todas as profissões que exercem a sua atividade profissional dentro da esfera hospitalar ou até mesmo dentro de um centro de saúde têm um papel a desempenhar e, se isto não acontecer, é claro que as dinâmicas não vão funcionar como deve ser.

Podemos assim olhar tanto para o hospital como para um centro de saúde como sendo um sistema e para os médicos e enfermeiros (as) como sendo partes desse sistema. Quando uma dessas partes não desempenha as funções que lhe dizem respeito ou quando uma das partes tenta desempenhar uma função que não lhe compete, o funcionamento do sistema como um todo vai ser assim afetado e vai trazer consequências negativas para todas as partes envolvidas. O mesmo foi demonstrado pelos (as) entrevistados (as) que faziam parte dos centros de saúde, ao dizerem que os médicos tentavam intervir maioritariamente no processo de tratamento dos doentes e na relação que os (as) enfermeiros (as) mantinham com eles.

Quando os médicos tentam intervir assim numa área que não lhes diz respeito ou quando não valorizam a natureza do trabalho desempenhado pelos (as) enfermeiros (as), isto vai claramente ter consequências. Estas podem afetar os doentes, que vêem o seu processo de tratamento a ser influenciado de uma maneira negativa, o que pode claramente afetar o

seu estado de saúde, de uma forma grave. Ou podem, também, influenciar os (as) enfermeiros (as), sendo que estes têm o seu conhecimento questionado ou perdem a pouca autonomia que possuíam dentro da esfera laboral para os médicos. Tudo isto se dá graças ao fato do poder médico se estabelecer como sendo um obstáculo para os restantes profissionais de saúde, tal como os (as) enfermeiros (as). Os médicos são, assim, “profissionais de saúde com os quais é difícil trabalhar, principalmente por serem formados ao longo dos anos da sua preparação técnica académica para estarem capacitados a exercer, a cada momento, decisões que envolvem a vida e morte das pessoas.” (Gonçalves 1998, 82).

Graças ao fato de serem socializados para reconhecerem desde muito cedo a extrema importância do trabalho que exercem, isto pode levar a que os médicos não reconheçam a validade e a importância do trabalho que é desempenhado pelos outros profissionais de saúde. Também, pode fazer com que estes tentem constantemente despojar os outros profissionais de saúde da autonomia que estes possuem, exercendo poder sobre os mesmos.

Ora, isto remete diretamente para algo que foi mencionado por outro dos entrevistados que exerce a sua profissão dentro de um hospital:

“... as responsabilidades são bem diferentes. então, o médico está responsável por um tratamento barra cura, não é? o enfermeiro está responsável por cuidar de um doente, é que claro que as coisas cruzam, ligam-se, mas são coisas bem definidas o que é que um faz e o outro faz...” (E8)

Tal como é apontado por Gonçalves, “de modo a atingir plenamente todos os seus objetivos, o hospital ou o centro de saúde precisa de estruturar de maneira extremamente racional todos os seus setores referidos” (1998, 82). Ou seja, as responsabilidades de cada um destes atores sociais já se encontram extremamente bem definidas dentro da esfera laboral, estando cada setor extremamente organizado. Assim, dentro do hospital, “o médico está responsável por um tratamento/cura”, enquanto o (a) enfermeiro (a) está responsável por cuidar do próprio doente em si. Apesar de existir uma certa interdependência entre estas profissões, podemos afirmar que os aspetos que são da

responsabilidade de cada um se encontram muito bem definidos e que quando um deles tenta transgredir para uma área de intervenção que não lhes pertence, isto vai trazer consequências negativas para todos os envolvidos.

Claramente, podemos afirmar que o poder médico pode influenciar todo o sistema que foi mencionado anteriormente, normalmente de uma forma negativa.

Mais especificamente, pode influenciar todos aqueles que se encontram em posições hierárquicas inferiores às que são ocupadas pelos médicos. Tal como mencionado por Gonçalves, “a estrutura organizacional específica quem tem autoridade sobre quem e com que objetivo” (1998, 83). E sendo que os médicos se encontram em posições de autoridade, onde podem decretar as ações que cada uma das outras classes pode realizar, podemos afirmar que as suas ações podem vir assim a trazer consequências negativas para o resto dos indivíduos que fazem parte da mesma estrutura.

Tal como foi mencionado por um dos entrevistados que exerce a sua profissão dentro de um hospital, isto pode vir a acontecer:

“.. costumam. e de que forma.. muitas vezes, numa perspectiva de defesa intransigente de.. da classe médica e muitas vezes passando por cima das outras classes e até do interesse do doente..” (E6).

Verifica-se que os (as) enfermeiros (as) têm assim conhecimento de que, muitas vezes, os médicos passam por cima do que vão ser os interesses das outras profissões e até mesmo dos próprios doentes, de modo a conseguirem exercer a sua própria vontade. Torna-se ainda importante aprofundarmos o que foi dito pelos entrevistados, em relação às diferenças que podem ser apontadas entre o contexto dos centros de saúde e o contexto dos hospitais.

Sendo que foram incluídos no estudo indivíduos que já exerceram a sua função tanto nos centros de saúde como nos hospitais, isto vai permitir uma análise das diferenças entre estes dois contextos laborais e dos aspetos em comum que ambos possam possuir.

Mais explicitamente, isto vai permitir uma análise sobre a forma como o poder médico influencia as dinâmicas profissionais que se dão dentro do hospital e dentro de um centro de saúde. Ao apontar o que foi mencionado pelos entrevistados, podemos verificar que:

“eu.... acho que nos dois. claro que no hospital, o universo é maior. são mais pessoas.. são mais médicos, são mais enfermeiros (as) e se calhar, a coisa dilui-se mais. nos cuidados de saúde primários.. nós somos menos médicos e menos (as) enfermeiros (as) e portanto, dá para perceber o que é mais notório.” (E4)

Existem várias diferenças entre as dinâmicas que se dão dentro da esfera laboral e as que se dão dentro de um hospital. Em primeiro lugar e tal como já vimos anteriormente, podemos afirmar que dentro do hospital, a hierarquia entre médicos e enfermeiros (as) é algo de que todos os atores sociais têm conhecimento e graças a isto, já não questionam. Como é um universo maior, podemos afirmar que a influência que o poder médico exerce sobre a esfera hospitalar e as suas respectivas consequências não são vistas como sendo algo peculiar e raro. São vistas como sendo algo que já se encontra normalizado e que faz parte do quadro normativo que os atores sociais aprendem antes de se juntarem à esfera hospitalar e de começarem a exercer a sua função e que afeta, consequentemente, a sua autonomia, tal como já vimos anteriormente. Ou seja, podemos afirmar que, dentro dos hospitais, a influência que o poder médico tem sobre o ato da enfermagem é muito maior do que nos centros de saúde. No caso dos centros de saúde, podemos apontar a existência de um caso um pouco diferente. Os centros de saúde focam-se maioritariamente no cuidado dos doentes e graças a isto, é dentro dos mesmos que os (as) enfermeiros (as) possuem uma maior área de atuação e de intervenção. Mesmo assim, e tal como já vimos anteriormente, continuam a ser influenciados pelos médicos, graças ao fato que estes se encontram em posições superiores na estrutura hierárquica. Tal como foi mencionado por um dos entrevistados, podemos apontar o fato que:

“.. a diferença maior é que nos cuidados de saúde primários.. nós estamos virados para a comunidade.. para a pessoa.. para o utente...ou seja, nós ali temos uma preocupação em recuperar o doente... enquanto no meio hospitalar é diferente...” (E4)

É, também, graças à relação que mantêm com os doentes que os (as) enfermeiros (as) ganham, por sua vez, mais autonomia. Tal como foi mencionado pelos entrevistados, é dentro dos centros de saúde que as tentativas de exercer poder por parte dos médicos sobre os (as) enfermeiros (as) e restantes profissionais de saúde são mais raras, apesar de continuarem a acontecer, tal como vimos anteriormente.

Como é um universo estritamente menor do que o dos hospitais, é claro que as dinâmicas dadas entre as diferentes profissões vão ser mais evidentes para todos os atores sociais envolvidos nessa esfera laboral. Consequentemente, o poder médico não se encontra tão normalizado dentro dos centros de saúde como se encontra dentro dos hospitais, graças aos seus diferentes focos de intervenção. Por sua vez, este aspeto leva a que estes momentos de intervenção por parte dos médicos e consequente tentativas de exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as) sejam mais questionados.

Devemos agora refletir sobre o que foi mencionado pelos entrevistados sobre a forma como os médicos conseguem continuar a manter domínio sobre a esfera laboral e sobre os restantes profissionais de saúde. Ou seja, sobre as estratégias que estes encontram para fazer isso acontecer, sejam estas de um caráter mais técnico como a distribuição de tarefas ou de um caráter mais hipotético, tal como a tomada de determinadas decisões que podem vir a influenciar o trabalho dos (as) enfermeiros (as).

6.3.2) Estratégias para manter domínio profissional

Devemos agora refletir sobre o que foi apontado pelos entrevistados, em relação ao tipo de estratégias que são usadas por parte dos médicos, de modo a manterem controle sobre a esfera laboral e sobre os restantes profissionais de saúde.

Claramente e tal como já fomos vendo ao longo da presente dissertação, os médicos exercem poder sobre o resto da esfera laboral graças às credenciais que possuem e graças à posição hierárquica mais alta que ocupam. Podem, assim, decidir o tipo de tarefas que vão ser desempenhadas pelos restantes profissionais de saúde e as áreas em que estes podem atuar, ao mesmo tempo que continuam a exercer poder sobre os mesmos.

O poder médico já se encontra incorporado na estrutura da própria esfera laboral, o que leva a que os atores sociais sejam socializados para o terem em mente desde o momento em que começam a exercer a sua profissão. Os médicos são assim socializados desde muito cedo para tomarem decisões que podem resultar na vida ou morte para os doentes, para exercerem cargos de chefia dentro da esfera laboral e para decretarem o tipo de tarefas que os outros profissionais de saúde, nomeadamente os (as) enfermeiros (as), podem desempenhar. Por outro lado, os (as) enfermeiros (as) são assim socializados para se conformarem com a posição de subordinação em relação aos médicos e para realizarem as tarefas que estes lhes prescrevem, assumindo estas um caráter maioritariamente prático. Tendo isto em mente, a determinada forma como a estrutura

hierárquica se encontra organizada raramente é questionada pelos profissionais de saúde, sendo que estes já foram socializados com ela em mente.

Isto permite, claramente, que os médicos mantenham a sua posição de superioridade profissional e que continuem a poder decretar o tipo de tarefas que cada uma das restantes profissões vai desempenhar dentro da esfera laboral.

Devemos agora refletir sobre as estratégias que são usadas pelos médicos para reforçar a sua superioridade profissional e para continuarem a exercer poder sobre as restantes profissões. Os entrevistados foram questionados sobre isto mesmo e assim, devemos agora refletir sobre o que foi mencionado pelos mesmos:

“... este gap é um fosso? sim, um distanciamento entre aquelas que são mais da responsabilidade e uma diferenciação entre aquelas que são mais da responsabilidade dos médicos e aquelas que são mais da responsabilidade dos (as) enfermeiros (as). isto prende-se com algumas discussões que estão neste momento em cima da mesa e até mesmo na sociedade. o facto dos partos serem feitos por enfermeiros (as) especialistas ou a prescrição de medicação. eu até nem entraria muito nessa questão da discussão. eu acho que o papel do enfermeiro está muito bem definido, no entanto, eu tenho aqui intervenções que são interdependentes do clínico. eu não posso prescrever, mas estou sujeito a uma prescrição do clínico em relação àquele utente...” (E1)

“... Aí é que está a questão, é que às vezes essas funções quase que se sobrepõem. Há uma sobreposição. E depois parece que o que acontece é que aquilo que eles não querem fazer deixam com os outros. Exato. Pronto. Como há uma sobreposição de tarefas, ou quase que são as mesmas em alguns aspectos, eles acham que podem... Ah, aquilo não me interessa, então vou descartar e vou passar para aqueles que estão embaixo de mim na estrutura hierárquica. E dá-me muito esta postura hierarquicamente, para alguns, somos, num bom português, não sei dizer isto, mas é verdade, eles acham que ainda somos criados de mil. Eles passam as tarefas mais desagradáveis no dia a dia para quem, no fundo, eles podem descartar, porque é alguém inferior, que é o mais fraco...” (E3)

“... sim.. às vezes, através da atribuição de tarefas... e depois, é um módulo que compõe também.. às vezes, a forma como fazemos estas tarefas com que eles menos querem lidar. não sei se me estou a querer fazer explicar...” (E3)

“.. então, o médico está responsável por um tratamento barra cura, não é? exato. o enfermeiro está responsável por cuidar de um doente, é que claro que as coisas cruzam, ligam-se, mas são coisas bem definidas o que é que um faz e o outro faz...” (E4)

“.. temos aqui intervenções que são autónomas, no entanto são única e exclusivamente a responsabilidade dos médicos, assim como outras que são única e exclusivamente a responsabilidade dos (as) enfermeiros (as). E depois há aquelas que nós chamamos de interdependentes e que realmente necessitam da colaboração ou em que ambas as profissões de alguma forma estão envolvidas. Portanto, acho que é mesmo isso..” (E5)

Ao refletirmos agora sobre o que foi mencionado pelos entrevistados, podemos apontar a existência de uma primeira estratégia para manter domínio sobre o resto da esfera laboral e principalmente, sobre os (as) enfermeiros (as).

