

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia

O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Rosalina Martins Fernandes

Orientador(a):

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro, 2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR - II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia **O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Ana Rosalina Martins Fernandes

Orientador(a):
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva



172 804

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora
Novembro, 2005

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
com muita consideração e carinho*

Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia

O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Resumo

A presente proposta de dissertação pretende contribuir para um aprofundamento do conhecimento das dinâmicas profissionais dos Técnicos de Radiologia (TR), através do estudo das suas trajetórias de desenvolvimento profissional e dos esquemas estratégicos e estruturantes das configurações ideológicas identitárias que os TR engendram para potenciar a sua formação e desenvolvimento profissional, as suas competências e qualificações, os modos de conciliação da sua vida familiar com a vida profissional.

Para a pesquisa realizada, em relação às opções metodológicas, optei por um paradigma qualitativo de características fenomenológicas, onde o método biográfico através das histórias de vidas, foi a técnica privilegiada de recolha de informação seleccionada a fim de se poder perspectivar com profundidade as trajetórias de vida profissional dos TR da região de Lisboa e Vale do Tejo.

As trajetórias de vida captadas nos discursos sobre a vivência dos TR demonstram que a profissão de TR é uma profissão resultante de um longo processo histórico de reconfiguração profissional, onde os saberes e as competências ocupam um lugar privilegiado de passagem. Porém, os resultados do estudo revelam igualmente que nos processos de construção identitária veiculam uma certa fronteira social inter profissional, definida pela crescente procura da autonomia em todos os processos de trabalho. No entanto, o desenvolvimento da profissão de TR tem sido marcada durante décadas por uma constelação de constrangimentos e efeitos do género, situação que tem feito veicular no campo de trabalho matrizes de desigualdade de oportunidades de desenvolvimento profissional entre os TR mulheres e os TR homens.

Palavras-Chave: Técnico de Radiologia, Identidade profissional, Género, Formação Contínua, Qualificação.

Living and Building the Profession of Radiographer

The Case of Radiographers of *Lisbon and Tejo Valley Region*

Abstract

The present proposal for essay pretends to contribute for a deeper knowledge of the profession dynamics of Radiographers, through the study of its professional development trajectories and its strategic and structuring schemes for ideological configurations of identity that Radiographers engender in order to potential their education and professional development, their competencies and qualifications, their ways of conciliation of their family and professional lives.

For the research, regarding the methodological options, I chose a qualitative paradigm of phenomenological characteristics, being the biographic methodology of life stories the privileged technique for selected information gathering to be able to put in deep perspective the professional life trajectories of Radiographers of Lisbon and Tejo Valley Region.

The life trajectories caught up in the speeches of Radiographers demonstrate that the profession of Radiographer is a profession resulting from a long historical process of professional reconfiguration, where knowledge and competences occupy a privileged passing place. However, the study results also show that in the processes of identity construction there is certain interprofessional social frontier, defined by the growing search of autonomy in all the working processes. Nevertheless, the development of the profession of Radiographer has been marked for decades by a constellation of constraints and gender effects, which has transported in the working field matrices of inequality of opportunities of professional development between male and female Radiographers.

Key-Words: Radiographer, Professional Identity, Gender, Continuous Formation, Qualification.

Agradecimentos

Apesar do carácter quase solitário que envolve a elaboração de uma dissertação, várias foram as pessoas que directa ou indirectamente, de um modo ou de outro, me ajudaram e contribuíram para que este trabalho fosse finalizado com sucesso.

O meu primeiro agradecimento vai para o meu orientador Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva, Director do 1º Curso Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde, pela paciência, dedicação e crença no produto final desta pesquisa. A sua orientação permitiu-me ganhar, ao longo deste período, maturidade intelectual e motivação para prosseguir o meu desenvolvimento profissional.

Queria deixar aqui um agradecimento especial ao Professor Manuel Correia, Director da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, pela acessibilidade, boa vontade e colaboração neste estudo.

Gostaria de também agradecer aos Técnicos de Radiologia que aceitaram o desafio da entrevista e que, assim, com os seus testemunhos contribuíram para o desenvolvimento da dissertação.

Aos meus familiares e amigos próximos, o meu mais profundo obrigado porque acreditaram em mim e me apoiaram desde o início.

Obrigado a todos!

ÍNDICE

Dedicatória.....	I
Resumo.....	II
<i>Abstract</i>	III
Agradecimentos.....	IV
Índice Geral.....	V
Índice de Quadros.....	VII
Índice de Abreviaturas.....	VIII
INTRODUÇÃO	pag. 1
1.- ARQUITECTURA CONCEPTUAL E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS	pag. 12
1.1. FUNDAMENTOS DA IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	pag. 12
1.1.1. Construção da Identidade Profissional	pag. 12
1.1.2. Qualificações e Competências na Recomposição Identitária.....	pag. 30
1.1.3. Género e Identidades de Trabalho.....	pag. 58
1.2. PROFISSÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	pag. 76
1.2.1. Profissão, Profissionalização e Profissionalismo.....	pag. 76
1.2.2. Desenvolvimento Profissional e a Construção da Carreira.....	pag. 83
1.2.3. A Formação Contínua e <i>Empowerment</i> como Elementos Mediadores de Desenvolvimento Profissional.....	pag. 89
2. - SER TÉCNICO DE RADIOLOGIA.....	pag. 113
2.1. EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO DE TÉCNICOS DE RADIOLOGIA EM PORTUGAL.....	pag. 113
2.1.1. Génese da Profissão e Formação Inicial.....	pag. 113
2.1.2. Evolução da Carreira dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 120
2.1.3. Movimento Associativo dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 123
2.1.4. Perfil Profissional e Regulamento do Exercício Profissional.....	pag. 126
2.1.5. Competências Profissionais dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 132

2.2. TENDÊNCIAS E MUDANÇAS NOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA.....	pag. 142
3.- PERCURSO METODOLÓGICO.....	pag. 153
3.1. Considerações Preliminares.....	pag. 153
3.2. Paradigma do Estudo.....	pag. 154
3.3. Método Biográfico: Historias de Vida.....	pag. 158
3.4. Técnicas de Recolha de Informação.....	pag. 162
3.5. Os Entrevistados.....	pag. 166
3.5. Definição do Modelo de Análise.....	pag. 168
4. - A VIDA DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA DA REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO.....	pag. 173
4.1. Caracterização Dos Entrevistados.....	pag. 173
4.2. Ser Técnico de Radiologia: A sua formação.....	pag. 175
4.3. Ser Técnico de Radiologia – Qualificações e Competências.....	pag. 191
4.4. Perspectivas do Técnico de Radiologia e a Carreira Profissional.....	pag. 209
4.5. Efeitos do Género na Profissão.....	pag. 218
4.6. Modos de Vida e Construção Identitária do Técnico de Radiologia ...	pag. 228
4.7. As Expectativas em Torno da Profissão.....	pag. 248
CONSIDERAÇÕES FINAIS e RECOMENDAÇÕES.....	pag. 265
1.- Técnico de Radiologia: Uma Profissão em Mudança.....	pag. 265
2.- Recomendações.....	pag. 278
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 285
ANEXOS.....	pag. 291
Anexo 1 – Guião Das Entrevistas.....	pag. 293
Anexo 2 – Quadros Resumo das Entrevistas.....	pag. 295
Anexo 3 –Quadro de Categorias.....	pag. 315

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. - Dimensões de análise da informação.....	pag. 170
Quadro 2. - Caracterização dos Informantes-chave.....	pag. 174
Quadro 3. - Tipos de Formação dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 176
Quadro 4. - Competências e Qualificação do Técnico de Radiologia.....	pag. 192
Quadro 5. - Carreira Profissional dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 210
Quadro 6. - Género da profissão.....	pag. 220
Quadro 7. - Identidade e Perfil Profissional.....	pag. 229
Quadro 8. - Expectativas pessoais dos entrevistados.....	pag. 249
Quadro 9. - Expectativas dos entrevistados para a profissão de Técnico de Radiologia.....	pag. 252
Quadro 10. - Evolução da Formação dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 266
Quadro 11. - Tendências e Mudanças nos Saberes e Competências.....	pag. 269
Quadro 12. - Expectativas e perspectivas profissionais dos Técnicos de Radiologia.....	pag. 273
Quadro 13. - Aspectos Identitários da Profissão de Técnico de Radiologia.....	pag. 276
Quadro 14. - Quadro resumo do Plano de Acção.....	pag. 284

ABREVIATURAS E SIGLAS

ALARA	“As Low As Reasonably Achievable”
ATARP	Associação Técnicos Auxiliares de Radiologia de Portugal
CPTASC	Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos
ERASMUS	“European Community Action Scheme for the Mobility of University Students”
ETSS	Escolas Técnicas de Serviços de Saúde
IANT	Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
HCL	Hospitais Civis de Lisboa
HSAP	Hospital de Santo António do Porto
HSM	Hospital de Santa Maria
HSJ	Hospital de São José
HSJP	Hospital de São João do Porto
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
RM	Ressonância Magnética
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SCoR	Society and College of Radiographers
SMSFCP	Serviços Médicos – Sociais da Federação de Caixas de Previdência
SNS	Serviços do Sistema Nacional de Saúde
TC	Tomografia Computorizada
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
TR	Técnico de Radiologia
adapt.	adaptado
Dec.-Lei	Decreto-Lei
ex.	exemplo
ed.	edição
pag.	página
trad.	traduzido

INTRODUÇÃO

1. Pertinência do estudo

A presente dissertação foi desenvolvida no período de Novembro de 2004 a Outubro de 2005, no âmbito da área de especialização em *Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde* do Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002) e intitula-se — “*Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia – O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo*”.

O interesse que moveu o desenvolvimento deste estudo foi a temática relativa à pesquisa das trajectórias de vida profissional dos Técnicos de Radiologia (TR), a diversos níveis sociais, como os processos de formação e desenvolvimento profissional, as competências e as qualificações profissionais, a carreira profissional e a consequente reconfiguração identitária destes. Interesse este com uma forte motivação de ordem pessoal, pois sendo também TR tive oportunidade de observar em diversos momentos da minha vida profissional que existiam e existem escassas investigações em torno destes profissionais e da caracterização da profissão em si. Assim, com a elaboração desta dissertação pretendo dar um contributo para melhor caracterizar a realidade social dos TR, tendo em vista uma possível intervenção a nível sócio-organizacional, a curto e médio prazo, nomeadamente ao nível do desenvolvimento e do reconhecimento desta profissão na esfera da saúde.

A profissão de TR é uma profissão que surgiu imediatamente após a descoberta da aplicabilidade da Radiação X (RX) no campo da Medicina. Em Portugal já completou 105 anos de existência. Efectivamente, o panorama social desta profissão já mudou muito desde essa época. Ao longo do tempo, a profissão de TR sofreu sucessivos processos de recomposição profissional devido a diversos factores sociais. Entre eles, saliento a forte evolução tecnológica, que muito contribuiu para modificar as práticas profissionais do TR, o desenvolvimento de uma formação orientada não só para a actualização de conhecimentos, mas também para o constante ganho de novas

competências, situações que têm contribuído para a melhoria do processo de revalorização profissional na cadeia de prestação de cuidados de saúde.

De relevar as mudanças ao nível da produção de cuidados de saúde, salientando-se a incorporação permanente da inovação tecnológica nos processos de trabalho, com a exigência de investimento numa crescente especialização e formalização dos saberes profissionais. Claro está que, há medida que o profissional investe na sua formação de modo a adequar os seus procedimentos às mudanças sócio-profissionais, adquire uma visibilidade social com base na acentuação do seu papel profissional, em relação aos restantes grupos profissionais, no seio da dimensão complexa e multidimensional que ilustra o processo de Saúde/Doença do utente. Em termos de cultura profissional este fenómeno trará fortes mudanças no âmbito da hegemonia e unidimensionalidade do paradigma biomédico, paradigma tradicionalmente dominante no campo institucionalizado Saúde/Doença.

Sob o ponto de vista dos efeitos da formação dos e nos TR, as mudanças têm sido particularmente relevantes nas últimas três décadas. Assistiu-se em Portugal a um progressivo aumento da escolaridade básica obrigatória para o acesso aos cursos das Tecnologias da Saúde cujo desenvolvimento culminou no ingresso destes cursos no ensino superior através da atribuição de graus de Bacharelato e, há bem pouco tempo, desde 1999 a atribuição de graus de Licenciatura aos profissionais Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Neste sentido, esta reformulação progressiva dos planos curriculares conduziu à introdução de novos campos disciplinares, aumentando então a componente teórica da formação e a consolidação da estrutura dos saberes científicos da profissão. Por outras palavras, a formação académica contribuiu assim para dar aos profissionais TR mais conhecimentos e qualificações a fim deste se encontrar capacitado para mover meios e estratégias, quer para valorizar a vida profissional e pessoal, quer para se adaptar e actualizar ao nível dos procedimentos radiológicos.

Efectivamente, os processos de formação ao atribuírem ao profissional a capacidade de se adaptar a determinadas circunstâncias estão a atribuir também, de certo modo, novas competências que se traduzirão no aumento do profissionalismo na melhoria da prestação de cuidados de saúde, revalorizando, em última instância, a profissão de TR.

É na sequência do exposto que o TR, de uma forma “quase premeditada”, constrói o seu trajecto profissional que se reflecte nas diferentes etapas da Carreira Profissional. E nos “altos e baixos” da vida profissional é que o TR seleccionará para si as melhores opções face aos interesses que possui na instituição de saúde, nas relações inter e intra-profissionais e nas necessidades do Serviço.

Tal como se perspectiva a formação, como uma dinâmica na qual interagem os factos de natureza cognitiva, afectiva e instrumental dos TR, esta pode ser articulada fertilmente na compreensão das narrativas desses sujeitos sobre as suas biografias. Nesta linha de pensamento, a importância dada à experiência profissional e aos processos de formação dos sujeitos remetem-nos para a reflexão da sua reconfiguração identitária profissional.

Assim sendo, é no panorama social da Radiologia, onde os processos de trabalho acompanham as repercussões da evolução tecnológica, que o indivíduo, numa óptica de sobrevivência profissional e de garantir qualidade aos seus serviços prestados, reajusta a sua identidade e representações sociais – num processo de mudança global do indivíduo como actor social. Tudo porque o indivíduo enquanto profissional confere às suas tarefas de foro profissional as suas ideologias, percepções e sentimentos de pertença e de diferenciação

Ao adquirem mais competências e conhecimentos, os TR sentem maior autonomia nos seus processos de trabalho, pois ocorre uma valorização dos saberes detidos atribuindo-lhes um carácter de insubstituibilidade, através da especialização dos mesmos, da sua pertinência e centralidade de dominar zonas de incerteza que surjam na cadeia de produção de cuidados de saúde. É nesta teia social que, actualmente, profissões como a de TR e outras adjacentes à Medicina movimentam as suas fronteiras sociais, não esquecendo a sua génese, conhecimentos, competências e identidade profissional.

Apesar deste tipo de estudo, sobre o modo como os profissionais vivenciam o quotidiano da profissão, não ser inovador nalgumas profissões da saúde, como Medicina e Enfermagem, na área dos TR torna-se uma mais valia porque existem muitos poucos contributos de investigação nesta dimensão. No que concerne ao modo como os profissionais vivenciam, experimentam e desenvolvem a profissão no dia-a-dia, tais

estudos têm sido amplamente desenvolvidos a nível das Ciências da Educação, sobretudo o estudo da trajectória profissional dos professores.

Do ponto de vista pessoal das razões justificativas do estudo, saliento apenas que, apesar da minha curta experiência profissional ser apenas de cinco anos como Técnica de Radiologia, criou na minha pessoa a curiosidade de saber como os colegas de profissão perspectivam a profissão e a sua realidade quotidiana, como seleccionam os seus processos de desenvolvimento profissional, como se identificam enquanto profissionais TR, ou seja, de conhecer os seus trajectos de vida profissional a fim de comparar com a génese da profissão e perspectivar um eventual futuro para a profissão.

Dar a conhecer a profissão de TR é com certeza o que mais me motivou nesta investigação, pois pretendo alargar os conhecimentos em torno da reconfiguração identitária e desenvolvimento da profissão a nível dos TR na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a partir da pesquisa das estratégias e estruturas que suportam a configuração ideológica da profissão, suas vivências, saberes e estratégias.

2. Considerações sobre a pesquisa realizada

Tendo em conta a pluralidade de domínios analíticos que se articulam entre si de modo a alcançar os objectivos propostos na investigação, foi necessário recorrer a contributos teóricos de diversas áreas específicas no âmbito da Sociologia. Neste sentido, foram adoptadas algumas perspectivas teóricas na área da Sociologia das Profissões, da Sociologia do Trabalho e da Sociologia da Saúde, onde cada uma delas contribui substancialmente, sob a forma de teorias centrais e auxiliares, consoante o carácter mais amplo ou restrito das potencialidades analíticas e operativas que apresentam para os objectivos da pesquisa (Lopes, 2001).

A Radiologia tem sido um dos sectores dos TDT, cuja trajectória identitária se tem transformado num processo contingente e estratégico em que se destacam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos de autonomia profissional e a valorização dos diversos momentos de formação.

Quando o profissional TR sai para o mercado de trabalho e integra uma organização de saúde interage com uma cultura inerente a um grupo profissional. O processo de integração é primordial na identidade profissional e é definido por

integração como “(...) a entrada ou incorporação num conjunto (...) mais ou menos lento, individual ou colectivo que corresponde à adaptação a um novo “modus vivendi” próprio de um colectivo que não é o seu de origem (...)” (Maia, 2002: 206).

Dubar (1997) salienta que no processo de construção da identidade profissional no seio da instituição, o indivíduo identifica todas as possibilidades de desenvolvimento na sua carreira profissional, tendo em conta as suas fases de aprendizagem e as oportunidades profissionais geradas no seio da organização que, quer institucionalizadas ou de natureza puramente informal, existem como factores reguladores de mudanças, geralmente relacionadas com a modificação da composição das tarefas no interior da organização. Nesta perspectiva, salienta-se assim que a construção identitária possui uma dimensão relacional, onde os indivíduos estabelecem relações de trabalho durante o desenvolvimento das actividades, esquematizando então jogos de estratégia que assentam nas relações com os pares, líderes e grupos de referência que “(...) condicionam a definição dos actores e do sistema social da empresa (...)” (Abreu, 2001: 84).

A heterogeneidade e as diferentes negociações que equilibram as divergências, os interesses e objectivos, realizadas por parte dos membros da organização devem-se à pluralidade de culturas existentes no seio da organização (Silva, 1997).

O cenário de pluralidade cultural que caracteriza a cultura organizacional manifesta-se também nas representações profissionais, que segundo Silva são “(...) um conjunto de ideias que um indivíduo ou grupo partilha sobre uma profissão (...)” (Tavares, 2004: 5). Sendo assim, todos os elementos da organização partilham uma representação profissional baseada no contexto organizacional, mas que é sempre influenciada pelas funções específicas, pelas suas estratégias e pelos objectivos profissionais que cada um tem.

No processo de reconfiguração profissional da Radiologia, a formação ocupa um estatuto de relevo, pois facilita “(...) a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (...)” (Canário, 2003: 149).

O processo de formação contínua mais relevante na Radiologia é a formação em exercício. Este método é complexo e desenvolve-se segundo duas lógicas fundamentais (intrínsecas aos saberes em questão e às práticas profissionais que condicionam os

processos de socialização profissional no Serviço): a lógica da aprendizagem e a lógica estrutural. Nesta linha de pensamento, a formação contínua decorre segundo a importância que cada actor interveniente dá à aprendizagem de novos conhecimentos e segundo o contexto (estrutura) presente do próprio Serviço.

Assim sendo, nos processos de formação contínua, os actores envolvidos constroem uma relação de estratégia no Serviço onde os seus comportamentos e atitudes não são linearmente previsíveis, pois devido ao sentimento de pertença a um grupo profissional, encontram-se condicionados por um conjunto de estruturas, regulações locais e uma cultura profissional. Também as emoções, os jogos de poder, os conflitos e a organização do próprio trabalho exercem forte influência nos actores envolvidos em processos de formação contínua (Canário, 2003).

Os processos de formação contínua permitem o desenvolvimento de competências que põe em campo uma “(...) diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afectividade (...)” (Canário, 2003: 152).

