



**LISBOA  
SCHOOL OF  
ECONOMICS &  
MANAGEMENT**

**MESTRADO**  
**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO**  
**DISSERTAÇÃO**

**PODER MÉDICO E IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**  
**ESTRATÉGIAS DE REVALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DA**  
**ENFERMAGEM**

**JOÃO MANUEL CRISTETA GODINHO FREIRE**

**MARÇO - 2014**



**LISBOA  
SCHOOL OF  
ECONOMICS &  
MANAGEMENT**

**MESTRADO EM  
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO  
DISSERTAÇÃO**

**PODER MÉDICO E IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS  
ESTRATÉGIAS DE REVALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DA  
ENFERMAGEM**

**JOÃO MANUEL CRISTETA GODINHO FREIRE**

**ORIENTAÇÃO:**

**PROFESSORA DOUTORA HELENA SERRA**

**MARÇO - 2014**

## *Agradecimentos*

Apesar da formalidade que um trabalho de natureza académica indiscutivelmente impõe, penso que é possível encontrar um espaço propício à manifestação, transmissão e expressão de um conjunto de sentimentos e formas de estar, que me acompanharam durante este trabalho.

A realização de um trabalho de investigação na área da saúde, assim como as demais motivações que o conduziram devem-se incontornavelmente ao entusiasmo e ao apoio transmitidos pela minha Orientadora, Professora Doutora Helena Serra, a quem quero desde já dirigir um profundo agradecimento por ter aceitado orientar este trabalho e por ter estimulado o meu interesse, gosto e motivação pelo campo da saúde.

No plano institucional quero expressar-me com enorme gratidão e cordialidade a todos (as) os (as) Enfermeiros (as) entrevistados (as), pela disponibilidade e pelo interesse em colaborar com esta investigação, prontificando-se todos (as) sem excepção, a responderem de forma honesta e transparente às perguntas que foram colocadas.

Um agradecimento especial ao Miguel Negreiro, Ana Rita Matias, Ricardo Dias, Mariana Santos e sua família, David Varela, David Morgado e Armindo Constâncio que de forma célere, permitiram o contacto com a maioria dos entrevistados. À minha entidade patronal, por permitir a conciliação entre o trabalho e formação académica.

Um agradecimento profundo à minha família, à minha Mãe Luísa de Almeida, ao meu Pai Joaquim Borreicho, ao meu Irmão Simão Freire, e à minha Companheira e sempre Amiga Andreia Silveira pela motivação, coragem e determinação transmitidas da primeira à última palavra.

Uma palavra de gratidão eterna ao meu Avô Simão Pinto de Oliveira, por ter estimulado o meu interesse pelas letras. Apesar da sua distância física, a sua presença faz-se sentir sempre que abro um livro.

## ***Resumo***

Estudar a enfermagem, implica conhecer os processos que contribuíram para a sua consolidação, tanto no plano académico como no plano profissional.

A filiação institucional da enfermagem ao hospital constitui um dos traços estruturais marcantes para a configuração das diferentes ideologias de enfermagem e para o conseqüente desenvolvimento da sua identidade profissional. Advém dessa filiação, o compromisso com os fins e com as regras institucionais, despoletando uma tensão permanente no quadro ideológico da enfermagem, entre a orientação para o cuidar, inserida no papel psicossocial da enfermagem, e a orientação para a instituição, marcada pelo desempenho de funções de controlo e de manutenção dos serviços.

Os processos de reconfiguração dos cuidados de saúde originaram o desenvolvimento da estrutura dos cuidados e da estrutura de cura, delimitando-se o campo específico da enfermagem e a sua integração no processo divisão social do trabalho. Nesse sentido, a posição dos diferentes grupos socio-profissionais neste processo, delimita formas de organização, decorrentes dos princípios de interdependência entre os vários indivíduos, e da partilha de tarefas num determinado campo de actividade. No plano das relações de poder, a dominância médica manifesta-se assim como o elemento central da divisão social do trabalho, assumindo o controlo e a avaliação do trabalho dos outros grupos socio-profissionais que se articulam com o seu campo de actividade e que dependem directamente do seu saber.

Esta investigação analisa a influência do poder médico nos processos de construção da identidade profissional da enfermagem e as estratégias de revalorização adoptadas por estes profissionais para a defesa da sua autonomia.

**Palavras-chave:** Configurações ideológicas, identidade profissional, autonomia, poder médico, dominância médica, divisão social do trabalho e estratégias de revalorização profissional

### *Abstract*

Studying nursing, implies knowledge of the processes that contributed to its consolidation, in the academic and professional context.

The institutional affiliation of nursing at the hospital is one of the striking structural for configuring various ideologies of nursing, enabling the development of their professional identity. Owing to this affiliation, the commitment to the purposes and on the institutional rules, triggering a permanent tension in the ideological framework of nursing, between the approach to care, inserted in psychosocial nursing role, and orientation to the institution, marked by the performance of functions control and maintenance of social order services.

The process of reconfiguration of health care, led the development of the care structure and healing structure, delimiting the specific field of nursing and its integration in the social division of labor. In conjunction, the position of the different socio-professional groups in the division of labor process, delimits forms of organization, resulting from principles based on the interdependence between the various professionals in the field of sharing of tasks in a particular scope of activity.

In terms of power relations associated with different forms of work organization in the specific field of health, medical dominance is the structural feature of the social division of labor, with the authority to control, supervise and evaluate the work of others socio-professional groups that articulate with their field of activity, depended directly on their knowledge. This research analyzes the impact of medical power in the construction of professional identity of nursing and, professional upgrading strategies adopted by nurses for the defense of their autonomy.

**Keywords:** Ideological orientations, professional identity, autonomy, medical power, medical dominance, social division of labor and professional upgrading strategies

## Índice

<b>Agradecimentos</b>	I
<b>Resumo</b>	II
<b>Abstract</b>	III
<b>Introdução</b>	1
<b>Primeira Parte: Percurso Teórico e Metodológico de Construção da Pesquisa</b>	2
<b>Capítulo I – Um Olhar Sociológico Sobre a Enfermagem</b>	2
<b>1. A Enfermagem Enquanto Objecto Sociológico</b>	2
1.1 A revalorização profissional da enfermagem num contexto de mudanças socio-profissionais	2
1.2 A identidade profissional dos enfermeiros. A mobilização estratégica dos recursos e as relações de poder	3
<b>Capítulo II – A Construção Teórica da Investigação</b>	8
1. O Quadro Teórico	8
2. O Modelo Analítico da Investigação	12
<b>Capítulo III – A Metodologia de Investigação Empírica</b>	15
1. A Selecção do Campo Empírico	15
2. O Método e as Técnicas de Recolha de Informação	17
<b>Segunda Parte: O Campo Empírico: Percurso Analítico</b>	18
<b>Capítulo IV – Análise dos Resultados</b>	18
1. Caracterização dos Actores e Breve Apresentação dos Serviços	18
2. Papel da Enfermagem e Identidade Profissional	20
3. Relações de Poder e Identidade Profissional	23

4. Estratégias de Revalorização Profissional e Autonomia da Enfermagem	29
<b>Considerações Finais</b>	33
<b>Referências Bibliográficas</b>	36
<b>Anexos</b>	39
<b>Anexo 1:</b> Guiões de Entrevista: Guião de Entrevista aos Enfermeiros Chefes de Serviço e aos Enfermeiros de Cuidados Gerais	40
<b>Anexo 2:</b> Pedido Formal de Autorização para aplicação das entrevistas	48
<b>Anexo 3: Quadro 1</b> - Lista de siglas referentes aos serviços e especialidades	50
<b>Anexo 4: Quadro 2</b> - Lista de siglas referentes aos entrevistados	50
<b>Quadro 3</b> - Lista de siglas referentes aos entrevistados (Continuação)	51
<b>Anexo 5: Quadro 4</b> - Operacionalização dos Conceitos – Caracterização Sociodemográfica	52
<b>Quadro 5</b> – Operacionalização dos Conceitos – Papel Profissional E Identidade Profissional	53
<b>Quadro 6</b> – Operacionalização dos Conceitos – Relações de Poder Identidade Profissional	54
<b>Quadro 7</b> – Operacionalização dos Conceitos – Estratégias de Revalorização Profissional e Autonomia da Enfermagem	55
<b>Anexo 6: Quadro 8</b> - Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados	56
<b>Quadro 9</b> – Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados (Continuação)	57

## **Introdução**

A realização de uma investigação sociológica sobre a enfermagem decorre do elevado interesse manifestado pelas áreas das profissões e das organizações.

A complexidade das relações sociais protagonizadas por vários grupos socio-profissionais no contexto hospitalar, marcada pela partilha e pela disputa de recursos, contribui para a construção de lógicas de organização dos serviços, definindo-se nesse sentido, a posição dos diferentes grupos socio-profissionais na estrutura organizacional.

A enfermagem ocupa uma posição de dependência face ao saber médico, ocupando, no processo de divisão social do trabalho, a posição de execução, agindo por delegação.

Chega-se assim ao fio condutor desta investigação.

A estrutura desta investigação divide-se em duas partes. Na primeira parte, debruça-se um olhar sociológico sobre a profissão da enfermagem. Seguidamente apresenta-se o quadro teórico, expondo-se os principais conceitos e dimensões de análise. A metodologia da investigação empírica, em harmonia com os objectivos desta investigação e o respectivo quadro teórico de referência, apresenta a selecção e a justificação do campo de análise, referindo-se as instituições acedidas para a aplicação das entrevistas aos respectivos actores. Apresentam-se igualmente os métodos adoptados e as técnicas aplicadas ao longo de nove meses de recolha de dados, destacando-se a entrevista semidirectiva e a análise documental.

A segunda parte desta investigação diz respeito ao percurso analítico e é composta por um capítulo referente à análise dos resultados, sistematizada nas seguintes dimensões de análise: Papel da Enfermagem e Identidade Profissional, Relações de Poder e Identidade Profissional e por fim Estratégias de Revalorização Profissional. Na conclusão, reflecte-se sobre os resultados, limitações e pesquisas futuras.

## **Primeira Parte: Percorso Teórico e Metodológico de Construção da Pesquisa**

### **Capítulo I – Um Olhar Sociológico Sobre a Enfermagem**

#### **1. A Enfermagem enquanto objecto sociológico**

##### *1.1 A revalorização profissional da enfermagem num contexto de mudanças socio-profissionais*

Actualmente, a profissão de enfermagem leva a cabo um processo de defesa e de revalorização profissional que tem como objectivo nevrálgico a defesa da sua identidade e da sua cultura profissional, emergindo neste plano, formas institucionais de defesa e de protecção deste grupo, como é o caso da Ordem e do Sindicato dos Enfermeiros.

Uma das preocupações centrais para os enfermeiros passa essencialmente pela revalorização profissional através da obtenção de uma maior autonomia dentro dos contextos onde actuam, estando esta dependente da transmissão formal e informal de saberes e de competências por via da socialização académica e profissional, e da apropriação informal de outros saberes resultante de uma relação assimétrica com os diversos grupos socio-profissionais (Luis,2004).

Em Portugal, a profissionalização da enfermagem ao contrário da profissionalização dos engenheiros e dos médicos iniciou-se tardiamente, ocorrendo esta na segunda metade da década de sessenta, em concreto em 1968, com a emergência da Associação Portuguesa de Enfermeiros. Destaca-se também, o desenvolvimento expressivo da profissionalização da enfermagem nos últimos 37 anos, com a criação de um único nível de formação, o Curso Geral de Enfermagem (1975), conduzindo em simultâneo, ao aparecimento das mais diversas formas de luta e de reivindicação em prol de mais e legítimos direitos, destacando-se os aumentos salariais, horários de trabalho adequados

à profissão, e à consolidação de uma profunda reestruturação da Carreira de Enfermagem no ano de 1981.

Importa salientar, relativamente à função social dos enfermeiros na sociedade portuguesa, que estes factores permitiram a criação de novas condições de reconhecimento e de valorização que passaram essencialmente pela integração do ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, criando-se os Cursos Superiores de Enfermagem (Carapinheiro & Lopes, 1997). Porém a consolidação da profissão de enfermagem verificou-se alguns anos mais tarde, ocorrendo em 1996 com a Publicação do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem, criando-se a partir desse momento as condições necessárias para o reconhecimento do papel profissional da enfermagem.