Esta é, claramente, a separação de tarefas por parte dos médicos. Os médicos ocupam-se das tarefas que assumem um caráter mais teórico e que por sua vez, levam a que estes recebam mais honra e prestígio social. Envolve a procura de constante diagnóstico e cura para os doentes, o que, claramente, implica uma grande quantidade de trabalho teórico. Isto leva a que o restante tipo de tarefas seja deixado para os (as) enfermeiros (as).

Tal como foi mencionado por um dos entrevistados, é assim afirmado que o que eles não querem fazer, deixam para os outros. Ou seja, *“eles passam as tarefas mais desagradáveis no dia a dia para quem, no fundo, eles podem descartar, porque é alguém inferior, que é o mais fraco..” (E3)*. Ficam assim com aquele tipo de tarefas que lhes vão permitir manter a sua posição hierarquicamente superior dentro da esfera laboral e que lhes vão conceder honra e prestígio social, sendo que muitas vezes têm que tomar decisões que podem levar à sobrevivência e cura dos doentes.

Por outro lado, atribuem aos (às) enfermeiros (as) as tarefas que não querem realizar e que não vão permitir que estes consigam ultrapassar a posição de subordinados que assumiram no momento em que ingressaram dentro da esfera laboral.

Os médicos têm, assim, a consciência de que as credenciais que possuem lhes permitem arranjar estratégias para se manterem numa posição hierárquica mais elevada dentro da esfera laboral. Por sua vez, têm a possibilidade de arranjar também estratégias para fazer com que as restantes profissões se mantenham em posições inferiores às suas dentro da esfera laboral, tal como a que foi referida anteriormente.

É importante ainda referir que até mesmo quando os médicos atribuem as tarefas menos prestigiosas aos (às) enfermeiros (as), estas ainda se encontram dependentes deles. Ou seja, tal como podemos verificar no que foi referido pelos entrevistados:

“.. os médicos escrevem e nós.... e tratam a doença e nós cuidamos da pessoa, portanto eles prescrevem e nós fazemos os tratamentos, portanto existe.. Existe sim. Existe alguma diferença, não é?..” (E6)

“... e depois há aquelas que nós chamamos de interdependentes e que realmente necessitam da colaboração ou em que ambas as profissões de alguma forma estão envolvidas...” (E5)

“Então, o médico está responsável por um tratamento barra cura, não é? Exato. O enfermeiro está responsável por cuidar de um doente, é que claro que as coisas cruzam, ligam-se..” (E2)

As tarefas que os (as) enfermeiros (as) desempenham encontram-se, assim, extremamente ligadas às que são desempenhadas pelos médicos. Podemos assim afirmar que existe um determinado tipo de tarefas que os (as) enfermeiros (as) não podem desempenhar sem algo ser feito primeiramente pelos médicos ou até mesmo áreas em que estes não podem entrar sem a permissão dos médicos. Ou seja, “existe um determinado tipo de intervenções que os (as) enfermeiros (as) não podem, autonomamente, desenvolver e que constituem atos que, por lhes estarem vedados, consubstanciam competências proibidas” (Temido & Dussault 2014, 45).

São competências proibidas porque são, assim, exclusivas aos médicos que apenas as podem exercer devido ao tipo de conhecimento que possuem que, por sua vez, é também único à profissão. Ou seja, podemos assim afirmar que uma outra estratégia que é usada

pelos médicos de modo continuarem a exercer domínio sobre os (as) enfermeiros (as) é, assim, a criação de uma relação de interdependência. Esta encontra-se maioritariamente relacionada com o tipo de tarefas que cada um destes profissionais de saúde desempenha e, principalmente, com o fato de que existem determinadas tarefas que os (as) enfermeiros (as) não podem desempenhar sem a permissão dos médicos ou sem algo ser feito por eles anteriormente. Existem, também, áreas onde estes não podem atuar. Uma delas é, assim, o diagnóstico e cura dos doentes, como foi mencionado pelos entrevistados. Esta área é exclusivamente dos médicos, sendo que envolve um tipo de conhecimento e de prática teórica que apenas é possuída por eles.

Ficam-lhes assim reservados os momentos de diagnóstico e cura dos doentes e, tal como foi visto, deixam o momento de tratamento e de acompanhamento do determinado processo de tratamento para os (as) enfermeiros (as). Mais uma vez, isto demonstra a interdependência que é estabelecida pelos médicos em relação aos (às) enfermeiros (as), visto que estes não podem avançar para o momento de tratamento e de acompanhamento do estado de saúde dos doentes sem que os médicos realizem primeiro a componente que lhes cabe, ou seja, o diagnóstico e a procura da melhor cura para os doentes.

Isto só pode ser realizado, tal como já foi apontado anteriormente, através do uso do conhecimento teórico que é exclusivo aos médicos. Apesar disto, afirmar-se que esta interdependência também influencia o lado dos médicos, visto que estes encontram-se dependentes das capacidades práticas dos (as) enfermeiros (as).

O domínio prático pode ser uma componente com que estes não se encontram tão à vontade e graças a isso, precisam da ação dos (as) enfermeiros (as) para o realizar, nomeadamente no que toca ao processo de acompanhamento do estado de saúde dos doentes. Tal como foi mencionado por um dos entrevistados, ao dizer que “mas... e é um bocado porque nós estamos sempre... somos quem os vê mais vezes e que vemos a evolução da situação, eles só vêm lá uma vez por mês ou algo.” **(E2)**.

Os médicos realizam uma separação das tarefas que cada profissão deve desempenhar e reclamam as áreas científicas como sendo exclusivamente suas graças à sua posição hierárquica mas criam uma relação de interdependência com os (as) enfermeiros (as) ao mesmo tempo, já que ficam dependentes da realização da parte prática por parte dos

mesmos. Tal como foi dito por alguns dos (as) entrevistados (as) que exerce a sua profissão dentro de um hospital:

“... o conhecimento.. sem dúvida... os senhores doutores ficam com as parte mais teórica para si.. deixam para nós o resto.. a parte mais prática.. mas esquecem-se que depois precisam de nós para a fazer..” (E11)

“.. está bem definido o que é que cada um faz.. os médicos não permitem a nossa passagem por certas áreas que são apenas deles.. como a parte mais científica.. é apenas deles.. mas sempre que precisam de alguma tarefa mais simples.. vêm ter connosco..” (E8)

Tendo em conta o que foi dito por estes (estas) entrevistados (as), podemos apontar que são os médicos que “vão definir a organização do trabalho na organização hospitalar, através de atividades coordenadas em tempo e no espaço da disposição física do hospital, concebida para o efeito, e pelo agendamento preciso de horários detalhados”. (Silva 2023, 81). Graças ao nível de poder que possuem dentro da esfera laboral, os médicos conseguem, assim, decretar a forma com o trabalho se vai encontrar organizado e que tipo de tarefas é que é suposto que cada profissional de saúde desempenhe. Claramente, podemos apontar que se encontra aqui refletida a teoria da ordem negociada de Strauss. Tal como já vimos anteriormente, esta afirma que a esfera hospitalar é regulada por um constante processo de negociações, onde cada profissional de saúde luta pelos seus interesses (Strauss, 1978). Sendo assim, é de esperar que os médicos lutem pelos interesses da sua profissão e que graças ao nível de poder que possuem, consigam organizar a ordem social de uma determinada forma. Ficando com as tarefas que assumem um carácter mais científico e mais teórico para si e deixando as que não querem fazer para os (as) enfermeiros (as), tal como foi mencionado pelos (as) entrevistados (as). Mesmo assim, e graças a esta “negociação” estabelecida com os (as) enfermeiros (as), podemos afirmar que os médicos ficam assim dependentes deles para realizarem as tarefas mais práticas. Tal como vimos anteriormente, a ordem social dentro da esfera laboral é assim negociada constantemente entre profissionais de saúde e graças ao seu nível de poder elevado, os médicos conseguem pôr em prática os seus interesses

profissionais e reservar para si as tarefas que lhes vão garantir ainda mais poder e prestígio social.

6.4) A identidade profissional e os fatores influenciadores

Indo de acordo ao que foi referido anteriormente, devemos agora refletir sobre o que foi mencionado pelos entrevistados sobre o processo de construção da sua identidade profissional. Em primeiro lugar, devemos assim olhar para as definições de identidade profissional que foram apresentadas pelos (as) enfermeiros (as) e compará-las com as definições que foram mencionadas anteriormente e que podemos encontrar na literatura. Posteriormente, devemos assim refletir sobre os fatores que foram apresentados como sendo importantes para a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Tal como é dito por Tavares, podemos referir que as identidades profissionais são, assim, “construções sociais geradas em sucessivos processos de socialização, multidimensionais e contínuos, que decorrem simultaneamente em diferentes contextos, no plano formal, no quadro de diferentes instâncias (escola, contextos de trabalho, meios de comunicação, família, etc) e no plano informal” (2008, 36).

A identidade profissional baseia-se, assim, num conjunto de construções sociais que levam a que os indivíduos que desempenham uma determinada profissão se identifiquem com a mesma e que se identifiquem com os outros que também a desempenham. Ou seja, baseia-se num “conjunto de maneiras socialmente reconhecidas para os indivíduos se identificarem uns com os outros, dentro do campo do trabalho e do emprego” (Santos 2019, 2). Isto vai levar a que estes profissionais de saúde criem laços de identificação com a profissão e com os restantes enfermeiros (as).

De modo a entender melhor o conceito de identidade profissional tal como ele é apresentado por Tavares, devemos refletir agora sobre os diferentes momentos de socialização e sobre a forma como estes podem influenciar a estruturação da identidade profissional dos atores sociais. O primeiro momento de socialização onde os atores sociais começam assim a aprender os quadros normativos próprios à sua profissão dá-se dentro do contexto escolar. Ou seja, “o processo de socialização escolar centra-se em “referência teóricas”, com o objetivo de educar os futuros profissionais” (Tavares 2008, 36). Tal como é dito por Dubar, é durante este momento de socialização que se dá assim o estabelecimento de um “modelo ideal da profissão” (1997, 136).

Este tipo de modelo implica a aprendizagem de um determinado quadro normativo que é próprio à profissão, de uma imagem de marca da profissão e do valor simbólico que esta tem em contexto social (Tavares 2008, 37). Ao mesmo tempo que estabelecem este modelo, os (as) enfermeiros (as) começam a aprender as características próprias à profissão, ou seja, as características que é suposto que eles também possuam, quando começarem a exercer a sua profissão. Como por exemplo, aspetos tais como a relação que é suposto manterem com os médicos e com os doentes, o tipo de tarefas que é suposto desempenharem dentro da esfera laboral, entre outros. Isto vai fazer com que, inicialmente, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) se estruture à volta deste modelo ideal e de todas as características que este lhes vai impor.

Por sua vez, este “modelo ideal” reflete as expectativas e ideias que a sociedade tem da mesma. Apesar disto e tal como é dito por Tavares, o período entre o momento de socialização escolar e o momento em que os atores sociais ingressam na esfera laboral implica uma redefinição da forma como estes olham para a sua profissão (2008, 38).

Ou seja, “verifica-se assim uma descontinuidade e, ao mesmo tempo, uma redefinição de valores operada em contexto profissional que produz, frequentemente, formas de ruptura com a aprendizagem escolar” (Tavares 2008, 37).