Para frasear Lopes (2001), as competências na profissão de Radiologia são claramente explícitas na execução dos exames radiológicos, o que implica a incorporação de saberes de domínio tecnológico. A tecnologia é objecto de apropriações e usos sociais que podem ser instrumentalizadas para redefinição das relações e práticas interprofissionais. Nesta linha de pensamento, o uso por parte dos profissionais de saberes em tecnologia tem implicações em jogos de poder e oportunidades estratégicas de reposicionamento profissional, dando assim um forte contributo para a reconfiguração dos contextos de trabalho.

Como é sabido, no âmbito da Radiologia têm ocorrido intensas mudanças ao nível da produção de cuidados de saúde, salientando-se a crescente incorporação da inovação tecnológica nos processos de trabalho, com o aumento da exigência de saberes específicos e a formalização dos saberes profissionais. É mediante estas mudanças que a necessidade destes conhecimentos irão conferir um carácter técnico e identitário ao trabalho na Radiologia, quer na prestação directa de cuidados de saúde aos utentes como na dominação dos procedimentos técnicos dos exames radiológicos. Mas não é só na recomposição da natureza do trabalho que estas mudanças exercem as suas influências,

também as estratégias da formalização da sua formação profissional se modificaram (por ex.: a passagem do grau de bacharelato para o grau de licenciado) de forma a tentar assegurar o carácter qualificado dos processos de trabalho e demarcar a categoria profissional das restantes (Lopes, 2001).

A qualificação dos processos de trabalho é uma estratégia profissional identificada em contexto hospitalar de duas formas. A primeira surge mediante o grupo profissional que “(...) adopta aumentar a especialização do seu trabalho através da transferência dos actos de trabalho mais desqualificados e rotinizados para o campo de exercício de categorias profissionais menos qualificadas; por outro lado, essa transferência alarga o domínio da autoridade técnica e social do grupo, na medida em que coloca essas categorias sob a sua supervisão (...)” (Lopes, 2001: 64).

O segundo processo de qualificação, segundo Abbott (1988), é o processo de assimilação de saberes entre grupos profissionais cujas práticas de trabalho são realizadas no mesmo local, conduzindo a um esbatimento das fronteiras que delimitam os diversos grupos profissionais. Este processo ocorre quando um grupo profissional procura homogeneizar-se com outro hierarquicamente superior a este (Lopes, 2001).

A qualificação conduz a uma recomposição identitária e ideológica da profissão de Radiologia no âmbito da construção da carreira profissional, do profissionalismo e da profissionalização.

Quando o TR ao longo da sua vida profissional vai fomentando a sua formação e actualização de saberes científico-práticos vai percorrendo uma carreira profissional onde existem diversas etapas que representam os altos e baixos ilustrados pelas diferentes perspectivas em torno da profissão, da sua visão relativamente ao futuro da mesma e do significado para si como profissional. A Carreira Profissional, segundo Huberman, surge como uma sequência de experiências vocacionais de relevo ao longo da vida, ou seja, dando ênfase às mudanças registadas no desenvolvimento individual (do profissional) a nível físico, intelectual, afectivo, social, da personalidade e vocacional; desde a entrada na profissão até à reforma (Estrela, 1997).

No modelo deste sociólogo, aplicado à vida profissional dos professores, a “Carreira” é composta por várias etapas gerais: Entrada na Carreira, Estabilização, Diversificação, Pôr-se em Questão, Serenidade e Distanciamento Afectivo, Conservadorismo e o Desinvestimento, onde o indivíduo, enquanto actor social,

interagirá de diferentes formas consoante o contexto laboral, as suas crenças e os seus objectivos a cumprir na organização/profissão.

Parafraseando Rodrigues (1994), uma profissão resulta da relação entre conhecimentos e sua institucionalização, mediante a interacção profissional de saúde/utente. Estas profissões são comunidades cujos membros partilham uma mesma identidade, valores, linguagem, um estatuto; têm poder de controlo sobre si e os restantes membros, tal como acerca da formação requerida.

É neste sentido que nas profissões, a função do profissionalismo é a protecção desses padrões de caracterização profissional e das pressões originadas pelo meio envolvente. Este processo decorre mediante a construção de uma crença baseada na especialização de que a realização de determinadas funções requerem um conhecimento específico e uma competência adquirida por formação prolongada. O profissionalismo é também fundamentado através nos processos de autonomia onde os profissionais mais qualificados se encontram mais habilitados para determinar como as funções devem ser realizadas.

O outro lado da qualificação profissional é a profissionalização que, segundo Hughes (1971), não é mais do “que um processo de afirmação de ocupações por oposição ou afastamento dos modos amadores de desenvolvimento da actividade: mudanças tecnológicas e organizacionais e novas técnicas; o aumento dos níveis de qualificação de muitas ocupações; mudanças na organização do trabalho das profissões e mais antigas; (...) a emergência e desenvolvimento de actividades que requerem em número crescente os serviços de profissionais” (Rodrigues, 1994, 16).

A realidade da profissão de TR encaixa perfeitamente neste contexto. Historicamente, ao longo dos tempos, esta profissão foi desolada com o elevado número de profissionais inqualificados que exerciam a profissão, pois os profissionais qualificados eram escassos para uma procura tão grande deste tipo de serviços. Um dos panoramas sociais que se encontra em mutação é mesmo a redução do número de pessoas que não se encontram aptas para exercer a profissão. Em primeiro lugar, o número de profissionais qualificados no mercado de trabalho aumentou nos últimos anos substancialmente e passou-se a exigir uma formação base superior obrigatória para se poder exercer a profissão de TR.

Em síntese, a profissão de TR é uma profissão cujos contextos laborais estão em mudança constante, não só a nível da evolução tecnológica mas também a nível da recomposição dos saberes, competências, qualificações, que induz nos indivíduos uma nova identidade e uma nova postura profissional em nome de um *status* e prestígio que darão o reconhecimento aos olhos da sociedade. É esta que concede às profissões da saúde, como por exemplo à Radiologia, autonomia em troca de capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações de cuidados de saúde. A sociedade também confere níveis de poder à comunidade profissional, que no caso da Radiologia oferecem como contrapartida crucial uma procura constante de elevação dos níveis de formação dos seus membros.

Assim sendo e após uma breve alusão ao quadro conceptual que suporta este estudo, torna-se pertinente formular as seguintes questões de partida: *Quais as características da trajectória biográfica e profissional dos TR?* e *Quais as implicações que elas exercem nas actuais orientações do desenvolvimento profissional dos TR?*

Face às questões colocadas, apercebe-se que o meu interesse investigativo situou-se ao nível da caracterização do "*modus vivendi*" que traça uma trajectória de vida profissional dos TR. Por outras palavras, constituem como objectivos do estudo, por um lado, aprofundar o conhecimento acerca das dinâmicas profissionais dos TR, analisar os seus processos de vivência profissional, analisar a gestão dos saberes profissionais em contexto hospitalar e contribuir para o *empowerment* e afirmação desta categoria profissional no meio hospitalar, a nível dos TR da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste sentido, ao interessar-me em apreender as formas de reconstrução das trajectórias de vida de desenvolvimento profissional dos TR, enquanto grupo profissional, direccionei a minha pesquisa no sentido de explorar o conceito de perfil do TR, quais as suas qualificações e competências e a caracterização das formas de conciliação familiar e profissional. A nível da profissão propriamente dita procurei explorar as formas de desenvolvimento da profissão e quais as expectativas e perspectivas em torno desta.

Deste modo, para tentar responder à pergunta de investigação e alcançar os objectivos de investigação, foquei a pesquisa no campo de análise baseado na recolha de

histórias de vida onde serão projectadas as vivências profissionais dos TR e, daqui, partir para a metodologia de análise adequada, de forma a projectar as trajectórias de vida dos TR.

As orientações teórico-metodológicas da pesquisa realizada passaram pela selecção de um método de recolha de dados que permitisse tomar conhecimento das diversas formas de construção da vida profissional dos TR. Para tal, e pelo tipo de informação recolhida, optei por basear o meu trabalho num paradigma qualitativo sobre o objecto de estudo, fundado num estudo descritivo de natureza fenomenológica, com o objectivo de evidenciar os fenómenos sociais que compõem os percursos profissionais dos TR, consubstanciado por um registo de histórias de vida de um grupo de informantes privilegiados de TR da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

3. Estrutura do relatório

O núcleo central do presente relatório de investigação é composto pela presente Introdução, acrescida de quatro Capítulos e Considerações Finais.

Na *Introdução* procurei apresentar não só as razões de escolha do tema da pesquisa realizada, mas também breves considerações sobre as opções metodológicas adoptadas.

O corpo do trabalho é composto por quatro capítulos. O primeiro capítulo intitula-se por *Arquitectura Conceptual E Perspectivas Analíticas* onde apresento as linhas conceptuais teóricas que suportam o estudo efectuado. Neste capítulo, procuro abordar as teorias sociológicas em torno da construção da identidade profissional; as qualificações e competências na recomposição identitária; o género e identidades de trabalho; a profissão, sua profissionalização e profissionalismo, o desenvolvimento profissional e a construção da carreira, e a formação contínua e *empowerment* como elementos mediadores de desenvolvimento profissional.

No segundo capítulo, denominado por *Ser Técnico De Radiologia*, descrevo sucintamente a evolução da profissão de TR em Portugal, a génese da profissão e formação inicial, a evolução da carreira dos TR, o movimento associativo dos TR, o perfil profissional e regulamento do exercício profissional e as competências profissionais dos TR.

Encontramos o *Percurso Metodológico* no terceiro capítulo que aborda as opções metodológicas adoptadas na pesquisa realizada. Aqui encontram-se descritas as considerações preliminares, o paradigma do estudo – estudo fenomenológico descritivo, seguido da descrição das técnicas de recolha através do método biográfico das histórias de vida dos TR e a análise de conteúdo adoptada.

No quarto capítulo surge a *A Vida Dos Técnicos De Radiologia Da Região De Saúde De Lisboa E Vale Do Tejo*, onde descrevo e analiso a informação recolhida no terreno. Assim sendo, em primeiro lugar, procedi à caracterização dos TR entrevistados, seguindo-se uma análise aprofundada em torno da formação, qualificações e competências dos TR, os efeitos do género na profissão, os modos de vida e construção identitária deste profissional e finalizo com as expectativas em torno do futuro desta profissão.

No último capítulo apresento as Considerações Finais e Recomendações, onde sistematizo não só os resultados da informação recolhida durante a investigação, mas também sugiro um plano de intervenção sócio-organizacional para a promoção e reconhecimento do TR como uma profissão fulcral na prestação de cuidados de saúde e com futuro.

Em síntese, o facto da pesquisa efectuada se centrar no estudo das trajectórias de vida profissional do TR, permitiu-me questionar a problemática dos seus “*modos vivendi*” no âmbito da construção e desenvolvimento da profissão que divergem, de profissional para profissional, dependendo dos contextos de trabalho, das realidades sociais (como por ex.: família, lazer etc.), dos objectivos profissionais e das relações inter profissionais que o TR estabelece à sua volta.

Os resultados do estudo permitiram-me obter conhecimentos neste contexto sobre uma profissão em mudança constante tal como os contextos onde se encontra inserida. Estas mudanças induzem reconfigurações não só a nível do conteúdo de saberes científicos, mas também a nível da postura do próprio profissional no seio das equipas multidisciplinares, ou seja, as mudanças direccionam o TR para um profissional autónomo, que detém cada vez mais competências e com um papel preponderante nos cuidados de saúde, aos olhos dos outros profissionais e da sociedade em geral.

1.- ARQUITECTURA CONCEPTUAL E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

1.1. FUNDAMENTOS DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

1.1.1. Construção da Identidade Profissional

Desde o final do séc. XX que se tem vindo a evidenciar um aumento do interesse pelos estudos no âmbito da Identidade, de uma forma geral. Dentro deste contexto, fala-se em «perda de identidade», «crise de identidades», sem se perceber muito bem propriamente o significado de Identidade e das suas vertentes: se são fruto de uma crise psicológica motivadas, por uma determinada fase do ciclo da vida, se são devido a dificuldades de inserção social ou profissional, se são formas de mal-estar perante uma situação de mudança, etc. (Escobar, 2004; Dubar, 1991).

O conceito de identidade foi “algo” que se construiu ao longo destes últimos anos através de perspectivas teóricas desde a Sociologia à Psicologia Social, sendo a identidade abordada em diversos aspectos entre eles a identidade individual, a identidade colectiva, a identidade social, a identidade para si, a identidade para os outros, a identidade vivida e a identidade atribuída (Silva, 2003).

Segundo Dubar (1991), a identidade é resultado de uma inter-relação de diversos factores vastos e complexos; constrói-se na infância e vai-se reconstruindo ao longo da vida. Aliás, o indivíduo não nasce membro da sociedade, mas sim com predisposição para a sociabilidade e torna-se membro da sociedade. (Berger e Luckmann, 1999). Assim sendo, pode-se afirmar que “a identidade é o produto de sucessivas socializações” (Dubar, 1997: 13).

Por fenómeno da socialização entende-se como sendo o conjunto de processos pelos quais os indivíduos apreendem as normas, os valores e as funções que regem e fundamentam o funcionamento da vida numa determinada sociedade. Este processo favorece então, a adaptação de cada um deles na sociedade, garantindo a coesão da mesma (Étienne, 1998).

Para Berger (1971) o indivíduo constrói a sua identidade mediante um processo de construção em si mesmo e através de socializações sucessivas. O que isto significa, é

que este conceito assegura uma relação de dialéctica entre a dimensão psicológica do indivíduo e a realidade social que o envolve. A socialização induz, assim, o indivíduo a responder às diversas situações do dia-a-dia através da sua experiência no mundo, com padrões emocionais e cognitivos contextualizados nessa realidade, por ter uma identidade construída (Escobar, 2004).

Em Sociologia, o conjunto das normas, valores, crenças e actividades, maneiras de pensar, de sentir e de agir mais ou menos formalizadas, comuns a um grupo social é designado de cultura, a qual é transmitida de geração em geração e que serve, segundo Durkheim, como “um sistema de referência e de avaliação do real” que dirige toda a actividade sensório – motora ajudando o indivíduo a adaptar os seus comportamentos aos contextos vividos. Nos processos de Socialização do indivíduo existe a transmissão desta herança social que caracteriza cada sociedade, cada esfera social (organização, instituição, família, entre outros meios envolventes) (Dubar, 1997, Étienne, 1998, Rocher, 1999).

A cultura é então a “acção, que é em primeiro lugar e antes de tudo vivida por pessoas; é a partir da observação desta acção que se pode inferir a existência da cultura e traçar-lhe os contornos. Em contrapartida, a acção das pessoas é considerada acção social porque se conforma a uma dada cultura. Em segundo lugar, as maneiras de pensar, de sentir e de agir podem ser «mais ou menos formalizadas»; são muito formalizadas num código de lei, nas fórmulas rituais, cerimónias, protocolo, conhecimentos científicos, tecnologia, teologia e (...) em certos sectores das regras da boa educação” (Rocher, 1999: 106).

A cultura tem mais duas características, a primeira inclui o facto de existir partilha das maneiras de pensar, sentir e agir por uma pluralidade de pessoas, mesmo de um pequeno grupo; e a segunda prende-se com o facto da cultura não ser herdada, resultando de posteriores mecanismos de aprendizagem. (Rocher, 1999).

As funções da cultura também devem ser tidas em conta. São essencialmente duas, a função social e a função psíquica. A primeira função da cultura é “reunir uma pluralidade de pessoas numa comunidade específica” (Rocher, 1999: 110) e a segunda função é a «moldagem» das personalidades individuais através da passagem de modos de pensamento, conhecimentos e ideias.

Após a abordagem da dimensão da cultura torna-se pertinente referir como o indivíduo, enquanto actor social apreende a cultura, os valores, as crenças, etc. O processo de socialização do indivíduo ocorre em através de duas vertentes: a socialização primária e a socialização secundária. A primeira ilustra, a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância e em virtude da qual se torna membro da sociedade, onde, segundo Durkheim, neste período a família, a escola, o grupo dos pares e os media vão contribuir fortemente para a estruturação da sua personalidade social. Dentro destes factores, a família representa um papel fulcral, na construção da base da personalidade onde se adquirem as características do grupo de origem (cultura), que permitirão no futuro realizar escolhas perante as situações, induzidas pelo meio, que melhor correspondem às experiências de base incorporadas ao longo da infância (Berger e Luckmann, 1999; Dubar, 1997). O que significa que neste período, o indivíduo formará a sua consciência baseando-se na identificação de situações concretas existindo, de seguida uma generalização transponível para o meio, que é a sociedade. Só quando esta identificação generalizada acontece é que o indivíduo conquista uma identidade pessoal, composta por todos os papéis e atitudes interiorizados, mas possui também uma identidade de carácter geral que lhe atribui a ideia do lugar que este ocupa na sociedade (Berger e Luckmann, 1999).

A segunda etapa da socialização de um indivíduo ocorre no final da infância, quando este se integra em novos sectores do mundo objectivo da sua sociedade, que são grupos particulares entre os quais, uma empresa, associação, partido político, etc. Este tipo de integração implica uma aquisição e readaptação a novas normas e valores específicos do grupo, tal como uma aprendizagem especializada relativa à divisão do trabalho no interior da organização. A interiorização destes submundos durante esta socialização, constituem realidades parciais que contrastam com o “mundo-base” adquirido na socialização primária, mas que não deixam de ter a sua coerência relativamente às normas e valores que caracterizam os cenários laborais destes submundos (Berger e Luckmann, 1999).

Como já foi dito, a identidade é fruto de um fenómeno complexo e contínuo onde intervêm factores sociais e psicológicos, traduzindo no indivíduo sentimentos de individualidade, singularidade e de continuidade no tempo e no espaço e, por outro

lado, traduzindo sentimentos de similitude, proximidade e de partilha de características comuns a um determinado grupo social (Silva, 2003).

Silva (2003) citando Tap (1998) afirma que a construção da identidade se realiza sobre os seguintes pontos-chave:

- Sentimento de continuidade (idêntico a si mesmo ao longo do tempo).
- Representação (mais ou menos) estruturada e estável de si próprio face ao que os outros pensam de si.
- Sentimento de unicidade (ser original, único e incomparável).
- Sentimento de diversidade (experiência de vários papéis sociais).
- Sentimento daquilo que realiza através da acção possuindo consciência de que isso implicará capacidade de gestão de mudanças individuais ao longo do tempo.
- Possuir visão positiva de si, auto-estima e valor pessoal aos seus olhos e aos olhos dos outros.

Seguindo esta lógica, Silva sublinha uma frase do mesmo autor dizendo que, a “(...) forma de precisar os elementos que constituem a identidade pessoal será defini-la como conjunto de representações e de sentimentos que uma pessoa desenvolve a propósito de si própria (...)” (Silva, 2003: 93).

Para Dubar (1996) e Pinto (1991) a identidade possui duas vertentes essenciais, a individual e a relacional. Primeiro, a construção da identidade implica que no sujeito ocorram experiências do foro intra-individual, isto é, o conceito de identidade para si, a sua imagem, o seu sentimento e representação social de si mesmo; e de singularidade perante os outros actores sociais que o rodeiam. Esta dinâmica processa-se através de rupturas, crises e continuidades, implicando um processo contínuo de interacção do sujeito, desde a nascença e durante toda a sua vida, com os indivíduos mais próximos (grupos de pertença) e os mais significativos (grupos de referência). Depois, a identidade é construída com base na interacção social e cultural, não se esgotando apenas este conceito apenas na sua vertente individual, mas possuindo também uma forte componente relacional que contribuirá para a elaboração e definição das identidades de referência, como a identidade profissional, religiosa, na comunidade, etc. (Silva, 2003).

A base da construção das identidades é constituída pelas representações sociais que o indivíduo define para si.

Durkheim (1898) foi o primeiro sociólogo a abordar o conceito de representação social. É enquanto conteúdo e processo que este conceito remete para um fenómeno psicossocial complexo e multidimensional onde confluem conceitos sociológicos e psicológicos:

“(...) Se é fácil dar-mos conta da realidade das representações sociais, não é fácil defini-las conceptualmente. Há muitas razões para que assim seja. Há razões históricas, de que se deverão ocupar os historiadores. E há razões não históricas que finalmente se reduzem a uma só: a sua posição mista na confluência de conceitos sociológicos e psicológicos (...)”
(Moscovici, 1976 citado por Silva, 2003: 78).