Ainda assim, a profissionalização da enfermagem aliada a uma percepção socialmente construída de prestígio, de utilidade e de valorização socio-profissional contém em si paradoxos, no sentido em que, o aumento apreciável das competências dos enfermeiros não corresponde ao necessário aumento do número de enfermeiros nem da efectiva melhoria das suas condições de trabalho, relegando os enfermeiros para posições de dependência na estrutura das instituições de saúde (Carapinheiro & Lopes, 1997).

### ***1.2 A identidade profissional dos enfermeiros. A mobilização estratégica dos recursos e as relações de poder***

Do ponto de vista da construção da identidade profissional dos enfermeiros, existem dois aspectos que assumem uma enorme centralidade. As práticas profissionais dos enfermeiros encontram-se associadas à razão de ser e à natureza da função, vocacionada para o cuidar, acompanhamento e intervenção sobre o estado de saúde dos indivíduos. Surge neste plano a ideologia hospitalar baseada na humanização e na reintegração,

atribuída exclusivamente aos profissionais da enfermagem, obedecendo, tal como defende Carapinheiro (2003:252), “a uma forma dicotómica e complementar entre aqueles que servem a ciência e aqueles que servem os doentes”, representando o contexto hospitalar um campo potencializador de predisposições e de práticas heterogéneas. As relações institucionais estabelecidas entre os diferentes grupos socio-profissionais, na esfera das instituições de saúde, reforçam e reproduzem as assimetrias de poder e determinam a posição dos agentes na estrutura organizacional (Lopes, 2001; Tavares, 2007). Analisar o papel do poder médico na construção da identidade profissional dos enfermeiros implica conhecer as suas fontes e os seus diversos modos de estruturação e legitimação.

Para Weber (2004), o poder significa a probabilidade de, no contexto de uma relação social, um indivíduo impor a sua vontade própria contra a resistência de outro ou de outros indivíduos, independentemente do fundamento dessa probabilidade. Associado ao conceito de poder, está o conceito de dominação, constituindo esta a faculdade de se impor a terceiros a vontade de quem a exerce, com vista a condicionar a acção dos mesmos em virtude de interesses e de objectivos específicos. Aprofundado o conceito de poder, Foucault (1992), explora também o conceito de economia de poder, consistindo este, num conjunto de procedimentos de circulação e de reprodução dos efeitos de poder de forma sistematicamente contínua, ininterrupta, adaptada e individualizada num determinado espaço social, realçando-se também, no que concerne às especificidades do poder, a sua indivisibilidade entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente, e aqueles que a ele estão subordinados. O autor acrescenta ainda que o poder é dinâmico e circular, funciona em cadeia, deslocaliza-se e prolifera-se constantemente e o seu exercício restringe-se apenas a alguns indivíduos, verificando-se em consequência a monopolização do exercício do poder (Foucault, 1992). Ainda

assim, Crozier & Friedberg (1977) defendem que as relações hierárquicas não correspondem absolutamente a um modelo de simples obediência, subordinação ou conformismo, mas antes a uma forma passiva de resistência baseada em actos de negociação multilaterais.

No plano da análise das organizações formais, Etzioni (1972) reconhece que os fins a que as organizações se propõe atingir estruturam o seu funcionamento e as relações sociais entre os diferentes actores, na medida em que as mesmas são planeadas e racionalmente estruturadas de acordo com os respectivos fins. Nesse sentido, o hospital sustenta o seu funcionamento numa estrutura formal de autoridade, constituindo esta, uma fonte de poder legitimada e reconhecida por todos os agentes, evidenciando-se, segundo Blau (1967-1968), na análise de Mintzberg (1995), a importância do poder da competência resultante do exercício da profissão. Do ponto de vista do funcionamento da estrutura hospitalar, Mintzberg (1995) verificou que a configuração estrutural presente nesta organização é a burocracia profissional, caracterizada pela estandardização das qualificações, formação e socialização profissionais. A respeito da posição dominante que o centro operacional ocupa no hospital, Monteiro (1999), verificou por via do trabalho desenvolvido por Mintzberg (1995), que os serviços de apoio existem apenas para servir o mesmo, a tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias, podendo eventualmente as categorias superiores da enfermagem serem consideradas como elementos da tecnoestrutura. O contributo de Perrow (1965), destacado por Mintzberg (1995), no domínio das configurações estruturais, esclarece ainda que as credenciais de determinados grupos socio-profissionais podem converter-se em fontes legitimadas de poder e dominação, uma vez que o poder dos grupos dominantes resulta do grau de complexidade do seu trabalho.

Mintzberg (1995) concede-nos ainda um indispensável contributo no que à aquisição do poder diz respeito, verificando que os grupos socio-profissionais garantem o seu poder na organização, não apenas pelo controlo que exercem sobre o seu próprio trabalho, mas pelo controlo de decisões administrativas que lhes dizem respeito, e pela participação em órgãos e comissões cuja representatividade tende a ser expressiva.

As estruturas de poder nos hospitais obedecem a lógicas de funcionamento específicas e diferenciadas quando comparadas com outras organizações formais. A este propósito Serra (2008), argumenta, tendo em conta a perspectiva de Wolinsky (1980) que no contexto das burocracias hospitalares, a linha de autoridade formal apresenta uma dualidade, coexistindo reciprocamente dois tipos de poder: poder médico e o poder administrativo. Com efeito, o desenvolvimento do poder médico resulta para Carapinheiro (1991), da multiplicidade de formas que este poder assume nos serviços hospitalares e da relação de proximidade entre o poder administrativo e o poder técnico-económico, decorrente da aquisição de competências científicas e técnicas de gestão hospitalar, contribuindo-se para a penetração do poder médico nas diversas áreas de intervenção hospitalar.

Do ponto de vista da identificação da dimensão administrativa, esta observa-se no exercício do poder médico, actualizando-se na negociação entre vários poderes-saberes médicos, resultantes dos processos de especialização médica, nas relações entre o poder médico-formal e informal e no exercício da direcção e da supervisão das actividades dos restantes grupos socio-profissionais (Carapinheiro, 1991). Neste sentido, a dimensão administrativa do poder médico pode converter-se em “poder técnico-económico”, aquando da integração dos médicos nas categorias de direcção hospitalar e da participação em processos de tomada de decisão no âmbito gestor (Carapinheiro, 1991).

Para Carapinheiro (1991), a relação entre o poder médico e o poder administrativo explica a submissão da racionalidade organizacional à racionalidade médica, determinando que as hierarquias reguladoras dos serviços de saúde deixam de responder à lógica técnico-administrativa para passarem a responder à lógica médico-científica.

Analisar a influência do poder médico na estruturação da identidade profissional dos enfermeiros conduz-nos à análise do conflito existente entre estes dois grupos socio-profissionais, traduzindo-se este numa das formas de materialização da relação de poder. A investigação levada a cabo por Nero (2008) evidencia a centralidade que o poder assume na relação entre médicos e enfermeiros, verificando, através do trabalho desenvolvido por Paulo Castro Seixas & Pedro Pereira (2005), que enquanto alguns enfermeiros ressaltam a relação de auxiliar médico, outros referem a relação empregado/patrão, ou porventura de tipo mais negativo ainda.

Do ponto de vista da influência do poder nos processos de construção da identidade profissional, Tavares (2007) argumenta, que essa construção não depende apenas da natureza do trabalho e da incorporação de competências, saberes, normas e significados, nem dos processos de socialização que a moldam, mas antes, das posições ocupadas pelos grupos socio-profissionais na estrutura social e das trajectórias socio-profissionais percorridas. Para Lopes (2001), tendo em conta o modelo analítico da divisão técnica e social do trabalho, defende que a enfermagem é interpretada como um grupo socio-profissional, cuja posição na divisão social do trabalho enquadra o seu trabalho na categoria de execução, sendo esta formalmente exercida por delegação da autoridade médica.

No campo da afirmação do estatuto profissional da enfermagem, assiste-se à procura da credenciação dos saberes e à construção de conhecimentos disciplinares próprios e específicos, contribuindo-se para a construção de um campo disciplinar autónomo, do

ponto de vista científico, académico e profissional, conferindo autonomia, estatuto e valorização profissional a este grupo socio-profissional (Carapinheiro, 1993; Simões & Amâncio, 2004).

## **Capítulo II – A Construção Teórica da Investigação**

### ***1. O Quadro Teórico***

Ficou anteriormente explícito que a análise das estratégias de enfermagem é contextualizada nos limites e condicionamentos impostos pelas estratégias médicas. Decorrente desses condicionamentos, verifica-se que a profissionalização da enfermagem resulta de uma contradição central, que se prende, por um lado, com o reconhecimento do papel psicossocial como factor dominante da profissão, concesso de alguma autonomia e de liberdade de actuação, e por outro, com o facto do seu estatuto social ser totalmente determinado pela posição ocupada na estrutura de cuidados de saúde (Carapinheiro, 1993).

De acordo com Crozier & Friedberg (1977), no plano da acção estratégica, sustenta-se que todos os actores possuem uma determinada margem de liberdade e de racionalidade, cujos limites são contingencialmente definidos pelo sistema (contextos organizacionais e sociedade), constituindo este um campo estruturado de acção. O papel desempenhado pelos enfermeiros e a posição ocupada pelos mesmos na estrutura organizacional caracteriza-se por alguma vulnerabilidade, reconhecendo Carapinheiro (1993), que os enfermeiros não participam nas tomadas de decisão sobre os processos de elaboração de diagnóstico e da administração da terapêutica. A autora defende ainda que, na eventualidade de existir alguma participação, esta resulta sempre da autoridade médica delegada no quadro da aplicação dos cuidados terapêuticos.

De acordo com a perspectiva de Chauvenet (1973), analisada por Carapinheiro (1993), as estratégias de revalorização profissional dependem da adopção de posições dominantes por parte dos enfermeiros, propondo-se nesse sentido três posições estratégicas.

Para a autora, uma das posições dominantes tomada pelos enfermeiros corresponde a uma posição de recuo, de retirada, face ao problema da revalorização profissional. Esta posição insiste na valorização do seu papel psicossocial junto dos doentes como um papel prioritário, ao qual se subordina o conteúdo técnico do seu trabalho e que garante a especificidade profissional dos enfermeiros face aos médicos e face à entrada de novas categorias profissionais hospitalares, especialmente dos técnicos. (Carapinheiro, 1993). Contrariamente ao que sucede com o papel profissional dos outros grupos socio-profissionais, o papel psicossocial da enfermagem não está contemplado no sistema de qualificações hospitalares, ou seja, a mobilização de estratégias de reforço da identidade profissional, estimula, a construção de rotinas e inviabiliza a autonomia profissional, alternativa aquela que se constitui pela relação estabelecida com os doentes (Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001).

Aproximando-se da posição estratégica apresentada anteriormente, mas abandonando a posição de recuo, Carapinheiro (1993), observou, tendo em conta o contributo de Chauvenet (1973), que há enfermeiros que consideram que a revalorização da profissão pode passar pela redefinição do conteúdo psicossocial do seu papel em termos de serem mais trabalhadores sociais do que técnicos, ou seja o papel dos enfermeiros define-se através da incorporação de atitudes terapêuticas que não estão formalmente atribuídas mas que se podem ir progressivamente construindo nas actividades quotidianas dos serviços, através da rendibilização de competências psicológicas e pedagógicas, resultante da continuada presença junto dos doentes (Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001).

Por fim, Carapinheiro (1993) defende que os enfermeiros devem de assumir responsabilidades de decisão que não sejam só as que estão definidas pelo exercício da autoridade e da responsabilidade dos médicos. No caso dos enfermeiros das gerações mais jovens, essa responsabilidade exprime-se pela produção do diagnóstico de enfermagem como processo de identificação de recursos e de necessidades de ordem material, psicológica e emocional dos doentes, contribuindo para a restauração da saúde e para a manutenção dos níveis de equilíbrio psicológico e emocional, assegurando a personalização dos mesmos no mundo hospitalar.

O problema que se coloca relativamente à adopção de estratégias de revalorização profissional é perceber em que medida as mesmas têm contribuído para o aumento da autonomia e para a delimitação do campo profissional da enfermagem. Carapinheiro (1993) argumenta que, a adopção de estratégias de revalorização profissional não visam a criação de uma relação de competição com o saber médico, mas antes possibilitam uma clara reprodução das assimetrias de poder entre estes dois grupos socio-profissionais. Ao nível da estrutura do grupo dos enfermeiros, as diferentes posições hierárquicas produzem distinções entre os vários membros do corpo de enfermeiros e na distribuição dos recursos entre os mesmos, verificando-se por um lado uma aliança com os interesses médicos, e por outro a adopção de estratégias de descomprometimento com esses interesses, retomando-se o desempenho das funções básicas da enfermagem (Carapinheiro, 1993).