Os profissionais de saúde passam assim de um modelo ideal para um modelo prático, que implica a aprendizagem de um conjunto de “tarefas quotidianas e de trabalhos mais pesados, que mantém poucas relações com o primeiro” (Tavares 2008, citando Dubar 1997). Os (as) enfermeiros (as) são assim alvo de vários outros momentos de socialização que vão alterar a perceção que tinham inicialmente sobre o que era realmente a sua profissão. Com a experiência, os profissionais de saúde começam, assim, a deixar para trás este modelo mais idealizado da profissão e a estruturarem um modelo mais prático e mais realista. Este já inclui todas as características que apenas podem ser aprendidas com a experiência e o contacto com a esfera laboral. Tal como a aprendizagem de determinadas tarefas práticas, o estabelecimento de uma relação de proximidade com os doentes, entre outros. A relação que mantêm com os doentes que, tal como já vimos, é de extrema importância para os (as) enfermeiros (as) dentro da esfera laboral.

Já que se constitui como um fator que leva a que os (as) enfermeiros (as) se identifiquem com a sua profissão e que criem, assim, a sua identidade profissional.

Por sua vez, a relação que mantêm com os médicos vai influenciar a sua autoestima e vai levar a que se comportem de uma determinada forma, sendo este um aspeto importante para a definição da sua identidade profissional.

Devemos olhar agora para as definições que foram apresentadas pelos entrevistados, de modo a compará-las com a que foi retirada da literatura e de modo a ver os aspetos que foram mais valorizados pelos (as) enfermeiros (as) e que não estavam incluídos aqui:

“... A identidade profissional é efetivamente aquilo que distingue o profissional das outras profissões. O que é que distingue o enfermeiro de outro profissional vai definir aquilo que efetivamente é o enfermeiro é aquele que está disponível e que é delegado do enfermeiro, quer da família e quer de uma comunidade ou quer de grupos. Portanto, é aquele que efetivamente conhece melhor do ponto de vista da saúde os contextos e as realidades daquele seu cliente...” (E01)

“... Identidade profissional é sobretudo a minha postura perante o que eu sou, não é? Exato. E portanto, para mim, não é? Eu acho que tenho a minha postura, não é?..” (E2)

“... Está bem definido o que é que cada um faz.... e tendo em conta a sua experiência e tempo passado dentro da esfera laboral. Também, a experiência profissional e académica...” (E4)

“.. Primeiro que eu, enquanto enfermeiro, tendo esta identidade, tenho que me rever e tenho que pôr em prática diária, nesse universo profissional, aquilo que consta no código deontológico da minha, da minha ordem profissional. Por outro lado, há a questão social que claramente muitas vezes não corresponde, ou seja, aqui situações que nem sempre se complementam no estudo da identidade. Muitas das vezes, quando eu falo em termos dessa parte social, prende-se com o como é que a sociedade nos fez isto? Porque muitas das vezes aquilo que nós fazemos no nosso dia a dia naturalmente que vai contribuir para essa construção social que as pessoas têm do que é ser enfermeiro, do que é ser qualquer uma profissão...” (E5)

“.. identidade profissional.. para mim cursa com todas as características que nós próprios temos e imaginamos que caracterizam uma.. uma profissão e que a própria sociedade cria sobre determinada profissão...” (E7)

“... Em primeiro lugar, eu como pessoa, eu como cuidadora, a minha relação com o utente e com a comunidade é como eu já lhe disse.. o importante é colocar-se no lugar do outro e trabalhar numa visão holística e trabalhar no ciclo de vida da pessoa e saber ouvir e escutar. Em relação à minha pessoa.. é manter a minha identidade e manter os meus valores.. e levá-los até ao fim...” (E4)

“... E este baixo nível de autoestima começa em casa há muitos anos. Já começou há muitos anos em que nós mesmos professores, não conseguimos mudar isso. E é, eu acho que isto influenciou e influencia a identidade profissional...” (E10)

“.. A identidade profissional.. é a forma como eu me identifico profissionalmente.. a identidade que eu estabeleço.. aqueles ideais que estabeleço.. e que.. ao longo do meu percurso e da minha experiência.. vou moldando e ao que eu defendo, enquanto enfermeira..” (E11)

Ao analisar as definições apresentadas pelos entrevistados, aponta-se que estas possuem vários aspetos em comum com as definições que foram retiradas da literatura.

Todas as definições apresentadas possuíam características ligadas às estratégias que os (as) enfermeiros (as) arranjam para se identificarem com a profissão que desempenham e com os outros atores sociais que a desempenham. Em primeiro lugar, temos o fato da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) se estruturar à volta de características que distinguem a profissão de outras e que a tornam única.

Temos como exemplo a ligação próxima que os (as) enfermeiros (as) estabelecem com os doentes, tornando-se uma presença constante durante o seu processo de tratamento e eventual cura, tal como já vimos anteriormente. Ou o foco que mantêm em relação às tarefas práticas, focando-se maioritariamente neste tipo de tarefa dentro da esfera laboral. Claramente, isto são características que distinguem a enfermagem de outro tipo de profissões que também ocupam a esfera laboral, tal como a medicina ou a gestão.

São próprias da profissão de enfermagem e claramente, faz sentido que os (as) enfermeiros (as) baseiem a sua identidade profissional à volta destas características. De seguida, podemos apontar outra característica de extrema importância para a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo esta a postura adaptada perante aquilo que se sabe e o contexto. Tal como foi apontado, *“ Identidade profissional é sobretudo a minha postura perante o que eu sou” (E2)*. Ou seja, tal como já foi visto

anteriormente, os (as) enfermeiros (as) são socializados desde muito cedo para aprenderem desde logo o lugar que devem ocupar dentro da esfera laboral.

Graças às suas credenciais e ao tipo de conhecimento que possuem, os (as) enfermeiros (as) ocupam uma posição mais baixa dentro da estrutura hierárquica da esfera laboral, ocupando-se apenas de tarefas que assumem um carácter mais prático e que os médicos dispensam. Sendo que é neste tipo de tarefas que os (as) enfermeiros (as) se focam, eles devem assumir uma postura à volta disto. Devem assumir uma postura perante aquilo que eles sabem e perante a posição que ocupam dentro da esfera laboral, ou seja, comportar-se de uma determinada forma que seja correta para a posição que ocupam.

Isto pode envolver, claramente, não recusar uma ordem que seja dada pelos médicos, não se recusar a fazer um determinado tipo de tarefas que estes dispensam para os (as) enfermeiros (as) ou até mesmo, não contestar uma decisão tomada pelos médicos. Ou seja, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) deve ser estruturada à volta da postura profissional que estes devem assumir dentro da esfera laboral, tendo em conta a sua posição na estrutura hierárquica e a forma como se relacionam com os outros profissionais. Isto encontra-se diretamente relacionado com a característica que é mencionada logo de seguida, sendo esta o foco no que cada um faz.

Ou seja, a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) deve assim ser estruturada à volta das tarefas de que cada um é responsável. Neste caso, sendo que os (as) enfermeiros (as) se focam nas tarefas mais práticas e criam uma relação de proximidade com os doentes, podemos afirmar que estes são dois fatores que influenciam a estruturação da sua identidade profissional. Também, é importante apontar as ideias próprias à profissão como um dos fatores apresentados pelos entrevistados. Estas ideias podem ser adquiridas à medida que os indivíduos vão sendo socializados dentro da esfera laboral ou até mesmo desde o momento em que começam a exercer a sua profissão.

Entre estas encontra-se, claramente, o entendimento do poder médico e da influência que este pode ter na vida quotidiana dos (as) enfermeiros (as) e em tudo aquilo que estes realizam dentro da esfera laboral. Ou seja, o entendimento em relação à superioridade médica e à diferença de posições entre médicos e enfermeiros (as) é, assim, algo que os (as) enfermeiros (as) são socializados para aprenderem logo desde o início da sua experiência profissional dentro da esfera laboral.

É, também, algo que se torna um elemento importante da estruturação da sua identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Ao entenderem que serão sempre subordinados dos médicos e que se encontram sempre em posições mais baixas que eles na estrutura

hierárquica laboral e ao conviverem com eles diariamente, isto pode afetar a sua autoestima de uma forma negativa, fazendo com que este sentimento de inferioridade se torne uma forte componente da sua identidade profissional. Isto pode levar a que os (as) enfermeiros (as) comecem a agir sempre como subordinados, nunca tendo oportunidade de recuperar alguma autonomia dentro da esfera laboral, mesmo dentro da relação que mantêm com os doentes.

Tendo tudo isto em mente, podemos assim apresentar uma definição preliminar de identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), após termos analisado o que foi apontado pelos entrevistados. A identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) pode ser definida como sendo o conjunto de características que os atores sociais aprendem ao longo do seu processo de iniciação dentro da esfera laboral e que os distinguem dos restantes profissionais de saúde, levando a que estes assumam uma postura própria à profissão e que incorporem as características da mesma nas suas maneiras de estar e ser. Devemos refletir sobre os outros fatores que foram mencionados pelos entrevistados como sendo importantes para a construção da sua identidade profissional.

6.4.1) O género e a identidade profissional

Sendo assim, devemos começar por olhar para o género, enquanto um fator estruturador da identidade profissional dos indivíduos. Tal como é mencionado por Sales (mencionando Bento, 2002), “os estereótipos desempenham, na área do trabalho, uma importante função: manter a ideologia da classe dominante, justificando assim as diferenças de tratamento” (2020, 41).

No caso dos estereótipos de género, estes foram estabelecidos previamente, durante o processo de socialização dos atores sociais. Fazem parte do momento em que estes começam a ser integrados dentro da esfera social, começando a aprender todas as características que necessitam para se juntarem ao mundo social e a exercerem uma determinada profissão. Tal como é referido por Oliveira, “a socialização é um processo contínuo de aprendizagem da vida em sociedade e, como tal, engloba o conjunto de experiências e mecanismos pelos quais uma pessoa se apropria da sua identidade e interioriza as normas e valores que lhes permitem entrar em relação com as outras pessoas e funcionar no seio de um grupo” (2016, 2).

Tal como já foi visto anteriormente, podemos afirmar que os estereótipos de género são aprendidos pelos atores sociais quando estes são inseridos dentro do mundo social.

Por sua vez, estes vão levar a que os atores sociais adquiram uma ideia preconcebida sobre os lugares que devem ocupar dentro da esfera laboral. Estes lugares vão, claramente, depender do seu género. Existe uma constante associação do “sexo biológico da pessoa às expectativas que lhes são associadas” (Oliveira et al 2006, 3).

Apresenta-se, assim, uma ideia pré-concebida de que os homens devem ocupar posições hierárquicas mais altas do que as que as mulheres ocupam dentro da esfera laboral.

Estas vão lhes conceder mais prestígio e honra social e vão, claramente, levar a que eles sejam tratados de uma forma diferente do que as mulheres, tanto pelos restantes profissionais de saúde como pelos doentes. Por outro lado, as mulheres são colocadas em posições hierárquicas mais baixas dentro da esfera laboral que, por sua vez, ainda se encontram muito associadas à noção de cuidar de alguém, sendo esta uma característica ainda muito relacionada com o sexo feminino. Isto vai levar a que os (as) enfermeiros e as enfermeiras sejam tratados de forma diferente dentro da esfera laboral o que, por sua vez, pode influenciar a estruturação da sua identidade profissional.

Tal como podemos ver no que foi dito por um conjunto de entrevistados que exerce a sua profissão dentro de um centro de saúde:

“...sim ou então.. por exemplo.. tou me a lembrar uma coisa do dia a dia.. nos exames das senhoras.. podem existir senhoras que não se sentem tão à vontade com o médico e depois pedem para ser uma enfermeira mulher mulher.. porque pode ser constrangedor..”
(E3)

“.... sim, os utentes tendem mesmo a separar-nos. isso até já sentisse nos estágios em hospital. Por exemplo, os utentes do sexo feminino gostam mais de estar com as enfermeiras do sexo feminino...” **(E2)**

“.. e os homens, ao contrário, gostam mais que as senhoras enfermeiras os tratem, acham-nas mais simpáticas, menos agressivas, mais não sei o quê... não gostam de ser atendidos por enfermeiros homens..” **(E2)**

“.. obviamente que em determinadas situações se opta por uma questão mais íntima, mais pessoal, algumas senhoras preferem ser atendidas por enfermeiras, não é?” **(E01)**

“... podemos ter.. da parte de alguma mulher... não gostar que o homem vai prestar algum cuidado...” (E4)

Tal como já vimos, os centros de saúde encontram-se fortemente associados ao tratamento dos doentes. Por sua vez, este processo de tratamento encontra-se associado a uma noção de cuidar que é vista como sendo uma característica mais ligada ao tipo de profissões desempenhadas pelas mulheres. Graças a isto, não é considerado típico quando é um enfermeiro do sexo masculino que vem cuidar das doentes do sexo feminino.

