



A. Estado, Poderes e Sociedade

B. Estruturas Produtivas, Trabalho e Profissões

C. Educação e Desenvolvimento

D. Território, Ambiente e Dinâmicas Regionais e Locais

E. Cultura, Comunicação e Transformação dos Saberes

F. Família, Género e Afectos

G. Teorias, Modelos e Metodologias

Sessões Plenárias

A RECOMPOSIÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Noémia Mendes Lopes

A enfermagem é uma profissão em processo de recomposição dos seus saberes, ideologias e identidades profissionais.

Sustenta-se a afirmação nas principais conclusões de uma investigação sobre este grupo

profissional, realizada há cerca de dois anos, no âmbito de uma Tese de Mestrado em Sociologia.^[1]
É sobre essas conclusões que incidirá a presente comunicação.

Enquadramento da Investigação

Os saberes, as ideologias e as identidades de enfermagem constituíram as dimensões centrais de análise da investigação. Pretendia-se identificar, por um lado, as formas de recomposição que estão a ocorrer nestas dimensões e, por outro lado, identificar o alcance e limites dessas formas de recomposição enquanto estratégias de revalorização profissional.

A fundamentação teórica da pertinência destas dimensões na problemática global dos processos de recomposição profissional foi construída a partir da “Teoria da Ordem Negociada” (Strauss, 1978) e da “Teoria da Acção Estratégica” (Crozier, 1977). A operacionalização de cada uma das dimensões foi organizada a partir dos contributos disponíveis na Sociologia das Profissões e na Sociologia da Saúde. O campo empírico da investigação foi constituído por dois hospitais públicos da região de Lisboa, nos quais se seleccionaram como “unidades de observação” dois serviços de medicina e duas unidades de cuidados intensivos. A técnica central para a recolha de informação foi a “observação directa”, que se desenvolveu ao longo de treze meses de permanência diária nestes serviços. Como técnicas complementares construiu-se um questionário, que foi aplicado a todos os enfermeiros dos quatro serviços, e realizaram-se entrevistas às chefias médicas e de enfermagem.

Contextualização Sociológica da Enfermagem

Numa perspectiva sociológica qualquer análise sobre a enfermagem requer, necessariamente, que se atenda ao lugar que este grupo ocupa na divisão social do trabalho de produção de cuidados de saúde. Considerando que a produção de cuidados de saúde tem sido historicamente organizada em torno da posição central da profissão médica, e que esta representa uma “profissão dominante”, entendida

a noção no sentido que lhe é atribuído por Freidson (1970),^[2] resulta, então, que o lugar da enfermagem é caracterizado pelo que Turner (1987) caracteriza como um lugar de “subordinação” técnica e social à profissão médica.^[3]

Esta estrutural subordinação foi circunscrevendo a natureza do trabalho de enfermagem à categoria de “trabalho de execução”, funcionando esta categoria como dicotómica do “trabalho de concepção” à qual foi sendo associada a natureza do trabalho médico.

A dicotomia entre “trabalho de execução” e “trabalho de concepção”, que se insere no quadro taylorista de organização do trabalho, retraduziu-se, ao nível dos saberes profissionais, na dicotomia entre “saberes-práticos” ou “saberes-fazer” e “saberes indeterminados” ou “saberes interpretativos”,

estes últimos associados ao saber científico e teórico-formal, como explicita Turner (1987).^[4]

A matriz de saberes da enfermagem foi, assim, historicamente estruturada na categoria de “saberes-práticos”, funcionando estes como saberes centrais na produção das competências

requeridas para a execução das decisões médicas, sendo que as restantes competências da profissão, designadamente no domínio da relação com o doente, se inscreveram no plano dos atributos morais.

Este quadro estruturante da natureza dos saberes de enfermagem e do seu confinamento aos “saberes-práticos”, convertendo-os no que Carapinheiro (1993) conceptualizou como “saberes-periféricos” na produção de cuidados de saúde, foi consolidado e reproduzido, também, através da matriz ideológica e identitária da profissão.