A par da relação de poder estabelecida entre os médicos, verifica-se também uma relação de competitividade entre os grupos socio-profissionais das áreas técnicas, nomeadamente, engenheiros biomédicos, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de análises e os técnicos de radiologia, que dominam o saber tecnológico e que consideram

os doentes como a outra forma do binómio das técnicas, ou seja os doentes são um meio de administração e de manipulação da tecnologia hospitalar (Carapinheiro, 1993).

No âmbito das relações interprofissionais, possibilita-se a incorporação e a mobilização de recursos estratégicos, designadamente saberes e conhecimentos terapêuticos possuídos pelos médicos e pelos técnicos durante a produção de cuidados, complementando por um lado e condicionado por outro, o papel psicossocial dos enfermeiros, a redefinição de competências, conhecimentos e ideologias apreendidas no quadro da socialização académica e profissional. A delegação de saberes, técnicas, competências e procedimentos por parte dos médicos tem como objectivo criar mecanismos de dependência dos enfermeiros face àqueles, na medida em que a administração dos cuidados de saúde reclama um saber específico, em particular o saber médico (Carapinheiro, 1993).

Assume uma evidência clara que posição ocupada pelos enfermeiros na esfera hospitalar, resulta, fundamentalmente, de uma relação de compressão, de um jogo de forças entre médicos e doentes que obviamente contribuem para a alteração das suas condições de trabalho por via dos longos períodos de trabalho, da monotonia e da rotinização das tarefas e de alguma escassez de rotação de pessoal reduzindo claramente o tempo de contacto com os doentes (Carapinheiro, 1993). O contacto estabelecido com os doentes contribui para o atenuar dos constrangimentos e dos condicionalismos emergentes da posição de dependência ocupada pelos enfermeiros e da relação de conflito estabelecida com outros actores no contexto hospitalar. No essencial, são as condições emergentes por via de uma relação conflitual que contribuem para a redefinição da identidade profissional e do papel dos enfermeiros.

Do ponto de vista das desiguais condições de acionamento e de valorização dos saberes, a predominância das rotinas no quotidiano das práticas de enfermagem, a decomposição

e a standardização das tarefas e a acentuada redução do poder decisório, criam condições para que a mobilização e o accionamento de saberes analíticos, tais como diagnósticos, avaliações do estado clínico do doente, técnicas de administração terapêutica se reduzam expressivamente, circunscrevendo-se as competências de enfermagem ao trabalho de execução, originando-se aquilo que na concepção de Dubar (1991), se entende como gestualidade operativa (Lopes, 2001). A autora defende ainda, no âmbito da rotinização das tarefas de enfermagem, que estas criam espaços e zonas de medição cognitiva que se inscrevem entre os saberes formalmente requeridos e os saberes efectivamente accionados, com vista à concretização dessas actividades, ou seja, constata-se que os saberes de enfermagem mobilizam-se em condições particularmente desfavoráveis.

A missão dos enfermeiros, associada ao cuidar dos doentes parece assumir-se como uma prática alternada. A transformação do quadro funcional dos enfermeiros por via da transferência acrescida de responsabilidades por parte dos médicos leva a que estes passem menos tempo com os doentes, contribuindo para uma ruptura na relação estabelecida com os mesmos. A determinação do quadro funcional da enfermagem alheia aos enfermeiros constitui para Tavares (2007), um referencial inequívoco da dominância médica, o traço estrutural dominante da divisão social do trabalho, assegurando a este grupo profissional, por via do poder disciplinante, a faculdade legitimada do controle e da vigilância sobre as outras categorias profissionais.

Carapinheiro (2003), defende o argumento de que as condições profissionais menos favoráveis, a ausência de poder e de outros recursos estratégicos, permite um maior conhecimento dos doentes e a identificação de potenciais elementos indiciadores do seu estado de saúde, podendo os mesmos constituir um monopólio de saberes e de conhecimentos específicos, como forma de contrapoder face às estruturas dominantes.

## ***2. O Modelo Analítico da Investigação***

Depois de enunciado o objecto de estudo e o quadro teórico central chega-se à definição da hipótese central desta investigação: O poder médico caracterizado pelo saber dominante contribui para construção da identidade profissional dos enfermeiros, conduzindo estes à adopção de estratégias de revalorização profissional. De acordo com a hipótese central acima definida chegamos aos conceitos de poder médico, identidade profissional e estratégias de revalorização profissional da enfermagem<sup>1</sup>.

Para Lopes (2001) a dimensão poder médico resulta da mobilização dos conceitos de posição privilegiada na estrutura hospitalar e inscrição da prática profissional da enfermagem na categoria de concepção, no processo de produção de cuidados terapêuticos. O contributo de Tavares (2007), no âmbito da análise do poder médico, assume uma enorme centralidade, uma vez que o mesmo decorre do conceito de autonomia médica, estando correlacionado com os conceitos de mobilização do saber dominante e de competência técnica, determinantes para a organização da divisão do trabalho, legitimando a direcção, a avaliação e o controlo do trabalho das categorias funcionalmente subordinadas.

O contributo de Freidson (1986) analisado por Lopes (2001) relativamente à identidade profissional da enfermagem propõe para a explicação desta dimensão os conceitos de irredutibilidade das actividades de enfermagem à simples categorização do trabalho, divisão desfragmentada do trabalho de enfermagem e de divisão complexa e organizada do trabalho de enfermagem decorrentes da especialização. Neste plano a autora mobiliza também o conceito de relativa autonomia e de participação no trabalho terapêutico.

---

<sup>1</sup> Consultar em anexo os quadros referentes à operacionalização dos conceitos e das dimensões de análise

Para se construir a dimensão estratégias de revalorização profissional, pretende-se ter em linha de conta o papel e a posição ocupada pela enfermagem no processo de divisão técnica e social do trabalho de produção de cuidados de saúde, mobilizando-se para o efeito o contributo de Lopes (2001), considerando-se aos conceitos de relação de dependência face ao poder médico e de baixos níveis de autonomia nos processos de tomada de decisão. Através do trabalho desenvolvido pela autora, e tendo em linha de conta os postulados do *taylorismo*, realça-se de forma vincada, a clara separação entre a concepção e a execução no domínio da produção e da execução dos cuidados terapêuticos, inserindo a enfermagem na categoria de execução, no processo de produção de cuidados. Para a análise desta dimensão considerou-se também a perspectiva de Carapinheiro (1993), que recorre ao conceito de papel psicossocial, operacionalizado pelos cuidados de enfermagem, relação de proximidade com os doentes, períodos de tempo passado com o doente.

O discurso de Carapinheiro (1993) relativamente às estratégias de revalorização profissional centra-se nas condições de exercício das práticas profissionais da enfermagem, destacando-se a relação de proximidade com o doente e o accionamento dos recursos estratégicos, que correspondem no essencial, à produção de diagnósticos clínicos acerca do estado de saúde do doente, verificando-se a apropriação e a mobilização por parte da enfermagem de competências e de saberes médicos. Carapinheiro (1993) propõe ainda os conceitos de relação de cooperação e de aliança com os interesses médicos como reforço da identidade profissional dos enfermeiros, contribuindo através desta relação, para a reprodução das assimetrias de poder entre estes dois grupos profissionais.

Para analisar o papel dos enfermeiros e a posição ocupada pelos mesmos é relevante considerar também o trabalho desenvolvido por Carapinheiro (1993), que reflecte sobre

os conceitos de baixos níveis de participação dos enfermeiros e de autoridade médica delegada como forma de condicionar e estruturar o papel profissional da enfermagem no processo produção dos cuidados de saúde. O contributo de Carapinheiro (1993) revela-se lapidar para o estudo da identidade profissional dos enfermeiros. Para analisar esta dimensão e de forma a compreender os mecanismos que a condicionam de forma estruturante, pretende-se mobilizar os conceitos de condições de trabalho, relações de proximidade com os doentes, períodos de tempo passados com os mesmos, e que segundo a perspectiva da autora, constituem espaços e zonas de incerteza contribuindo para a emergência de novas formas de poder e de autonomia dos enfermeiros (Crozier & Friedberg 1977; Carapinheiro, 1993). Para a mesma dimensão, a autora propõe também a análise dos conceitos de estatuto social da enfermagem e de posição hierárquica na estrutura formal da organização hospitalar para explicar a subordinação do grupo profissional da enfermagem face à posição dominante dos actos médico (Carapinheiro, 1993).

### **Capítulo III - A Metodologia da Investigação Empírica**

#### ***1. A Selecção do Campo Empírico***

Na sequência da discussão teórica e dos objectivos de investigação elencados anteriormente apresentam-se as razões que sustentam e justificam a selecção do campo empírico.

Uma das razões prende-se com o facto da génese da enfermagem, estar indissociavelmente ligada à expansão do sistema hospitalar e às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão, tais como a complexificação técnica dos cuidados de saúde, a complexificação administrativa e a burocratização

organizacional do sistema hospitalar, exigindo da enfermagem a aquisição de competências técnicas (Coser 1962 considerado por Lopes 2001).

A perspectiva de Coser (1962), aprofundada por Lopes (2001), no plano da profissionalização dos diferentes grupos socio-profissionais que actuam no campo da saúde, refere que, contrariamente aos grupos profissionais cuja génese se inscreve numa relação de autonomia face às instituições, tal como sucede com as designadas profissões liberais, a enfermagem ocupou sempre uma posição de dependência no interior da instituição hospitalar, devido ao facto de a mesma constituir desde sempre o lugar dominante da sua actividade e da sua génese, estando a sua autonomia profissional dependente do trabalho que realiza nesse contexto organizacional.

Considerando o campo apresentado, acederam-se, nesse sentido, a cinco hospitais públicos, a um hospital e a uma unidade de acolhimento particulares<sup>2</sup>. O interesse em aceder-se a estes contextos prende-se particularmente com o objectivo central de se pretender estudar um grupo heterogéneo de indivíduos com a finalidade de se obter resultados também heterogéneos, reveladores das diferenças e das especificidades de cada contexto de análise, privilegiando-se nesse sentido a diversidade etária, as trajectórias académicas e profissionais dos entrevistados, as áreas e especialidades de actuação e as experiências, as práticas e as representações dos mesmos, permitindo assim a realização de uma análise comparativa. O acesso a instituições localizadas essencialmente na grande Lisboa, em pormenor, nos concelhos de Lisboa e Cascais, deveu-se sobretudo aos recursos disponíveis para a realização desta investigação, tais como o tempo despendido para a recolha dos dados e os meios adoptados para a deslocação às instituições de saúde.

---

<sup>2</sup> Verificar em anexo, quadro de caracterização sociodemográfica dos entrevistados e quadro de siglas referentes aos serviços/especialidades

## ***2. O Método e as Técnicas de Recolha de Informação***

Dada a especificidade do objecto de estudo, estudar a influência das relações de poder na construção da identidade profissional da enfermagem, pretendeu-se “analisar em profundidade as características, as opiniões, uma problemática relativa a uma população determinada, segundo vários ângulos e pontos de vista”. (Almeida, Machado & Capucha, 1994). Adoptou-se como método de análise, o método intensivo ou indutivo, caracterizado pela intensidade e incisão da análise num determinado grupo social, em concreto, sobre um grupo de enfermeiros.

De acordo com os objectivos da investigação, aplicaram-se ao todo doze entrevistas semidirectivas a um conjunto de enfermeiros pertencentes a três categorias profissionais diferentes<sup>3</sup>. Das doze entrevistas, oito foram aplicadas a Enfermeiros (as) de Cuidados Gerais, e as restantes foram aplicadas a uma Enfermeira Directora, a um Enfermeiro Chefe, a um Enfermeiro Adjunto e uma Enfermeira Responsável. A adopção deste tipo de entrevista teve como principal objectivo apelar à reflexividade e às representações dos entrevistados relativamente às dimensões de análise definidas.

Relativamente aos locais de realização das entrevistas, privilegiou-se o espaço hospitalar, com vista a observar-se a dinâmica e as especificidades do mesmo. Nos casos em que não se afigurou possível recorreu-se a outros espaços informais.