O que demonstra, desde já, a forma como os (as) enfermeiros homens são discriminados graças ao seu género e graças ao facto de estarem a desempenhar uma profissão que não é vista como sendo adequada para eles. Se existe uma preferência em relação às enfermeiras do sexo feminino no que toca à realização dos cuidados, podemos afirmar que os (as) enfermeiros homens são postos de parte dentro deste tipo de esfera laboral.

Têm, assim, a sua atividade profissional fortemente restringida, já que não podem realizar o mesmo tipo de tarefas que as enfermeiras do sexo feminino realizam e que não podem interagir com as doentes do sexo feminino da mesma forma que as enfermeiras podem. Esta diferenciação vai, assim, influenciar a forma como os (as) enfermeiros (as) estruturam a sua identidade profissional e o seu auto-conceito.

Fica demonstrado que os estereótipos de género se propagam, assim, para dentro dos centros de saúde, onde vão influenciar a forma como os (as) enfermeiros (as) são diferenciados pelos doentes e pelos restantes profissionais de saúde.

Ora, por auto-conceito, podemos entender “um conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao self enquanto objeto, sendo formado a partir das experiências e das interpretações que efetuam do ambiente que os rodeia, ou seja, permite que estes se percecionem como indivíduos dotados de atitudes, valores e comportamentos” (Andrade 2016, 12). Se os (as) enfermeiros (as) são tratados de uma forma diferenciada dentro da esfera laboral graças ao seu género, esta diferença passa a estar incorporada na forma como se entendem enquanto profissionais de saúde. Graças à experiência, as mulheres começam assim a associar um sentimento de pertença à profissão de enfermagem.

Por outro lado, começam, assim, a perceber que as posições hierárquicas mais altas estão normalmente mais reservadas para os homens e que existe um determinado tipo de tarefas que não lhes compete. É importante mencionar que os (as) enfermeiros homens se encontram numa situação diferente. Tal como já vimos, podem sofrer discriminação de género dentro da esfera laboral, já que estão a desempenhar uma profissão que não é vista

como sendo adequada para eles pelo resto da sociedade. Graças a isto, podem começar a associar sentimentos negativos à profissão de enfermagem, sendo que sentem que não pertencem dentro da mesma. Tudo isto graças ao fato que a noção de cuidado ainda se encontra fortemente associada às mulheres, especialmente dentro dos centros de saúde.

Graças a este tipo de experiências, os (as) enfermeiros (as) começam assim a estruturar o seu auto conceito de uma determinada maneira, de modo a seguir o conjunto de normas que já se encontra posto em prática dentro da esfera laboral. Por sua vez e já que isto leva a que os (as) enfermeiros (as) pensem sobre si próprios e sobre a sua profissão de uma determinada maneira, a sua identidade profissional vai se começar a estruturar tendo em mente estes estereótipos de género e as experiências de que os (as) enfermeiros (as) foram alvo, graças a eles.

Tendo isto em mente, podemos assim afirmar que os estereótipos de género afetam de uma forma negativa a criação da identidade profissional. Propagam, assim, a continuação de uma diferenciação entre enfermeiros homens e enfermeiras mulheres.

Graças ao seu género e a outros fatores, estes continuam, assim, a ser vistos de forma diferente dentro da esfera laboral. Assim, tal como foi mencionado por vários entrevistados que exerciam a sua profissão dentro da esfera hospitalar:

“...pois... olhe... eu acho que a profissão de enfermagem está muito ligada à mulher; ao cuidar e quando é um rapaz.. muitos utentes já ficam assim de pé atrás.. porque a enfermagem é uma profissão de mulheres.. que influencia e a meu ver não devia, mas.. continua a acontecer...” (E11)

“... sim, aliás, muito daquilo, isso faz parte da história da própria hiperstemologia, A enfermagem sempre foi e continua a ser uma profissão fundamentalmente feminina. Hoje em dia temos cerca de 20% de homens em Portugal, mais de 80% ou cerca de 80% de mulheres. Portanto, isto é assim já desde sempre. Aliás, há uma altura em que até era proibido aos homens serem enfermeiros (as), há 100 anos atrás. Claramente essa imagem mais feminina da profissão também não ajudou à sua autonomização. Mas também é verdade que eu como enfermeiro homem sofri discriminação de género como nunca pensei sofrer...” (E7)

“... acho que não é um fator determinante por si só, mas diria que de uma forma geral, e acho que mais uma vez temos que olhar para aquilo que a história da profissão é. E é

inegável que em algo assim, acho que efetivamente o género pode ter uma quota parte em termos desta, dessa relação inversa, dessa imagem que é construída muitas das vezes, e que, na verdade, em alguns casos, tais termos e circunstâncias tendem a entender a realidade. O fato de ser enfermeira ou enfermeiro é muito relevante...” (E5)

“.. mas na enfermagem em particular porque é uma profissão que sempre foi muito feminina.. havia sempre muito mais enfermeiras e ainda hoje há.. o número de enfermeiras mulheres é muito maior do que o número de enfermeiros (as) homens.. Isto faz com que haja dois aspectos.. um.. por sermos menos temos um impacto diferente quando estamos.. porque somos pessoas que temos características muito diferentes e uma perspectiva muito diferente e por isso acabamos por nos destacar.. E depois porque ainda vivemos numa sociedade muito machista e muito e muito centrada no papel masculino na sociedade e infelizmente eu digo mesmo infelizmente porque nos cargos de gestão.. ainda vamos vendo muito mais homens enfermeiros (as) do que mulher..” (E9)

“.. eles não queriam contratar enfermeiros homens porque os clientes não queriam que as suas esposas fossem tratadas por enfermeiros homens..” (E7)

Tal como já vimos anteriormente, a esfera hospitalar encontra-se estruturada de uma determinada maneira. Todos os profissionais de saúde são socializados desde muito cedo para saber o tipo de posição que vão desempenhar, a forma como devem agir perante quem os rodeia, o tipo de tarefas que lhes vão ser atribuídas, entre outros. Este processo de socialização implica, assim, uma aprendizagem dos estereótipos de género e da forma como estes decretam o tipo de profissão que os homens e as mulheres devem desempenhar. tal como foi referido por um dos entrevistados, “a enfermagem é maioritariamente uma profissão de mulheres” (E11). Por sua vez, isto constitui um estereótipo de género. Demonstra, assim, que os (as) próprios (as) enfermeiros (as) ainda olham para a própria profissão como sendo uma profissão maioritariamente feminina.

Consideram, também, que os homens devem desempenhar outro tipo de profissão, nomeadamente, a de médico, já que esta é considerada hierarquicamente mais alta e que lhes vai trazer mais honra e prestígio social, por parte da sociedade. Dentro da esfera hospitalar, isto implica também o entendimento do fato que os homens devem, assim, desempenhar profissões hierarquicamente mais altas do que as que as mulheres desempenham. O que leva a que se encontrem em posição para poderem exercer poder

sobre elas. Especialmente graças ao fato que, tal como já vimos anteriormente, os (as) enfermeiros (as) são vistos como sendo apenas auxiliares dos médicos dentro da esfera hospitalar. Quando isto não acontece e quando os homens desempenham a profissão de enfermagem, chegam até a sofrer discriminação de género, tal como foi mencionado por um dos entrevistados. Neste caso particular, foi descrito discriminação em relação à empregabilidade, visto que a esfera laboral ainda é fortemente afetada pelo estereótipo de género que referia que as mulheres apenas podiam ser tratadas e atendidas por enfermeiras mulheres. O que fazia, claramente, que os (as) enfermeiros não fossem tão facilmente contratados como as enfermeiras. Tal como foi referido por este entrevistado, os (as) enfermeiros homens eram postos de parte e não tinham a mesma possibilidade de interação com as doentes dos sexo feminino que as enfermeiras tinham.

Eram, assim, alvo de discriminação dentro da esfera laboral e não podiam agir da mesma forma que as enfermeiras mulheres podiam ou realizar as mesmas tarefas que elas.

Sendo assim e tendo em mente o objetivo que foi estabelecido previamente, podemos afirmar que o género ocupa um papel importante na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Reafirma, assim, uma das razões pelas quais os homens e as mulheres são tratados de forma diferente dentro da esfera laboral e porque é que são vistos de forma diferente pelos doentes. Como foi mencionado por um dos entrevistados podem, até, sofrer discriminação de género quando não se encontram numa profissão que não é vista como sendo própria para eles pelo resto da sociedade.

O que vai, claramente, afetar a forma como podem desempenhar a sua profissão, as tarefas que podem realizar e a forma como podem interagir com os seus pacientes. Fica aqui demonstrado que a enfermagem é vista como sendo maioritariamente uma profissão feminina graças aos estereótipos de género associadas à mesma.

Por sua vez, isto vai influenciar a forma como a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) se estrutura, sendo assim diferente para os homens e para as mulheres.

6.4.2) O poder médico e a identidade profissional

Devemos agora olhar para o outro fator que foi apontado como sendo importante para a estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), sendo este o poder médico. Ora, tal como foi referido ao longo da presente dissertação, o poder médico apresenta-se como sendo um fator extremamente importante dentro da própria esfera

laboral em si. Orienta as tarefas que cada uma das profissões deve desempenhar dentro da esfera laboral e as posições que é suposto que cada um ocupe na estrutura hierárquica.

Ou seja, é graças ao poder médico que a estrutura hierárquica se encontra estruturada de uma determinada forma, com os médicos a ocuparem posições hierárquicas superiores e os (as) enfermeiros (as) a serem os seus subordinados. Por um lado, os médicos ficam assim responsáveis pelas tarefas que assumem um carácter mais teórico e pelo diagnóstico e procura de cura para os seus doentes, enquanto os (as) enfermeiros (as) passam mais tempo ao lado dos próprios doentes, cuidando dos mesmos e acompanhando o seu processo de cura e tratamento. Claro, tudo isto é apreendido pelos (as) enfermeiros (as) após o primeiro momento em que entram para a esfera hospitalar, através do seu processo de socialização.

Tendo isto em mente, pode ser afirmado que “a experiência é fundamental para o estudante desenvolver a sua identidade profissional, de tal forma, que a “formação em contexto clínico transcende a lógica de aplicação de conhecimentos, para se situar ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção coletiva de uma lógica de qualidade” (Oliveira 2010, citando Abreu 2007, 7). É através da experiência e do convívio com estas dinâmicas que os (as) enfermeiros (as) estruturam assim a sua identidade profissional, tendo em mente todos estes quadros de referência que orientam as atividades dentro da esfera laboral e as dinâmicas que são mantidas entre enfermeiros (as) e médicos. Sendo assim, devemos agora olhar para o que foi apontado pelos entrevistados sobre a forma como o poder médico pode influenciar a estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) e sobre a importância que pode ter para a mesma:

“... sim... no seio de uma equipa multidisciplinar.. nós devemos-nos pôr no papel dos outros e perceber qual é o papel que cada um deles vai desempenhar. perceber que contributo é que eles nos dão.. de modo a também pensar nos utentes. por isso, eu acho que desta relação.. também temos que respeitar.. os vários.. perceber como é que e quais são as técnicas específicas da enfermagem e também aquelas que são próprias aos outros profissionais de saúde..” (E01)

“... ah, mas quer dizer a parte dos profissionais com quem eu trabalhei, portanto, os profissionais, alguns médicos e alguns colegas, a isso também contribuíram para a minha identidade profissional...” (E2)

“... eu não diria que me influenciaram negativamente, eu diria que me fizeram ver aquilo que eu não queria ser. certo. alguns me fizeram ver aquilo que eu nunca gostaria de ser..” (E2)

“.. mas sim, quer dizer, de facto, nomeadamente, quer naquilo que é a identidade que nós sentimos, e era aquilo que eu dizia há pouco, muitos (as) enfermeiros (as) também se entregam a esta função de subordinação, ponto final. porque é mais fácil, porque é menos exigente, porque lhes retira responsabilidade. E, portanto, claramente sim, esta estrutura acaba por afetar negativamente a identidade do enfermeiro enquanto profissional, quer na sua perspectiva, quer na perspectiva da comunidade como um todo, da sociedade como um todo..” (E7)

“.. a relação com a parte médica foi mais intensa porque é também a profissão que trabalha mais com os (as) enfermeiros (as).. no fundo é porque nós trabalhamos com outros mas claro que trabalhamos com mais intensidade em relação aos médicos...” (E9)

“.. porque, de certa forma, vamos deixar que isso aconteça de fato. a autonomia existe.. eu já sei quem é quem escreveu, eu já sei quem é que vai operar. isto é característica da profissão médica.. agora é preciso querer que os (as) enfermeiros (as) o queiram fazer..” (E10)

Em primeiro lugar, devemos apontar o fato que foi mencionado pelos entrevistados que, desde muito cedo, existe assim um respeito pelas posições que são ocupadas por cada uma das profissões. A estrutura hierárquica dentro do hospital ou do centro de saúde encontra-se estabelecida, muito antes dos indivíduos começarem a exercer o seu papel lá dentro. É durante o seu momento de socialização que começam a aprender todas as características que fazem parte da esfera laboral em que vão ingressar, incluindo a existência de uma estrutura hierárquica dentro da mesma. Tal como é referido, “.. *sim... no seio de uma equipa multidisciplinar.. nós devemos nos pôr no papel dos outros e perceber qual é o papel que cada um deles vai desempenhar*” (E01).