Nesta linha de pensamento, para Moscovici, o conceito de representação social é algo híbrido, uma vez que se entrecruzam noções de origem sociológica, como a ideologia, a cultura, a norma e o valor; e noções de provenientes da Psicologia, como a imagem, o pensamento, a opinião e a atitude.

Um dos processos que contribui para a produção de representações sociais num indivíduo é o *habitus*¹. Esta noção elabora e justifica, no contexto das interações sociais de produção e reprodução, o modo de apreensão do conjunto de articulações entre o individual e o social, entre estruturas internas (subjectivas) e as estruturas externas (sociais). O que isto significa é que a representação social, segundo Jodelet (1989), não é mais do que uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, possuindo uma faceta prática cuja direcção vai de encontro à construção de uma realidade comum a um conjunto social. Para Negreiros (1995), a representação social, encontra-se unida a sistemas de pensamento mais amplos, como por exemplo os

¹ Maia (2002) citando Bourdieu define *Habitus* como um sistema de “disposições duráveis”, isto é, de tendências para sentir, pensar, perceber e de agir de uma determinada maneira e não de outra, que são interiorizadas e incorporadas pelos sujeitos, em função das condições de vida e trajectórias pessoais. Estas disposições podem ser transpostas de uma realidade percebida através da experiência, como é o caso da esfera (social) familiar para outros domínios, por exemplo, o domínio profissional, garantindo a continuidade das trajectórias de vida do sujeito. Segundo este autor, o *habitus* é caracterizado por três aspectos: o *habitus* direcciona a aprendizagem para os modelos de conduta, os modos de percepção e de pensamento, adquiridos na Socialização; supõe a interiorização das disposições (exteriores) e, não menos importante, possui a capacidade de desencadear as práticas ou acções de uma determinada Cultura.

ideais e as culturas, ao estado dos conhecimentos científicos, à condição social e à experiência privada e afectiva dos indivíduos.

Na dimensão psicossociológica, alguns autores, um dos quais Elejabarrieta (1989) constataram que no conceito de representação social:

- O conhecimento quotidiano possui um carácter generativo e construtivo.
- O conhecimento enquanto construção tem uma natureza social, devendo-se considerar a análise dos actos de comunicação e de interacção entre os indivíduos, grupos e instituições.
- A linguagem e a comunicação adquirem grande importância enquanto mecanismos através dos quais se transmite, cria e objectiva a realidade.

(Silva, 2003).

Já Moscovici elaborou três eixos que constituem a génese da dimensão da representação social, que são:

- Atitude (predisposição concebida face a um objecto).
- Informação (conjunto de conhecimentos que o sujeito tem acerca do objecto representado).
- Campo de representação² (organização hierárquica dos elementos que compõem a representação social).

Estes três eixos incorporam-se entre si no processo de formação das representações sociais, permitindo aos indivíduos identificar os conteúdos, as suas estruturas e as tendências avaliativas dos outros.

Definidas como sistemas de interpretação, as representações sociais servem de bússola nas interacções do indivíduo com o meio, tendo como principais funções: a

² Silva (2004) sublinha na teoria de Moscovici (1961) que a estruturação do campo de representação decorre através de dois processos sociocognitivos: a objectivação e a ancoragem. O primeiro demonstra como se organizam os elementos constituintes da organização, tal como do percurso mediante o qual os conteúdos abstractos e conceptuais de um determinado objecto em questão são transformados em imagens concretas. A ancoragem permite a associação de informação aos sistemas cognitivos já existentes, instrumentalizando e conferindo um valor funcional ao saber que habilita o indivíduo a interpretar e gerir os diversos aspectos da vida quotidiana. "(...) Estes dois mecanismos, interdependentes, explicitam a formação e funcionamento das representações sociais enquanto teorias sociais práticas, contribuindo para explicar o modo como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social (...)" (Silva, 2003: 82).

organização conceptual da realidade, a organização e a orientação dos comportamentos, a comunicação e a diferenciação social.

A primeira função permite a atribuição de sentido e significados aos objectos e fenómenos sociais da realidade do meio envolvente, de modo a que o sujeito consiga interpretar, compreender e agir face às diversas circunstâncias. As representações sociais também possuem um papel fulcral na orientação e organização dos comportamentos dos actores sociais, pois possuem um carácter modelador sobre os objectos e fenómenos nos contextos sociais que permite ao indivíduo responder convenientemente. As representações sociais também são um pilar importante nas interacções e comunicação entre os sujeitos e os grupos sociais, uma vez que possuem o seu carácter orientador e modelador dos comportamentos sobre as actividades do meio. A diferenciação social entre os vários grupos é conseguida através das representações sociais, pois cada grupo social possui as suas representações sociais específicas, dando a cada um uma certa singularidade e consequente a diferenciação.

“(...) A função das representações sociais na diferenciação social – intergrupos – articula-se com os fenómenos de identidade – social, profissional, religiosa, política – e as relações e a sua dinâmica entre grupos ou no interior de um grupo mobilizam adaptações nas representações. (...)” (Silva, 2003: 85).

Neste contexto, Vala (1996) sublinha que as representações sociais possibilitam uma rede de significações que dão sentido a toda a acção, comportamentos e factos sociais que se desenrolam no cenário da realidade social, constituindo-se assim, uma espécie de código de interpretação no qual se associam os conceitos não familiares, o desconhecido e o imprevisto.

Mas, Moscovici (1961) afirma que nem toda a informação do meio envolvente recebida pelo indivíduo é reconfigurada em formato de representação social. Existem três circunstâncias que afectam a emergência da representação social, que são: a dispersão de informação, a focalização e a pressão para a inferência. O primeiro facto, a dispersão de informação refere-se ao desfasamento quantitativo e qualitativo entre a informação disponível e a informação necessária para o processo de compreensão de um determinado objecto; a informação não circula pelos diversos grupos sociais da mesma maneira. A focalização depende dos interesses e das implicações dos sujeitos

envolvidos, dos recursos educativos, dos interesses profissionais ou ideológicos. A pressão à inferência passa pela necessidade de acção, de tomar uma posição, de obter reconhecimento ou adesão dos outros (Silva, 2003).

Este processo de construção identitária baseado nas representações sociais consiste na identificação que o sujeito realiza na sua integração nos vários grupos de pertença ou de referência, e também na identização, que é um processo de autonomização e de diferenciação que os actores sociais traçam (de forma mais ou menos rígida) no interior desses mesmo grupos. Torna-se assim pertinente realçar no trabalho de Tap (1986) que a identidade (individual) “(...) caracteriza-se tanto pela gestão das semelhanças, como pela afirmação das diferenças (...)” (Silva, 2003: 93). Para além disso, este conceito encontra-se submetido a uma multiplicidade de pertenças (a diversos grupos sociais) e à aquisição e gestão de identidades colectivas.

Outras das perspectivas apontadas por Escobar (2004) tendem a associar as questões do foro identitário às questões da mudança, elaborando-se um espaço de «visibilidade social»

“(...) As identidades sociais se constroem por integração e por diferenciação, com e contra, por inclusão e por exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção classistas e estatutárias, e que todo este processo, feito de complementaridade, de contradição e lutas, não pode senão conduzir, numa lógica de jogo de espelhos, a identidades impuras, sincréticas e ambivalentes (...)” (Correia, 1991, *in* Escobar, 2004: 19)

O conceito de identidade é também abordado por Madureira Pinto (1991), que salienta o seu carácter relacional e «não essencialista», defendendo que a produção de identidades sociais implica “(...) uma imbricação entre o processo de *identificação*, para significar o processo pelo qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos de pertença ou de referência, fundindo-se com eles de modo tendencial, e o processo de *identização*, através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente fixando, em relação a outros, distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas (...)” (Madureira e Pinto, *in* Escobar, 2004: 19).

Em ambas as teorias encontra-se questionado o conceito de identidade como algo associado a transmissão, integração e identificação, e ao mesmo tempo, como a

diferenciação, mudança e autonomia, complementando-se sob forma de tensões e contradições.

As identidades sociais são definidas através de processos de interacção das representações sociais individuais com as dos grupos sociais, existindo sempre uma actualização das identidades que são mais específicas ao indivíduo. Este cenário pode ser confirmado no contexto profissional, em que Blin (1997) afirma que “(...) a noção [de identidade profissional], qualificando de profissional uma das instâncias da identidade social, postula que no contexto profissional a identidade profissional é mobilizada prioritariamente relativamente às outras identidades (...)” (Silva, 2003: 96).

Dubar (2003) retrata que o conceito de identidade profissional constitui uma preocupação constante na área da sociologia do trabalho. Isto deve-se a diversas razões entre as quais:

- na década de 60 e 70, a racionalização do trabalho atinge uma nova etapa, onde a decomposição dos ofícios tradicionais induz uma crise nas “identidades colectivas”, uma entrada em massa no mercado do trabalho, o aparecimento de novas categorias profissionais (provocada pela entrada de mulheres, antigos camponeses imigrados, entre outros), etc.;

- o deslocamento dos espaços de regulação para a empresa é acompanhado de novas políticas de gestão, que têm como objectivos principais envolver os funcionários nos processos de trabalho que conduzirão ao sucesso da empresa e a emergência de novas formas de organização e de negociação salarial;

- a importância crescente da formação contínua nas empresas é acompanhada de novas formas de mobilidade e debates acerca da qualificação e das novas estratégias salariais mais individualistas.

No final dos anos 80, as temáticas da “competência” e da “gestão previsional” estendem-se a todas as organizações e à sociedade francesa, uma vez que se multiplicam as entrevistas anuais com os funcionários, legaliza-se o rol de competências. Inova-se também no âmbito da formação contínua, associando-a não só à organização do trabalho e à produtividade, mas também à gestão das carreiras e das “competências”.

Para que a identidade profissional se construa com base na definição e apreensão das representações sociais respectivas da esfera social (relativa à profissão e

local de trabalho) em que o sujeito actua é necessário que este fenómeno ocorra mediante a socialização dos indivíduos. Segundo Dubar (1998), “(...) a identidade social configura-se no contexto de uma construção, ruptura e reconstrução, que se prolonga toda a vida, resultando mesmo de um processo de negociação inter-individual e de uma dupla transacção: biográfica e relacional (...)” (Silva, 2003: 94).

O mesmo autor, em 1991, num dos seus trabalhos sobre a identidade, explora diversos tipos de identidades baseados nos processos de construção social da identidade. Entre os diversos tipos de identidades destacamos a «identidade biográfica para si», a identidade «relacional para si», a identidade resultante de uma «articulação instrumental das duas transacções» e a identidade para o outro. (Escobar, 2004).

A identidade *biográfica para si* é a “(...) identidade herdada das suas origens e projectada num futuro não satisfatório e torna-se realidade na medida em que o indivíduo, insatisfeito com o tipo de trabalho desempenhado, procura cada vez mais uma formação [...] que o satisfaça e esclareça (...)” (Escobar, 2004: 21). Os indivíduos com este tipo de identidade valorizam-se mais pelos diplomas do que pelo seu trabalho em si, isto é, procuram definir-se mais do que o que o trabalho que desempenham e que está oficialmente decretado pela organização.

A identidade *relacional para si* está associada às relações ambivalentes estabelecidas entre os assalariados e a sua hierarquia de trabalho.

A identidade resultante de uma *articulação instrumental das duas transacções* (isto é, a junção das duas identidades anteriormente referidas) é construída através dos indivíduos que procuram nas suas relações de trabalho, os meios para confrontar “(...) e construir projectos pessoais e estranhos, na sua génese e finalidade, às dinâmicas colectivas da sua empresa (...)” (Escobar, 2004: 21).

A identidade *para o outro* é construída mediante a base de actividade laboral e do estatuto social oficial.

Neste contexto a identidade surge com uma função integradora dos indivíduos num determinado grupo que tende a ser igual a si próprio, escondendo-se nos processos de produção de sentimentos de pertença e de unidade, os processos de diferenciação.

Algumas investigações recentes abordam a questão das identidades articulando o espaço das relações de trabalho e o seu jogo de “reconhecimento” com a temporalidade

das trajectórias salariais e os projectos de carreira em termos de continuidade ou ruptura estando associado ao seu futuro e à reconstrução biográfica. (Dubar, 2003).

Como referi anteriormente, é no âmbito da socialização secundária que o indivíduo procede à construção da sua identidade profissional.

Abreu (2001) sublinha no seu livro “Identidade, Formação e Trabalho” que a integração de um indivíduo recém-formado numa organização laboral é um momento fulcral na vida deste. É nesta etapa que ocorre o confronto entre uma realidade que caracteriza o grupo da organização e a identidade profissional virtual fundamentada na vida escolar e académica.

Neste contexto é importante salientar que a construção identitária não se cinge apenas à formação profissional (dentro e fora do âmbito escolar) e a estatutos de emprego. Antes de adquirir formação profissional, o indivíduo traz consigo uma identidade própria e uma cultura que irão ser reconfiguradas durante o processo de aprendizagem de uma profissão.

A construção da identidade profissional tem início nas escolas/universidades, onde os indivíduos (enquanto alunos) apreendem saberes científicos (sistemizados em teorias e esquemas), que apresentam garantias de uma competência especializada e verdadeira numa determinada área sendo o elemento essencial de suporte do estatuto e do poder da profissão, que é credibilizada, no mercado de trabalho, mediante a emissão de diplomas e mandatos que, posteriormente, influenciam a divisão do trabalho. Esta identidade (virtual) é construída através de processos de negociação, predominando o espírito *daquilo que se diz que o indivíduo deve ser*, existindo a dualidade entre a identidade conferida pelo outro / identidade para ele e, identidade herdada / identidade pretendida. Mas estes conhecimentos adquiridos nas instituições, nem sempre estão ajustados às realidades das organizações para as quais o indivíduo vai trabalhar, podendo assim, existir clivagens no seio das relações interprofissionais do meio (Abreu, 2001; Dubar, 1997 e Rodrigues, 1997).

Na linha deste pensamento, Abreu (2001), nos seus estudos acerca da identidade profissional na área da Enfermagem e que se podem eventualmente transpor para a área da Radiologia, afirma que estes desajustes devem-se ao facto desta profissão estar a conquistar progressivamente, no campo da saúde mais competências, funções e autonomia do que as que são passadas durante a formação superior.

Assim, perante as consequências destes desfasamentos de realidades (escola/local de trabalho), o jovem recém-formado confronta-se com a incerteza, que o obriga a investir em formação posterior devidamente certificada, mas também a criar estratégias identitárias que permitam construir uma imagem de si, um reconhecimento no seio do grupo organizacional e a progressão na sua carreira. Esta incerteza é tanto melhor dirigida quanto menor for o desfasamento das duas realidades. (Abreu, 2001).

A integração de um indivíduo numa organização surge como o processo primordial para a construção identitária profissional.

Assim sendo, entende-se por integração como “(...) a entrada ou incorporação num conjunto (...) mais ou menos lento, individual ou colectivo que corresponde à adaptação a um novo “*modus vivendi*” próprio de um colectivo que não é o seu de origem (...)”. No processo de integração não basta o indivíduo sentir-se incluído, mas também tem que ser aceite de modo que os seus elementos sintam que ele está em harmonia com eles e actuem como reconhecendo-o realmente pertencente a esse grupo (Maia, 2002: 206).

“(...) A integração é um acto voluntário, pessoal, embora seja mais percebida em termos colectivos pelo impacto que provoca (...)” e o grau de integração depende das políticas conducentes a facilitar esse processo (Maia, 2002: 206).

A inclusão na nova cultura (organizacional) não implica uma exclusão da cultura-mãe, mas sim, uma conjugação das duas culturas, na tentativa de as aproximar e combinar (Maia, 2002).

Quando um indivíduo recém-formado entra numa organização sofre, segundo Hughes, um processo específico de socialização profissional que é composto por três fases. A primeira fase é intitulada de “(...) passagem através do espelho (...)” (Dubar 1997; 136) que ilustra o momento em que o indivíduo confronta a sua cultura com a cultura profissional que caracteriza a organização. A crise instalada por esta fase conduz – lo, enquanto actor social, a uma “(...) identificação progressiva com o papel (...)”, onde o autor refere que ocorre a descoberta da “(...) realidade desencantada (...)” (Dubar 1997; 136) da profissão, através da mudança de concepções relativas aos ideais da profissão (como por exemplo, perspectivas de carreira profissional, natureza das tarefas, a imagem do eu enquanto profissional, etc.). Dubar salienta que esta descoberta pode

revelar-se traumatizante, para o indivíduo, se for na altura errada; e estimulante se for na altura certa ou pode até ser fugaz se ocorrer muito cedo (Dubar, 1997).

Este mecanismo irá induzir posteriormente no indivíduo a “(...) instalação da dualidade (...)” (Dubar 1997; 136) entre o ideal da profissão pré-concebido por este e o modelo prático que descreve a realidade da profissão no dia-à-dia, que difere do primeiro.

Neste processo de socialização, Dubar exemplifica, no seu livro “A Socialização” que, alguns indivíduos durante esta fase adoptam um grupo de referência no seio da profissão que representará uma antecipação das posições hierárquicas desejáveis e uma instância de legitimação das suas capacidades, permitindo assim reduzir o conflito no seio desta dualidade.

O último mecanismo que completa o processo de socialização profissional é “o ajustamento da concepção do Eu” (Dubar, 1997: 138) caracterizado pela tomada de consciência por parte do indivíduo relativamente às suas capacidades físicas, mentais, profissionais e as suas preferências em torno da profissão e da progressão da carreira que pode realmente esperar no futuro.

Dubar (1997) salienta que, neste processo, o indivíduo identifica todas as possibilidades de desenvolvimento na sua carreira profissional, tendo em conta as suas fases de aprendizagem e as oportunidades profissionais geradas no seio da organização que, quer institucionalizadas ou de natureza puramente informal, existem como factores reguladores de mudanças, geralmente relacionadas com a modificação da composição das tarefas no interior da organização.

Os mundos vividos no local de trabalho definem tipos ideais que acentuam e distinguem as características mais valorizadas nos discursos sobre o “seu” trabalho. Estas características estruturam a dimensão relacional das suas identidades profissionais.

Actualmente, é pouco importante o trabalho efectuado, no sentido do trabalho vivido e expresso pelas pessoas estruturadas com uma dada identidade profissional. A identidade colectiva é a do grupo de trabalho, pelo menos daqueles que partilham os mesmos valores, isto é, o viver bem em casa, no bairro, no seu meio, na sua família, no seu espaço local. O trabalho é, primeiro e antes de tudo, um ganha-pão; “somos obrigados a trabalhar...” (Dubar *in* Canário, 2003: 48).

Assim, a identidade profissional necessita da construção de um código comum a um grupo profissional, com a finalidade de funcionar sob forma de uma rede de representações profissionais, que é apenas activada em resposta a uma situação que ocorre no seio do grupo profissional.

O conceito de representação profissional pode ser construído e reconfigurado através dos conhecimentos que o indivíduo possui da profissão, através da família, dos media, da escola, etc. O que isto significa, segundo Blin (1997), é que estas representações englobam um conjunto de ideias que o sujeito ou grupo social partilha sobre determinada profissão. Estas também podem ser definidas como representações associadas ao trabalho, à função exercida, onde os meios profissionais são os geradores da especificidade sociológica destas.

Lorenzi-Ciodi (1991) afirmam que as relações de trabalho estruturam as interacções entre os actores e o meio, construindo um sistema de representações profissionais. Estas representações são relativas aos papéis profissionais e as especificidades destas dependem da natureza social dos sujeitos e das características da situação de interacção.

As representações profissionais como representações sociais “(...) são elaboradas na acção e na comunicação profissionais (interagir e inter-reagir) e são específicas pelos contextos, pelos actores pertencentes a grupos e pelos objectos pertinentes e úteis para o exercício das actividades profissionais. (...)” (Blin, 1997 citado por Silva, 2003: 87).

As representações profissionais variam de sujeito para sujeito, dependendo das situações que cada um vive, dos constrangimentos e recursos do meio, do lugar, do momento exacto e da própria realidade envolvente da esfera social, ou seja, elas são configuradas pelas circunstâncias do contexto no qual emergem.