A autorização relativa ao acesso às unidades de saúde para a realização das entrevistas foi solicitada de duas formas, pela via formal, através de carta<sup>4</sup> remetida à administração das instituições hospitalares (Hospitais C e F<sup>5</sup>), ou através de correspondência electrónica, contendo em anexo uma carta expondo os objectivos da investigação. Em algumas situações, verificaram-se alguns constrangimentos, tais como a solicitação prévia do guião de entrevista por parte de alguns enfermeiros chefes, assim como a

---

<sup>3</sup> Consultar em Anexo, quadro de caracterização sociodemográfica e quadro de siglas dos entrevistados

<sup>4</sup> Consultar em anexo pedido formal para aplicação das entrevistas

<sup>5</sup> Consultar em anexo quadro de siglas referentes aos serviços/especialidades

imposição para vestir roupa de BO, inclusivamente touca. (Bloco Operatório Central do Hospital C). Complementarmente, como forma de ampliar o número de entrevistados para posterior aplicação das entrevistas, recorreu-se à rede de contactos pessoal, utilizando-se em harmonia, o método bola de neve.

Para se proceder ao registo e ao controlo do discurso dos entrevistados recorreu-se à utilização de dois guiões de entrevista<sup>6</sup>, à gravação, mediante a utilização de um gravador de voz, e ao apontamento de informações por escrito num caderno, estabelecendo-se também o compromisso de garantia do anonimato tanto dos entrevistados como das instituições. Como técnica complementar recorreu-se também à análise documental, consultando-se dados estatísticos referentes, por exemplo, à caracterização sociográfica da profissão e às condições de trabalho.

No que diz respeito à análise das entrevistas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo qualitativa. Dado que o número de entrevistas é relativamente reduzido, não se justificou a utilização de aplicações informáticas de análise de conteúdo, nomeadamente Maxqda ou outras.

## **Segunda Parte: O Campo Empírico e o Percurso Analítico**

### **Capítulo IV – Análise dos Resultados**

#### ***1. Caracterização dos actores e breve apresentação dos serviços***

Conforme foi referido no ponto anterior, procedeu-se à aplicação de doze entrevistas semidirectivas a um conjunto de enfermeiros, que se inserem profissionalmente nas mais diversas áreas/especialidades. Através da análise da tabela de caracterização

---

<sup>6</sup> Consultar em anexo guiões de entrevista. Foram construídos dois guiões de entrevista, sendo um referente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais e o outro referente aos Enfermeiros Chefes de Serviço

sociodemográfica dos entrevistados<sup>7</sup>, verifica-se uma larga predominância do sexo feminino, correspondendo a nove, o número de indivíduos deste sexo, ao passo que o número de indivíduos do sexo masculino corresponde apenas a três.

Quanto à idade procurou-se também privilegiar a diversidade etária dos entrevistados, constatando-se que a maior parte dos indivíduos apresenta uma idade superior a 30 anos, correspondendo a nove o número de enfermeiros que se encontra neste escalão etário, e apenas a três os que se encontram numa faixa etária inferior a 30 anos. Destaca-se que média das idades corresponde a 33 anos.

Praticamente, todos os entrevistados concluíram a licenciatura a partir do final dos anos 80, ou seja, a maior parte diplomou-se após a criação do único nível de formação, o Curso Geral de Enfermagem, em 1975, e da profunda reestruturação da Carreira de Enfermagem ocorrida em 1981.

Em relação aos estabelecimentos de ensino frequentados, verifica-se também a existência de alguma heterogeneidade. Metade dos entrevistados frequentou o Curso em Escolas de Enfermagem de Lisboa, das quais se destacam a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o Instituto de Ciências da Saúde pertencente à Universidade Católica Portuguesa, antiga Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo. A outra metade frequentou a licenciatura em enfermagem em estabelecimentos de ensino localizados nas mais diversas regiões do país, tais como a Escola Superior de Enfermagem da Guarda, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, pertencente ao Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde de Viseu e Escola Superior de Saúde de Santarém, agregada ao Instituto Politécnico de Santarém. Apenas um entrevistado obteve a sua licenciatura no estrangeiro, tendo frequentado a Escola Técnica de Enfermagem de Luanda.

---

<sup>7</sup> Consultar em anexo, Tabela de Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados

Também se verifica alguma diversidade no que diz respeito aos programas de formação complementar frequentados pelos entrevistados, constatando-se uma certa incidência em algumas áreas, nomeadamente nas vertentes de saúde mental, pediatria e psiquiatria, reabilitação de enfermagem e gestão de serviços de saúde.

No que concerne aos serviços onde se inserem profissionalmente os entrevistados, destacam-se o Bloco Operatório Central (HC<sup>8</sup>), a Especialidade de Hematologia Clínica (HD), o Serviço de Medicina Física e Reabilitação (HA), o Serviço de Atendimento Permanente (HB), o Serviço de Consultas Externas, (HE), a Residência Psiquiátrica II, (HF) e ainda, um Serviço Polivalente de Cuidados Gerais (RS). Por último, relativamente ao tipo de vínculo laboral, verifica-se que a maior parte dos entrevistados encontra-se no quadro, sendo sete o número de enfermeiros que possui este tipo de vínculo. Dos restantes enfermeiros, três têm um contrato de trabalho por tempo indeterminado, sendo que apenas dois possuem um contrato de trabalho a termo certo.

## ***2. Papel da Enfermagem e Identidade Profissional***

Até aos meados dos anos sessenta a formação em enfermagem era maioritariamente influenciada pelo saber médico, designadamente pelo modelo biomédico, assente na ideia da prescrição/execução. A partir dos anos sessenta surgem novos modelos teóricos, novas concepções de enfermagem, implementando-se em Portugal uma metodologia científica do trabalho de enfermagem, constituída pela avaliação das necessidades do doente, planeamento/intervenção, execução e avaliação. A partir desse momento a autonomia institucional da enfermagem começou a desenhar-se, ainda que de forma condicionada, devido ao reforço actual do modelo biomédico.

---

<sup>8</sup> Consultar em Anexo, quadro de caracterização sociodemográfica e quadro de siglas das especialidades/serviços

O papel profissional da enfermagem tende a revestir-se de uma enorme complexidade e pluralidade. A opinião dos entrevistados é unânime no que respeita à missão e ao papel da enfermagem. O papel e a missão da enfermagem centram-se fundamentalmente no cuidar, na ajuda, no acompanhamento e no auxílio das pessoas com vista à sua recuperação. Centra-se também na predisposição para ajudar pessoas em situações de dificuldade e que necessitam de um apoio específico, contribuindo os enfermeiros para uma maior consciencialização do doente face ao impacto do papel da enfermagem na própria reabilitação: *“A lógica da enfermagem é acima de tudo assistir as pessoas, mas nós enfermeiros, somos pessoas que conseguimos fazer coisas maravilhosas, (...) os enfermeiros cuidam de pessoas ou seja os enfermeiros conseguem substantivar o verbo cuidar, porque utilizam-no como um substantivo e não como um verbo, (...) Ajudar pessoas, não é mais do que isto” (ECSMFR<sup>9</sup>).*

Ao longo dos tempos ocorreram algumas transformações no papel da enfermagem. Nesta perspectiva ser enfermeiro implica ter a competência e a consciência para ajudar pessoas na obtenção da sua autonomia, consciencializar o doente sobre o seu estado de saúde, capacitar e consciencializar o doente quanto à forma como ele pode exercer o autocuidado, tal como se pode constatar: *“Neste momento, ser enfermeiro é estar capacitado para ajudar os outros em diferentes fases, quer na aquisição de autonomia quer naquilo que eles não podem fazer, (...) O enfermeiro tem que ter presente aquilo que o doente pode fazer por si próprio (...), portanto deve é capacitar a pessoa para ela ser capaz de se cuidar” (EDE).* Em situações de fragilidade, vulnerabilidade e de grande dificuldade para o doente, a relação de proximidade tende a acentuar-se cada vez mais, predominando o papel psicossocial da enfermagem, assente na ideologia da vocação (Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001). A operacionalização da missão e do papel da enfermagem congrega duas dimensões, a dimensão técnica e a dimensão relacional, fortemente presente na

---

<sup>9</sup> Consultar em anexo quadro de siglas referentes aos entrevistados

prestação dos cuidados. A missão e o papel da enfermagem praticam-se por via do desempenho das designadas tarefas básicas da enfermagem, caracterizadas pela administração de terapêuticas, pela compreensão do estado em que se encontra o doente ou pelo auxiliar o doente na sua higiene, permitindo a recuperação e o desenvolvimento da autonomia do mesmo.

O exercício da prática profissional da enfermagem não está dissociado do campo académico, ou seja a prática decorre da forma como os programas de formação se estruturam e organizam e dos objectivos temáticos que se pretendem abordar e atingir no quadro da formação institucional. Observa-se uma maior incidência na dimensão teórica do que na dimensão prática, verificando-se uma redução da componente prática, tal como demonstra a opinião enunciada: *“Olhando para a realidade dos jovens enfermeiros de hoje em dia, tecnicamente são muito bem preparados, trazem um conhecimento acima daquele que eu trazia quando andava na escola, trazem uma prática muito abaixo daquela que eu trazia”* (ECSMFR). Ainda assim importa referir que se atribui mais importância à componente psicossocial da enfermagem, sendo determinantes a vocação e a relação com o doente para se garantir a eficácia e a eficiência dos cuidados.

O exercício da prática profissional da enfermagem implica a aquisição e a monitorização de um conjunto de competências por parte dos seus profissionais, essenciais para a efectivação do cuidar. Como qualidades essenciais para o desempenho da função destacam-se novamente a vocação, a procura de bem-estar pessoal, o enquadramento face à profissão e a predisposição para o relacionamento interpessoal (Lopes, 2001). Em paralelo com o desenvolvimento de competências relacionais e da especialização técnica impõe-se a necessidade de desenvolvimento de competências éticas e morais, que permitem não só o contacto com o doente mas também com outros agentes nos mais diversos contextos sociais. É de referir, no caso concreto da Enfermeira Directora do Hospital C, tendo em conta o cargo ocupado e a natureza das

funções desempenhadas, o predomínio de competências de gestão farmacêutica, de gestão e administração de serviços e também de gestão de recursos humanos, requeridas para a progressão da carreira profissional, vincando-se, através do contributo apresentado, os contornos do trabalho da enfermagem: *“No fundo eu penso, quarenta anos após me ter formado como enfermeira poderei dizer que o enfermeiro faz tudo” (EDE).*

Os motivos que fundamentam a escolha pela área de enfermagem têm vindo a alterar-se ao longo do tempo. Esta modificação tende a ser mais explícita no discurso dos entrevistados mais velhos que por seu turno atribuem maior relevância à vocação, considerando-a como um factor estruturante da escolha do trajecto profissional, tal como se pode reter através da seguinte opinião: *“Posteriormente e na minha geração, muitos de nós fomos para enfermeiros porque queríamos ser enfermeiros, não era, pode haver aqueles que gostariam de ser médicos e que não tinham notas para ir para ser médicos e então iam para o curso de enfermagem” (EC SMFR).* Outras razões também estiveram na base das opções académicas dos entrevistados, realçando-se as transformações ocorridas no ensino superior, a influência do contexto escolar, e em alguns casos, a influência dos meios de comunicação. Devido à centralidade histórica da medicina nas nossas sociedades, verifica-se a existência de alguns condicionalismos sociais, concretizados pela influência familiar sobre as decisões académicas dos jovens candidatos ao ensino superior.

### ***3. Relações de Poder e Identidade Profissional***

O trabalho de enfermagem encontra-se permanentemente condicionado devido à posição que este grupo socio-profissional ocupa na estrutura hospitalar, reflectindo o pressuposto de que “a posição na divisão social do trabalho dos grupos socio-profissionais da área da saúde, não médicos, é, por sua vez, marcada por uma situação de subordinação e dependência em relação à profissão médica, verificando-se que a

natureza do trabalho destas categorias profissionais é definida a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional das suas tarefas determina-se a partir da centralidade das tarefas médicas” (Carapinheiro, 1993 citada por Tavares, 2007:53-54). Em convergência, e de acordo com os dados obtidos, no plano do trabalho clínico existem competências que são próprias da enfermagem, tais como entubações nasogástricas, colheitas de sangue, algaliações, respiração-secreção, e outras que derivam e dependem do saber médico. Verificou-se que o poder médico e a desvalorização profissional e social da enfermagem tendem a reproduzir-se noutros contextos, designadamente nos centros de saúde, *“A maior parte deles são regulados por médicos e a parte de enfermagem está muito delineada, (...) mas há ali conflitos às vezes até antigos, (...) porque os médicos também por um lado querem ter a soberania dos centros de saúde (...), o que é que eles querem, querem quase afunilar a parte de enfermagem a tratamentos ou à sala de tratamentos e à vacinação e quase nada” (ECGSP)*. As expressões de dominância médica também estão fortemente presentes no contexto da socialização académica dos estudantes de enfermagem no que toca à aprendizagem de técnicas do domínio da enfermagem, tal como se pode observar *“ Disse à minha orientadora que nunca tinha feito colheita, (...) e eu ia fazer a colheita e já estava um estudante de medicina a fazer, (...) disse a ela porque ela nem sabia, e ela foi falar com o médico, (...) Ui e ele passou-se e disse que os seus alunos estavam em primeiro, (...), a situação ficou esclarecida, agora se calhar se fosse uma enfermeira que se rebaixasse a partir dali os enfermeiros nunca mais faziam colheitas e era uma competência que se perdia” (ECGSP)*.