Ou seja, cada um dos profissionais de saúde tem um determinado papel a desempenhar dentro da esfera laboral que já se encontra predestinado, até antes de começarem a exercer a sua função propriamente dita. No caso dos (as) enfermeiros (as), estes já estão

socializados para terem em mente o fato que vão ocupar posições hierárquicas mais baixas do que aquelas que os médicos ocupam. Sabem, claramente, que não devem questionar a forma como a esfera laboral se encontra organizada, o tipo de tarefas que lhes competem ou o tipo de posição hierárquica que devem ocupar dentro da esfera laboral. Existe, assim, respeito pelas posições que é suposto que cada um desempenhe dentro da esfera laboral que, por sua vez, são raramente questionadas.

Os indivíduos são, assim, socializados para ocuparem um determinado papel social dentro da esfera laboral e na estrutura hierárquica, de acordo com as suas credenciais e com o tipo de competências que possuem.

Nunca questionam a posição que é suposto que estes ocupem, visto que graças ao seu processo de socialização, isto já se encontra normalizado para eles. O que demonstra assim a importância da experiência e do momento de socialização, visto que estes levam a que estes padrões nunca sejam questionados pelos (as) enfermeiros (as) e que continuem a ser postos em prática constantemente.

De seguida, é importante salientar que a dinâmica entre médicos e enfermeiros se estabelece como sendo crucial para a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Sendo que são os médicos com quem os (as) enfermeiros (as) passam a maior parte do seu tempo quando não se encontram com os doentes, é claro que são eles que mais vão influenciar a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as).

Se estes tratarem os (as) enfermeiros (as) de uma forma menos positiva e se os virem apenas como sendo subordinados, claramente que isto vai influenciar a sua identidade profissional de uma forma negativa. Os (as) enfermeiros (as) vão olhar para si mesmos como sendo apenas subordinados e como estando apenas ali para servir os médicos e claramente, isto vai influenciar de uma forma negativa a sua autoestima. Sendo a sua autoestima afetada de uma forma negativa, estes não vão encarar a sua profissão com tanta motivação como deveriam e não a exercer da melhor forma possível, o que pode vir a afetar o seu sucesso profissional e claramente, também a sua identidade profissional.

Foi mencionado por um dos entrevistados que os (as) enfermeiros (as) se entregam a esta posição de subordinação, nunca chegando a questionar a mesma. Ou seja, *“muitos (as) enfermeiros (as) também se entregam a esta função de subordinação, ponto final. porque é mais fácil, porque é menos exigente, porque lhes retira responsabilidade.” (E7).*

Assim, os (as) enfermeiros (as) já estão habituados a não ter um nível de responsabilidade tão alto dentro da esfera laboral e socializados para terem em mente isto como sendo algo normalizado. Graças a isto, raramente questionam a sua posição de subordinação, sendo

que esta é mais fácil, menos exigente e que lhes retira mais responsabilidade dentro da esfera laboral. Poderiam claramente questionar a sua posição e tentar recuperar mais autonomia e mais poder dentro da esfera laboral mas claramente, já se encontram tão acostumados a serem subordinados e graças a isto, nunca pensam em questionar a sua posição. Existe, assim, uma aceitação da sua posição e um determinado conformismo com a mesma. Como é apontado pelos entrevistados, isto pode afetar a sua identidade profissional de uma forma severa, sendo que esta vai ser formado à volta deste sentimento de subordinação. Afeta também a comunidade em si, tal como foi mencionado pelos entrevistados, visto que estes já ficam com a ideia de que os médicos estão ali para os curar e os (as) enfermeiros (as) para cuidar deles logo de início da sua inserção na esfera laboral, assumindo que esta subordinação é assim normal.

7) Conclusão

Procurou-se desde um momento inicial responder aos objetivos que foram estabelecidos previamente, na presente dissertação. Tendo em conta o fato que foram entrevistados (as) enfermeiros (as) que exerciam a sua atividade profissional dentro de um centro de saúde ou dentro de um hospital, devemos refletir agora sobre o que foi dito sobre os dois contextos, de modo a fazer uma comparação entre os dois.

Em primeiro lugar, demonstrou-se anteriormente a importância de averiguar a influência que o poder médico exercia sobre a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) e sobre o seu constante processo de estruturação. Sendo assim, devemos refletir primeiramente sobre o contexto dos hospitais. Graças ao tipo de credenciais e conhecimento que possuem, os médicos ocupam assim posições hierarquicamente mais altas dentro da esfera hospitalar que, por sua vez, lhes permitem exercer poder sobre os restantes profissionais de saúde.

Encontram-se assim numa posição hierárquica onde têm a possibilidade de decretar o tipo de tarefas que os restantes profissionais de saúde vão desempenhar e de tomar decisões pelos mesmos. Nomeadamente, encontram-se numa posição onde têm a possibilidade de exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as). Pode ser assim afirmado que o poder médico influencia fortemente a esfera hospitalar e as atividades que decorrem dentro da mesma.

Desde muito cedo, os profissionais de saúde são assim socializados para saberem que tipo de posição é que vão ocupar na hierarquia hospitalar e qual é o tipo de tarefas que é suposto que eles desempenhem. No caso dos (as) enfermeiros (as), estes são socializados desde o momento em que ingressam na esfera hospitalar para terem conhecimento desta hierarquia, das tarefas que é suposto que eles realizem e do fato que devem respeitar as decisões que são tomadas pelos médicos. Vimos que, desde muito cedo, os (as) enfermeiros (as) assumem assim uma posição de subordinação em relação aos médicos graças à diferença entre as posições hierárquicas ocupadas por cada uma destas profissões.

Esta relação de subordinação implica que os médicos podem tomar decisões pelos (as) enfermeiros (as), que podem decretar o tipo de tarefas que é suposto que estes realizem e que podem até influenciar as suas áreas de intervenção. Os (as) enfermeiros (as) são, assim, socializados para se conformarem com esta posição de subordinação, vendo assim a hierarquia que existe dentro da esfera hospitalar como sendo algo normal e que nunca deve ser questionado pelos mesmos. Devem, assim, adotar uma postura própria à mesma, focarem-se no tipo de tarefas que é suposto que estes desempenhem e respeitar as decisões e as ordens que são muitas vezes decretadas pelos médicos.

Vimos que isto leva a que o seu nível de autonomia seja extremamente baixo, visto que os (as) enfermeiros (as) ficam assim dependentes dos médicos para a maior parte das decisões que vão tomar. Os hospitais focam-se maioritariamente no processo de cura e diagnóstico dos doentes. Este processo é caracterizado por uma componente teórica que, por sua vez, é responsabilidade dos médicos, devido ao tipo de conhecimento possuído pelos mesmos.

Com isto em mente, é de esperar que sejam os médicos que possuem mais poder dentro da esfera hospitalar e que isto não seja questionado. E que, por sua vez, os (as) enfermeiros (as) assumam uma posição de subordinação. O que vai influenciar a sua autoestima, já que estes sabem que não são profissionais independentes e que vão ser sempre subordinados aos médicos. O que, claramente, vai afetar a criação da sua identidade profissional.

No caso dos centros de saúde, estes focam-se maioritariamente no tratamento dos doentes e na prevenção de determinadas doenças. Este processo envolve uma componente mais

prática que, por sua vez, é o foco do trabalho dos (as) enfermeiros (as), tal como foi visto ao longo da presente dissertação. Sendo assim, era de esperar que os (as) enfermeiros (as) tivessem mais autonomia dentro deste tipo de esfera laboral, principalmente graças à relação de proximidade que mantêm com os doentes.

Mas, mesmo assim, podemos verificar que os (as) enfermeiros continuam a ser alvo do poder médico, já que os médicos tentam constantemente influenciar as suas áreas de atuação. Especialmente através da realização de várias tentativas de interferência na relação entre enfermeiros (as) e doentes, tal como vai ser aprofundado já de seguida. O que claramente vai afetar a estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Visto que, graças a estas tentativas constantes de interferência por parte dos médicos, as próprias competências profissionais que os (as) enfermeiros (as) possuem para realizar a sua profissão são postas em causa. Como foi visto, a identidade profissional baseia-se assim em características que são próprias à profissão.

Se a aceitação desta hierarquia e de uma posição de subordinação em relação aos médicos é assim um aspeto próprio à enfermagem, é claramente que a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) se vai estruturar à volta desta característica.

Os (as) enfermeiros (as) começam assim a entender-se enquanto profissionais de saúde que estão permanentemente dependentes dos médicos para exercer a sua profissão e para terem algum nível de autonomia dentro da esfera laboral, o que vai afetar negativamente a sua identidade profissional. Por sua vez, isto vai levar a que estes profissionais de saúde se conformem com a sua posição de subordinação em relação aos médicos e com o tipo de responsabilidades que é suposto que eles desempenhem, nunca tentando aumentar o seu nível de autonomia dentro da esfera profissional.

Graças a isto, a influência que o poder médico exerce tanto sobre os centros de saúde como sobre os hospitais continua a ser muito alta. A hierarquia entre médicos e enfermeiros (as) permanece intacta, já que raramente é questionada pelos profissionais de saúde.

Isto remete diretamente para o segundo objetivo que foi estabelecido previamente, sendo este a análise da forma como as dinâmicas entre médicos e enfermeiros (as) podem influenciar a criação da identidade profissional destes últimos. Sendo assim, devemos começar por refletir sobre o que se dá dentro do contexto hospitalar. Como foi visto

anteriormente, os profissionais de saúde são socializados desde muito cedo para não questionarem as diferenças de poder entre médicos e enfermeiros. Graças a isto e como a esfera hospitalar é um universo maior, a influência que o poder médico os (as) enfermeiros (as) e as suas respectivas consequências já se encontram normalizadas. Não são questionadas pelos (as) enfermeiros (as), já que estes já se encontram habituados a serem subordinados dos médicos. Por sua vez, os médicos desvalorizam o trabalho dos (as) enfermeiros (as) e deixam para eles as tarefas que não pretendem realizar. Claramente, isto vai influenciar a autoestima dos (as) enfermeiros (as) que, por sua vez, vai afetar a sua identidade profissional de uma forma negativa.

No contexto dos centros de saúde e tal como foi mencionado anteriormente, as dinâmicas entre médicos e enfermeiros (as) estabelecem-se de uma forma diferente.

Os centros de saúde focam-se maioritariamente no tratamento dos doentes que, por sua vez, é responsabilidade dos (as) enfermeiros (as), o que explica o fato de estes possuírem uma maior área de atuação e de intervenção dentro deste contexto laboral. Mesmo assim, continuam a ser influenciados pelos médicos e pela dinâmica que mantêm com eles.

Especialmente graças às constantes tentativas que são feitas pelos médicos de interferir na relação entre os doentes e os (as) enfermeiros (as). O que vai, claramente, influenciar a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) de uma forma negativa. Graças às constantes tentativas por parte dos médicos de exercerem poder sobre as áreas onde é suposto que os (as) enfermeiros (as) tenham mais autonomia.

O que remete diretamente para o terceiro objetivo que foi estabelecido anteriormente, sendo este o entendimento das estratégias de dominação profissional que são usadas pelos médicos para reduzir a autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as).

Mais uma vez, devemos olhar para o que foi apontado em relação aos dois contextos em análise, ou seja, em relação aos centros de saúde e os hospitais.

Em relação ao contexto hospitalar, uma das estratégias que foram apontadas foi claramente a separação de tarefas por parte dos médicos. Tal como foi dito anteriormente, a ordem social dentro da esfera laboral é constantemente decretada através de constantes negociações entre atores sociais (Strauss, 1978). Claramente e sendo que os médicos possuem mais poder dentro da esfera hospitalar, é de esperar que eles consigam

constantemente pôr os seus interesses em prática. Por um lado, deixam para si as tarefas que lhes vão atribuir mais responsabilidades e por sua vez, mais honra e prestígio social.