Nessa matriz a noção de “cuidar” tem funcionado como operador central das referências da enfermagem, numa relação historicamente ambígua, ora de demarcação, ora de complementaridade, com a noção de “tratar/curar” associada à medicina.

A ideia de “vocação” constituiu o vector unificador do seu universo simbólico, em que a função de cuidar se materializa, por um lado, na função técnica de “auxiliar do médico” e, por outro lado, na “missão humanitária” de apoio moral e conforto do doente. Neste universo simbólico, e na sua materialização, as qualidades pessoais prevalecem sobre as qualificações profissionais, legitimando, assim, a subordinação da enfermagem aos critérios técnicos gerados no campo médico. Por outro lado, esta matriz ideológica e identitária construída em torno da “vocação” cristalizou-se na estrutura ideológica hospitalar, dando lugar ao que Chauvenet (1973) caracteriza como uma estrutura dualizada em torno da “ideologia da humanização” e da “ideologia da ciência”, institucionalizadas como duas formas complementares de “servir o doente”, estando a primeira associada à enfermagem e a segunda associada à medicina.

Identificados estes traços sociológicos axiais da profissão estão reunidas as condições para a discussão das formas de recomposição que actualmente se desenvolvem no seu interior, e que estão a ser impulsionadas pelas mudanças que nas últimas décadas vêm ocorrendo no campo da saúde. São mudanças que passam, tanto pela crescente especialização da produção de cuidados como pela multiplicação de modelos terapêuticos em que a ênfase na prevenção se torna dominante.

Os Processos de Recomposição

Relativamente à recomposição dos saberes de enfermagem foi possível identificar as modalidades em que essa recomposição se revela, desde logo, no particular investimento destes profissionais para dar visibilidade aos saberes de natureza teórico-formal que actualmente se vêm incorporando na sua formação escolar.

Esse investimento, que consubstancia estratégias de revalorização desenvolvidas sobretudo pelas gerações mais jovens, expressa-se das mais diversas formas. Por exemplo, na reabilitação que vem sendo feita dos actos mais rotinizados de trabalho, introduzindo-lhes espaços de interpretação, e de que é paradigmático o caso das higiènes aos doentes acamados: — sendo um acto de trabalho tradicionalmente associado ao “saber-fazer” e às competências gestuais, é evocado pelos enfermeiros mais jovens como momento por excelência de realização do que chamam o “diagnóstico de enfermagem”, e que está relacionado com a avaliação dos cuidados específicos requeridos pelo estado particular de cada doente para melhorar o seu conforto e bem estar físico geral. Um outro plano de expressão destas estratégias de visibilidade de novos saberes e dos confrontos geracionais que suscita, são também as críticas veladas dos enfermeiros mais jovens ao “pragmatismo” dos enfermeiros mais velhos, o qual assente na hipervalorização das competências gestuais e dos saberes práticos que as sustentam. Estes últimos reagem apontando aos mais jovens a acumulação de um saber “decorativo e pomposo”, que não os habilita para o que é essencial no “dia a dia dos serviços”.

Verifica-se nestas formas de instrumentalização de novos saberes, não só uma deslocação dos “saberes-fazer” para os “saberes teórico-formais”, mas também se regista o que Barcet (1985) designa de recomposição do próprio “saber fazer”, no sentido em que este vem dando lugar a uma nova categoria de saber, o “saber-fazer analítico”. Este último distingue-se do simples “saber-fazer” por incorporar uma percepção cognitiva e formalizada dos processos subjacentes aos actos de

trabalho, não sendo um saber sustentado apenas na relação prática com o objecto e meios de trabalho. [5] No entanto, as condições para a visibilidade do accionamento dos saberes de enfermagem de natureza não estritamente prática e gestual são diferenciadas consoante os contextos de trabalho. Constata-se que nos serviços em que predomina uma organização do trabalho em rotinas, e em que as zonas de “incerteza/indeterminação” do trabalho são reduzidas — entenda-se esta noção no sentido que lhe é atribuído por Crozier (1977) —, como é o caso dos serviços de medicina, as práticas quotidianas de enfermagem são dominadas pela execução de tarefas previamente padronizadas. Diluem-se, então, nessas tarefas, quer a visibilidade, quer mesmo a pertinência dos saberes teórico-formais.