Num contexto profissional, as representações profissionais para Blin (1997) elaboram-se, comunicam-se e partilham-se através de uma rede de socialização profissional, que ensina uma determinada visão, pensamento e acção de uma actividade profissional, contribuindo em pleno para a inserção de um indivíduo num grupo profissional.

No interior do grupo profissional os actores constroem e partilham as representações profissionais, que emergem da interacção do conhecimento que estes

produzem na acção subjacente às actividades profissionais. No entanto, se as representações profissionais se encontram associadas às tarefas profissionais, elas também se encontram influenciadas pelas próprias normas sócio-institucionais relativas aos papéis e funções dos actores num determinado contexto organizacional. Assim sendo, as representações profissionais encontram-se muito dependentes do estatuto profissional dos sujeitos envolvidos, mantendo ao mesmo nível o compromisso profissional destes para com as suas actividades a exercer na instituição.

Os objectos profissionais têm como finalidade fornecerem o suporte sobre o qual os sujeitos agem e comunicam nas diversas situações em contexto laboral, implicando para tal a existência de um conhecimento partilhado acerca dos mesmos objectos. Mas nem todos os objectos profissionais são importantes, pois cada profissional especifica quais os pertinentes para operarem dentro do contexto das actividades que caracterizam a sua profissão. Moscovici (1961) ressalva no seu trabalho que as condições essenciais para que ocorra a emergência de uma representação profissional são:

- Dispersão da informação (relativa ao objecto).
- Focalização (de determinados aspectos específicos do objecto).
- Necessidade de comunicação e acção (sobre esse objecto).

Acerca do conteúdo das representações profissionais, estas são compostas por uma série de elementos, entre eles, os elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens.

Para Blin (1997) “(...) as representações profissionais específicas de um contexto profissional são definidas como conjuntos de cognições descritivas, prescritas e avaliativas relativas aos objectos significativos e úteis à actividade profissional e organizados num campo estruturado apresentando uma significação global (...)” (Silva, 2003: 90).

Nesta linha de pensamento C. Silva (2004) sublinha que as representações profissionais integram três dimensões importantes:

- Dimensão funcional – onde os objectos são activados na execução das tarefas profissionais e o seu significado é, conseqüentemente, colocado em prática.

- Dimensão contextual – a organização, a instituição, os papéis, as ideologias e as actividades profissionais.
- Dimensão da identidade – as motivações, os projectos, as competências profissionais, o ideal profissional que intervêm na construção de um saber profissional, para a definição das identidades profissionais, para a orientação das condutas e práticas profissionais.

Deste modo, as representações profissionais assumem quatro funções sociais importantes. Primeiro, estas participam na interacção com outras cognições para a construção de um saber profissional. Definem as identidades profissionais e protegem a especificidade dos grupos intra e interprofissionais no seio da organização. Depois também orientam as condutas e guiam as práticas profissionais. Por último, elas permitem posteriormente justificar as tomadas de posição e as próprias práticas profissionais, legitimando as acções do próprio profissional.

As representações profissionais remetem os indivíduos para o sentido do trabalho executado/vivido, onde se dá realce não só ao trabalho executado, mas também ao actor que reflecte face à realidade profissional e à sua participação na construção e mudança dessa mesma realidade. Para que a mudança ocorra, a formação favorece esta reconstrução no sentido de potenciar e completar a reflexão, compreensão e participação dos indivíduos nos processos sócio-laborais da organização.

Inúmeros sociólogos têm tido a preocupação de estudar os fenómenos de construção e reconstrução da identidade social em contexto profissional. E nestes estudos referem que as características da realidade socio-económica, cultural e profissional são marcadas pelas frequentes mutações dos referenciais culturais e pela precariedade e instabilidade no mundo profissional que conduzem, conseqüentemente, à construção/reconstrução da identidade profissional.

A identidade profissional de um determinado grupo profissional não se resume apenas a uma estratégia única que todos os sujeitos envolvidos partilham e trabalham para ela, mas sim a um vasto rol de diferentes estratégias que são aplicadas pelos profissionais conforme a sua inter relação com a instituição e com o futuro. Nesta perspectiva, salienta-se assim que a construção identitária possui uma dimensão relacional, onde os indivíduos estabelecem relações de trabalho durante o

desenvolvimento das actividades, esquematizando então jogos de estratégia que assentam nas relações com os pares, líderes e grupos de referência que “(...) condicionam a definição dos actores e do sistema social da empresa (...)” (Abreu, 2001; 84). A heterogeneidade e as diferentes relações e as negociações que, equilibram as divergências, os interesses e objectivos, realizadas por parte dos membros da organização devem-se à pluralidade de culturas existentes no seio da organização (Silva, 1997).

O cenário de pluralidade cultural que caracteriza a cultura organizacional manifesta-se também nas representações profissionais, que segundo Silva são “(...) um conjunto de ideias que um indivíduo ou grupo partilha sobre uma profissão (...)” (Tavares, 2004; 5). Nesta linha de pensamento, todos os elementos da organização partilham uma representação profissional baseada no contexto organizacional, mas que é sempre influenciada pelas funções específicas, pelas suas estratégias e pelos objectivos profissionais que cada um tem (Tavares, 2004).

Assim sendo e referindo a tese de Silva, (...) “ a identidade é ao mesmo tempo uma identidade individual e relacional (...) ” (Tavares, 2004: 4) resultando num duplo processo de identificação e de identificação já anteriormente abordados.

Neste sentido, a identidade de um gestor é uma identidade da empresa, definindo-o como membro de uma organização de que se orgulha, com interesse na liderança, gestão e mudança na organização.

Já a identidade do funcionário rege-se por uma lógica diferente da primeira pois vive e exprime-se como “oficial do mesmo ofício”, cujos objectivos são “executar bem o seu trabalho” e o de “se aperfeiçoar continuamente na sua execução”; espera ser reconhecido mediante provas profissionais ou exames técnicos da sua especialidade, para que, ao longo da sua carreira profissional possa progredir sempre para um escalão mais acima. Para ele, o trabalho é o cumprimento de operações especializadas para as quais foi habilitado e que define a sua identidade, isto é, “(...) um electricista não é um mecânico: é cultura profissional que distingue um do outro, que justifica a sua adesão sindical mas de forma distinta (...)” (Dubar *in* Canário, 2003: 48).

A lógica do ofício valoriza os diplomas e a mobilidade voluntária, mediante a realização de uma formação escolar como meio de adquirir títulos socialmente valorizados. Mesmo que esta formação não tenha nenhuma relação com a execução do

trabalho actual, não tem importância pois é a função social de distinção que é apenas valorizada neste contexto. Os saberes teóricos são um elemento essencial de apresentação de si próprio e de valorização de uma identidade que não se define apenas a partir do trabalho.

Para se delimitar as formas identitárias não basta compreender a relação do trabalho com os funcionários, tem de se detectar também a relação entre estes diversos “sentidos de trabalho” e as concepções da formação. Os indivíduos que exprimem uma identidade profissional e consideram o trabalho como uma especialidade que os define inteiramente, apenas concebem o conceito de formação como um aperfeiçoamento na área da sua especialidade. Aqui, apenas são valorizados os saberes técnicos porque permitem uma progressão ao longo da carreira profissional que se encontra estruturada em diversos níveis que conduzirão à excelência da arte. Estes saberes constituem saberes de aplicação que conduzem à experiência de aprofundamento e enriquecimento de esquemas cujo fundamento está na teoria científica. Esta formação só é válida se desenvolver saberes práticos úteis para a execução dos processos de trabalho do exercício profissional. Existem ainda indivíduos que definem o trabalho associado-o à organização em si, e que para a qual contribuem para o seu sucesso, sendo recompensados por isto mediante uma promoção interna. Abordam a formação como um conjunto de saberes práticos, teóricos e especializados organizados em relação à empresa empregadora, à sua produção, às suas tecnologias e ao seu mercado. É através deste conjunto de saberes, os saberes de organização, que se configuram as competências que optimizam a comunicação no seio da organização, isto é, é esta formação integrada que permite uma incorporação destes saberes contribuindo para o desenvolvimento de competências e o aperfeiçoamento permanente das capacidades ligadas directamente aos processos operacionais (Dubar, 2003).

Assim, vemos que cada forma identitária, associada a um “mundo vivido do trabalho” corresponde, de forma ideal, a um tipo de formação, ou seja, a um sistema de objectivos, de métodos pedagógicos e de organização prática. Nas organizações, segundo estudos empíricos efectuados, verificou-se que muitos dos indivíduos que possuem um conjunto de ideias e perspectivas em torno da profissão que exercem, e na qual investem pessoalmente, no sentido de ganhar proveitos pessoais e profissionais da

profissão (identidade biográfica para si), procuram dar conta do estatuto social oficial da profissão em si e das representações sociais sobre ela (identidade para o outro).

Apesar de existirem estas tipologias identitárias, a construção social da identidade profissional, segundo Dubar (1991), está associada a um tipo de saber privilegiado que, para além de corresponder a trajetórias sociais diferentes que colocam em jogo categorias laborais oficiais, pois relacionam-se directamente com as racionalidades salariais específicas, onde o indivíduo traduz isso para si mesmo, também contribui para a sua significação para os outros. Estas experiências são vividas de forma diferente pelos indivíduos devido à forma diferenciada com que estes articulam os seus compromissos e objectivos pessoais entre a identidade herdada e a identidade desejada, mas também, pelas negociações exteriores entre a identidade atribuída pelo o outro e a identidade incorporada por si. (Escobar, 2004)

Nesta linha de pensamento, nos contextos laborais, a identidade profissional não depende só das características da organização e das representações sociais e profissionais do indivíduo, também a experiência e as tarefas laborais oferecem a possibilidade de reflexão e questionamento sobre as suas identidades vividas e atribuídas.

1.1.2. Qualificações e Competências na Recomposição Identitária

Nos dias de hoje, o conceito de qualificação ganha cada vez mais destaque no mundo laboral, uma vez que esta constitui um dos factores determinantes para a produtividade e competitividade nas organizações, por um lado para uma consolidação da cidadania, e por outro, para um desenvolvimento mais abrangente da formação humana.

No âmbito da Saúde, desde o início do séc. XX que se têm registado mudanças acentuadas a nível da produção dos cuidados de saúde, salientando-se a crescente incorporação da inovação tecnológica nos processos de trabalho, exigindo cada vez mais uma crescente especialização e formalização dos saberes profissionais. Durante este mesmo período tem-se tornado mais visível, socialmente, a dimensão e a complexidade do paradigma *saúde-doença* nas referências dos diversos grupos

profissionais (da saúde) e, nos quais tem sido restringida a hegemonia e a unidimensionalidade do paradigma biomédico, enquanto paradigma tradicionalmente dominante no campo institucionalizado da saúde-doença. (Lopes, 2001).

Dentro das referidas mudanças, ao nível da formação dos TDT, têm sido particularmente relevantes as que ocorreram nas últimas duas décadas. No caso de Portugal, verificou-se por um lado, o progressivo aumento da escolaridade básica obrigatória para o acesso aos cursos, e o ingresso dos cursos no ensino superior, e por outro, a progressiva reformulação dos planos curriculares através do aumento da componente teórica da formação, a introdução de novos campos disciplinares da área das ciências sociais, a promoção da saúde e gestão.

Todas estas mudanças trarão conseqüentemente a recomposição das profissões, dos seus saberes, ideologias e identidades nos diversos contextos de trabalhos. Para além da recomposição inerente à esfera sócio-laboral, as condições que definem e concretizam o processo de configuração sócio-profissional dos TDT passa pela formalização de uma formação profissional específica e pela tentativa de implementação de estratégias de institucionalização das mesmas.

Na área da Sociologia do Trabalho surgiram muitos estudos sobre Trabalho e Qualificação onde alguns conceitos constantemente saltaram à vista como a autonomia, a iniciativa, a responsabilidade e a criatividade. Estes contribuíram para a flexibilização do trabalho que exige, para além dos conhecimentos formais, as habilidades cognitivas e comportamentais. O próprio conceito de qualificação tem sido questionado e até mesmo substituído pelo conceito de competência, por ser mais complexo.

Descrever o conceito de Qualificação torna-se uma actividade muito complexa pois existem inúmeras questões em seu torno. O que é ser um profissional qualificado? O que é um trabalho qualificado? Qual a relação da qualificação com a profissão? Como classifico um profissional mais qualificado que o outro na mesma profissão? Qual a relação entre a qualificação, a remuneração e a formação? Entre muitas outras questões. Para dar alusão a esta realidade complexa, Tartuce (2002) na sua tese cita Alaluf (1986), onde a definição de qualificação parte do pressuposto que:

“(...) Um médico é mais qualificado que um pedreiro, e um pedreiro qualificado vale mais do que um iniciante. Se um ganha mais que o outro, é em razão da sua qualificação. Com a qualificação aborda-se então uma questão bem circunscrita: aquela da hierarquização dos indivíduos em função das tarefas que eles são obrigados a realizar no seu trabalho. [...] Um médico é mais qualificado que o pedreiro porque ele estudou por mais tempo matérias complexas. A qualificação não seria então ligada apenas ao trabalho mas também à escola. [...] É também a raridade de uma competência que faz o seu valor; ela é, pois, um assunto de mercado. O médico é mais qualificado na medida que em que a sua actividade é principalmente intelectual, enquanto a do pedreiro é manual. A diferença realça então igualmente as formas da divisão do trabalho e a apreciação que cada um faz dos trabalhos intelectuais e manuais. O médico como pedreiro, é avaliado também por aquilo que ele é e não somente em seu métier³, mas também na maneira de morar, de se vestir, de circular, de viver seus lazes e as suas férias, de se comportar em sociedade (...)” (Tartuce, 2002: 2).

Como se pode constatar a análise da qualificação envolve uma série de questões e de problemas como a formação geral e profissional, as políticas de recrutamento, a organização do trabalho, as categorias e os salários, os conteúdos formativos para cada indivíduo poder executar as tarefas laborais, entre outros.

Naville (1956) afirma que a análise desta dimensão deve ter em conta o contexto histórico, social, cultural, político e económico de uma determinada sociedade, num dado tempo e espaço.

Mas antes de abordarmos a temática da qualificação torna-se pertinente que desenvolver e reflectir sobre o conceito do trabalho, pois a grande maioria dos Sociólogos tem abordado a qualificação em torno das formas de organização e do tipo de trabalho exercido.

Antes da era moderna, o trabalho cingia-se à esfera doméstica e tinha um valor privado. Nos primórdios da história da Humanidade o trabalho constituía uma actividade executada por escravos ou servos, uma realidade oposta às outras actividades, que eram reconhecidas e reguladoras da vida social, como por exemplo, a acção política na Grécia Antiga e a religião na Idade Média. Arendt (1995) acrescenta que, nas sociedades tradicionais, existia uma distinção evidente entre o trabalho tido

³ Em português traduz-se por “ofício”, mas na sua investigação, Gisela Tartuce (2002) optou por abordar o termo *métier*, devido à forte conotação e tradição na França.

como sofrimento (o trabalho manual da escravatura) e o trabalho tido como prazer (trabalho intelectual), não sendo este último considerado trabalho, mas sim obra.

Neste sentido, Gorz (1991) sublinha que na Idade Média, o trabalho “(...) designava não o acto de criador ou produtivo mas a actividade enquanto pena, desgastado ou fadiga (...)” (Tartuce, 2002; 4).

Ao mesmo tempo que o trabalho não era valorizado, este contribuía claramente para a satisfação das necessidades básicas do Homem, e também criava utilidades que acrescentavam algo à natureza, alterando-a e modificando o próprio Homem, ou seja, o trabalho é criado com as mãos e o intelecto cuja finalidade é a obtenção de um determinado produto final. O Homem é aquilo que faz/produz, não se podendo dissociar o trabalho das esferas sociais como a família, a comunidade e o lazer, isto é, as actividades laborais encontram-se integradas nesses domínios e é a partir daqui que emerge parte da identidade e personalidade do indivíduo.

Também na Idade Média as tarefas, que outrora eram distribuídas por todos os trabalhadores agrícolas (polivalentes), se tornam na especialidade de um indivíduo, que na comunidade se destina apenas a ele. Aqui surgem os *métiers* que são definidos pelas práticas profissionais artesanais, especializadas sobre determinado tipo de produto. Tartuce (2002) acrescenta que apesar deste conceito permanecer eternamente associado ao artesanato, é na era da Industrialização no séc. XIX, que ele dará origem aos sindicatos e ao sindicalismo. Após a Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento do trabalho remunerado a imagem do *métier* artesanal desaparece para dar lugar aos *métiers* modernos, com formação reconhecida de base.

A valorização do trabalho como uma actividade essencial para a sociabilidade e base das classificações sociais ocorre na era moderna onde a concepção “clássica” – que definia o trabalho como oposição à acção política, que na altura da Idade Média era valorizada – teve que ser novamente formulada, de forma a conseguir justificar-se a presença de um número cada vez mais evidente de homens, cuja sobrevivência já não residia na produção de serviços num contexto de escravatura e subserviência, mas sendo livres para venderem e oferecerem os seus serviços. À medida que decorrem estas mudanças sociais, a produção mercantil e artesanal expande-se em larga escala e o trabalho passa a ser considerado um valor, passando de uma tarefa necessária, para um dever moral. Tal como Liedke (1997) sublinha, “(...) o trabalho foi incorporado à

ideologia burguesa como categoria universal e fundadora de toda a vida social, de forma independente do seu contexto histórico, como a actividade natural e de produção e troca de valores de uso, necessária à reprodução material da vida em sociedade (...)" (Tartuce, 2002: 8).

O trabalho, tal como o conhecemos hoje, é um fenómeno da modernidade, sendo o resultado de transformações específicas ao longo da História ocidental, como por exemplo, a intensa divisão social e técnica do trabalho que se verifica provocada pela Revolução Industrial. Por outro lado, deu-se a secularização do conceito de vocação, onde se atribui um significado religioso ao trabalho secular quotidiano, sendo interiorizado como um dever, uma ocupação regular do homem na divisão do trabalho.

Com a Industrialização crescente nas sociedades, o conceito de trabalho surge imediatamente associada à produção e ao consumo de bens, existindo também uma clara distinção e diferenciação entre o trabalho, a religião, a família, os rituais, etc. A partir daqui evidencia-se uma clara distinção entre a esfera social familiar, privada, e a esfera social relativa ao trabalho, que passa a ser do âmbito público. A esfera social do trabalho é caracterizada por passar a ter uso para os outros, ser acessível aos outros e ser paga e remunerada.

Ibid (1991) completa esta concepção de trabalho dizendo que este deve ter uma validade e um valor social reconhecido, em que este deverá ser testado de modo a que se possa avaliar a capacidade de poder trocá-lo ou vendê-lo sob a forma de produto, isto é, de poder através da prestação do trabalho obter ou ganhar outros bens. Neste contexto, o trabalho em forma de produto assume um papel activo na sociedade, participando no processo de produção social do indivíduo e da sociedade em que se encontra inserido.

Baseado na contribuição do trabalho para o indivíduo e para a sociedade, Georges Friedmann (1973) define trabalho com base no conceito de *homo-faber*⁴, dizendo que este é "(...) denominador comum e uma condição de toda a vida humana em sociedade (...)" (Tartuce, 2002: 6), não podendo este ser dissociado de um determinado tempo e espaço.

Por outro lado, as actividades executadas com a finalidade da reprodução tornam-se apenas circunscritas à esfera social familiar, passando a ser denominadas de

⁴ Tartuce afirma que a palavra latina *faber* está eventualmente relacionada com a palavra *facere* que significa 'fazer alguma coisa' no âmbito da produção, do Homem produzir algo.

trabalho doméstico. Este trabalho não era reconhecido socialmente e era reservado (no séc. XIX) às mulheres. Nesta altura existia uma cultura patriarcalista em que no seio de uma família existia o dito “homem racional” que trabalhava na esfera pública a fim de sustentar a família toda e a “mulher irracional” que actuava no sustento e funcionalidade da casa (esfera doméstica).

A Revolução Industrial e o capitalismo crescente trazem conseqüentemente grandes mudanças, para além do conceito de trabalho em si, mas também na concepção do tempo e do espaço.

Numa sociedade capitalista a base de funcionamento do mercado de trabalho é a produção. Para se produzir mais, em prol de um capitalismo que exige uma maior sincronização do trabalho, impõe aos seus trabalhadores o cumprimento de um horário regular, linear, disciplinado, eliminando assim uma cultura laboral cheia de hábitos e costumes maléficis à produção durante o tempo dedicado ao trabalho. Exemplo desta realidade era a existência de festas populares e a prática de alguns jogos ou até mesmo desportos.