Como por exemplo, a procura de constante cura e diagnóstico para o novo tipo de doenças que vão aparecendo em sociedade. Usam a sua posição para ficarem com esse tipo de tarefas apenas para si e deixam para os (as) enfermeiros (as) todas as outras que não querem. Estas tarefas que são dispensadas para os (as) enfermeiros (as) são, assim, aquelas que assumem um caráter mais prática e mais simples, tal como o cuidar dos doentes e a realização de pensos ou a administração de vacinas.

Os médicos controlam assim o tipo de tarefas que cada um desempenha, exercendo poder sobre os (as) enfermeiros (as) e fazem com que estes fiquem apenas com as tarefas que vão deixá-los na mesma posição hierárquica que ocupam. O que remota diretamente para a segunda estratégia que foi apontada, sendo esta a apropriação das tarefas que assumem um caráter científico. Ao fazerem isto, os médicos garantem a sua posição hierárquica.

Por sua vez, esta vai-lhes trazer um determinado nível de honra e prestígio social e faz, assim, com que os (as) enfermeiros (as) fiquem dependentes da sua opinião nestas questões científicas. Outra estratégia de dominação profissional que foi apontada é, assim, a criação desta relação de interdependência. Por sua vez, esta faz com que os (as) enfermeiros (as) se encontrem fortemente dependentes da ação dos médicos e que não consigam realizar a sua profissão sem a presença dos mesmos. Mesmo assim, devemos olhar ainda para o que foi dito em relação ao contexto dos centros de saúde. Tal como foi visto anteriormente, os centros de saúde focam-se maioritariamente na prevenção de determinadas doenças e no cuidado dos doentes. Sendo que se encontram presentes na maior parte da vida dos doentes, é de esperar que os (as) enfermeiros (as) criem uma relação de proximidade com os mesmos.

Por sua vez, essa relação com os doentes vai-lhes permitir obter um pouco mais de autonomia dentro da esfera laboral. Tal como vimos anteriormente, os médicos tentam interferir na relação de proximidade mantida entre enfermeiros (as) e doentes. Podem fazer isto através de intervenções no processo de tratamento dos doentes, do questionamento do que é feito pelos (as) enfermeiros (as), entre outros. Claramente, esta intervenção tem como objetivo a possibilidade de exercer poder sobre os (as) enfermeiros (as) e baixar-lhes o nível de autonomia dentro da esfera laboral. O que vai, por sua vez,

influenciar a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Por último, foi estabelecido como objetivo o entendimento do papel que o género desempenha na constante estruturação e reestruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Sendo assim, devemos também refletir sobre o que foi dito pelos (as) entrevistados (as) dos centros de saúde e dos hospitais, de modo a fazer uma comparação entre os dois contextos. Em primeiro lugar, devemos olhar para o que foi dito em relação ao contexto dos centros de saúde. Como foi visto, o género é um dos aspetos que decreta o tipo de profissão que os homens e mulheres vão desempenhar desde muito cedo. Os homens são socializados para ocuparem posições mais altas, tal como as de médico, desde muito cedo.

Por outro lado, as mulheres são socializadas para ocuparem futuramente posições relacionadas com o cuidar de alguém, tal como a profissão de enfermagem. Ou seja, o género afeta desde muito cedo o tipo de profissão que cada um deve acabar por desempenhar. Dentro dos centros de saúde, isto encontra-se fortemente refletido, sendo que estes se encontram associados ao tratamento dos doentes e à noção de cuidar. Por sua vez, esta noção de cuidar encontra-se fortemente associada às profissões desempenhadas pelas mulheres. Graças a isto e tal como foi apontado pelos (as) entrevistados (as), os doentes preferem normalmente ser acompanhados e atendidos por enfermeiras.

O que demonstra, claramente, o fato dos estereótipos de género ainda se encontrarem muito presentes dentro dos centros de saúde. Estes podem levar a que os (as) enfermeiros do sexo masculino sofram discriminação de género, sendo assim postos de parte dentro do contexto laboral e não podendo ter o mesmo tipo de interação com os doentes que as enfermeiras mulheres têm. Tal como já vimos anteriormente, a relação mantida com os doentes estabelece-se como um elemento muito importante para a formulação da identidade profissional dos (as) enfermeiros. Sendo que os estereótipos de género influenciam esta relação de uma forma menos positiva, podemos afirmar que vão, assim, influenciar a estruturação da identidade profissional dos (as) enfermeiros negativamente. Já dentro da esfera hospitalar, pode-se apontar que o género contribui ainda mais para a diferenciação entre médicos e enfermeiros (as) e para a subordinação destes últimos. Graças aos estereótipos de género, os atores sociais são socializados, desde muito cedo, para saber qual é o tipo de profissões que é suposto que eles venham a desempenhar no

futuro. Neste caso, os homens são socializados para ocuparem posições hierárquicas mais altas, tal como a de médico. Por outro lado, as mulheres são socializadas para ocuparem posições que se encontram fortemente associadas ao cuidar de alguém, tal como a de enfermagem.

Sendo assim, podemos afirmar que os estereótipos de género ajudam a reforçar a hierarquia entre médicos e enfermeiros que já existe dentro da esfera hospitalar. Os atores sociais são socializados desde muito cedo com eles em mente e, graças a isto, nunca questionam a posição que devem ocupar dentro da esfera hospitalar. Quando estes estereótipos não são seguidos, ou seja, quando os homens ocupam posições normalmente femininas e as mulheres ocupam posições tradicionalmente masculinas, podem ser alvo de discriminação de género, tal como foi referido pelo conjunto de entrevistados.

Com isto em mente, pode-se afirmar que os estereótipos de género influenciam a identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), já que ajudam a decretar a forma como cada um vai ser tratado dentro da esfera laboral. Assim, é importante concluir com a afirmação da forte influência que o poder médico ainda exerce sobre a esfera laboral, decretando as posições que é suposto que os atores sociais ocupem e o tipo de tarefas que é suposto que eles desempenham.

Por um lado, influencia fortemente a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), levando a que estes permaneçam numa posição de subordinação em relação aos médicos e que nunca tentem alterar este aspeto, visto que o seu processo de socialização lhes diz para não o fazerem. Para que algum dia os (as) enfermeiros (as) sejam vistos como profissionais com mérito e autonomia próprios, ainda devem ser feitas muitas mudanças na estrutura da nossa sociedade.

8) Bibliografia:

Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos (as) enfermeiros (as)*. Lisboa: Educa.

Abreu, W. C. (2001). Saberes práticos na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Amendoeira, J. (1999). *Registros de Enfermagem. Possível influência de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de evolução*. SEP.

Amendoeira, J. (2004). *Entre preparar enfermeiros (as) e educar em enfermagem: uma transição inacabada*. (Dissertação de Mestrado, FCSH).

Andrade, C. (2016). A construção da Identidade, Auto-conceito e Autonomia em Adultos Emergentes. *Psicol. Esc. Educ.* 20 (1).

Arney, W. R., & Bergen, B. J. (1984). *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. The University of Chicago Press.

Basto, M. L. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Enfermagem*, vol. 23, nº1.

Batista, T. M. O. (2012). *A morte inesperada no serviço de urgência: um olhar ao vivido pelos (as) enfermeiros (as)*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Beck-Gernsheim, E., & Beck, U. (2018). *Normal Chaos of Love*. Polity Press.

Berger, P. & Luckmann, T. (1989). *A construção social da realidade*. Bertrand.

Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Bertrand.

Borges, M. dS., Silva, H., & dos Santos, P. (2010). Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Campos, M. Td., Tilio, Rd., & Crema, I. L. (2017). Socialization, gender and family: an integrative review of scientific literature. *Pensando fam.*, vol.21, no.1.

Carapinheiro, G. (1991). Poder médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar. *Revista crítica de ciências sociais*, nº 33.

Leal, J. A. L., & Melo, C. M. M. (2018). Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrative. *Rev. Bras. Enferm.* 71 (2).

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Afrontamento.

Connell, R. W. *Gender: In World Perspective*. Polity Press, 2009.

Costa e Silva, A. M. (2003). *Formação, Percurso e Identidades*. Quarteto.

Correira, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). os (as) enfermeiros (as) em cuidados de saúde primários. *Enfermagem*.

Cruess, R. L., Boudreau, J. D., & Steinert, Y. (2015). Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Medical Academy Magazine*.

Dantas, A. R. (2016). *Análise de Conteúdo: um caso de aplicação ao estudo dos valores e representações sociais*. Tratamento e Análise de Dados.

Duarte, G. & Spinelli, L. M. "Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada". *Revista Sociais e Humanas* 32, n.º 2 (outubro de 2019). <https://doi.org/10.502/2317175836316>.

Dubar, C. & Tripier, P. (2003). *Sociologie des Professions*. Armand Colin.

Dubar, C. (1997). *A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto Editora.

Dubar, C. (2005). *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Martins Fontes.

Dubar, C. (2006). *A Crise das Identidades: A interpretação de uma mutação*. Porto Ereferidora.

Esteves, A. M. T. (2012). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. (Dissertação de Mestrado, IPS).

Etzioni, A. (1972). *Organizações Modernas*. Livraria Pioneira Ereferidora.

Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), 434–441.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025434.x>

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

Fernandez, H. G. C., & Moreira, M. C. N. (2021). Negociações no Cuidado de crianças cronicamente adoecidas: construção de possibilidades em um cenário de incertezas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31(4), e310411.

Ferreira, L. C. M. & Vieira, A. (2009). Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*.

Filho, M. (2013). *O que é a sanção?* Fortaleza.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Graal.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Lusociência.

Freidson, E. (1989). *Medical Work in America. Essays on Health Care*. Yale University Press.

Freire, C. J. (2014). *Poder médico e identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Estratégias de revalorização profissional da enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, ISEG).

Freire, I. & Caetano, A. P. (2011). *Mediação Socioeducativa - Saberes Contextuais para lidar com o inesperado*. Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação. IPG.

Gadamer, H. G. (1998). *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Ereferidora Vozes.

Gomes A. A. (2008). *A construção da identidade profissional do professor: uma análise de ingressos do curso de Pedagogia*. Mundos Sociais.

Gonçalves, E. I. (1998). Estrutura Organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, v. 38, n. 1.

Goldenberg, M. (2004). A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Principia.

Hall, R.H. (1968). Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, no33, p.92-104

Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P. (2013). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>

Lobo, E. S.(1991). *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. Brasiliense.

Lopes, N. (2001). *A Recomposição Profissional da Enfermagem*. Quarteto.

Lopes, M. J. (2005). *Os clientes e os (as) enfermeiros (as): a construção de uma relação*. Rev. esc. enferm.

Lopes, N. (2006). “Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização” em *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*. Coimbra.

Lopes, N. (2007). *Concepção e Gestão da Formação Profissional Contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional*. Lisboa.

Macêdo, G. S., & Macedo, K. S. (2004). As relações de gênero no contexto organizacional: o discurso de homens e mulheres. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*.

Malvezzi, S. (2000). A Construção da Identidade Profissional no Modelo Emergente da Carreira. *Organizational Sociology*. 7, no 17.

McMahan, E., Hoffman, K., & McGee, G. (1994). Physician-nurse relationships in clinical settings: a review and critique of the literature. *Medical Care Review*.

Medina, J. L. (1999). *A pedagogia do cuidado: saberes e práticas na formação universitária em enfermagem*. Laertes.

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Translations: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, vol. 42, nº6.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia.

Mello, R. (1998). A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em centros de atenção diária de saúde mental. *Rev. Bras. Enferm.*

Monrouxe, L. V., & Rees, C. E. (2012). “It’s just a clash of cultures”: emotional talk within medical students’ narratives of professionalism dilemmas. *Adv in Health Sci Educ* 17, 671–701.

Monteiro, I. P. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica* 2, 317-325 (1999).

Oliveira, B. R. Gd., & Collet, N. (2000). Relações de Poderes (Inter) Profissionais e (Inter) Institucionais no Hospital. *R Bras Enferm*, 53, n.2, p. 295-300.

Oliveira, N. (2007). *Gestão da Formação no Ensino Superior: o Caso da E.S.E.S.F.M.* (Projeto de Mestrado, ISCTE-IUL).

Oliveira, C. S., Boas, S. V., & Heras, S. L. (2016). Gender stereotypes and sexism among higher education professors. *Rev. iberoam. educ. super* vol.7 no.19 Ciudad de México.

Oliveira, P. C. dM. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura de enfermagem.* (Dissertação de Mestrado, UPIDH).