Pela maior “incerteza/indeterminação” que assinala os quotidianos nas unidades de cuidados intensivos é nestes contextos que a visibilidade e accionamento de saberes incorporando consideráveis níveis

de interpretação encontram maior continuidade. São estas condições que possibilitam aos enfermeiros construir o que Paradeise (1987) define como “insubstituibilidade” dos saberes, e rentabilizá-los como saberes estratégicos para a sua revalorização profissional.

Esta recomposição dos saberes não pode deixar de ser entendida enquanto configuradora da recomposição que igualmente vem ocorrendo ao nível das ideologias e identidades no interior da profissão.

Relativamente a estas últimas, as suas formas de recomposição foram apreendidas, quer através das elaborações discursivas dos enfermeiros, quer no seu posicionamento em relação a um conjunto de referentes ideológicos e identitários que se incluíram no questionário aplicado, e que foram trabalhados por análise factorial.

Nesse conjunto de informação revelou-se, com particular evidência, que a matriz ideológica e identitária estruturada em torno da “vocação” é actualmente um recurso simbólico com uma reduzida adesão, já que apenas foi encontrada entre alguns dos enfermeiros mais velhos.

Acerca desta reduzida adesão e das clivagens geracionais que expressa é curioso registar que “a falta de vocação” é um dos argumentos evocados pelos enfermeiros mais velhos na responsabilização das gerações mais jovens pela falta de humanização nos cuidados de enfermagem. Note-se, porém, que o discurso da humanização, enquanto competência específica da enfermagem, é transversal às diferentes gerações de enfermeiros, o que, aliás, revela o impacto da ideologia hospitalar sobre a profissão, já atrás referida.

No que respeita às manifestações ideológico-identitárias actualmente dominantes, constatou-se que estas se organizam em torno de duas categorias relativamente diferenciadas, que se designaram, respectivamente, de “profissionalismo” e “profissionalização”, sendo designações tributárias dos contributos de alguns autores neste domínio (Carpenter, 1977; Million, 1979; Alcon, 1983). Em qualquer destas categorias a produção de espaços de autonomia profissional constitui o elemento central, o que, sublinhe-se, assinala o distanciamento em relação às formas de “subordinação” incorporadas na matriz da “vocação”, e desloca a tradicional relevância conferida às qualidades pessoais para o domínio das qualificações profissionais. No entanto, apesar da questão da autonomia ser central em ambas as categorias, a construção simbólica dessa autonomia organiza-se a partir de referentes diferenciados e em sentidos divergentes.

Apenas uma breve caracterização dessas diferenças.

No “profissionalismo” a ênfase é colocada na necessidade de crescente especialização do campo da enfermagem. As estratégias para a sua promoção centram-se na defesa da delegação dos actos de trabalho mais desqualificados e rotinizados para outros grupos profissionais situados na periferia do seu campo, procurando, deste modo, recentrar a enfermagem nos actos de maior complexidade, que requerem saberes especializados de natureza técnica e com suporte teórico-formal. Por outro lado, a relação com o doente é reelaborada como intervenção especializada e centrada nos domínios do exercício técnico, ainda que, no plano discursivo, esta hipertecnicidade dificilmente seja assumida, e tenda a ser mitigada com o recurso aos referentes da humanização.

Na “profissionalização” a ênfase é colocada na revalorização das competências relacionais, sustentadas em saberes de natureza teórico-formal, constituindo essas competências o “*locus*” privilegiado de articulação das competências técnicas. Esta reelaboração e revalorização da relação com o doente constituem a estratégia central de demarcação do campo médico e de controlo da tradicional mediação médica na relação enfermeiro-doente.