As representações dos entrevistados acerca da relação estabelecida com os médicos indiciam a existência de uma relação antagónica, assimétrica e profundamente bipolarizada, estando condicionada, ou sendo afectada, pelo comportamento dos médicos, dependendo a manutenção da mesma do próprio comportamento, como é manifestado pelo conteúdo do excerto enunciado: *“Eu dou-me tão bem com eles que não*

*tenho grandes dificuldades está ver, também é assim quando eles não se dão eu desligo-me e acabou, é uma ma relação de amor e ódio” (ECSMFR).*

A relação entre médicos e enfermeiros incorpora expressões de dominação e demarcação estatutária veiculadas pelos médicos, e expressões de permissividade face a essas posições, indiciadas por alguns enfermeiros, tal como se pode observar: “*Vi várias coisas, vi o médico a considerar o enfermeiro, por culpa dele, como uma pessoa sem qualquer capacidade de decisão em que eu posso mandar e ele cumprir, vi também outras situações, vi um médico a descartar-se do enfermeiro, como vejo médicos e enfermeiros a terem uma relação de trabalho e uma relação de equipa em que cada um faz o seu papel e executam, e funciona. Constatei estas três situações” (EDE).* A relação entre enfermeiros e médicos caracteriza-se também pela visível demarcação estatutária, pelo profissionalismo, pela divisão do trabalho e pela diferenciação das funções integradas nas respectivas categorias profissionais, tal como é verificável através do discurso deste enfermeiro chefe: “*A relação entre médicos e enfermeiros tem que ser uma relação profissional acima de tudo, cada macaco no seu galho e cada um tem a sua competência, mas também lhe digo uma coisa eles não interferem nas minhas competências” (ECSMFR).*

Ao longo do diálogo estabelecido com os entrevistados encontram-se várias razões que explicam o conflito entre enfermeiros e médicos. Para os enfermeiros, as causas que os motivam, prendem-se por vezes, com as prescrições médicas, em pormenor, com o seu ajuste ou desajuste relativamente ao quadro clínico do doente, com a tentativa de apropriação do doente por parte do médico condicionando a sua liberdade e capacidade de decisão no que respeita à administração de terapêuticas e de determinados procedimentos clínicos, e que numa grande parte dos casos, são rejeitados e negados pelos próprios doentes.

No domínio do conflito existente entre enfermeiros e médicos, da disputa de técnicas e de competências pertencentes ao saber médico, verifica-se que existem enfermeiros que

tendem a atribuir mais importância às competências e aos actos médicos do que às tarefas ou aos actos de enfermagem, desprestigiando-as e desvalorizando-as enquanto práticas estruturantes da identidade profissional da enfermagem sobrepondo o saber médico e as práticas que lhes estão associadas aos actos de enfermagem tal como é de visível no seguinte testemunho: *“Há enfermeiros que potenciam muito o conflito com o sector médico, porque acham que é mais desprestigiante colocar a arrastadeira, mudar a fralda ou dar o banho e é mais interessante estar a discutir pneumotórax e a colocação do cateter e a medicação que vai fazer a seguir e isso também tem um bocado a ver com aqueles que foram parar às faculdades, que por acaso foram para enfermagem”* (ECGSCE).

A dominância médica tende a estar condicionada pela entrada de novos agentes na esfera das unidades de saúde. O acto médico e os procedimentos terapêuticos que lhes estão associados passam a estar dependentes do adequado funcionamento dos equipamentos, garantido pela presença dos técnicos no espaço clínico. Através dos dados obtidos, aferiu-se que a introdução das novas tecnologias provocou impactos expressivos na actividade profissional dos médicos, contribuindo para o afastamento de alguns médicos, sobretudo dos médicos mais velhos que se reformaram antecipadamente, por manifestas dificuldades de adaptação ao funcionamento dos novos equipamentos. Em consequência, a automatização e a consequente informatização dos instrumentos de trabalho alteraram profundamente algumas formas de organização do trabalho médico tais como, a emissão de receitas, elaboração de prescrições, redacção de registos clínicos, acesso e alteração de agendamentos de consultas.

Ainda no domínio das relações profissionais entre enfermeiros e médicos, a requisição da presença do enfermeiro nas visitas médicas por parte deste grupo socio-profissional, assenta na ideia fundamental de assessoria de enfermagem com vista a garantir o adequado funcionamento dos serviços e os elevados níveis de coordenação e de

organização dos mesmos, e que segundo a perspectiva dos entrevistados, dependem absolutamente da presença do enfermeiro nos respectivos serviços (Carapinheiro,1993). O trabalho da enfermagem por vezes transcende os actos da enfermagem estendendo-se à realização de tarefas básicas, de manutenção do espaço, que vão desde arranjos e reparações de equipamentos de saneamento básico e de material de escritório, substituições de pessoal não ligado à enfermagem e à realização constante de tarefas de índole mais burocrática diminuindo o tempo de contacto com o doente, tal como se pode observar: *“Há sempre muita coisa para fazer, muitos aspectos muitas das vezes burocráticos para fazer, e sinto que às vezes aquele doente precisa de falar e muitas das vezes eu não ter tempo para o fazer”* (ECGEHC), *“Nós agora trabalhamos muito por números, não é? Prontos eu vou lá exercer a minha actividade que eu acho que é cuidar do doente, mas depois tenho em paralelo uma série de objectivos que o meu serviço me obriga a atingir. Esses objectivos baseiam-se todos em números”* (ECGBOC). Predominam no trabalho da enfermagem as correções terapêuticas resultantes do desajuste das mesmas em relação ao estado clínico do doente, o diálogo permanentemente com os auxiliares de acção médica, a administração de injectáveis, a limpeza das enfermarias e a gestão de produtos laboratoriais.

Para os entrevistados o recurso aos enfermeiros justifica-se pela restrita visão global ou do conjunto, manifestada médicos das lógicas, das dinâmicas e do funcionamento das organizações de saúde motivada pelo predomínio da componente técnica e científica no trabalho médico, como por exemplo o elevado dispêndio de tempo na elaboração de prescrições e na posterior transmissão das mesmas aos membros inferiores da hierarquia. Do ponto de vista das relações interprofissionais, a ausência de partilhas, o fechamento e o isolamento de alguns médicos relativamente a outros grupos socio-profissionais, condiciona negativamente a relação profissional com os mesmos, impedindo a construção de soluções colectivas com a vista a resolução de problemas

funcionais, operacionais e organizacionais, tal como se pode constatar através do seguinte comentário: *“Depois eles não têm um domínio completo de como é que funciona uma dinâmica do hospital, eles prescrevem a receita, dão aos seus chefes de serviço, quando os têm ou aos chefes graduados se não tiverem as orientações, ou também não percebem se não enviaram um medicamento da farmácia, qual é o circuito lógico que têm que fazer, portanto eles precisam de trabalhar estas partilhas e depois mesmo as relações entre as pessoas, é extremamente importante”* (ECSMFR). Pelo contrário, quando se verifica a partilha de conhecimentos, competências e de informações entre os diferentes grupos socio-profissionais assiste-se à mitigação do conflito, construindo-se espaços de diálogo e de partilha de experiências onde se analisam e respeitam diferentes pontos de vista, campos de acção e saberes específicos, definindo-se se necessário, regras e normas com vista à modificação de determinados aspectos tendo em conta os contributos dos agentes envolvidos (Crozier & Friedberg, 1977).

Os dados evidenciam também, em determinadas situações, que os médicos atribuem mais importância aos níveis inferiores da hierarquia de enfermagem, ultrapassando nesse sentido os enfermeiros chefes de serviço, ou seja os primeiros chefes recebem orientações por parte dos médicos, sobrepondo-se nesse sentido às decisões do enfermeiro chefe de serviço. Como traço da dominância hierárquica, os níveis superiores da hierarquia monopolizam as decisões funcionais e administrativas, aliando-se informalmente a determinados elementos da sua confiança, de modo a garantir o controlo e a supervisão sobre as decisões que são tomadas pelos diferentes grupos socio-profissionais, controlando dessa forma o discurso, o planeamento das actividades e a organização dos grupos que se encontram à margem das estruturas de dominância (Carapinheiro, 1993).

#### ***4. Estratégias de Revalorização Profissional e Autonomia da Enfermagem***

Tendo em consideração o contributo dos entrevistados, verifica-se que alterações introduzidas à carreira de enfermagem tiram autonomia aos enfermeiros, eliminando-se os concursos para enfermeiros chefe. Estes passam a ser nomeados por três anos mediante a apresentação de projectos, submetendo-se a processos de avaliação de competências. A autonomia dos enfermeiros que se encontram nos níveis mais elevados da hierarquia depende da forma de obtenção da sua categoria profissional. Exemplificando, a maior parte dos responsáveis pelos serviços de saúde ou chefes de equipa de enfermagem exercem os seus cargos por nomeação ou por delegação não tendo frequentado qualquer concurso, tendo sido informalmente delegada a estes a respectiva responsabilidade pela gestão do serviço, tal como sucede com alguns enfermeiros de cuidados gerais: *“Não estou a dizer que não sejam competentes, muitos deles são muito competentes muito mais do que eu, nem de longe nem de perto, mas falta-lhes uma coisa que para o sector médico às vezes é extremamente importante, e não só, que é este foi nomeado, este é de carreira, e para chegar cá teve de fazer provas, este pode desaparecer, este temos de gramar com ele, está a ver?”* (ECSMFR).

No plano da autonomia e das relações hierárquicas, a responsabilidade delegada também poderá explicar a existência de problemas de liderança e de afirmação, reconhecimento e legitimação do estatuto do enfermeiro responsável e que por vezes se nota no domínio da comunicação com as equipas, na gestão e no planeamento do trabalho da enfermagem. Ao nível da autonomia da enfermagem, esta tende a verificar-se mais nos enfermeiros chefes do que nos enfermeiros responsáveis de serviço, estando estes numa posição mais vulnerável no que respeita à expressão da dominância médica. Os dados recolhidos demonstram que os médicos directores tendem a solicitar aos enfermeiros responsáveis de serviço o desempenho de tarefas que transcendem o domínio do trabalho da enfermagem, e que podem originar potenciais conflitos,

designadamente de cariz administrativo e operacional, tais como o registo informático de dados. Ainda assim, os enfermeiros chefes têm um estatuto que permite a defesa firme da sua posição quando os médicos solicitam a sua colaboração para a realização de tarefas e de funções que transcendem o domínio funcional da enfermagem.

Atendendo à perspectiva dos entrevistados, a autonomia da enfermagem pode variar em função dos contextos de actuação e das situações clínicas com que se deparam os enfermeiros. Apesar de a enfermagem indiciar alguma autonomia face a determinadas situações clínicas, verifica-se que essa autonomia encontra constrangimentos resultantes da presença e da actuação de outros grupos socio-profissionais, ou seja é uma autonomia permanentemente condicionada tal como se pode depreender pela leitura do seguinte excerto: *“Há, determinadas situações em que a enfermagem é autónoma, ela toma decisões, não é? Mas as decisões dela são balizadas também pela intervenção dos outros elementos da equipa de saúde, não é? Temos a parte médica, temos a parte farmacêutica, temos a parte da nutrição, e existem os técnicos também” (EDE).*

Tal como se tem verificado ao longo deste estudo, a dominância médica, representa o elemento central da divisão do trabalho nos vários contextos de saúde, exercendo o controlo, a supervisão e a avaliação do trabalho dos outros grupos socio-profissionais colocando em causa a autonomia e a tomada de decisão neste caso em concreto dos enfermeiros, encontrando-se em alguns casos totalmente dependentes do acto médico para desempenharem as suas funções: *“Eu quando era enfermeira directora, e às vezes havia um qualquer problema que eu tinha que falar com os enfermeiros e perguntava-lhes porque é que você não fez isto? E ele dizia “porque o médico não prescreveu”, e eu detestava ouvir isso, porque eram situações em que o enfermeiro decidia o que fazer (EDE).* A tomada de iniciativa e o recurso à autonomia para tomar decisões contribuem para a revalorização profissional da enfermagem, para o reforço do estatuto e da posição

ocupada na estrutura hospital, e para o reconhecimento do sentido de utilidade da profissão.