Oliveira, A. Ld. (2017). Estudo sobre o Conceito de Negociação Cultural nos processos de mediação e apropriação da informação. *VII SECIN*, n.4.

Orton, J. D., & Weick, K. (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15 (2), 203-223.

Perrow, C. (1965). *Hospitals: Technology, Structure, and Goals*. J.G. March.

Pinto, J. M. (1991). Considerações sobre a Produção Social de Identidade. *Revista Crítica das Ciências Sociais*.

Pinto, D. P. dS. R., Câmara, A. G., Malveira, F. A. S., Valença, C. N., Germano, R. M., & Junior, M. A. F. (2014). A visão discente sobre a identidade profissional do enfermeiro. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*.

Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia dos saberes. *Cultura de los cuidados*.

Rodrigues, M. L. (2002). *Sociologia das Profissões*. Celta Ereferidora.

Rosário, P., González-Pienda, J. A., & Pérez, J. C. N. (2006). *Comprometer-se com o estudar na universidade: cartas do Gervásio ao seu umbigo*. Almedina.

- Ribeiro, J. M. dS. (2009). *Autonomia profissional dos (as) enfermeiros (as)*. (Dissertação de Mestrado, UCP).
- Sainsaulieu, R. (1997). *L'Identité au Travail*. Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Santos, A. B. S. (2005). Formas de Amostragem. *Centro Universitário Módulo*.
- Santos, B. s. (2007). Conhecimento e transformação social: para uma ecologia dos saberes. *Revista dos Estudos Amazônicos*.
- Santos, C. C. (2011). *Profissões e Identidades Profissionais*. Universidade de Coimbra.
- Santos, P. S., Bernardes, A., Vasconcelos, R. M. A., & Santos, R. dS. (2015). Relationship between doctors and nurses from Cáceres Regional Hospital: a Nurse's perspective. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*.
- Santos, S. C., Almeida, D. B., Silva, G.T.R., Silva, H. S., & Santana, L.S. (2019). *Identidade profissional: uma revisão integrativa*. *Rev. Enfermagem*.
- Sales, I. (2002). *Masculinidades negras e mercado de trabalho no Rio de Janeiro*. (Dissertação de Mestrado, FCSH).
- Salvage, J. & Smith, R. (2000). Doctors and nurses: doing it differently. *BMJ*.
- Schon, D. (1994). *Le praticien réflexif*. Les Éditions Logiques.
- Seixas, P. & Pereira, P. (2005). *Relações e Situações e Situações Críticas na Enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa.
- Serra M. N. (2008). *Learning to be a Nurse. Professional Identity in Nursing Students*. *Educational Sciences Journal*.
- Serra, V. M. S. (2014). *Acreditação da Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Médio Tejo, Unidade de Abrantes*. (Dissertação de Mestrado, IPP).

- Silva, A. M. A. Vd. (2016). *Viagem ao ritmo da doença crónica*. (Dissertação de Mestrado, FCSH).
- Silva, C. P. S. (2023). *Hospitais em Crise: uma Etnografia dos Cirurgiões Gerais em Portugal*. (Dissertação de Mestrado, ISEG).
- Silverman, D. (1987). *Communication and Medical Practice. Social Relations in The Clinic*. Sage Publications.
- Sionek, L., Assis, D. T. M., & Freitas, J. dL. (2020). “Se eu soubesse, não teria vindo”: implicações e desafios da pesquisa qualitativa. *Psicologia Estudante*.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations: varieties, contexts, processes, and social order*. Jossey Bass.
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Sobrinho-Simões, M. (2012). Investigação em ciências da saúde: o papel da translação. *Ata Médica Portuguesa*.
- Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses - a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness* 18 (3).
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (2010). *The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*. Psychology Press.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1989). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Nova Almedina.
- Tavares, D. (2008). *Identidade, socialização e processo de profissionalização - contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Temido, M. & Dussault, G. (2014). *Papéis profissionais de médicos e enfermeiros (as) em Portugal: Limites normativos à mudança*. Revista Portuguesa de Saúde Pública

Vale, E. G., Pagliuca, L. M. F., & Quirino, R. H. R. (2009). Saberes e práxis em enfermagem. *Reflexão*.

Vieira, M. J., & Furegato, A. R. F. (2001). Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n. 2, p. 135-40.

Vieira, A., Carrieri, A. d. P., Monteiro, P. R. R., & Roquete, F. F. (2017). Gender Differences and Professional Identities in Health and Engineering. *BAR - Brazilian Administration Review*, 14(1). <https://doi.org/10.1590/1807-7692bar2017160082>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve e na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*.

Vozniak, L., Mesquita, I., & Batista, P. F. (2016). A Identidade Profissional em análise: um estudo de revisão sistemática da literatura. *Educação (UFSM)*, 41(2), 281. <https://doi.org/10.5902/1984644417131>

Walby, S. (1990). *Theorizing Patriarchy*. Blackwell Pub.

Weber, M. (2004). *Poder e dominação, formas de transição*. Economia e Sociedade.

Zelek, B., & Phillips, S. P. (2003). Gender and power: Nurses and Doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*.

Anexo 1) Modelo de Consentimento Informado

O atual projeto de investigação é realizado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade NOVA de Lisboa, na área de Sociologia das Organizações. Os seus objetivos principais prendem-se com a análise da dinâmica entre médicos e enfermeiros (as) dentro da esfera hospitalar, pela influência do poder médico na criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as), entre outros.

O presente projeto de investigação não lhe vai trazer qualquer despesa ou até mesmo risco, contribuindo apenas para enriquecer o conhecimento científico na área da sociologia da saúde. Os dados vão ser recolhidos usando uma metodologia de entrevista semi-estruturada, tendo esta uma duração esperada de menos de 1 hora.

A privacidade e proteção dos dados dos entrevistados está de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia. Estes conjuntos de dados apenas vão ser acedidos pelos indivíduos envolvidos no projeto, tendo em mente a sua proteção e confidencialidade. Os seus dados vão usufruir da condição de confidencialidade e anonimato, não tendo quaisquer outros fins se não a sua recolha e análise para o presente projeto.

A investigadora responsável pela presente dissertação encontra-se disponível para responder a quaisquer questões que possam surgir durante a leitura deste modelo de consentimento informado. Apesar disto, o uso dos seus dados torna-se apenas legal quando obtivermos o seu consentimento e graças a isto, pedimos que nos dê o seu consentimento por escrito, através da leitura e rubrica do presente documento.

Ao assinar, está a autorizar a sua participação na entrevista mas também uma gravação de voz, de modo a manter os dados na melhor condição possível. Por fim, ao assinar o presente documento, reconhece que o seu consentimento é completamente voluntário, podendo este ser retirado a qualquer momento, sem que sofra qualquer tipo de prejuízo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Contacto: biancac@outlook.pt, a58498@campus.fcsh.unl.pt

Eu, _____ declaro que aceito participar de livre e espontânea vontade na investigação da autoria de Bianca Pires Vieira (aluna de 2º ciclo da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade NOVA de Lisboa), orientada pela Professora Doutora Helena Serra, sendo esta realizada no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Sociologia. Declaro que me foram apresentados e explicados

os objetivos principais do estudo em que estou a participar, estando estes incluídos no presente modelo de consentimento informado. Entendi e autorizei a minha participação numa entrevista semi-estruturada que vai envolver as temáticas referidas anteriormente e que irá ser gravada, de modo a que a informação possa ser analisada futuramente pela investigadora .

Compreendo que a minha participação nesta investigação assume um carácter completamente voluntário e que o meu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem que essa decisão me traga qualquer tipo de prejuízo. Ao participar nesta investigação, reconheço que estou a contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico nesta área e que não irei receber qualquer outro benefício pela minha participação e colaboração.

Reafirmo, ainda, que me foi garantido o anonimato e a completa confidencialidade pela investigadora, tal como a proteção dos mesmos dados e da minha identidade.

Nome _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

Anexo 2) Guião de Entrevista (enfermeiros (as) Hospitalares)

Bloco A) Questões Sócio-demográficas.

Objetivo: Conhecer o entrevistado, especialmente as suas características sociodemográficas.

Questões:

- 1) Qual é a sua idade?
- 2) Qual é o seu género?
- 3) Quais são as suas habilitações literárias e profissionais?
- 4) Qual é a sua categoria profissional?
- 5) Qual é a sua área de trabalho?
- 6) Quanto tempo de serviço tem dentro da sua área?

Bloco B) Percepções sobre o processo de integração dentro da esfera hospitalar e sobre a aprendizagem dos cuidados de enfermagem.

Objetivo:

- Refletir sobre a forma como o entrevistado percebe o processo que se deu quando este foi integrado dentro da esfera laboral e quando começou a aprender as características que são próprias à sua profissão, ou seja, quando começou a estruturar a sua identidade profissional.

Questões:

- 1) Antes de o começar a exercer, qual era a importância que atribuía a este cargo profissional? Porque? Diria que isso se alterou desde aí? Justifique.
- 2) Descreva, por favor, a forma como se deu o seu processo de integração dentro da esfera hospitalar. Sentiu algum tipo de dificuldades iniciais? Teve orientação?
- 3) Como descreveria o seu processo de aprendizagem das tarefas que são respectivas à profissão de enfermagem? Diria que o orientaram para se focar mais num determinado tipo de tarefa? Se sim, qual?
- 4) Que características é que atribuía à profissão de enfermagem antes de começar a desempenhar? Para si, o que seria um modelo de “enfermeiro (a) ideal”?

- 5) Tinha algumas expectativas em relação às dinâmicas que se dariam dentro da esfera laboral entre grupos profissionais que acabaram por não se concretizar? Se sim, quais?
- 6) Nas suas próprias palavras, o que significa ser enfermeiro (a)?

Bloco C) Dinâmicas dentro da esfera hospitalar e tarefas realizadas pelos (as) enfermeiros (as)

Objetivos:

- Analisar as dinâmicas que se dão dentro da esfera hospitalar, as funções que é suposto que os (as) enfermeiros (as) desempenhem e o tipo de tarefas que lhes é reservado.
- Entender a maneira como estes profissionais olham para a função que desempenham e como a caracterizam, ou seja, as suas percepções sobre a mesma. Tendo em mente, claramente, uma reflexão futura sobre a forma como estas percepções vão influenciar a criação da identidade profissional destes profissionais de saúde.

Questões:

- 1) Numa escala de 0 a 5, sendo 0 nenhuma autonomia e 5 autonomia total, como classificaria a sua autonomia para tomar decisões dentro da esfera hospitalar? Justifique?
- 2) Como caracteriza as funções que lhe dizem respeito dentro da esfera hospitalar?
- 3) Se tivesse de nomear 5 tarefas que realiza diariamente dentro da esfera hospitalar e que já se tornaram parte da sua rotina, qual seriam?
- 4) Gostava que me descrevesse o seu papel enquanto enfermeiro (a):
 - Como é que operacionaliza este papel no seu dia-a-dia quotidiano?
 - Quando pensa no seu papel enquanto enfermeiro (a), que aspetos é que considera que são fundamentais para a sua eficácia e sucesso profissionais?
- 5) Considera que o seu estatuto enquanto enfermeiro (a) implica uma relação de proximidade com os doentes que trata? Se sim, porque é que acha que isso acontece?

Se responder sim à questão anterior, passar para a questão número 6:

- 6) Diria que esta relação de proximidade com os doentes se tornou um elemento definidor da sua profissão? Se sim, pode justificar?
- 7) De que modo é que diria que esta relação que mantém com os doentes contribui para a construção da sua identidade profissional, ou seja, da forma como se entende enquanto enfermeiro (a) ? Justifique.

Bloco D) Dinâmicas entre médicos e enfermeiros (as) dentro da esfera hospitalar

Objetivos:

- Entender o tipo de dinâmica que se dá entre médicos e enfermeiros (as) dentro da esfera hospitalar e a forma como esta pode levar aos (às) enfermeiros (as) e ao seu trabalho serem extremamente desvalorizados.
- Refletir sobre o tipo de trabalho que deve ser realizado por cada um destes grupos profissionais e claramente, a forma como este vai influenciar a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) futuramente.