A emergência destas duas categorias no espaço antes ocupado hegemonicamente pela “vocação”, não só revela, então, um processo de recomposição ideológica e identitária deste grupo profissional, como introduz também uma nova realidade, que é a segmentação do seu universo simbólico, e o fraccionamento das suas estratégias de revalorização profissional.

Para concluir, e recolocando a questão inicial do alcance e limites destas estratégias de revalorização profissional da enfermagem, evidenciadas na recomposição dos seus saberes, ideologias e identidades, defende-se que os seus *limites* são condicionados pelo lugar estrutural que a profissão ocupa na produção de cuidados e que, enquanto tal, são inelutáveis no quadro dominante da divisão social do trabalho, o que significa que estas estratégias não revertem a estrutural subordinação ao campo médico. Contudo o seu *alcance* não é por isso subestimável, pois introduzem novas possibilidades de reconfiguração das tradicionais modalidades de subordinação da enfermagem, assim como introduzem, novas possibilidades de reorganização das relações profissionais com os outros grupos participantes na produção de cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

ALCON, C.D., *Les soins de la profession d'infermiere en espagne*, Thèse de Doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1983

BARCET, A., et al., *Savoir faire et changement techniques*, Lyon, Presses Universitaires, 1985

- CARAPINHEIRO, G., *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto, Ed. Afrontamento, 1993
- CARPENTER, M., "The new managerialism and professionalism in nursing", in STACEY, M. et al. (ed.), *Health and the Division of Labor*, London, Croom Helm, 1977
- CHAUVENET, A., *Organizations et hierarchies hospitalières*, Thèse de Doctorat de 3ème cycle, 1973
- CROZIER, et al., *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977
- DUBAR, C., *La Socialization - construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991
- FREIDSON, E., *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, N. York, Atherton Press, 1970
- FREIDSON, E., *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984
- PARADEISE, C., "Des Savoirs au Competences: Qualifications et Régulation des Marchés du Travail, in *Sociologie du Travail*, 1/87
- STRAUSS, A., *Negotiations*, S. Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1978
- TURNER, B.S., *Medical Power and Social Knowledge*, London, Sage, 1987

[1] Tratou-se de uma Tese de Mestrado em Sociologia, realizada no ISCTE, orientada pela Profª Drª Graça Carapinheiro, e que obteve uma Bolsa da JNICT, concedida no âmbito do Programa Ciência - Área de Ciências e Tecnologias da Saúde. Cf. Lopes, Noémia, *A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem - estudo sociológico em contexto hospitalar*, Lisboa, Dissertação de tese de Mestrado em Sociologia, ISCTE, 1994.

[2] A noção de "profissão dominante" refere-se às profissões que asseguram a sua "autonomia funcional", i.é., que realizam o seu trabalho com independência, furtando-se ao controlo de outras profissões e ao controlo burocrático das organizações em que exercem e que angariam directamente os seus clientes, sem mediação de outras profissões ou organizações. Essa autonomia é retraduzida em autoridade para controlar e dirigir o trabalho das profissões que se articulam com o seu campo de actividade (Freidson, 1970;1984).

[3] A "subordinação" é caracterizada por Turner (1987) como a situação de uma profissão cuja actividade é delegada por outra profissão, resultando em reduzida independência, autonomia e possibilidades de auto-regulação.

[4] O "saber indeterminado" é identificado por Turner (1987) como um saber essencialmente interpretativo, isto é, cuja aplicação requer um considerável exercício intelectual de interpretação, diferenciando-se assim das formas de saber cuja aplicação é padronizável em regras e procedimentos. Constitui uma forma de saber intrinsecamente associada às competências e capacidades individuais do profissional, o que lhe confere o carácter de saber não transferível, não deixando, porém, de incorporar na sua matriz o saber de natureza científica, enquanto fundamento do exercício de interpretação que o configura.

[5] No sentido desta mesma recomposição do "saber-fazer" sustentada por Barcet, também Dubar se refere à actual recomposição da "gestualidade operativa" em "conceptualização executiva" (Dubar, 1991).