De acordo com os resultados, verificou-se que o enfermeiro do ponto de vista técnico desempenha um papel fundamental na adequação das terapêuticas ao estado clínico do doente na medida em que podem ocorrer determinadas alterações a esse estado e que podem ser detectadas pela presença continuada dos enfermeiros no espaço clínico, cabendo aos mesmos questionar esse desajuste e reportá-lo ao médico apelando à sua responsabilização (Carapinheiro 1993; Lopes 2001).

De forma unânime evidenciou-se que contacto estabelecido com o doente constitui um factor estruturante da autonomia e do reforço da identidade profissional da enfermagem, permitindo conhecer o doente, conhecer os sintomas e as causas do mesmo, identificar e perceber os procedimentos terapêuticos mais ajustados ao quadro clínico do respectivo doente, reforçando nessa lógica o papel psicossocial da enfermagem (Carapinheiro,1993; Lopes, 2001).

Na perspectiva dos entrevistados, a prescrição médica corresponde ao último procedimento do acto médico, verificando-se uma tendente despreocupação do médico face ao estado clínico do doente, e o claro desajuste das terapêuticas prescritas face ao estado clínico do mesmo, identificado pela presença continuada do enfermeiro no espaço clínico, tal como se pode verificar nesta opinião: *“O médico nem sequer se preocupa mais com o assunto, há a ideia de que parou ali e parou, (...) o médico até acha que o desgraçado vai ter que fazer doze semanas de terapia endovenosa e nem sequer se chega ao pé dele”* (ECSMFR). Constata-se também que os médicos dependem dos enfermeiros no âmbito do reajuste dos processos terapêuticos: *“Não são desenquadradas, têm que ser reajustadas e eles precisam dos enfermeiros para isso e a partir daí não lhe quero dizer mais nada”* (EREHC).

Compreender a autonomia da enfermagem implica compreender também a evolução da concepção da enfermagem ao longo dos tempos, destacando-se no passado, tal como se poder aferir através dos dados obtidos, o interesse pela aprendizagem e pelo desenvolvimento de novos conhecimentos e de novas competências, da motivação existente no início da carreira, da relação de proximidade e de aprendizagem estabelecida com os colegas de profissão, sobretudo com os mais velhos e com os mais experientes. A profissionalização da enfermagem, segundo os entrevistados foi marcada por lutas e crenças e pela intensa dedicação às tarefas básicas de enfermagem, despendendo-se determinados períodos de tempo para a sua execução.

Na opinião da maior parte dos entrevistados, os enfermeiros têm permitido o esvaziamento do seu conteúdo funcional, resultante da apropriação por parte de outros grupos socio-profissionais, de competências e de técnicas de enfermagem. Alguns enfermeiros tendem a desvalorizar, desprestigiar, e até a demonstrar alguma repulsa, considerando até monótonas e desinteressantes algumas tarefas, tal como se poder verificar: *“Os enfermeiros começaram a achar que era muito desprestigante trocar uma fralda, epah que chatice mexer na porcaria é chato e desprestigante, ir para a casa de banho, andar ali com o doente e ele até se mexe mais ou menos vai lá o auxiliar com ele” (ECSMFR).*

Nesse sentido, algumas tarefas básicas, designadamente aquelas que estão relacionadas com a higiene dos doentes contêm uma componente técnica, contribuindo para o reforço da identidade profissional dos enfermeiros. Na opinião dos entrevistados o desempenho de tarefas associadas ao cuidar permitem criar um sentido de utilidade e de imprescindibilidade dos enfermeiros, apesar de os jovens enfermeiros tenderem a desvalorizar o seu desempenho, apelidando os enfermeiros mais velhos de conservadores e ortodoxos no que respeita ao trabalho da enfermagem.

Apesar de unanimemente se reconhecer a importância da componente técnica no trabalho da enfermagem, praticamente todos os entrevistados assumem que a relação

estabelecida com o doente constitui um factor de revalorização profissional e de reforço da autonomia nos contextos de saúde onde se inserem, tal como se pode verificar através do seguinte excerto: *“Acho que é a nossa única arma é o cuidar, para mim é. Tecnoocratas, podemos ser todos, é um técnico de cardiopneumologia, é um psicólogo, é um técnico de análises, um técnico de radiologia, são técnicos, são profissões técnicas, têm contacto humano sem dúvida, mas acho que a nossa arma, quem está ali são os enfermeiros, e acho que a nossa arma para nos valorizarmos e valorizarem-nos é a parte humana”* (ECSCCE). A relação estabelecida com o doente decorrente da continuidade espacial e temporal nos serviços contribui de forma evidente para a prestigiação e valorização do trabalho da enfermagem e para o reforço e defesa da sua utilidade social, tal como está explícito neste contributo: *“As relações vão-se construindo no dia-a-dia mas acho que o doente ao ver aquela pessoa, o enfermeiro, e não só o médico, acho que acabamos por ser a pessoa de referência”* (ECGEHC), *“Eu acho que o foco sempre, a pedra angular da nossa relação é o estudar e o cuidar daquele doente”* (EREHC).

### **Considerações Finais**

Ao longo do desenvolvimento desta investigação foi possível reter um conjunto variado de aspectos relativos à influência das relações de poder no processo de construção da identidade profissional dos enfermeiros, e à mobilização de variadas estratégias de revalorização profissional. Do ponto de vista do papel e da missão da enfermagem, ficou claramente visível, o enfoque e a importância atribuída ao papel psicossocial da enfermagem, constituindo a relação estabelecida com o doente o fundamento central do trabalho da enfermagem. Ainda assim verificou-se, quer nas instâncias públicas, quer nas instâncias privadas, uma clara dualização do papel da enfermagem, na medida em que o mesmo se situa entre o campo da execução técnica, marcado pela administração frequente de terapêuticas, e o campo da prestação de cuidados.

Verificou-se também, no plano institucional, que a socialização académica influencia as práticas profissionais da enfermagem, constatando-se uma clara predominância da vertente teórica em detrimento da vertente prática, resultante da forma como os cursos se organizam. Em linha com esta ideia, o papel profissional dos jovens recém-licenciados reveste-se de uma elevada polivalência, contrariamente ao que sucedia no passado, em que os enfermeiros despendiam períodos de tempo elevados no desempenho de tarefas específicas, reunindo um maior conhecimento sobre as mesmas.

Do ponto de vista das configurações ideológicas da enfermagem, constata-se o predomínio da ideologia assente na vocação, sendo este o elemento central da relação estabelecida com o doente, permitindo um maior conhecimento do seu estado clínico.

No que respeita às relações de poder, no plano da relação com os médicos, verificou-se que as mesmas assumem uma importância central no discurso dos entrevistados, na medida em que condicionam o trabalho da enfermagem, estabelecendo uma posição de dependência dos enfermeiros face ao saber médico. Evidencia-se também a existência de uma relação antagónica e profundamente bipolarizada, estando condicionada, pelo comportamento dos médicos, dependendo a manutenção da mesma da predisposição dos mesmos para o diálogo com grupos socio-profissionais que dele dependem. No domínio do conflito existente entre enfermeiros e médicos, da disputa de técnicas e de saberes médicos, constatou-se que existem enfermeiros que atribuem mais importância às competências e aos actos médicos do que às tarefas da enfermagem, integradas pelos entrevistados no chamado *dirty work* da enfermagem, desvalorizando-se enquanto práticas estruturantes da identidade profissional.

No que concerne às estratégias de revalorização profissional e à autonomia da enfermagem verificou-se que esta varia em função dos contextos de actuação e das situações clínicas com que se deparam os enfermeiros, nomeadamente no planeamento

familiar e em algumas situações ocorrentes no contexto das unidades de cuidados intensivos, reduzindo assim a dependência médica.

Sendo evidente a importância da componente técnica no trabalho da enfermagem, ficou claro que a relação estabelecida com o doente e as práticas associadas ao cuidar constituem o vector estruturante da revalorização profissional e do reforço da autonomia nos contextos de saúde, impondo-se a necessidade de impedir, por um lado o esvaziamento, e por outro a apropriação do papel psicossocial da enfermagem por parte de outros grupos socio-profissionais.

Do ponto de vista das limitações desta investigação, uma delas prende-se com o método de estudo adoptado. Adoptando-se como método de análise, o método intensivo, não é possível generalizar os resultados obtidos para todo o grupo socio-profissional da enfermagem. As diferentes etapas desta investigação fornecem elementos teórico-empíricos relevantes para o desenvolvimento de outras pesquisas. Nesse sentido importa analisar a influência das relações de poder na construção da identidade profissional da enfermagem num determinado serviço, tendo em consideração a sua forma de organização e as características do papel da enfermagem nesses contextos em particular. Afigura-se também pertinente direccionar esta linha de análise para uma determinada faixa etária de modo a analisar-se a influência de alguns factores, tais como, a própria idade, o impacto da socialização académica nas práticas profissionais e das trajectórias profissionais na construção da identidade profissional e na adopção de estratégias de revalorização profissional. Será interessante reflectir acerca da relação estabelecida com os médicos em contextos extra-hospitalares, designadamente, centros de saúde, procurando-se compreender, em função das especificidades desse contexto, as condições de produção do conflito, e as características do mesmo à luz dos contributos da sociologia e da psicologia das organizações.

### Referências Bibliográficas

Almeida, J.F.; Machado, F.L.; Capucha, L. & Torres, A.C. (1994). *Introdução à Sociologia*, Lisboa: Universidade Aberta.

Blau, P.M. (1967-1968). The Hierarchy of Authority in Organizations. *American Journal of Sociology*, 453-467.

Carapinheiro, G. (1991). Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar, in *Revista Critica de Ciências Sociais* 33, 86-88.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital, Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento.

Carapinheiro, G. & Lopes, N. (1997). *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses, Estudo Sociográfico de Âmbito Nacional*, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Chauvenet, A. (1973). *Organization et Hierarchies Hospitalières*, Thèse de Doctorat du III ème Cycle, Paris.

Coser, R.L. (1962). *Life in the Ward*, Michigan: University Press.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Paris: Editions du Seuil.

Dubar, C. (1991). *La Socialization – Construction des Identités Sociales et Professionnelles*, Paris: Armand Colin.

Etzioni, A. (1972). *Organizações Modernas*, São Paulo: Livraria Pioneira Editora.

Foucault, M. (1992). *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal.

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

Lopes, N. (2001). *A Recomposição Profissional da Enfermagem*, Lisboa: Quarteto;

Luís, D. (2004). Educação e formação em contexto hospitalar, Um estudo exploratório num hospital universitário. in *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de*

*Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier: Educação e Aprendizagens*, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.

Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Porto: Publicações Dom Quixote.

Monteiro, I. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada 2 (18), 317-325.

Nero, A. (2008). *A Relação Enfermeiro /Médico, Contribuição para a Gestão de Conflitos, Dissertação de Mestrado*, Orientador, Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno Lisboa: Universidade Aberta.

Perrow, C., (1965). Hospitals: Technology, Structure, and Goals, in J.G. March (ed.), *Handbook of Organizations*, Rand McNally, cap.22.

Pimentel, D., Completo, M., e Coelho, V. (1991). A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho. *Sociologia Problemas e Práticas* 9, 13-56.

Quivy, R. & Van Campenhout, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

Seixas, P. & Pereira, P. (2005). *Relações e Situações e Situações Críticas na Enfermagem*, Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Serra, H. (2008). *Médicos e Poder, Transplantação Hepática e Tecnoocracias*, Coimbra: Almedina.

Simões, J. & Amâncio, L. (2004). Género e enfermagem, um estudo sobre minoria masculina, in *Sociologia, Problemas e Práticas* 44, 71-81.

Tavares, D. (2007). *Escola e Identidade Profissional, o caso dos técnicos de cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri.

Weber, M. (2004). Poder e dominação, formas de transição. *Economia e Sociedade*, Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Weber, M. (2010). Poder, dominação e disciplina. *Conceitos Sociológicos Fundamentais*, Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Wolinsky, F.D. (1980). *The Sociology of Health: Principles, Professions And Issues*, Boston: Little, Brown.

# Anexos

## Anexo 1 – Guiões de Entrevista



**Instituto Superior de Economia e Gestão**

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

Sou aluno do Mestrado de Gestão de Recursos Humanos e encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Trabalho Final de Mestrado (TFM), e que visa recolher a opinião dos profissionais da enfermagem sobre alguns aspectos da sua profissão e do seu trabalho. De acordo com os princípios éticos e deontológicos que orientam a prática científica, é garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, destinando-se os mesmos exclusivamente para fins académicos.