A escola ocupa aqui um papel fulcral no processo de interiorização de novos valores, associados aos novos processos de trabalho. Ela desde cedo incute nos jovens os valores da ordem, pontualidade e regularidade, que de futuro terão total aplicabilidade no mundo laboral.

As profundas modificações aplicadas à gestão do tempo durante a produção de trabalho contribuem para que ocorra uma separação cada vez mais evidente das dimensões trabalho, família e lazer. Ao mesmo tempo que este fenómeno social acontece, Adorno (1997) afirma que, também a noção de espaço deixa de ser caracterizada pela identidade local do trabalho, o local da formação e o local da moradia.

Para além da separação do trabalho de outras actividades, este novo papel social assumido vai promover mais uma ruptura essencial: a separação do trabalho do trabalhador, da aprendizagem do exercício do trabalho (que obviamente que trará conseqüências na conceptualização da dimensão da qualificação). A relação salarial que a instituição estabelece com o trabalhador processa-se no âmbito da subordinação, orientando a separação clara entre o trabalhador e o produto final obtido.

Nesta forma histórica e socialmente construída, o trabalho torna-se sinónimo de trabalho assalariado, colectivo, fabril efectuado pelos homens na esfera social pública, onde, o emprego⁵ constitui o exercício de uma actividade económica dentro da divisão social e técnica do trabalho através de uma profissão. Segundo a Sociologia do Trabalho francesa, a profissão é a “(...) ocupação pela qual se ganha a vida; a profissão de qualquer um é a sua actividade remunerada, qualquer que ela seja (...) – actividade independente, remunerada, servil ou liberal (...)” (Dubar 1998; 10). Ao mesmo tempo, Naville (1956) realça que a profissão também se refere às tradições das corporações de ofício: ainda que seja uma actividade especializada e remunerada, a profissão guarda referências com o *métier*, no sentido artesanal.

Por aqui se percebe que o trabalho é fonte de riqueza, possuindo uma forte função integradora na sociedade. Weber (1992) valoriza mais ainda o conceito de trabalho acrescentando que este é o produto final das mentalidades, possui um grande valor moral, como fim em si mesmo, com carácter fragmentado, inserido num sistema burocratizado sob o qual o indivíduo tem que viver necessariamente (Tartuce, 2002).

O trabalho ao se transformar numa actividade fragmentada no seio de uma estrutura profissional burocratizada, assenta em princípios racionais de contrato de trabalho livre, de salários fixos, de esferas individuais de competência determinadas dentro da hierarquia as empresas, onde a selecção, recrutamento e promoção são feitas por meio de qualificações. O que isto significa é que o trabalho enquanto um processo assalariado tem como objectivo essencial a produção de mais valia e acumulação, existindo uma dependência dos indivíduos relativamente ao sistema. Durkheim acrescenta inclusivamente que a divisão do trabalho desenvolve entre os indivíduos da mesma classe, uma união para reivindicar direitos que tenham em comum.

No entanto, Marx assume uma posição negativa enfatizando que, sob o ponto de vista capitalista, a divisão do trabalho, ou seja, o fenómeno de fragmentação representa o sinónimo de degradação do conceito de trabalho.

⁵ Tartuce (2002) sublinha na sua tese que o emprego, segundo Dadoy (1989) e Maruani (1999), se refere, antes de mais, ao lugar que uma pessoa ocupa no mercado de trabalho, encontrar-se submetida a uma actividade remunerada, com uma relação que a une a uma determinada organização, num contexto que é constituído fora e antes dela e que lhe fornece garantias e protecção colectivas. Nesta linha de pensamento, o emprego constitui um conjunto de modalidades de entrada e de saída do mercado de trabalho, como uma tradução da actividade de trabalho em termos de estatuto social.

O movimento da união entre os profissionais tem origem no final do séc. XIX durante o taylorismo, quando se inicia a organização da indústria em monopólios. Este cenário exige a reformulação da forma de processamento do trabalho, pois a insubordinação e a indisciplina dos trabalhadores tornam-se um grande obstáculo a ser superado. Para se conseguir a cientificidade da execução do trabalho foi necessário proceder-se à decomposição dos processos de trabalho, nomeadamente dos postos de trabalho, onde se realizavam tarefas precisas e se criaria as melhores formas de trabalhar, sendo posteriormente institucionalizada nas indústrias. Isto era conseguido através da cronometragem e na análise dos tempos e movimentos; a divisão do trabalho conseguiria travar a porosidade do trabalho ao eliminar sobretudo os tempos mortos.

Sintetizando, este modelo de gestão dos processos de trabalho tinha como objectivo essencial não deixar ao trabalhador espaço de decisão sobre o modo de execução do seu trabalho, competindo exclusivamente à gerência a tarefa de instituir e controlar todas as actividades de produção na organização.

A implementação deste modelo de gestão induz na classe operária uma força de resistência, não contra os progressos técnicos mas, sim, contra o novo sistema de trabalho que lhes retira o controlo sobre os tempos e ritmos de trabalho, pois eram sujeitos a uma disciplina e vigilância rigorosas. Esta luta contra a destruição da sua liberdade de viver consoante os seus interesses, costumes e hábitos de trabalho, manifestou-se de diversas formas colectivas como as greves ou até formas exercidas individualmente mais subtis no quotidiano de trabalho.

Com a introdução da cadeia de montagem, cuja principal característica é a fixação dos postos de trabalho, Henri Ford racionaliza a divisão dos processos de trabalho (iniciados por Taylor), onde a máquina passa a controlar o ritmo e o movimento do trabalhador, reduzindo a porosidade dos processos laborais, aumentando vertiginosamente a produtividade. Se o Taylorismo se baseava na *performance* individual, o Fordismo fundamenta-se na socialização do ritmo de trabalho, uma vez que todos os profissionais se encontram submetidos à velocidade de uma mesma cadeia de produção. Para que este modelo de gestão resulte, Ford agrupa as máquinas por função, substituindo as máquinas universais pelas máquinas especializadas. Neste sentido, os trabalhadores que antes podiam manejar as máquinas porque possuíam

“(…) uma variedade de modos operatórios, as segundas demandam apenas operários semi e não-qualificados (…)” (Tartuce, 2002: 14).

Esta nova ideologia da divisão do trabalho continua não só a dar continuidade à separação entre concepção e execução, como também promove a subdivisão das próprias tarefas de execução, fragmentando-as e exigindo cada vez mais a entrada maciça de trabalhadores especializados nas indústrias.

O Taylorismo e o Fordismo, apesar das suas diferenças técnicas, assemelham-se no plano de organização das linhas de produção, na prescrição de todos os processos e na não valorização das qualificações, mas sempre visando o aumento da produtividade.

Para além de introduzir os processos tayloristas na produção, Ford introduz uma política salarial inovadora: um salário mais alto e uma redução da jornada de trabalho, mas sem diminuir os lucros. Esta política acordará a sociedade em massa para um consumo em massa, ou seja, para além da colaboração dos trabalhadores na produção, a redução do horário de trabalho dava-lhes dinheiro e tempo para consumir os produtos que produziam.

Nas sociedades modernas, segundo Naville (1973) o salário desempenha uma função geral e necessária, ou seja, é uma forma de retribuição do trabalho às pessoas ou grupos que não são donos da sua produção. Se para Marx, o salário não é mais que uma grelha monetária que permite a reconstituição da força de trabalho, já para Naville este é um modo de participação na sociedade porque compromete as relações do indivíduo com a sociedade e o meio de reprodução da força de trabalho.

Harvey (1996) descreve a ideologia de Ford onde a “(…) sua visão, o seu reconhecimento explícito de que a produção em massa significava consumo de massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controlo e gestão do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia (…)” (Tartuce, 2002: 15).

Porém, se a disciplinarização da força de trabalho e o pré-estabelecimento de um nível de salário para contemplar a oferta dada são as duas condições essenciais para o pressuposto do fordismo, ou seja, para o mecanismo produção – consumo de massa, capital e trabalho mostraram-se incapazes de fazê-lo funcionar, por si sós, antes da década de 40 – principalmente no que se refere à primeira condição, a socialização do trabalhador. O que isto quer dizer é que os novos padrões de consumo poderiam ter um impacto muito forte sobre os salários, cuja tendência seria inevitavelmente para

subirem. Para que tal não ocorresse, foi necessário introduzir na sociedade laboral um terceiro agente que intermediasse o compromisso entre o salário com o consumo em massa: o Estado – onde se instaurou uma espécie contribuição para uma entidade criada pelo Estado, a Segurança Social. O Estado tinha assim como função essencial gerir as forças de trabalho e a acumulação de capital.

Assim sendo, o compromisso entre o trabalho, o capital e o Estado era suficiente para que grande parte da população tivesse um padrão material de vida maior, com possibilidades de consumir os bens padronizados em massa, como contrapartida do lucro crescente do capital. Este fenómeno contribuiu para a instauração de uma harmonia social na sociedade até à década de 70.

Friedmann e Naville encontravam-se inseridos neste período de regulação e por isso, as suas reflexões acerca do trabalho encontram-se associadas ao compromisso fordista. Nessa altura o conceito moderno de trabalho era o motor central da actividade humana e da dinâmica social, “(...) em última instância, uma actividade remunerada → e é isso que o diferencia das demais actividades; no trabalho remunerado há, por sua vez, a subdivisão entre o produtivo e o improdutivo: improdutivos são os trabalhos que não concorrem directamente para a produção de valores (no sentido económico) (...)” (Tartuce, 2002: 17).

Nestes moldes sociais, o trabalho, apesar de alienado, era considerada uma actividade base da vida social e da identidade colectiva e era reconhecido como o principal propulsor do desenvolvimento capitalista. Em conjunto com esta, a qualificação do trabalho adquire também uma centralidade, um papel fulcral não só na teoria, como também na prática social. Por outras palavras, na sociedade moderna, à medida que o trabalho se torna um elemento privilegiado nos estudos sociológicos de forma a compreender o movimento social, a problemática da qualificação também ganha relevo.

Como já foi dito anteriormente, antes da era moderna, o trabalho não era apenas uma actividade económica separada de outras esferas da vida social, como a família, a comunidade, o lazer; pelo contrário, o trabalho encontrava-se inserido em todo esse conjunto e era a partir daqui que o indivíduo construía a sua identidade e a sua personalidade. Quando se tenta separar a casa do trabalho, a produção do consumo, a concepção da execução, o homem perde o contacto com a matéria, com os meios de

produção, com os princípios técnicos e científicos da sua actividade, isto é, perde a sua cultura profissional.

Nesta época, a produção e a apropriação eram do foro colectivo, onde não se preparava o homem para o trabalho, mas sim, ele aprendia no próprio local de trabalho. Existiam o aprendiz e o mestre e não havia a hierarquização dos profissionais (artesãos). Com a vinda da era moderna o aprendiz e o mestre transformaram-se em trabalhadores qualificados, semi-qualificados ou não-qualificados; a aprendizagem na oficina passou-se para um sistema de educação e de formação profissional que deveria preparar e socializar o indivíduo para o trabalho. A escola teve um papel fundamental para inculcar uma lógica de trabalho com base no capitalismo, ou seja, a economia do tempo, através de valores como a industrialização, a pontualidade e a regularidade. A escola passa assim a ser um novo *locus* de socialização dos indivíduos, que deveriam ser preparados *para* o trabalho.

A questão da qualificação profissional é colocada a partir do momento em que existe uma separação entre a formação e o trabalho. O modo de mensurar e avaliar a qualificação também são processos novos na era moderna.

Referiu-se que o trabalho moderno é um fenómeno histórico e socialmente construído, no qual se torna sinónimo de trabalho assalariado, ou seja, sujeito a processos de intercâmbio, passível de ser comparado e avaliado mediante uma mesma unidade de medida – ainda que a sua actual redefinição e ampliação contribuam para contemplar outras práticas de trabalho que antes eram desvalorizadas, o carácter da remuneração não deixa de ser um aspecto central na definição do trabalho.

É neste contexto histórico e social do trabalho que a questão da qualificação ganha relevo. A sua separação de outras esferas sociais da vida, a sua preparação intencional, a sua possibilidade de se tornar algo mensurável e comparável mediante uma mesma unidade de medida dentro do mercado de trabalho e também pela sua inserção numa divisão social e técnica do trabalho cada vez mais acentuada são aspectos que não revelam apenas uma nova maneira de se exercer a qualificação, mas atestam o início da sua problematização enquanto conceito. Assim, se o trabalho moderno é um fenómeno produzido socialmente e historicamente, a qualificação do trabalho, tal como se conhece hoje em dia, também o é, uma vez que recebe as características a ele associadas num determinado tempo e espaço.

Friedmann é considerado o “fundador” da sociologia do trabalho francesa e muitas das suas análises reflectem a problemática da qualificação. É num dos seus trabalhos que realça o aparecimento de novas qualificações, conduzindo assim, à formulação de uma tese de polarização das qualificações. Na verdade, este autor critica a concepção de uma empresa como um sistema social, que postula a existência de um ambiente interno próprio à companhia, centrado na interdependência dos seus membros, sem influências exteriores, não sendo passível de ser estudado e modificado, com vista a eventualmente melhorar as relações humanas e a eficiência da empresa em si, como também não é possível servir de modelo para a organização da sociedade global. Não faz sentido estudar uma organização separada das condições em que esta se encontra inserida, da mesma forma que, o estudo do trabalhador não poder desconsiderar as diversas colectividades exteriores à empresa das quais ele faz parte, como por exemplo o sindicato, a classe social, a nação, de onde provêm as diferenças e identidades individuais segundo a natureza do sindicato, a qualificação profissional, a origem étnica, etc., grupos definidos em nome das suas determinações económico-sociais cuja acção não pára na porta das organizações empregadoras. Para este autor, a qualificação encontra-se associada à complexidade da tarefa e à aquisição de saberes exigidos para desenvolvê-la, isto é, à qualidade do trabalho e ao tempo de formação necessário para realizá-lo. Apesar de tender várias vezes para um conceito mais amplo de qualificação, Friedmann concentra a sua análise na aquisição de saber por parte do trabalhador pela máquina e/ou pela organização capitalista e toma este conceito como uma coisa mensurável pelo grau e pela frequência da actividade intelectual que o trabalho exige para ser executado. Neste sentido, a sua ideologia tende a associar a evolução da qualificação à tecnologia, onde existe por um lado o conteúdo do trabalho e por outro, as capacidades do trabalhador (o *saber* e o *saber fazer* necessários para sua execução).

Já Braverman (1987) introduz no discurso sociológico do trabalho a partir da década de 70, a progressiva desqualificação do trabalhador, decorrente da divisão técnica e social do trabalho promovida pelas organizações tayloristas da produção pela introdução de novas tecnologias. (Tartuce, 2002).

“(…) Na tradição marxista, a desqualificação do trabalho é uma decorrência inevitável do modo de produção capitalista, pois o objectivo do capital – a extracção de

mais valor – só se faz através do controle mediante a expropriação do saber do operário. (...)” (Tartuce, 2002: 20).

Neste sentido, a qualificação do trabalho é ilustrada através de uma negatividade intrínseca, que trará repercussões sobre a própria possibilidade de discuti-la teoricamente. Assim, a problemática da qualificação é lançada de forma negativa tal como a concepção essencial atribuída ao trabalho. Estudar a qualificação era na verdade, estudar a sua perda progressiva, pois é reduzida a um mero instrumento consciente do controlo de gestão arbitrária.

Tanto em Friedmann como em Braverman, a qualificação é concebida como sinónimo de um conjunto de conhecimentos que se encontram relacionados com a possibilidade ou não de autonomia no desenvolvimento do trabalho. A diferença entre estes dois sociólogos é que, para Friedmann, a perda de qualificação não é intrínseca ao capitalismo e a qualificação não é automaticamente associada à desqualificação neste modo de produção, ou seja, não existe uma relação linear entre a capitalismo – desqualificação, ilustrando amplamente o conceito de qualificação, não o reduzindo à sua essência negativa.

A visão do conceito de qualificação como um conjunto de conhecimentos assume o papel principal quando alguns sociólogos, entre eles, Freyssenet (1977), Kern e M. Schumann (1980) assumem que a evolução tecnológica estava a criar uma massa de trabalhadores desqualificados, mas também e ao mesmo tempo, a gerar um amplo conjunto de trabalhadores superqualificados. Neste contexto, o progresso tecnológico estaria assim a reforçar a divisão do trabalho e a desqualificação da mão-de-obra. (Tartuce, 2002).

Na França, a partir dos anos 80 surgem os primeiros debates em torno da qualificação, de onde surgem duas visões distintas: a essencialista (ou substancialista) e a relativista.

Na primeira visão, a qualificação parte da qualidade e da complexidade das tarefas para chegar aos atributos dos trabalhadores necessários para desempenha-las. A visão essencialista conta apenas com as qualificações do posto de trabalho e/ou as qualificações do indivíduo.

Em oposição a esta visão encontra-se a visão relativista, cujo fundador é Pierre Naville, que na altura, critica a psicologia das empresas e as relações humanas

afirmando que os membros hierarquicamente superiores lidam com os seus trabalhadores, não como resultantes de relações sociais, mas como atributos naturais, tomando a empresa como um sistema fechado e tentando resolver os conflitos internos com base em políticas de cooperação e de integração (Tartuce, 2002).

Este autor retrata a qualificação não apenas na sua dimensão técnica e do conteúdo do trabalho em si, mas também como sendo um processo e um produto social decorrente, por um lado, da relação e das negociações intensas entre o capital e o trabalho e, por outro lado, de factores sócio-culturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos. Nesta visão não importa saber se a qualificação aumenta ou diminui, mas sim relacioná-la com os diversos aspectos que a influenciam. Exemplo disso é a preocupação de Naville com a medida social da qualificação, pois para ele, este conceito depende em última análise do homem, uma vez que ele tem de aprender a sua função. O tempo de formação permite assim medir o valor social da aprendizagem, medindo consequentemente o próprio trabalho.

De qualquer maneira o conceito do tempo de formação como um dos critérios da qualificação é na realidade um dos mais limitativos nas análises sobre a qualificação, de Friedmann e Naville, pois na altura, o diploma de formação abrangia aspectos como o *curriculum vitae* ou a descrição concreta das funções que se podia desempenhar.

Naville possui inúmeros aspectos semelhantes à teoria de Friedmann, mas difere em alguns pontos. Enquanto Friedmann atribui à qualificação a acumulação de saberes fragmentários dos postos de trabalho organizados com base no taylorismo, Naville consegue reconhecer a transversalidade dos saberes, ou seja, como a mobilidade da mão-de-obra se encontra ligada aos princípios gerais tecnológicos da máquina automática. Ele não fala de uma dimensão perdida de qualificações, mas sim de qualificações antigas e qualificações novas em processos de transformação.

Hirata (1996) acrescenta que todas as concepções de qualificação que derivam desta “abordagem relativista” assumem um carácter multidimensional onde, a qualificação do emprego constitui as exigências do posto de trabalho definidas pela organização empregadora; a qualificação do trabalhador surge como um conceito mais amplo que o primeiro, pois incorpora as qualificações sociais ou estratégicas que a noção anterior não considera. Nesta perspectiva podemos observar também que a noção de qualificação é susceptível de sofrer uma decomposição em três vertentes: a

qualificação real, que é o conjunto de competências e habilidades, técnicas, profissionais, escolares e sociais; e a qualificação operatória, que visa as potencialidades aplicadas pelo operário para resolver as diversas situações quotidianas do trabalho; por fim a vertente da qualificação como uma relação social, sendo o resultado da multiplicidade de interações entre as forças capital – trabalho, que dependem das qualificações do emprego e as qualificações dos trabalhadores. (Tartuce 2002).