Questões:

- 1) Que tipo de competências é que diria que são mais valorizadas durante o seu dia-a-dia quotidiano? Porque? Quem é que acha que as utiliza mais?
- 2) Diria que sua opinião sobre determinados assuntos de carácter científico não era tida em conta pelos outros profissionais de saúde? Se sim, que razões é que acha que se encontravam por detrás disto?
- 3) Considera que existe um gap entre as tarefas que são da responsabilidade dos médicos e aquelas que são da responsabilidade dos (as) enfermeiros (as)? Por favor, justifique.
- 4) Alguma vez sentiu que os médicos tomavam decisões por si? Se sim, diria que isto afetou a relação que mantinha com eles? De que maneira?
- 5) Sobre o que é que consistiam os momentos de maior debate ou discussão com os médicos? Em geral, qual era a opinião que tendia a ser mais seguida?
- 6) Diria que existe uma desvalorização do seu trabalho por parte dos médicos? Se sim, como a (o) afeta?
- 7) Na sua opinião, diria que os médicos usam determinadas estratégias que lhes permitem manter domínio sobre a esfera laboral? Se sim, pode exemplificar?

- 8) Diria que existem mecanismos de colaboração postos em prática entre médicos e enfermeiros (as) que permitem um melhor funcionamento do seu trabalho? Se sim, quais? Se não, acha que deveriam existir e quais é que deveriam ser?

Bloco E) Percepções sobre a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as):

Objetivos:

- Entender a forma como os (as) enfermeiros (as) percebem o processo de construção da sua identidade profissional.
- Refletir sobre a forma como acham que determinados fatores, tal como a dinâmica que mantêm os médicos e o género, influenciam o processo de construção da sua identidade profissional.

Questões:

- 1) Para si, o que significa identidade profissional? Na sua opinião, que aspetos é que relacionaria com este conceito? Como é caracterizada o seu processo de construção?
- 2) Que elementos diria que foram mais importantes no processo de construção da sua identidade profissional? Pode elaborar?
- 3) Diria que a dinâmica que manteve com os médicos influenciou a estruturação da sua identidade profissional? Se sim, como?
- 4) De que modo é que diria que a falta de autonomia dentro da esfera laboral afeta a construção da sua identidade profissional? Por favor, justifique.
- 5) Na sua opinião, diria que o género desempenha um papel importante na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as)? Justifique.

Se respondeu sim à questão anterior, passar para esta:

- 6) Diria que o género leva a que os (as) enfermeiros (as) e as enfermeiras sejam tratados de formas diferentes dentro da esfera laboral? Se sim, de que maneira? Acha que isto pode vir a influenciar a construção da sua identidade profissional?
- 7) Por fim, quer acrescentar mais alguma coisa ao que foi referido anteriormente?

Anexo 3) Guião de Entrevista (enfermeiros (as) de Centros de Saúde)

Bloco A) Questões Sócio-demográficas.

Objetivo: Conhecer o entrevistado, especialmente as suas características sociodemográficas.

Questões:

- 1) Qual é a sua idade?
- 2) Qual é o seu género?
- 3) Quais são as suas habilitações literárias e profissionais?
- 4) Qual é a sua categoria profissional?
- 5) Qual é a sua área de trabalho?
- 6) Quanto tempo de serviço tem dentro da sua área?

Bloco B) Percepções sobre o processo de integração dentro do centro de saúde e sobre a aprendizagem dos cuidados de enfermagem.

Objetivo:

- Refletir sobre a forma como o entrevistado percebe o processo que se deu quando este foi integrado dentro da esfera laboral e quando começou a aprender as características que são próprias à sua profissão, ou seja, quando começou a estruturar a sua identidade profissional.

Questões:

- 1) Antes de o começar a exercer, qual era a importância que atribuía a este cargo profissional? Porque? Diria que isso se alterou desde aí? Justifique.
- 2) Desde de que começou a desempenhar a sua profissão, sentiu que esta se encontrava mais ligada à comunidade? Se sim, de que forma?
- 3) Diria que foram implementadas estratégias para criar uma aproximação aos doentes durante o seu processo de integração dentro do centro de saúde? Se sim, quais?
- 4) Descreva, por favor, a forma como se deu o seu processo de integração dentro deste centro de saúde. Sentiu algum tipo de dificuldades iniciais? Teve orientação?

- 5) Como descreveria o seu processo de aprendizagem das tarefas que são respectivas à profissão de enfermagem? Diria que o orientaram para se focar mais num determinado tipo de tarefa? Se sim, qual?
- 6) Na sua opinião, diria que a maior parte das tarefas que aprendeu estavam mais ligadas à prevenção de uma determinada doença ou ao cuidado dos doentes? Exemplifique.
- 7) Que características é que atribuía à profissão de enfermagem antes de começar a desempenhar? Para si, o que seria um modelo de “enfermeiro (a) ideal”?
- 8) Tinha algumas expectativas em relação às dinâmicas que se dariam dentro da esfera laboral com os doentes? Se sim, quais? Acabaram por se realizar?
- 9) Nas suas próprias palavras, o que significa ser enfermeiro (a) comunitário (a)?

Bloco C) Dinâmicas dentro da esfera laboral e tarefas realizadas pelos (as) enfermeiros (as)

Objetivos:

- Analisar as dinâmicas que se dão dentro da esfera laboral, as funções que é suposto que os (as) enfermeiros (as) desempenhem e o tipo de tarefas que lhes é reservado.
- Entender a maneira como estes profissionais olham para a função que desempenham e como a caracterizam, ou seja, as suas percepções sobre a mesma. Tendo em mente, claramente, uma reflexão futura sobre a forma como estas percepções vão influenciar a criação da identidade profissional destes profissionais de saúde.

Questões:

- 1) Numa escala de 0 a 5, sendo 0 nenhuma autonomia e 5 autonomia total, como classificaria a sua autonomia para tomar decisões dentro da sua esfera laboral? Justifique?
 - 2) Como caracteriza as funções que lhe dizem respeito?
 - 3) Se tivesse de nomear 5 tarefas que realiza diariamente e que já se tornaram parte da sua rotina, qual seriam?
 - 4) Gostava que me descrevesse o seu papel enquanto enfermeiro (a):
- Como é que operacionaliza este papel no seu dia-a-dia quotidiano?

- Quando pensa no seu papel enquanto enfermeiro (a), que aspetos é que considera que são fundamentais para a sua eficácia e sucesso profissionais?
- 5) Considera que o seu estatuto enquanto enfermeiro (a) implica uma relação de proximidade com os doentes que trata? Se sim, porque é que acha que isso acontece?
- 6) Diria que as tarefas que realiza implicam uma determinada proximidade aos doentes? Se sim, por favor exemplifique e elabore.

Se responder sim à questão anterior, passar para a questão número 7:

- 7) Na sua opinião, como é que descreveria a sua relação que mantém com os doentes? É uma de proximidade? O que implica?
- 8) Diria que esta relação de proximidade com os doentes se tornou um elemento definidor da sua profissão? Se sim, pode justificar?
- 9) De que modo é que diria que esta relação que mantém com os doentes contribui para a construção da sua identidade profissional, ou seja, da forma como se entende enquanto enfermeiro (a) ? Justifique.

Bloco D) Dinâmicas entre enfermeiros (as) e doentes e perceção sobre a enfermagem comunitária

Objetivos: Analisar a forma como se dá a relação entre enfermeiros (as) e doentes dentro de um centro de saúde e como esta pode vir a influenciar a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as). Refletir sobre a forma como os (as) enfermeiros (as) percebem a ligação da sua profissão à comunidade.

- 1) Na sua opinião, diria que a profissão de enfermagem se encontra ligada à comunidade? Se sim, de que forma é que diria que este lado comunitário a influencia? Por favor, elabore.
- 2) Que tipo de competências é que diria que é necessário um enfermeiro (a) possuir para manter uma relação de proximidade com os seus doentes? Considera que estas competências assumem um carácter mais pessoal ou técnico? Justifique.
- 3) Considera que, durante o seu dia-a-dia, as suas tarefas se focam maioritariamente no cuidado dos doentes? Se sim, elabore. Se não, no que é que estas se focam?
- 4) Diria que realiza algum tipo de tarefas relacionadas com a promoção de estilos de saúde mais saudáveis? Se sim, quais? Pode exemplificar?

- 5) Considera que a enfermagem tem posto em práticas algumas estratégias para prevenir as doenças e as suas futuras consequências? Se sim, de que forma?
- 6) Diria que os médicos costumam interferir na relação entre doentes e enfermeiros (as)? Se sim, de que forma? Diria que esta interferência pode ser prejudicial para esta relação?

Bloco E) Dinâmicas entre médicos e enfermeiros (as) dentro da esfera laboral

Objetivos:

- Entender o tipo de dinâmica que se dá entre médicos e enfermeiros (as) e a forma como esta pode levar aos (as) enfermeiros (as) e ao seu trabalho serem extremamente desvalorizados.
- Refletir sobre o tipo de trabalho que deve ser realizado por cada um destes grupos profissionais e claramente, a forma como este vai influenciar a criação da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as) futuramente.

Questões:

- 1) Que tipo de competências é que diria que são mais valorizadas durante o seu dia-a-dia quotidiano? Porque? Quem é que acha que as utiliza mais?
- 2) Diria que sua opinião sobre determinados assuntos de carácter científico não era tida em conta pelos outros profissionais de saúde? Se sim, que razões é que acha que se encontravam por detrás disto?
- 3) Considera que existe um gap entre as tarefas que são da responsabilidade dos médicos e aquelas que são da responsabilidade dos (as) enfermeiros (as)? Por favor, justifique.
- 4) Alguma vez sentiu que os médicos tomavam decisões por si? Se sim, diria que isto afetou a relação que mantinha com eles? De que maneira?
- 5) Sobre o que é que consistiam os momentos de maior debate ou discussão com os médicos? Em geral, qual era a opinião que tendia a ser mais seguida?
- 6) Diria que existe uma desvalorização do seu trabalho por parte dos médicos? Se sim, como a (o) afeta?

- 7) Na sua opinião, diria que os médicos usam determinadas estratégias que lhes permitem manter domínio sobre a esfera laboral? Se sim, pode exemplificar?
- 8) Diria que existem mecanismos de colaboração postos em prática entre médicos e enfermeiros (as) que permitem um melhor funcionamento do seu trabalho? Se sim, quais? Se não, acha que deveriam existir e quais é que deveriam ser?

Bloco F) Percepções sobre a construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as):

Objetivos:

- Entender a forma como os (as) enfermeiros (as) percebem o processo de construção da sua identidade profissional.
- Refletir sobre a forma como acham que determinados fatores, tal como a dinâmica que mantêm os médicos e o género, influenciam o processo de construção da sua identidade profissional.

Questões:

- 1) Para si, o que significa identidade profissional? Na sua opinião, que aspetos é que relacionaria com este conceito? Como é caracterizaria o seu processo de construção?
- 2) Que elementos diria que foram mais importantes no processo de construção da sua identidade profissional? Pode elaborar?
- 3) Diria que a dinâmica que manteve com os médicos influenciou a estruturação da sua identidade profissional? Se sim, como?
- 4) De que modo é que diria que a falta de autonomia dentro da esfera laboral afeta a construção da sua identidade profissional? Por favor, justifique.
- 5) Na sua opinião, diria que o género desempenha um papel importante na construção da identidade profissional dos (as) enfermeiros (as)? Justifique.

Se respondeu sim à questão anterior, passar para esta:

- 6) Diria que o género leva a que os (as) enfermeiros (as) e as enfermeiras sejam tratados de formas diferentes dentro da esfera laboral? Se sim, de que maneira? Acha que isto pode vir a influenciar a construção da sua identidade profissional?

7) Por fim, quer acrescentar mais alguma coisa ao que foi referido anteriormente?

Anexo 4) Caracterização Sócio-demográfica dos Entrevistados

CÓDIGO	GÉNERO	TEMPO A EXERCER A PROFISSÃO	PROFISSÃO	LOCAL DE TRABALHO
E01	MULHER	31 anos	Enfermeira	Centro de Saúde
E2	MULHER	26 anos	Enfermeira	Centro de Saúde
E3	MULHER	30 anos	Enfermeira	Centro de Saúde
E4	MULHER	29 anos	Enfermeira	Hospital/Centro de Saúde
E5	HOMEM	17 anos	Enfermeiro	Centro de Saúde
E6	HOMEM	20 anos	Enfermeiro - Diretor de Hospital	Hospital/Centro de Saúde
E7	HOMEM	33 anos	Enfermeiro / Professor	Centro de Saúde / Hospital
E8	MULHER	16 anos	Enfermeira	Hospital
E9	HOMEM	23 anos	Enfermeiro / Professor	Centro de Saúde / Hospital
E10	MULHER	20 anos	Enfermeira / Professora	Centro de Saúde / Hospital
E11	MULHER	5 anos	Enfermeira	Hospital (Cargo de Gestão)