### GUIÃO DE ENTREVISTA

#### AOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

#### **1. Caracterização Sociodemográfica**

- 1.1 Idade;
- 1.2 Em que ano concluiu o Curso de Enfermagem?
- 1.3 Qual o estabelecimento de ensino frequentado?
- 1.4 Tem algum curso de Especialização em enfermagem?
  - 1.4.1 Se sim, em que ano concluiu?
- 1.5 Tempo de exercício da profissão;
- 1.6 Categoria Profissional/Cargo ocupado;
- 1.7 Qual o seu vínculo laboral?
- 1.8 Unidade de Saúde onde exerce a profissão;

#### **2. Papel da Enfermagem e Identidade Profissional**

- 2.1 Na sua opinião, qual é que considera ser a principal missão ou o principal papel da/o enfermeira/o?

- 2.2 Qual ou quais as qualidades mais importantes para um “bom” desempenho da função de enfermeiro?
- 2.3 No âmbito da sua formação académica, quais os domínios, as áreas temáticas ou os objectivos de formação que mais enfoque se aprofundaram?
- 2.4 Quais as razões ou os motivos que a/o levaram a escolher a profissão de enfermagem?
- 2.5 Gosta da sua profissão? Realiza-a/o?
- 2.6 Quais os aspectos mais positivos e mais negativos que identifica no exercício da sua profissão?
- 2.7 Actualmente, no decorrer do exercício do seu cargo, e tendo em conta as funções que desempenhou, quais as que maior realização profissional lhe proporcionaram?
- 2.8 Quais as qualidades que mais valoriza:
- 2.8.1 Num enfermeiro;
  - 2.8.2 Num médico;

### **3. Relações de Poder e Identidade Profissional**

- 3.1 Qual é sua opinião relativamente à relação que estabelece com os médicos?  
Como classifica essa relação?
- 3.2 Indique-me por favor, quais os aspectos mais positivo e mais negativos s que advêm da relação estabelecida com os médicos?
- 3.3 Em que situações, considera que o enfermeiro solicita com mais frequência o apoio dos médicos?

3.4 De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião relativamente à reacção dos médicos quando a sua colaboração/apoio são solicitados pelos enfermeiros?

3.5 No decurso da relação estabelecida com os médicos, quais as competências, conhecimentos, ou saberes que considera ter adquirido ou desenvolvido?

3.6 Qual a importância que atribui às competências, conhecimentos, ou saberes adquiridos no decurso da relação estabelecida com los médicos?

3.7 Na sua opinião, de que forma considera que as mesmas influenciam o seu trabalho?

3.8 No seu entender, qual a influência das técnicas médicas no trabalho desenvolvido pela enfermagem?

3.9 Qual a sua opinião quanto à colaboração dos médicos do serviço em que se encontra com o trabalho de enfermagem?

3.10 Qual a sua opinião relativamente ao trabalho que é delegado pelos médicos aos enfermeiros? Qual a influência para o desempenho do trabalho da enfermagem?

#### **4. Estratégias de Revalorização Profissional**

4.1 De que forma, pode o enfermeiro obter mais autonomia nas unidades de saúde onde se encontra inserido?

4.2 Considera suficiente a autonomia e a liberdade que dispõe no seu serviço?

4.3 No seu entender, qual a relevância que o contacto estabelecido com os doentes traduz para a sua profissão?

4.4 Como descreve a relação estabelecida com os seus colegas? E com as chefias?

4.5 Quais os aspectos mais positivos e negativos que considera poder existir no decurso da relação que estabelece com os colegas e com as chefias?

4.6 Como procura valorizar mais as suas competências de enfermagem?

4.7 No âmbito da relação estabelecida com os médicos, quais os aspectos que tende a valorizar mais?

4.8 Em que área ou áreas deve a enfermagem incidir a sua especialização?

4.9 Na sua perspectiva, qual das duas estratégias contribui para o reforço do seu estatuto profissional:

- Domínio dos procedimentos terapêuticos e das técnicas provenientes do saber médico;
- Relação de proximidade, marcada pela presença contínua nos serviços de saúde, estabelecida com o doente;

4.10 Na sua opinião, em que sentido tende a evoluir o futuro da enfermagem:

- Maior especialização no domínio das técnicas médicas?
- Maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização no domínio específico do “cuidar”?



**Instituto Superior de Economia e Gestão**

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

Sou aluno do Mestrado de Gestão de Recursos Humanos e encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Trabalho Final de Mestrado (TFM), e que visa recolher a opinião dos profissionais da enfermagem sobre alguns aspectos da sua profissão e do seu trabalho. De acordo com os princípios éticos e deontológicos que orientam a prática científica, é garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, destinando-se os mesmos exclusivamente para fins académicos.

**GUIÃO DE ENTREVISTA  
AOS ENFERMEIROS CHEFES DE SERVIÇO**

**1. Caracterização Sociodemográfica**

- 1.1 Idade;
- 1.2 Em que ano concluiu o Curso de Enfermagem?
- 1.3 Qual o estabelecimento de ensino frequentado?
- 1.4 Tem algum curso de Especialização em Enfermagem?
  - 1.4.1 Se sim, em que ano concluiu?
- 1.5 Tempo de exercício da profissão;
- 1.6 Categoria Profissional/Cargo ocupado;
- 1.7 Tempo de exercício do cargo ocupado;
- 1.8 Qual o seu vínculo laboral?
- 1.9 Unidade de Saúde onde exerce a profissão;

## **2. Papel da Enfermagem e Identidade Profissional**

- 2.1 Na sua opinião, qual é que considera ser a principal missão ou o principal papel da/o enfermeira/o?
- 2.2 Quais as qualidades mais importantes para um “bom” desempenho da função de enfermeiro?
- 2.3 Quais as razões ou os motivos que a/o levaram a escolher a profissão de enfermagem?
- 2.4 No âmbito da sua formação académica, quais os domínios, as áreas temáticas ou os objectivos de formação que mais aprofundados?
- 2.5 Gosta da profissão que tem? E do cargo que ocupa?
- 2.6 Ao longo da carreira profissional, a sua concepção sobre o que deve ser a enfermagem tem mudado?
  - 2.6.1 No início da carreira
  - 2.6.2 Actualmente
- 2.7 Ao longo da sua carreira profissional, considera que o papel da enfermagem tem vindo a alterar-se?
- 2.8 Se sim, na sua opinião, identifique a natureza dessas alterações.
- 2.9 Até chegar ao actual cargo, e de todas as funções que desempenhou, qual a que maior realização profissional lhe proporcionou?
- 2.10 O cargo que ocupa, realiza-a/o?
- 2.11 Quais as qualidades que mais valoriza:
  - 2.11.1 Num enfermeiro;
  - 2.11.2 Num médico;

### **3. Relações de Poder e Identidade Profissional**

- 3.1 Qual é sua opinião relativamente à relação que estabelece com os médicos? Como classifica essa relação?
- 3.2 Indique-me por favor, quais os aspectos mais positivos e mais negativos que advêm da relação estabelecida com os médicos?
- 3.3 No desempenho da função de chefia quais as situações mais problemáticas, e que com maior frequência tem de gerir, no que respeita às relações entre enfermeiros e médicos?
- 3.4 De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião relativamente à reacção dos médicos quando a sua colaboração/apoio são solicitados pelos enfermeiros?
- 3.5 No decurso da relação estabelecida com os médicos, quais as competências, conhecimentos, ou saberes que considera ter adquirido ou desenvolvido?
- 3.6 Qual a importância que atribui às competências, conhecimentos, ou saberes adquiridos no decurso da relação estabelecida com los médicos?
- 3.7 Na sua opinião, de que forma considera que as mesmas influenciam o seu trabalho?
- 3.8 Qual a sua opinião quanto à colaboração dos médicos do serviço em que se encontra com o trabalho de enfermagem?
- 3.9 Como descreve a sua participação no âmbito da gestão do funcionamento do serviço onde se insere?
- 3.10 Na gestão do funcionamento do serviço, em que situação é mais frequente:
- 3.10.1 O médico chefe requerer o apoio do enfermeiro chefe;

3.10.2 O enfermeiro chefe requerer o apoio do médico chefe;

3.11 Quando os médicos lhe pedem para administrar alguma terapêutica específica costumam informá-la (o) das razões desse pedido?

3.12 No seu entender, qual a influência das técnicas médicas no trabalho desenvolvido pela enfermagem?

3.13 Qual a sua opinião relativamente ao trabalho delegado pelos médicos aos enfermeiros? Qual a influência para o desempenho do trabalho da enfermagem?

#### **4. Estratégias de Revalorização Profissional**

4.1 De que forma, o enfermeiro pode obter mais autonomia nas unidades de saúde onde se encontra inserido?

4.2 Considera suficiente a autonomia e a liberdade que dispõe no seu serviço?

4.3 Recorda-se de alguma situação em que tivesse entendido que a sua autonomia estava a ser condicionada?

4.4 No seu entender, qual a relevância que o contacto estabelecido com os doentes traduz para a sua profissão?

4.5 Como procura valorizar mais as suas competências de enfermagem?

4.6 Em que áreas deve a enfermagem incidir a sua especialização?

4.7 Na sua perspectiva, qual das duas estratégias contribui para o reforço do seu estatuto profissional:

4.7.1 Domínio dos procedimentos terapêuticos e das técnicas provenientes do saber médico;

4.7.2 Relação de proximidade, marcada pela presença contínua nos serviços de saúde, estabelecida com o doente;

4.8 Na sua opinião, em que sentido tende a evoluir o futuro da enfermagem:

4.8.1 Maior especialização no domínio das técnicas médicas?

4.8.2 Maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização no domínio específico do “cuidar”?

## Anexo 2 – Pedido de autorização formal para a aplicação das entrevistas

Rio de Mouro, 31 de Julho de 2013

**Assunto: Requerimento para a aplicação de três entrevistas no âmbito de uma Dissertação de Mestrado**

Exmo. (a) Sr. (a) Director (a) do Hospital Egas Moniz

O meu nome é João Freire, sou licenciado em Sociologia e finalista do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa (ISEG-UTL).

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, encontro-me a realizar um trabalho de investigação sobre a profissão de Enfermagem. Especificamente, tenho vindo a desenvolver ao longo dos últimos oito meses, uma investigação que tem como dimensões analíticas a relação que os Enfermeiros estabelecem com os Médicos e as estratégias de revalorização profissional adoptadas pelos respectivos Enfermeiros.

Neste momento, encontro-me na etapa correspondente à recolha de dados e de informações, e que consiste na aplicação de um conjunto de entrevistas semidirectivas, cujo objectivo visa recolher a opinião e o contributo dos enfermeiros relativamente às dimensões analíticas apresentadas anteriormente

O tempo previsto para a aplicação de uma entrevista situa-se entre os vinte e os trinta minutos.

Tendo em linha de conta os objectivos supramencionados, venho por este meio, dirigir-me a Vossas Excelências no sentido de solicitar a Vossa autorização para realização e gravação de três entrevistas a dois Enfermeiros Gerais e a um (a) Enfermeiro (a) Chefe de Serviço, não existindo qualquer preferência relativamente ao serviço ou aos serviços onde os mesmos exercem as suas funções profissionais.

A gravação das entrevistas tem como objectivo único e exclusivo viabilizar a informatização das mesmas e a posterior análise dos resultados recolhidos.

De acordo com os princípios deontológicos que orientam a prática e a conduta científicas, todas as informações transmitidas pelos entrevistados no decorrer das entrevistas destinam-se exclusivamente para fins de natureza académica e científica.

Faculto também a Vossas Excelências o meu contacto telefónico e endereço de correio electrónico, de modo a possibilitar o contacto entre ambas as partes.

Contacto de Telemóvel: 966213264

Endereço de Correio Electrónico: [johnyfreire@gmail.com](mailto:johnyfreire@gmail.com)

Quero remeter a Vossas Excelências o meu enorme agradecimento pela atenção e disponibilidade demonstradas pelo requerimento apresentando, aguardando desde já, com elevadas expectativas, uma resposta da vossa parte.