Estes debates foram tomando relevância desde o final da Segunda Grande Guerra, onde começaram a existir forças operárias que reivindicaram as grandes disparidades de salários cuja origem residia no processo incerto de fixação das remunerações consoante as capacidades de trabalho de natureza diferente ou idêntica. A partir deste momento surge o ideal, manifestado essencialmente pelo movimento sindical: *para qualificações iguais, salários iguais*, ou seja, salários homogêneos para o mesmo tipo de trabalho. Para que tais exigências fossem conseguidas, os sindicatos passaram a promover greves de forma a conseguirem-se organizar e negociar normas de referência, em primeiro lugar ao nível da organização, depois a nível da localidade e posteriormente a nível do ramo profissional. Estas negociações, segundo Cadres (1984) tinham como finalidade a padronização e objectivação dos modos de avaliação e comparação das diversas capacidades de trabalho, tornando-as independentes da arbitragem do capital no julgamento destes atributos.

Estas normas darão origem às classificações profissionais, que ordenam hierarquicamente as qualificações de um determinado grupo de indivíduos por meio dos postos de trabalho que definem as regras que irão ditar a trajetória profissional dos assalariados, ou seja, tudo através do contrato de trabalho (o recrutamento, a remuneração base, os níveis e a hierarquia salarial, a promoção). Dito por outras palavras, esta nova disposição evidenciará o itinerário normal para a carreira profissional dos assalariados dentro das empresas até ao nível máximo que se pode alcançar.

Um exemplo de classificação profissional é a de Parodi, cuja finalidade era hierarquizar os indivíduos pelos diversos dos postos de trabalho e funcionar, a partir daqui, como base para se definirem as regras que definem as fases do recrutamento dos assalariados, da atribuição dos postos de trabalho e a remuneração base (os seus níveis e respectiva hierarquia). Esta grelha estabelece cinco escalões profissionais: os quadros,

empregados, técnicos, mestres e operários. Estes últimos encontram-se subdivididos em sete escalões reagrupados em três categorias: operário profissional, operário especializado e servente. Segundo Naville (1956) ainda que não exista oficialmente a palavra qualificação, estas três categorias correspondiam respectivamente, ao operário “qualificado”, “semi-qualificado” e “não-qualificado”.

Naville (1956) no seu livro ilustra esta realidade:

“(...) Os operários rapidamente colocados [...] em número crescente [...] constituíram a massa de operários ditos especializados, quer dizer, especializados sobre esta ou aquela máquina, a este ou aquele posto, mais que a uma determinada produção. Acima destes manteve-se uma camada de importância decrescente de operários, aos quais uma aprendizagem metódica de muitos anos havia dado uma competência profissional completa. [...] Eram os professionnels propriamente ditos. [...] Abaixo dos especializados, encontravam-se os manoeuvres, adaptados às manutenções elementares e raramente em contacto com uma ferramenta complexa, mesmo muito especializada (...)” (Naville, 1956 in Tartuce, 2002: 62).

Friedmann e Naville realçam que esta distinção cristalizou um processo de separação de vários níveis dentro da qualificação do trabalho, onde se estabeleceu um rol de salários distribuídos conforme os sectores e os períodos de tempo.

Neste contexto, o salário assume um meio objectivo de julgamento social acerca do valor do trabalho, isto é, da medida comum pela qual o valor do trabalho pode ser comparado entre um indivíduo e outro ou entre um grupo profissional e outro.

Mas na realidade dos mercados de trabalho, muitas das vezes verificou-se que um trabalhador qualificado, por mais qualificado que seja, não liberta todo o seu potencial profissional se avaliar que o seu salário não é justo para com as funções que presta à instituição. Do lado da identidade patronal, quando um trabalho que antes era único sofre um processo de divisão, abrem-se vários caminhos para a empresa utilizar a mão-de-obra, ou seja, ela pode contratar serventes ou até dar uma formação polivalente aos novos operários, de modo a evitar em larga escala a contratação de profissionais devidamente qualificados em qualquer lugar onde eles não são estritamente necessários, pois corre-se o risco de estes serem mais exigentes com o salário, para além de intervirem em demasia nos processos das máquinas. Isto permite à instituição reduzir a

dependência relativamente à mão-de-obra mais escassa e mais exigente, contratando pessoal que, realizando o mesmo trabalho, recebe um salário menor. Ibid (1991) fala mesmo que, as organizações optam por direcções que tentem, sempre que possível, “(...) contornar a habilidade profissional a fim de seguir a linha de menor qualificação, menor habilidade, menor salário, menor exigência da parte dos seus operários (...)” (Tartuce, 2002: 87).

Para além deste aspecto, os sistemas de classificação descritos acima que caracterizam o trabalhador qualificado, não visavam o trabalho feminino, ficando este totalmente de fora das convenções. Apesar da entrada das mulheres no mercado de trabalho, o seu reconhecimento como trabalhadoras em determinada organização torna-se difícil, uma vez que, não existem mecanismos de identificação do tipo de formação inicial, os acessos profissionais, o tempo de duração da aprendizagem, entre outros aspectos, dificultando assim eventuais promoções na empresa ou até mesmo no estabelecimento de um salário justo, muitas vezes, claramente inferior em relação ao dos homens na mesma posição hierárquica profissional. Hirata descreve esta situação dizendo:

“(...) Dentro das modalidades de divisão sexual da actividade profissional, uma modalidade constante atribui o trabalho manual e repetitivo às mulheres, principalmente, e os trabalhos que requerem conhecimentos técnicos, aos homens. [...] Os empregadores reconhecem de bom grado as qualidades próprias à mão-de-obra feminina sem, contudo, traduzir estas qualidades em qualificações profissionais, contrariamente ao que acontece no caso da mão-de-obra masculina. Esta persistência da divisão sexual conjuga-se a uma extrema variabilidade nas políticas de pessoal adoptadas pelas empresas (...)” (Hirata 1995 in Tartuce 2002: 184).

Naville não analisa concretamente a divisão sexual do trabalho, antecipa de certa forma este fenómeno discriminatório ao descrever nas suas investigações que aos homens são reservadas qualificações vistas como socialmente construídas por acção de entidades institucionais reconhecidas (ex.: escola) e, às mulheres qualidades tidas como aptidões da natureza do sexo feminino, isto é, inatas ou quanto muito adquiridas em espaços informais. Este cenário não dá assim, condições sociais que permitam negociar classificações profissionais e respectivos salários para a classe feminina, pois as

mulheres interiorizam estas representações sociais, ficando desarmadas para qualquer tipo de negociação.

O processo social das classificações profissionais na esfera laboral dará início a uma estruturação colectiva de diversos aspectos das relações de trabalho como as negociações, as convenções e os acordos que, têm como base os princípios da qualificação. Tartuce (2002) citando Tanguy (1997) realça que o carácter central que a noção de qualificação reveste na França é lhe conferido pelo simples facto de ela "(...) fundamentar um conjunto de praticas que visam relacionar o funcionamento do sistema educativo e do sistema produtivo. (...)" (Tartuce, 2002: 23). Assim compreendida, esta noção vai conduzir, logo após a Segunda Guerra Mundial, a diversas medidas institucionais, dentro das quais as grelhas de classificação cuja finalidade confinava no estabelecimento de um compromisso social, onde são definidos os princípios de relação entre as duas vertentes hierarquizadas, a dos indivíduos segundo as suas capacidades e a dos empregos aos quais são distribuídos determinadas remunerações. A estes processos de formalização e de codificação, em que se efectua a nível dos ramos profissionais, tomam um lugar privilegiado na organização, tanto pelos agentes empregadores como também pelos empregados, pois conseguem ter acesso à acção política e social.

Esta padronização (dos conteúdos da qualificação) trouxe consequentemente para cada profissão, cada posto de trabalho a correspondência a um determinado nível escolar, pois uma vez adquiridos os conhecimentos dessa categoria profissional, o trabalhador poderia permanecer no seu posto de trabalho sem que lhe exigissem novas aprendizagens. O trabalho era considerado "trabalho qualificado" quando fosse devidamente aprendido numa formação destinada à aquisição de conhecimentos sobre as propriedades do material, as suas reacções e resultados à aplicação de determinados métodos e máquinas e da própria maneira de o trabalhar. O que isto traduz é que existia uma ordem social das profissões e da estrutura do emprego relativamente sólido e estável, legitimado e hierarquizado pelo tempo de formação, ou seja, apenas os conhecimentos formais e explícitos eram valorizados, validados e codificados.

Este contexto dá-nos a distinção entre as categorias profissionais, onde o tempo de formação atribui uma medida à qualificação de cada indivíduo, ou seja, o tempo de formação necessário para a execução de uma determinada tarefa. Consequentemente, a partir do período pós-guerra esta realidade social caminhou para a estabilidade

qualificação-emprego-remuneração. Esta estabilidade e solidez na esfera laboral foram fulcrais para a compreensão do conceito de qualificação, pois esta referia-se a uma hierarquização das profissões de cada ramo específico, hierarquização esta estabelecida pela ideologia do *métier* e pelo tempo de formação que, uma vez adquiridos o saber e o *saber-fazer* de uma determinada categoria profissional, o trabalhador poderia permanecer no seu posto de trabalho. Para muitos autores dessa época, a qualificação foi e ainda é assimilada como um stock de saberes especializados, formais e estáticos.

Porém esta realidade não é permanente e imutável, o modelo qualificação-emprego-remuneração torna-se fluído, pois ocorre a diluição dos postos de trabalho e das profissões. Tartuce (2002) descreve este fenómeno social citando Dubar (1998) referindo que até há pouco tempo a maioria da população activa possuía um emprego no fim dos estudos, que se mantinha até à reforma. Existiam denominações estáveis para cada profissional (técnicos, quadros, etc.) associados às categorias de emprego que permitiam aos seus membros perspectivar uma progressão profissional desigual, mas previsível. A equivalência entre o nível de formação e o nível de qualificação era preponderante, dando origem às convenções colectivas, aos acordos das empresas, às escalas salariais, aos estatutos profissionais, onde cada indivíduo se podia definir a partir deles, localizar-se num escalão salarial, associar-se a uma determinada categoria sócio-profissional estável. No entanto, no decorrer dos anos 80, todas estas convenções, portadoras de identidades profissionais e sociais são questionadas, pela implementação de novos modelos de gestão nas organizações, onde se deixa de abordar a qualificação negociada colectivamente, para se passar a falar da avaliação individual das competências e por cada agente empregador.

Assim sendo, o “modo de regulação fordista” e as técnicas tayloristas parecem esgotados para superar a crise. Friedmann nos seus artigos critica o modelo taylorista, dizendo que este desconsidera a inteligência profissional e impede deliberadamente os operários de participar na concepção e na preparação da racionalização. Este processo denomina-se por *despiritualização* dos operários, onde as alterações das características e das exigências do trabalho (como por exemplo, a energia física, a astúcia, a percepção, alguns truques quotidianos, etc.) dão lugar à atenção, velocidade e à precisão para a execução de tarefas desprovidas de qualidade intelectual, uma vez que, a inteligência do operário é praticamente transferida para a máquina. Neste sentido o modelo taylorista,

com a mecanização e a racionalização dos processos de trabalho, acaba por acarretar efeitos nocivos em duas vertentes distintas: por um lado, elas acarretam empobrecimento das tarefas; por outro, minam o património de saberes da classe operária em questão, colocando em risco a qualificação dos indivíduos. São poucos os operários que conseguem desenvolver a sua inteligência profissional, pois para a maioria, o trabalho restringe-se à habituação às máquinas especializadas e ao uso repetitivo da habilidade manual.

A doutrina taylorista, segundo o mesmo autor, não poderia ser considerada uma ciência, pois a organização do trabalho era baseada no lema *best way* de trabalhar, tal como os seus funcionários, deixando de lado princípios científicos como a aptidão e a relação de adaptação homem/máquina.

Tanto Taylor como Ford, com a crescente evolução tecnológica e consequente divisão do trabalho, valorizam o homem como um factor mecânico, desconsiderando assim o seu bem-estar físico e mental e o conjunto de fenómenos sociais no qual se encontra inserido.

Para Friedmann, a qualificação não se resume a uma qualificação de cariz motriz. Um trabalho não se desqualifica por ser processado manual e mecanicamente, desqualifica-se quando esse trabalho é efectuado desprovido de pensamento.

Inicia-se então a passagem deste modelo para o chamado “regime de acumulação flexível”, de forma a conseguir-se superar a crise iniciada nos anos 70. Por outras palavras, este novo paradigma surge como uma saída para se evitar a constante tendência do capitalismo às crises de super-acumulação, porque está centrado numa produção dependente das necessidades do mercado. Devido à necessidade de superar esta crise, a implementação da chamada terceira revolução industrial, introduziu novas bases tecnológicas que forneceram as condições ideais para uma reestruturação produtiva apoiada pelo princípio da produção consoante as necessidades do mercado, de forma integrada e flexível. A tecnologia por ter um carácter de flexibilidade, permitiu que as máquinas (tecnológicas) pudessem atender às necessidades do mercado instável e garantindo os lucros de produtividade, ao assegurar uma nova economia de tempo e de controlo, optimizando consequentemente os recursos e ao reduzir drasticamente os tempos de produção.

Esta revolução trouxe assim inúmeras alterações na sociedade sobretudo nas relações Estado-sociedade, nas relações inter-empresariais, nas relações internas das classes profissionais, nas relações capital-trabalho, atingindo em pleno a esfera social do trabalho e os seus trabalhadores em várias vertentes, sendo a principal o aumento da produtividade, porém sem a contrapartida do trabalho humano.

Após este período surge finalmente o processo de globalização da economia mundial que incide na sociedade contribuindo para a flexibilização e desregulamentação das relações e dos mercados de trabalho.

A globalização traz um novo padrão de racionalidade que sustenta o aumento do capital, agora lançado numa escala global.

Esta nova fase favorece a segmentação do trabalho fazendo com que a flexibilização e a integração não atinjam todos os trabalhadores da mesma forma e, as suas consequências já são visíveis na organização, nas suas relações e nos conteúdos do trabalho. Neste sentido, ao lado das transformações tecnológicas visíveis (por ex.: aquisição de equipamentos electrónicos) ocorreram necessariamente mudanças organizacionais em que, as decisões operacionais se descentalizam em virtude da velocidade das mudanças e são feitos apelos constantes aos trabalhadores de todos os escalões para participarem nos processos de inovação acelerados, devendo tomar decisões e enfrentando os variados problemas e imprevistos do quotidiano que possam surgir em âmbito laboral neste novo modo de produção.

Isto ilustra, segundo Paiva (1990) é que este novo paradigma, o paradigma da racionalização permite através do seu carácter flexível, a concretização de processos de despadrão, na parte do trabalho humano. Por outras palavras, as novas tecnologias tanto de base física como de base organizacional exigem da parte do trabalhador uma formação cada vez mais abrangente para o capacitar para lidar e resolver as diversas tarefas que são cada vez mais abstractas, complexas e imprevisíveis. (Tartuce, 2002).

A presença do paradigma da racionalização nas organizações exige a presença não de trabalhadores especializados numa profissão (como antigamente), mas sim trabalhadores polivalentes que possam actuar num amplo leque de situações específicas.

Tartuce (2002) realça um exemplo bem representativo deste modelo de produção, organização e gestão que é o modelo japonês.

Este modelo define a organização do trabalho como sendo basicamente constituída por trabalho cooperativo em equipa, pela falta de demarcação das tarefas a partir dos postos de trabalho e pelas tarefas prescritas aos indivíduos, exigindo necessariamente o funcionamento da organização com base na polivalência e na rotação de tarefas, entre as quais, a produção, a manutenção, o controlo de qualidade e a gestão.

Hirata (1996) acrescenta que “(...) o trabalhador japonês, polivalente e multifuncional, não tem uma visão parcial ou fragmentada, mas uma visão de conjunto do processo do trabalho em que se insere. Tal visão de conjunto é necessária para julgar, discernir, intervir, resolver problemas, propor soluções a problemas concretos que surgem no quotidiano no interior do processo de trabalho (...)” (Tartuce, 2002: 28).

A partir do momento em que se dá um maior ênfase aos novos perfis profissionais como condição para o aumento da produtividade e da competitividade e também, a partir do momento em que o desemprego aparece como um problema social a ser resolvido, a noção de qualificação é questionada nos seus fundamentos e na sua pertinência.

Relativamente ao seu conteúdo, estes novos requisitos englobam não só os conhecimentos técnicos, mas também as habilidades cognitivas, as características comportamentais e as atitudes como a capacidade de abstracção, o raciocínio, o domínio de símbolos e de linguagem matemática para que os trabalhadores possam decifrar modelos e antecipar os problemas (aleatórios e imprevistos), a iniciativa, a responsabilidade, o compromisso, a cooperação, o interesse, a criatividade, a capacidade de decisão que permitam a realização de um trabalho de equipa eficiente, a compreensão das regras da organização envolvente, das relações de trabalho, etc.

Neste contexto, as qualificações não deveriam responder tanto ao trabalho prescrito, mas sim à imprevisibilidade. O saber construído no quotidiano (o *saber táctico*) passa assim a ser requisitado e valorizado ao contrário do que acontecia na ideologia de Taylor. Hirata (1996) afirma que se nesta ideologia os conteúdos da qualificação se resumiam aos chamados “componentes organizados e explícitos da qualificação” (o *saber-fazer*), na produção flexível, a esses mesmos conteúdos devem ser acrescentados os componentes “não organizados e implícitos” (o *saber-ser*). Melhor dizendo, se esse *saber-ser* que engloba os aspectos mais subjectivos e informais da qualificação já se encontravam presentes na ideologia taylorista apesar do seu forte

carácter subjectivo, no paradigma da racionalização, estes ganham uma nova dimensão, pois é realizado um apelo preponderante à participação, à cooperação e ao envolvimento de todos os trabalhadores da organização.

Em meados dos anos 80, alguns autores defenderam que a introdução de novas tecnologias não acentuava necessariamente a divisão do trabalho, nem gerava uma maior desqualificação da mão-de-obra, antes pelo contrário, procuraram mostrar que o aumento da implementação tecnológica nas organizações estaria sim, a promover um aumento da qualificação, ao exigir trabalhadores com uma formação mais abrangente para poder lidar e resolver todas as tarefas (muitas das vezes complexas e abstractas) do quotidiano.

A partir daqui é retomado a preocupação em estudar os processos de “requalificação” e de “reprofissionalização” dos trabalhadores, uma vez que o conceito de profissão, enquanto actividade económica específica no interior da divisão técnica e social do trabalho, se encontrava a sofrer profundas modificações, pois as novas tecnologias tendiam a colocar em posição de “xeque” o trabalhador especializado, exigindo então um trabalhador com cariz de polivalência. A nova ênfase na polivalência dos trabalhadores não é mais que um conjunto de capacidades que permitam enfrentar a complexidade e a imprevisibilidade do novo modo de produção (influência da evolução tecnológica) mostrando o início da passagem do conceito de qualificação para o conceito de competência. Segundo Zarifian (1997, 1998) a competência é a tradução destas capacidades nas tomadas de iniciativa, assumindo responsabilidades face aos acontecimentos ocorridos durante a produção de serviços por parte do trabalhador. O mesmo autor acrescenta ainda que no singular, a competência expressa uma mudança na organização e nas relações sociais; no plural, ela designa as transformações nos conteúdos profissionais. (Tartuce, 2002).

Machado (1998) descreve detalhadamente quais as “novas” competências que são exigidas aos indivíduos que ingressam no mercado de trabalho, que são:

- 1) Saberem gerir a sua própria actividade, o seu tempo pessoal e as suas capacidades, de forma a serem eficientes na resolução de problemas e imprevistos;
- 2) Exercerem a sua autonomia, tendo em vista o trabalho independente, não submetido à supervisão de outros.

- 3) Possuir espírito de iniciativa, de modo a tomar as melhores decisões na altura certa.
- 4) Demonstrarem flexibilidade e disposição para assumir mutações e vários ritmos de trabalho.
- 5) Capacidade de aplicar criatividade na busca de novas soluções.
- 6) Desenvolverem estratégias de contínuo aperfeiçoamento.

(Tartuce, 2002).

Ao analisarmos estas características percebe-se que o “modelo da competência” assenta sobre alguns fundamentos: em primeiro lugar, a competência “(...) é um tributo que remete à subjectividade do indivíduo, e relaciona-se com a consciencialização das responsabilidades pessoais durante a actuação profissional; em segundo, a competência está intimamente associada à acção desenvolvida numa situação específica, o que significa que é tão importante quanto os conhecimentos adquiridos, ou seja, a mobilização e a capacidade do sujeito para articular a dimensão cognitiva desses saberes com as atitudes necessárias para enfrentar uma dada situação; finalmente e decorrente destas, o saber passa a ser uma qualidade atribuída ao sujeito, e não se refere ao que foi condensado em saberes específicos (...)” (Tartuce, 2002 citando Machado, 1998 e Tanguy, 1997: 31).