Com os meus cordiais cumprimentos,

Subscrevo-me com a mais elevada consideração, João Manel Cristeta Godinho Freire

## Anexo 3

**Quadro 1:** Lista de siglas referentes aos serviços/especialidades

<b>Sigla dos serviços/especialidades</b>	<b>Designação da sigla dos serviços/especialidades</b>
SMFR	Serviço de Medicina Física e Reabilitação
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
DE	Direcção de Enfermagem
BOC	Bloco Operatório Central
EHC	Especialidade de Hematologia Clínica
SPCG	Serviço Polivalente de Cuidados Gerais
SCE	Serviço de Consultas Externas
RPII	Residência Psiquiátrica II

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)

## Anexo 4

**Quadro 2:** Lista de siglas referentes aos entrevistados

<b>Sigla dos Entrevistados</b>	<b>Designação da Sigla dos Entrevistados</b>
ECSMFR	Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina Física e Reabilitação
EASAP	Enfermeiro Adjunto do Serviço de Atendimento Permanente
EDE	Enfermeira Directora de Enfermagem
ECGBOC	Enfermeira de Cuidados Gerais do Bloco Operatório Central
EREHC	Enfermeira Responsável da Especialidade de Hematologia Clínica
ECGEHC	Enfermeira de Cuidados Gerais da Especialidade de Hematologia Clínica

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)

**Quadro 3:** Lista de siglas referentes aos entrevistados, (continuação)

<b>Sigla dos Entrevistados</b>	<b>Designação da Sigla dos Entrevistados</b>
ECGSP	Enfermeiro de Cuidados Gerais do Serviço Polivalente
ECGSCE	Enfermeira de Cuidados Gerais do Serviço de Consultas Externas
ECGRPII	Enfermeira de Cuidados Gerais da Residência Psiquiátrica II

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)

## Anexo 5

Quadro 4: Operacionalização dos Conceitos, “Caracterização Sociodemográfica”

Conceitos	Dimensões	Indicadores	Questões do Guião de Entrevista
Caracterização Sociodemográfica	<b>Idade</b>	- Idade	Q.1.1
	<b>Ano de Conclusão do Curso de Enfermagem</b>	- Data de Conclusão do Curso de Enfermagem	Q.1.2
	<b>Estabelecimento de Ensino Frequentado</b>	- Nome do Estabelecimento de Ensino Frequentado - Designação do Estabelecimento de Ensino Frequentado - Localização do Estabelecimento de Ensino Frequentado	Q.1.3
	<b>Formação Complementar</b>	- Frequência em Programas de Pós Graduação - Frequência em Programas de Mestrado - Frequência em Programas de Doutoramento - Frequência em Programas de Formação Profissional - Frequência em Programas de Formação/Especialização promovidos pela entidade patronal	Q.1.4
	<b>Ano de Conclusão da Formação Complementar</b>	- Data de Conclusão da Formação Complementar	Q.1.4.1
	<b>Tempo de Exercício da profissão</b>	- Período de Exercício da Profissão - Intervalo de tempo de exercício da profissão (nº de anos e nº de meses de exercício da profissão) - Data de início do exercício da profissão	Q.1.5
	<b>Categoria Profissional/Cargo Ocupado</b>	- Nome/Designação da Categoria Profissional ou do Cargo Ocupado - Descrição das Funções Desempenhadas - Descrição das Tarefas Desempenhadas	Q.1.6
	<b>Tipo de Vínculo Laboral</b>	- Designação Jurídica do Vínculo Laboral	Q.1.7
	<b>Serviço/Unidade de Saúde de Exercício das Funções</b>	- Nome/Designação da Unidade de Saúde onde Exerce Funções - Nome/Designação do Serviço de Saúde onde Exerce Funções	Q.1.8

Fonte: Trabalho Final de Mestrado, (2014)

**Quadro 5:** Operacionalização dos Conceitos, “Papel Profissional e Identidade Profissional”

<b>Conceitos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Questões do Guião de Entrevista</b>
<b>Caracterização Sociodemográfica</b>	<b>Serviço/Unidade de Saúde de Exercício das Funções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nome/Designação da Área de Saúde onde Exerce Funções</li> <li>- Nome/Designação da Especialidade de Saúde onde Exerce Funções</li> <li>- Nome/Designação do Centro onde Exerce Funções</li> </ul>	Q.1.8
<b>Papel da Enfermagem e Identidade Profissional</b>	<b>Missão/Papel da Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectivo/Objectivos da Profissão de Enfermagem</li> <li>- Funções Desempenhadas pela Enfermagem</li> <li>- Tarefas Desempenhadas pela Enfermagem</li> <li>- Práticas Sociais e Profissionais da Enfermagem</li> <li>- Actos de Enfermagem</li> <li>- Comportamentos dos (as) Enfermeiros (as)</li> </ul>	Q.2.1
	<b>Qualidades Relevantes para o Adequado Desempenho da Função de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de Competências</li> <li>- Relação com o Doente</li> <li>- Relação com os elementos da equipa</li> <li>- Relação com outros agentes</li> </ul>	Q.2.2 e Q.2.8
	<b>Domínios Temáticos Centrais no Âmbito da Formação Académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectivos da Formação Académica</li> <li>- Estrutura do Plano de Estudos</li> <li>- Conteúdos Temáticos</li> </ul>	Q.2.3
	<b>Factores/Razões para a Escolha da Profissão e Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência Familiar</li> <li>- Influência Escolar</li> <li>- Influência Social</li> </ul>	Q.2.4
	<b>Representações Profissionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de Pertença Face à Profissão</li> <li>- Realização e Satisfação Profissionais</li> </ul>	Q.2.5, Q.2.6 e Q.2.7

Fonte: Trabalho Final de Mestrado, (2014)

**Quadro 6:** Operacionalização dos Conceitos, “Relações de Poder e Identidade Profissional”

Conceitos	Dimensões	Indicadores	Questões do Guião de Entrevista
<b>Relações de Poder e Identidade Profissional</b>	<b>Representações Acerca da Relação Estabelecida com os (as) médicos (as)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meios de relacionamento com os (as) médicos (as)</li> <li>- Tipos de relacionamento com os (as) médicos (as)</li> <li>- Classificação do relacionamento com os (as) médicos (as)</li> <li>- Aspectos positivos e negativos do relacionamento com os (as) médicos (as)</li> </ul>	Q.3.1 e Q.3.2
	<b>Relações Profissionais entre Enfermeiros (as) e Médicos (as)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situações que motivam a solicitação do apoio dos (as) médicos (as) por parte dos (as) enfermeiros (as)</li> <li>- Frequência com que se solicita o apoio dos (as) médicos (as) por parte dos (as) enfermeiros (as)</li> <li>- Reacção médica aquando da sua solicitação por parte dos (as) enfermeiros (as)</li> <li>- Opinião face à colaboração dos médicos no serviço</li> </ul>	Q.3.3, Q.3.4 e Q.3.9
	<b>Delegação Formal e Informal de Saberes Médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de Saberes Médicos Transferidos</li> <li>- Tipos de Competências Médicas Transferidas</li> <li>- Técnicas Médicas Transferidas</li> <li>- Formas de Delegação do Saber Médico</li> <li>- Opinião acerca da influência do trabalho delegado pelos médicos</li> </ul>	Q.3.5 e Q.3.6
	<b>Impacto do Saber Médico nas Práticas Profissionais da Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância atribuída ao saber médico</li> <li>- Influência do saber médico no trabalho da enfermagem</li> <li>- Utilização das técnicas médicas</li> </ul>	Q.3.7, Q.3.8 e Q.3.10

Fonte: Trabalho Final de Mestrado, (2014)

**Quadro 7:** Operacionalização dos Conceitos, “Estratégias de Revalorização Profissional e Autonomia da Enfermagem”

Conceitos	Dimensões	Indicadores	Questões do Guião de Entrevista
<b>Estratégias de Revalorização Profissional e Autonomia da Enfermagem</b>	<b>Obtenção e Reforço da Autonomia da Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de cuidar</li> <li>- Relação estabelecida com o doente</li> <li>- Trabalhar em articulação com outros profissionais</li> <li>- Assegurar a autonomia das competências específicas</li> <li>- Estratégias de desenvolvimento das competências de enfermagem</li> <li>- Selecção e aplicação de determinadas técnicas de saúde</li> <li>- Presença e continuidade nos serviços</li> <li>- Liberdade no processo de tomada de decisões</li> </ul>	Q.4.1, Q.4.2, Q.4.6 e Q.4.9
	<b>Papel do Contacto Estabelecido com o Doente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacto ao nível da autonomia</li> <li>- Impacto ao nível do desenvolvimento de competências</li> <li>- Impacto ao nível da revalorização profissional</li> <li>- Impacto ao nível da escolha e da aplicação de técnicas de saúde</li> <li>- Impacto ao nível da avaliação terapêutica</li> </ul>	Q.4.3
	<b>Domínios de Incidência da Especialização da Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procura de conhecimentos específicos</li> <li>- Procura e desenvolvimento de novas competências</li> <li>- Procura e desenvolvimento de novas técnicas</li> <li>- Procura e desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos</li> </ul>	Q.4.8 e Q.10

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)

## Anexo 6

**Quadro 8:** Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados

Entrevistados/Categorias sociodemográficas	Sexo	Idade	Ano de Conclusão do Curso	Estabelecimento de Ensino	Formação Complementar	Serviço/Unidade de Saúde	Tempo de Exercício da Profissão/Tempo de Exercício do Cargo	Categoria Profissional	Tipo de Vínculo Laboral
<b>Enfermeiro do Hospital A (HA)</b>	Masculino	48 Anos	1986	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)	Curso de Especialização em Saúde Mental	Medicina Física de Reabilitação	27 Anos	Enfermeiro Chefe	Quadro
<b>Enfermeiro do Hospital B (HB)</b>	Masculino	35 Anos	2000	Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa	Curso de Especialização em Pediatria	Atendimento Permanente	13 Anos	Enfermeiro Adjunto	Quadro
<b>Enfermeira do Hospital C (HC)</b>	Feminino	65 Anos	1973	Escola Técnica de Enfermagem de Luanda	Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica	Direcção de Enfermagem do Hospital C	35 Anos	Enfermeira Directora	Quadro
<b>Enfermeira do Hospital C (HC)</b>	Feminino	42 Anos	1993	Escola Superior de Enfermagem da Guarda	Mestrado em Educação para a Saúde	Bloco Operatório Central	20 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Quadro
<b>Enfermeira do Hospital D (HD)</b>	Feminino	41 Anos	1994	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)	Pós Graduação em Cuidados Paliativos e Curso de Especialização em Reabilitação de Enfermagem	Hematologia	19 Anos/3 Anos	Enfermeira Chefe	Quadro
<b>Enfermeira do Hospital D (HD)</b>	Feminino	34 Anos	2002	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco	Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica	Hematologia	11 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Contrato por Tempo Indeterminado
<b>Enfermeira do Hospital C (HC)</b>	Feminino	26	2009	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)	Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde	Bloco Operatório Central	4 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Quadro

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)

**Quadro 9:** Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados (continuação)

<b>Entrevistados/Categorias Sociodemográficas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano de Conclusão do Curso</b>	<b>Estabelecimento de Ensino</b>	<b>Formação Complementar</b>	<b>Serviço/Unidade de Saúde</b>	<b>Tempo de Exercício da Profissão/Tempo de Exercício do Cargo</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Tipo de Vínculo Laboral</b>
<b>Enfermeira do Hospital C (HC)</b>	Feminino	29 Anos	2006	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)	A frequentar o Mestrado em Gestão de Saúde, Pós Graduação em Perioperatório e Cursos de Especialização em Bloco Operatório	Bloco Operatório Central	7 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado
<b>Enfermeira do Hospital C (HC)</b>	Feminino	31 Anos	2006	Escola Superior de Saúde de Viseu	Pós Graduação em Controlo de Infecção Hospitalar	Bloco Operatório Central	8 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado
<b>Enfermeiro da Residência Sénior (RS)</b>	Masculino	29 Anos	2012	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)	A frequentar o Curso de Especialização em Formação na Área de Enfermagem	Serviço de Cuidados Gerais Polivalente	2 Anos	Enfermeiro de Cuidados Gerais	Contrato de Trabalho a Termo Certo
<b>Enfermeira do Hospital E (HE)</b>	Feminino	37 Anos	2001	Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa	Pós Graduação em Urgência/Emergência Hospitalar e Curso de Especialização em Reabilitação	Consultas Externas	12 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Quadro
<b>Enfermeira do Hospital F (HF)</b>	Feminino	39 Anos	1996	Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém	Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria	Residência Psiquiátrica II	16 Anos	Enfermeira de Cuidados Gerais	Quadro

**Fonte:** Trabalho Final de Mestrado, (2014)