O “modelo da competência” diz respeito à forma de organização e gestão do trabalho. Relativamente à forma de organização, o controlo dá-se por objectivos e resultados e não por tarefas, como acontecia nos modelos anteriores de produção, pois a prescrição de tarefas foi substituída por um trabalho de carácter flexível, exigindo assim os aspectos subjectivos da qualificação. Pela gestão do trabalho, o recrutamento, a remuneração e promoção no interior das organizações integradas e flexíveis seriam realizados não por cargos ou categorias profissionais, mas sim por competências, significando isto um deslocamento da rede de qualificações do posto de trabalho para o indivíduo.

Também Perrenoud (1999) parafraseando Le Boterf (1994) sublinha o novo modelo de competência afirmando que se um indivíduo possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente, pois pode conhecer técnicas ou regras de gestão contábil e não saber aplicá-las no momento oportuno; pode conhecer o direito comercial e redigir contratos mal escritos. No dia-a-dia, a experiência mostra que

peças que possuem conhecimentos ou capacidades não sabem mobilizá-los de modo pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho. A actualização daquilo que se sabe num determinado contexto (marcado por relações de trabalho, por uma cultura institucional, por eventualidades, imposições temporais, recursos...) é reveladora da “ passagem ” à competência quando aplicada na acção.

Neste contexto Hameline (1978) descreve que as competências profissionais de um indivíduo resultam da triangulação social das três dimensões: *saber – saber, saber fazer* e o *saber ser*. O *saber fazer* implica todo um conjunto de saberes que, adquiridos formalmente pelo indivíduo ou pela sua experiência de vida, permitem que os procedimentos não se resumam a uma simples acção mecânica, inconsciente apenas com vista aos objectivos a cumprir. Assim, o *saber – saber* significa a compreensão da tarefa como um todo, “ (...) numa postura consciente e reflexiva, a qual permite um distanciamento diacrónico em relação à própria acção, articulando o seu como, com o seu porquê e para quê (...)” (Hameline, 1978 citado por Almeida, 2003: 17).

Se o *saber-fazer* reflecte um saber agir, o *saber–saber* refere-se ao saber teórico, o *saber-ser* encontra-se logicamente direccionado para a postura e comportamento do sujeito nos diversos contextos.

Nesta trilogia, enquanto *saber–saber* é adquirido essencialmente na formação académico – profissional para que o indivíduo profissional possa dar o máximo no âmbito de *saber-fazer* o seu trabalho. O *saber-ser* do sujeito parte da postura profissional que este adopta nos diversos contextos profissionais, como por exemplo, capacidade de fazer propostas, expressão da disponibilidade, fazer circular informação, capacidade de integração nos grupos de trabalho e de aceitar as críticas em torno da sua prestação de serviços.

Le Boterf (1994) aponta que o *saber ser* remete para uma relação social, para um modo de estar, mais ou menos adequado à esfera envolvente. Cada indivíduo possui um *saber ser* que lhe é inerente e exclusivo, que é exteriorizado nas relações sociais que estabelece com os diversos profissionais do local de trabalho.

Este novo paradigma trouxe inúmeras modificações aos conteúdos da qualificação provocando uma mudança no seu próprio conceito. Apesar de hoje em dia, o conceito de qualificação ainda se encontrar associado ao ideal fordista e às práticas tayloristas de produção, porém, à medida que o conceito de posto de trabalho vai

desaparecendo, as formas tradicionais de classificação das qualificações e hierarquização dos salários que dele derivam são colocados em questão. Tartuce (2002) acrescenta que, “(...) colocando em xeque e estrutura profissional baseada nos postos de trabalho, a realidade empírica e/ou a teoria científica têm produzido uma nova maneira de designar o trabalho – a sua selecção, remuneração, promoção, etc. – centrada nas competências, justamente porque se pressupõe ser ela a fornecedora da flexibilidade exigida actualmente e a promotora do reconhecimento e da valorização dos aspectos subjectivos, não formais e implícitos da qualificação (...)” (Tartuce, 2002: 32).

No contexto da complexidade das lógicas das qualificações e competências, emergiram mutações de ordem diversa das quais não escapam os vectores laborais e formativos na área da saúde no espaço europeu. Por exemplo, ao nível da formação dos TDT têm sido particularmente relevantes as que ocorreram nas ultimas duas décadas. No caso de Portugal, por um lado, o progressivo aumento da escolaridade básica obrigatória para o acesso aos cursos e o ingresso dos cursos no ensino superior, por outro lado, a progressiva reformulação dos planos curriculares através do aumento da componente teórica da formação, a introdução de novos campos disciplinares da área das ciências sociais, promoção da saúde e gestão.

A formação escolarizada no âmbito da saúde tem como objectivo, tal como referimos anteriormente, reassegurar o carácter qualificado do trabalho ao mesmo tempo que, se desenvolve o processo de demarcação das restantes categorias indiferenciadas de pessoal hospitalar. “(...) Ao contrário dos grupos profissionais cuja génese se inscreve numa relação de autonomia face às instituições, como é o caso das designadas profissões liberais, e cuja autonomia funcional, mesmo quando estes exercem em contextos organizacionais (...)” (Lopes, 2001: 27).

A enfermagem e outras profissões da saúde, como os TDT ficaram sempre colocadas numa posição de dependência da instituição hospitalar, “(...) não só porque este conceito organizacional constituiu desde sempre o lugar dominante da sua actividade e da sua génese, [...] porque é do trabalho que aí realiza que lhe advém a sua autoridade profissional (...)” (Lopes, 2001: 27).

Lopes (2001) realçando as teorias de Friedson (1970), afirma que a demarcação profissional de uma determinada classe, em âmbito profissional se processa pelo mecanismo de *fechamento social*. Quando isto acontece, o grupo profissional é capaz de

garantir o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta, o monopólio da selecção e formação de aspirantes/praticantes e ainda o monopólio da legitimidade de definição do campo de exercício de e autoridade. A demarcação social de uma profissão é muitas das vezes sustentada por um corpo de saberes técnico-científicos associadas a um desenvolvimento paralelo de formas organizadas de poder, que possibilitam as negociações nos entre os monopólios descritos. O *fechamento social* de uma profissão só se traduz em dominância profissional, quando esta assegura a exclusividade cognitiva e a autonomia funcional, podendo exercer-se conseqüentemente acções de subordinação, limitação e exclusão, que traduzirão formas de dependência ou até de deslegitimação para com outras profissões envolventes. A profissão de Medicina é um bom exemplo deste fenómeno social de dominância profissional na área da saúde, em que o saber médico assume um carácter de saber central, convertendo todos os outros saberes em periféricos, ou seja, os saberes relativos à outras profissões intervenientes nesta mesma área, nos quais se inserem os saberes dos TDT. (Carapinheiro, 1989).

As Tecnologias da Saúde são interpretadas como sendo um grupo profissional, cuja posição na divisão social do trabalho inscreve a sua actividade na categoria de execução, sendo exercida por delegação da autoridade médica. Já a Medicina assume uma posição de concepção, pois exerce-se actividades de diagnóstico e de decisão terapêutica, ou seja, um trabalho de natureza essencialmente intelectual. (Lopes, 2001).

Apesar da categorização irredutível das profissões de Enfermagem e das Tecnologias Saúde, de trabalho de execução, estes profissionais não se limitam a aguardar ordens médicas. No caso específico da Enfermagem, devido à necessidade de manter cuidados de saúde continuados característicos da própria profissão têm a necessidade de muitas vezes tomar a iniciativa de requererem dos médicos orientações e instruções. Nesta malha de responsabilidades, a actividade da Enfermagem articula-se de forma complexa à capacidade de decisão e à execução dos procedimentos.

Com a evolução tecnológica e a mudança das políticas de gestão dos serviços de saúde, Lopes (2001) realça que estes grupos profissionais, cuja essência é a execução de tarefas, possuem a preocupação de adquirirem graus académicos superiores que enriquecem a sua formação profissional, criam códigos deontológicos e outras acções características de cada contexto profissional, asseguram apenas estratégias de

profissionalismo, não sendo assegurada a autonomia profissional em pleno, pois a suas actividades continuam a ser exercidas à mercê do poder médico.

Para que estas profissões pudessem usufruir plenamente da sua autonomia profissional teriam que descobrir uma área em que as suas actividades se processassem sem o controlo da Medicina. (Lopes, 2001).

Neste contexto, a evolução tecnológica e a conseqüente recomposição dos saberes envolvem também os processos de reconfiguração identitária profissional. Neste processo são conquistadas e definidas competências específicas aos actores em torno desses saberes de modo a beneficiar a postura e afirmação, a autonomia e o respeito profissional.

A evolução tecnológica trouxe para estas profissões o processo de desqualificação, que segundo Lopes (2001) acabou por se tornar uma estratégia de duplo alcance. Por um lado, o fenómeno da desqualificação é visto pelos profissionais envolvidos como um estímulo para aumentar a especialização do seu trabalho, através da transferência dos actos de trabalho mais desqualificados e rotinizados para o campo de exercício de categorias profissionais menos qualificadas, por outro lado, essa transferência alarga o domínio da autoridade técnica e social do grupo, pois coloca essas categorias sob a sua supervisão. Assim sendo, esta assimilação profissional descrita é tanto maior, quanto maior for a interdependência funcional entre os grupos profissionais em questão, mas esta também é sujeita a estratégias de inclusão e demarcação sociais. Enquanto as profissões dominantes deixam que as categorias profissionais inferiores assimilem os saberes menos qualificados, enfatizando o que as distingue dos grupos subordinados (demarcação social), também e ao mesmo tempo, procuram assimilar para salientar o que as aproxima dos grupos profissionais dominantes (inclusão social). Lopes (2001) ilustra um exemplo de Abbott (1988) em que descreve que os profissionais de enfermagem procuram demarcar-se formalmente dos grupos profissionais que lhes estão subordinados, os chamados Auxiliares de Acção Médica, mas procuram realçar-se em relação à profissão médica das funções e saberes que, formal ou informalmente, são partilhados por ambos.

Neste sentido, "(...) a delegação de trabalho de trabalho desqualificado de enfermagem para os grupos que lhes estão subordinados, revela-se como uma das suas estratégias centrais. Aos mesmo tempo que lhes permite uma maior especialização do

seu campo de exercício e uma maior visibilidade social dos seus saberes especializados, também lhes permite gerar grupos subordinados sobre os quais exerçam autoridade técnica e social. (...)” (Lopes, 2001: 65).

No que diz respeito à transferência (crescente) do trabalho desqualificado do campo médico para o campo da enfermagem, processa-se através do processo de assimilação.

Em suma, todas estas mudanças ao nível das qualificações e competências trarão conseqüentemente a recomposição das profissões, dos seus saberes, ideologias e identidades nos diversos contextos de trabalhos no sector da saúde. Para além da recomposição inerente à esfera social laboral, as condições que definem e concretizam o processo de configuração sócio-profissional dos profissionais de saúde, nomeadamente dos TDT passa pela formalização de uma formação profissional específica e pela tentativa de implementação de estratégias de institucionalização das mesmas. Trata-se de questões que irei abordar com maior pormenor mais adiante.

1.1.3. Género e Identidades de Trabalho

O conceito de género encontra-se associado à diferenciação social entre os homens e as mulheres e é considerado como um elemento que condiciona a posição social dos indivíduos, tais como a classe, os rendimentos económicos, a profissão, o nível de escolaridade, a idade, a raça a religião e a nacionalidade.

No que respeita às diferenças sociais entre os dois sexos, estas são instituídas e não predeterminadas na sociedade, ou seja, o Género (e a sua identidade) adquire-se mediante os processos de socialização de cada indivíduo. Homens e mulheres diferenciam-se mediante a manifestação de comportamentos e de traços da personalidade consoante as expectativas de género socialmente incutidas aos indivíduos desde a infância. (Alvesson, 1998).

Os sociólogos na exploração das questões do género, com base no domínio da disciplina Sociologia do Género, procuram estudar a construção social das regras do homem e da mulher, as suas identidades e inter relações.

A investigação sociológica no domínio das relações sociais de género centra-se em dois pressupostos de análise principais:

1) A posição ocupada na sociedade pelos homens e pelas mulheres, não são apenas diferentes, mas também desiguais;

2) A desigualdade social resulta da organização da sociedade e não das diferenças biológicas ou psicológicas significativas entre homens e mulheres.

Um aspecto fulcral na caracterização do conceito de Género é a divisão sexual do trabalho que atribui às mulheres, de uma forma geral, funções de esposa, mãe e dona de casa, na esfera privada do lar e da família, sendo esta realidade totalmente oposta à esfera social masculina (Maia, 2002 e Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Existem inúmeras teorias que fazem alusão ao papel do género na sociedade. Dentro das teorias macrossociais do género, os teóricos descrevem que num cenário de grandes fenómenos sociais, a estratificação do género que se desenvolve é considerado como uma desvantagem social quase universal das mulheres, no sentido da alienação estrutural triangular do lar ou da família, da economia e das necessidades e dos processos gerais do sistema social.

Na sociedade, cada tipo de produção tem por base um mecanismo mediante o qual para alguns actores os recursos mais importantes da respectiva actividade, ocupando o papel de dominadores ditam as circunstâncias de produção e beneficiam delas. A produção social de cada esfera da sociedade tem lugar mediante uma estrutura multidimensional de dominação que organiza a classe, a raça, o género, o poder e a própria hierarquia.

A estratificação na produção social acentua o conceito de dominação social, onde está enraizado o controlo ideológico que se reflecte sob a forma de um controlo hierárquico, onde os interesses e as experiências dos homens reproduzem opressão de género em cada esfera social.

Já as teorias microssociais do género e centram-se num nível onde os indivíduos fomentam as suas relações, tendo em conta as suas metas, objectivos e significados intersubjectivos. Estas teorias seguem duas vertentes: o interaccionismo simbólico e a etnometodologia. A primeira vertente procura explicar a necessidade dos indivíduos para manter a sua identidade de género em diversas situações, isto é, o sujeito consciente de determinada situação, de um conjunto de ideias, palavras e valores do

foro pessoal e das práticas externas características de um homem ou de uma mulher numa determinada sociedade, age de acordo com o ideal genderizado interiorizado mediante processos de socialização. Na etnometodologia questiona-se a estabilidade da identidade do género e abrange este último como uma realização dos actores envolvidos em diversas situações. Esta teoria microssocial realça a distinção entre o sexo e o género atribuindo-se importância à interiorização de uma identidade fixa de género, que poderá reduzir esta a um tributo individual, como o sexo, a algo que é intrínseco ao próprio indivíduo. Assim, o género não nasce com a pessoa, mas adquire-se através da interacção com o meio envolvente, ou seja, a categoria sexo é uma característica sempre presente no indivíduo, enquanto que o género é uma característica que se adquire nas situações sociais (Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Tanto a teoria do interaccionismo simbólico como a da etnometodologia reconhecem e supõem concepções normativas do conceito de género. Como prova disso encontramos a forte influência que o pós-modernismo exerce na sociedade actual, não constituindo assim o processo de construção do género dos actores, um exclusivo das suas interacções com outros indivíduos no meio; também as mensagens provenientes da publicidade, a televisão, os filmes, os livros, as revistas fomentam e cultivam os valores genderizados e estereótipos exagerados acerca dos homens e das mulheres em determinadas circunstâncias, sobre os adultos e as crianças.

Nesta linha de pensamento, tendo o homem e a mulher condutas culturais claramente distintas na sociedade, este fenómeno está intensamente associado a uma cultura patriarcalista muito enraizada na maioria das nossas sociedades.

Entre diversos autores, Escobar salienta a conceptualização de patriarcado de Weber e Walby (1990) como um “(...) sistema de governo em que os homens governavam as sociedades através da sua posição como chefes de famílias (...)” (Escobar, 2004: 26). O trabalho das mulheres parece evaporar-se aqui, visto não dar um produto economicamente visível, como o do homem, não sendo considerado de valor. Esta realidade perdurou na sociedade ao longo da história da Humanidade.

Fortemente ligado às sociedades patriarcais encontra-se a temática da instituição do matrimónio. Esta instituição mostra à sociedade uma relação entre um homem e uma mulher como uma família/lar e dentro desta esfera social existem normas e regras que

regulam a dinâmica do matrimónio, distribuindo de forma diferente os direitos e os deveres no casal.

No âmbito da Sociologia, Parsons (1956) na sua teoria sobre a família, faz alusão à estrutura desta e à socialização dos papéis sexuais que fomentam as diferenças entre homens e mulheres e seus respectivos padrões comportamentais. A família é como uma estrutura equivalente aos pequenos grupos, cujo objectivo é a subsistência e a manutenção do equilíbrio interno do sistema social, onde as funções de lideranças são desempenhadas pela figura paterna e materna respectivamente. Numa sociedade patriarcal a subsistência da família é assegurada pela figura masculina, através do trabalho exterior ao grupo da família, enquanto o bem-estar da família é assegurado pela figura feminina. (Amâncio, 1994).

Segundo Bourdieu (1999), o casamento é visto para as mulheres, como forma de obtenção de lugar social na sociedade, que não é mais que um produto social de ajustamento inconsciente a uma estrutura objectiva e social de dominação. O trabalho doméstico é visionado como forma de produção patriarcal, pois as mulheres, segundo Walby (1990), trabalham (não tendo remuneração) e prestam serviços aos homens, como garantia do seu sustento. Assim, as esposas são "(...) a classe produtora, enquanto que os maridos são a classe expropriadora (...)" (Bourdieu, 1999 e Escobar, 2004: 29). Neste tipo de sociedade, a manutenção da estrutura familiar equilibrada, de personalidades saudáveis e da própria sociedade em si, dependem do desempenho dos papéis sexuais que, apesar de complementares no seio da família, são quantitativamente e qualitativamente assimétricos. Essencialmente, o equilíbrio da personalidade e dos papéis sexuais parte do desempenho variado em diferentes contextos por parte do homem, sendo o seu principal estatuto o de ser a fonte de rendimento principal da família, enquanto que a mulher fica muitas vezes restringida ao papel familiar, mesmo que possua uma actividade profissional. Esta restrição encontra-se deveras associada a um factor biológico da mulher, que pode explicar o papel de afectividade e de temperamento passivo motivados pela maternidade, conferindo-lhe assim papéis do foro familiar (Amâncio, 1994).

Neste referencial cultural, as mulheres privilegiam o casamento e a maternidade nos seus projectos de vida. Mas, se a mulher faz a opção de poder ter uma profissão ocorrem conseqüentemente inúmeros reajustes dos papéis no seio da esfera social

privada. Ao querer garantir o sucesso relacional familiar, a mulher limitará muitas vezes o seu sucesso profissional em prol da família, garantindo a satisfação de todas as necessidades e o bem-estar desta. (Silvestre, 2001).

Este fenómeno é caracterizados nas teorias microssociais feministas que abordam os modelos tradicionais de interação, nas quais os seres humanos são seres intencionados que estipulam metas e seguem-nas mediante cursos lineares de acção pelas quais se esforçam por vincular os meios aos fins a que se propõem. Segundo estudos feministas, a vida das mulheres é caracterizada pela acidentalidade, ou seja, encontram-se presas a uma existência organizada onde experimentam mudanças e modificações devido a eventos, tais como o casamento, os vários cursos de acção dos respectivos maridos, a influência dos filhos sobre planos que fizeram sobre a vida, o divórcio, a viuvez e própria precariedade que envolve a grande maioria das ocupações das mulheres no sector laboral assalariado. Nas suas actividades quotidianas, as mulheres não costumam seguir metas segundo sequências lineares de acção, mas sim, responder continuamente às necessidades e demandas dos outros. As mulheres encontram-se influenciadas pelo facto de estarem estruturalmente subordinadas aos homens com os quais interagem em relações causais como o namoro, o casamento, na família e no trabalho remunerado. Em termos da formação, estudos microssociais feministas apontam que a formação masculina premeia o endividamento e o repúdio do feminino de uma forma que o homem interioriza logo cedo que a sua afirmação de privilégio masculino implica o distanciamento das condutas femininas. Ao mesmo tempo, a mulher rapidamente apreende a cultura feminina, reconhecendo a sua sensibilidade perante o outro, tendo em conta as suas necessidades e desejos. Os homens têm uma propensão maior para agirem de acordo com os seus objectivos individuais e a conceptualizar que a sensibilidade pelo próximo não é mais que um acto de generosidade não pertencendo à sua conduta masculina (Davies, 1996 e Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Por aqui se pode ver que a cultura genderizada onde predomina o exercício de poder masculino, começa a construir-se no seio do grupo social da família. Assim, da esfera privada para a esfera social externa, o mesmo fenómeno acontece. O patriarcado surge como uma forma social praticamente universal porque os homens detêm, em primeiro lugar, uma fonte primária de poder – a força física – que lhes permite controlar

e submeter as mulheres. Existem ainda outras formas de poder, como o poder económico, ideológico, legal e emocional, que não são mais do que oriundos da fonte primária de poder (anteriormente referida). (Maia, 2002).

No mercado de trabalho a divisão sexual do trabalho começa logo pela genderização da opção profissional, pois numa sociedade patriarcal, o trabalho do homem é caracterizado nas diversas formas de produção social, como objectos visíveis, destinados a criar riqueza, e a garantia da posição social é categorizada pela posse de propriedade privada dos meios de produção e a sua inclusão nas classes determina-se em função da posição que ocupa no meio laboral. A mulher, aquém deste universo económico, realiza uma função económica fundamental, que não consiste só na reprodução biológica, mas também consiste em reconstruir a maior parte da força de trabalho do homem através das matérias-primas que transformou em valores de utilização para consumo imediato. Assim, a mulher vela pela alimentação, vestuário, manutenção da casa e educação dos filhos. (Amâncio, 1994).

Esta ideologia, de certa forma actual, possui fortes fundamentos históricos, contribuindo para a sedimentação da cultura patriarcal na nossa sociedade. O controlo que existe sobre as mulheres actualmente, não é exercido pelos homens individualmente, mas sim, pelo conjunto global da sociedade em si. Presentemente vivemos debaixo de uma cultura androcêntrica, onde os modelos e os juízos de valor são construídos pelos homens tendo em conta os seus valores e necessidades, ao mesmo tempo que se ignora a presença das mulheres, dos seus valores, actividades e das suas necessidades específicas. Esta cultura não foi algo que se construiu de um momento para o outro, mas sim, algo que a História tratou de traçar na sua dimensão social, com base nos factos e fenómenos, frutos das diferentes épocas. (Escobar, 2004).

Hoje em dia e como já anteriormente referi, ainda assistimos à catalogação das profissões como as que são mais adequadas e naturais para as mulheres ou para os homens. Neste sentido, é pertinente explicitar aqui um pouco da história da estereotipia de género, onde esta adequação a determinados tipos de trabalho está directamente relacionada com a socialização genderizada própria de uma sociedade patriarcal.

A construção do estereótipo da feminilidade foi-se alterando ao longo da história, sendo resultado constante da articulação entre a desigualdade de classe social e

as relações patriarcais, ou seja, a feminilidade foi construída como um ideal de classe mediante os papéis que cada classe atribuía às suas mulheres.⁶

Nos finais do séc. XIX, o novo estilo burguês trouxe uma nova codificação das ideias acerca das mulheres. Nesta altura, foi-se construindo um ideal de inactividade feminina porque isso simbolizava uma condição de riqueza e correspondia a um ideal de classe. A feminilidade foi instituída como ideal de classe porque era a maneira mais evidente de distinguir um nível social de outros. As mulheres de classes mais inferiores, como a classe a trabalhadora, mesmo que fossem induzidas a imitarem as outras mulheres (da aristocracia) não tinham condições financeiras para o fazer. Assim, no séc. XIX o emprego no seio das mulheres casadas passou a não ser visto com bons olhos, por ser considerado como uma forma de degradação da natureza feminina. (Escobar, 2004)

A partir da Revolução Industrial, surgiu a institucionalização da divisão do trabalho entre os sexos e estabeleceu a divisão formal entre o trabalho dentro e fora de casa e o papel das mulheres sofreu profundas alterações. O crescimento do sector Industrial atribuiu às mulheres da classe trabalhadora um lugar de trabalho fora da família, enquanto que reduziu o trabalho às mulheres da classe média, uma vez que a produção das mercadorias anteriormente efectuava-se no interior das suas casas. Esta situação conduziria ao alcance do ideal de esposa e mãe inactiva, símbolo de aristocracia, mas cujos efeitos seriam mais opressores. Se as mulheres da classe média não seguissem o ideal de feminilidade podiam ter acesso a uma ocupação, mas não uma ocupação qualquer. As mulheres da classe média só tinham acesso a empregos que eram socialmente concebidos como adequados às mulheres, como por exemplo, o ensino, a enfermagem, trabalho de escritório, vendas, entre outros. Neste contexto, o ideal de feminilidade passou a incluir duas vertentes: a primeira, constituída pela mulher casada, com filhos e vista pela sociedade como uma mulher dedicada totalmente ao cuidado da família e à garantia de um lar harmonioso; e a outra vertente, a da *nova* mulher trabalhadora, mas cujas profissões não colocassem em causa a noção de decorativa de passividade e devoção aos outros.

⁶ Escobar (2004) refere no seu livro o conceito de classe de Phillips e E.P. Thompson (1992), como sendo uma relação, algo que ocorre quando um grupo de pessoas reivindica uma identidade perante outra e avalia a oposição aos outros exteriores.

Nesta lógica, a estereotipia de género é resultado das diversas transformações sociais, económicas e culturais que a sociedade sofre. Os comportamentos de género dos homens e das mulheres, numa sociedade, dependem dos papéis sociais que cada um possui. Estes papéis são interiorizados e apreendidos através de processos de socialização, de modo a que a essa orientação captada seja orientada em direcção a uma identidade pelo género e às expectativas que lhes estão associadas, como determinantes fulcrais no estabelecimento de diferenças entre os sexos e entre os géneros também. (Escobar, 2004).

Os aspectos da identidade e tendo em conta os factos históricos da construção dos estereótipos sexuais e o forte carácter patriarcal das nossas sociedades, a própria concepção de uma identidade profissional remete-nos para a reflexão sobre a construção da genderização de uma profissão com a contribuição evidente e activa da própria sociedade nesse mesmo processo.

O Estado, mediante a produção de legislação ou pela sua própria ausência é um elemento crucial na construção de uma profissão segundo a dimensão do género, isto é, através do estereótipo da feminilidade ou da masculinidade. Contudo, a identidade profissional não é apenas caracterizada pela categoria profissional, mas também pela identidade atribuída pela sociedade em geral. A identidade profissional constrói-se, reconstrói-se, reproduz-se, negoceia-se conforme as interacções sociais e as práticas, sempre segundo um contexto de relações de poder predominantes no meio envolvente e dependentes dos objectivos de cada actor. (Alvesson, 1998 e Escobar, 2004).

Neste sentido, Escobar (2004) sublinha que a formação dos profissionais envolve mais que um conjunto de conhecimentos e competências técnicas. Os costumes, as tradições e as regras são absorvidos neste rol. Segundo Bernard e Thompson (1996), nenhum indivíduo é um profissional completo (em qualquer área) enquanto não absorver a subcultura da profissão e torná-la como sua.

Têm existido poucos estudos que analisem a relação entre a identidade socioprofissional e a identidade de género da profissão, pois a forma como se tem abordado a dimensão da identidade deixa ocultar as relações e poderes de género que são relações desiguais na nossa sociedade. Esta desigualdade, segundo Escobar (2004) e Lengermann, (2002), atravessa toda a sociedade, que é percebida como uma sociedade patriarcal. Neste tipo de sociedade as desigualdades de género são evidentes,

onde homens e mulheres, enquanto grupos sociais possuem papeis, estatutos e poderes diferentes, existindo de imediato o fenómeno da genderização das profissões, isto é, existem profissões que são claramente atribuídas à classe masculina, como é o caso das profissões militares, as engenharias e a medicina e outras atribuídas à classe feminina como é o exemplo da enfermagem, da educação, etc.

As mulheres não possuem um fácil acesso às ocupações profissionais cujo nível de status e prestígio é elevado, sendo as suas profissões (necessárias) essencialmente pouco gratificantes, pouco remuneradas, com muitas horas efectivas e combinadas com os deveres e tarefas domésticos. (Silvestre, 2001).

Assim, é na esfera social do trabalho remunerado que se observam diversos exemplos práticos e claros que demonstram que na maioria dos casos, as mulheres são excluídas das melhores modalidades de trabalho e são-lhes seleccionadas tarefas em situações piores e com um carácter menos especializado. Esta realidade não é mais do que aquela que é espelhada no seio da instituição do matrimónio, numa sociedade patriarcal. Este fenómeno é motivado por jogos de relações de domínio, que não são mais do que actividades sociais complexas, interligadas entre si, que visam controlar as relações sociais humanas entre os diferentes actores homens e mulheres. (Bourdieu, 1999 e Escobar, 2004)

Numa sociedade patriarcal, quer na esfera pública, quer na privada a acção do género beneficia sempre os sistemas de dominação masculina. O capitalismo beneficia na esfera privada, no sentido de o trabalho da mulher ser marginalizado, sendo considerado uma fonte de mão-de-obra barata, com os salários baixos. Este aspecto garante que a mulher trabalhadora permaneça dependente do poder dos homens. Normalmente o 'bom emprego' está sempre disponível primeiramente para o homem e depois para a mulher.

Por exemplo, os fenómenos de assédio sexual no trabalho e em lugares públicos são exemplos de uma relação de poder do patriarcado que zela pelas fronteiras do capital da esfera social. Tal como o ideal do corpo feminino de ser esbelto e perfeito é fruto de uma catalogação predominantemente masculina nas sociedades dos dias de hoje. (Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Neste sentido, o conceito de patriarcado, procura abranger todas as sociedades do mundo, mas as relações entre homens e mulheres e respectivas formas de dominação

variam de acordo com as características pessoais de cada um e com os próprios espaços sociais. Como exemplo, na maioria das sociedades, segundo Dahlerup (1987) e Jonasdóttir (1993), os homens usufruem mais do tempo de lazer, possuem predominantemente bens de consumo mais caros, enquanto que as mulheres continuam conotadas para a vida familiar e doméstica e tratar dos filhos (Escobar, 2004).

Alguns estudos no âmbito do Género foram realizados, entre eles, o estudo efectuado por Alvesson (1998) em várias Agências Publicitárias na Suécia.

Neste estudo, Alvesson (1998) verificou que existia uma clara e bem definida divisão do trabalho entre os homens e as mulheres, ou seja, homens e mulheres encontravam-se totalmente divididos profissionalmente. O número de profissionais é semelhante, tanto de homens como de mulheres, mas as mulheres asseguram o trabalho mais baixo em termos hierárquicos, enquanto que os homens trabalhavam nos departamentos de projectos da companhia. Verificou-se que as mulheres encontravam-se responsáveis por inúmeras tarefas como por exemplo, todo o trabalho administrativo, a elaboração do pequeno-almoço e até da limpeza do próprio escritório. Apesar das tarefas de baixo nível hierárquico que possuíam, a maioria das mulheres assumiam-se como a face bela da agência, isto é, assumiam as tarefas de atendimento ao público aparentando boa forma física, bom aspecto e simpatia com a finalidade de cativar mais clientes. Esta característica da sexualidade é prevacente nas Sociedades Patriarcais onde a dominação masculina se fomenta com base na manipulação da imagem física (atractiva) que as mulheres possuem, fruto de uma ideologia associada ao conceito cultural do estereótipo de feminidade. (Alvesson, 1998 e Bourdieu, 1999).

As mulheres que conseguiam ir um pouco mais longe nas suas competências profissionais eram estagiárias na área de projecto e pouco mais que isso. Estatisticamente, o número de mulheres em departamentos de projectos ou gestão é muito abaixo relativamente à proporção de homens aí existentes. As mulheres que assumem cargos em departamentos de gestão e projectos são muito poucas e referem no estudo as dificuldades que existem em vencer num universo dominado pela cultura da masculinidade, como por exemplo, os estilos de liderança aplicados em cada situação, a fomentação da credibilidade, as dificuldades de gerir vida familiar/profissional, etc. Em diversas situações, as mulheres para conseguirem sucesso no âmbito da gestão sofrem processos de *desfeminização*, isto é, acabam por adoptar comportamentos e práticas que

se encontram inerentes aos homens da empresa, como a modificação do vestuário (calça e casaco), o uso do cabelo curto, chegando até a adoptar expressões e conversas (anedotas) com a finalidade de facilitar o processo de integração e interacção com os outros actores (masculinos).

Os homens ocupam assim, a maioria dos cargos de direcção, de gestão de projectos e assumem as responsabilidades dos grandes negócios da firma. Na eventual deslocação a outro país ou cidade por motivos de negócios é aos homens que lhes são inculcadas estas tarefas.

Analisando estas características observadas por Alvesson (1998) verifica-se que a hierarquia estipulada no local de trabalho é baseada nas políticas de Género. O homem, mais activo e poderoso viaja em conquista do mundo, enquanto que a mulher pela sua pacatez, estabilidade e segurança assegura todos os processos na sua ausência. Pode-se quase efectuar a analogia com a relação homem/mulher no matrimónio, segundo o patriarcalismo. Isto conduz-nos à dimensão da identidade, onde o Género, como componente da formação da identidade profissional, se encontra assinalado nas características ligadas ao estereótipo de masculinidade como o salário, o estatuto elevado, a criatividade, os postos de liderança e as oportunidades de carreira. Já a atracção sexual, a juventude, a subordinação são características associadas ao estereótipo de feminilidade.

Apesar do estudo de Alvesson (1998) revelar a forte prevalência actual dos valores patriarcais nas organizações, existem outras que procuram contrariar esta tendência. Elly e Meyerson (2000) elaboraram uma pesquisa cujo objectivo era fomentar diversas formas de implementação da equidade de Género nas organizações.

Este estudo teve como fundamento principal o melhoramento do desempenho dos procedimentos laborais numa determinada instituição, procurando aumentar as capacidades e oportunidades das mulheres para competirem efectivamente com os homens, através de processos de formação, acções afirmativas, políticas anti-discriminação, programas de benefício trabalho-família e à implementação de práticas de gestão que reconheçam aptidões tradicionalmente femininas.

Elly e Meyerson (2000) averiguaram que numa unidade fabril, com a excepção de um supervisor de primeira linha, a trabalhar em *part-time*, que era mulher, todas as funções de supervisão e gestão eram preenchidas por homens; as pessoas que trabalham

na linha de montagem eram maioritariamente mulheres. Além disso, as mulheres viam poucas possibilidades em subir de função. A partir da linha, as mulheres podiam ascender apenas ao papel de líder de linha, uma posição não-supervisora com responsabilidades na organização da linha, que envolve a disposição de diversas actividades de trabalho, como antecipar e resolver dificuldades do fluxo de trabalho a medida que vão surgindo. Já as competências requisitadas e estipuladas para um supervisor na descrição formal da função enfatizam a capacidade de controlar empregados, de reagir rápida e vigorosamente às situações de crise, e vontade de trabalhar num horário longo e inflexível. De acordo com os estereótipos tradicionais, aqueles eram vistos como traços masculinos. Os homens, conseqüentemente, eram a escolha apropriada para a função de supervisor enquanto as mulheres eram vistas como mais adequadas para o trabalho tedioso da linha de montagem. De facto, os empregados descreveram o trabalho na linha de montagem como 'indigno' para os homens que lá trabalhavam, uma vez que este não era 'um trabalho másculo'.

Concluiu-se durante esta investigação, que esta divisão sexual do trabalho (acima descrita), demonstrou-se que existiam práticas que procuram sistematicamente minar o sucesso profissional das mulheres e ao mesmo tempo dificultavam a eficácia da realização das próprias tarefas. Nesta instituição imperava na realização e distribuição das próprias tarefas o incentivo à adopção por parte dos profissionais (homens) de jogos estratégicos de poder que visavam o descarrilamento das mulheres nas suas carreiras profissionais. Perante este cenário social, Elly e Meyerson (2000) sugerem no seu trabalho três alternativas para combater as diferenças sociais de género no local de trabalho. Por exemplo, uma abordagem tradicional de equidade de género que procura minimizar as diferenças de sexo através de formação e outros programas concebidos para ajudar as mulheres a tornarem-se tão 'capazes' como os homens; tem como predicado uma noção de género como um conjunto de características individuais que tornaram as mulheres deficientes em aptidões, atributos e capacidades que lhes permitiriam competir efectivamente com os homens. Uma segunda abordagem que aponta para mudanças estruturais em organizações que removeriam barreiras ao sucesso das mulheres e criaria oportunidades que até então não tinham; está aqui predicada uma noção de género como fonte de predisposições manifestadas em processos discriminatórios de contratação, avaliação e promoção, e na produção de postos de

trabalho nos quais as mulheres tipicamente têm estatutos mais baixos e acumulam menores recursos económicos que os homens. Uma terceira abordagem tradicional para obter a equidade de género é através do reconhecimento, celebração e recompensa das diferenças das mulheres em relação aos homens; está aqui vincada uma noção de género como um aspecto de identidade moldado por experiências de vida e papéis sociais que fortificam as mulheres de maneira que têm sido ignoradas, rejeitadas ou de outros modos desvalorizadas nas organizações.

Estas três abordagens de Género implicam sempre 'mulheres' e só são válidas enquanto as mulheres são consideradas diferentes ou são tratadas de forma diferente dos homens. Estas intervenções são, portanto, tipicamente iniciativas intencionadas dos recursos humanos, que permitem às mulheres progredir na organização num ritmo equivalente ao dos seus colegas homens.

Mas apesar das tentativas e esforços que começam a surgir na direcção da equidade de géneros na esfera social do trabalho, as influências da sociedade patriarcal continuam a prevalecer na nossa realidade.

Neste sentido, e em foco de síntese podemos apontar que numa Sociedade Patriarcal, a diferença dos Géneros demarca-se nos seguintes contextos sociais do trabalho:

- 1) As mulheres têm menos recursos materiais, status social, poder e oportunidades para auto-realização do que os homens com igual posição social;
- 2) Esta desigualdade provém da própria organização da sociedade e não da diferença biológica ou de personalidade entre homens e mulheres;
- 3) Apesar dos seres humanos individuais poderem variar no que concerne ao seu perfil de capacidades e características, nenhum modelo de variação natural relevante distingue os sexos;
- 4) Todas as teorias da desigualdade supõem que, tanto os homens como as mulheres responderam melhor perante estruturas e situações sociais mais iguais. (Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Escobar (2004) sublinha que quando se fala numa Sociedade Patriarcal, surge sempre em torno desta dimensão uma certa polémica e um rol de críticas provenientes

de diversos autores. Jonasdóttir (1993) afirma que o patriarcado é explícito segundo três vertentes. A primeira vertente rejeita-o totalmente, a segunda defende-o e a terceira vertente defende, que o patriarcado deve passar do centro do contexto social para o âmbito análise e da política. Estas vertentes devem incluir outros factores que caracterizam a vida das mulheres numa sociedade, como por exemplo, o controlo do sistema reprodutor (a toma da pílula, e outros meios de contracepção, a decisão do aborto, etc.), a sua situação global de vida e se existe dependência/independência da vida familiar etc. Este conceito, tal como o conceito de género apela a uma análise essencialista e histórica da relação homem/mulher ao longo dos tempos e nas diferentes formações sociais, insensível ao rol de experiências das mulheres de classes, etnias e culturas diferentes.

Na década de 70, Jonasdóttir (1993) aponta as principais críticas às ideias marxistas que iam contra as feministas radicais por darem demasiada importância à sexualidade, biologia e ao papel activo dos homens na opressão das mulheres.

Baseado nas ideias das feministas, que são críticas e activistas que actuam em nome das mulheres, surgiram diversas teorias cujo objectivo é proporcionar um mundo melhor para as mulheres e para a humanidade em geral, uma vez que um dos principais indicadores da invisibilidade das mulheres nas questões sociais, que contribuíram para a desigualdade entre homens e mulheres, deve-se à própria concepção popular que lhes é atribuída, como por ex., o seus papéis de esposas, mães, e seres passivos. Tal concepção deve-se aos estudiosos e actores sociais que permaneceram indiferentes à presença das mulheres na sociedade em geral, como também o facto das regras serem diferentes para as mulheres, menos privilegiadas e subordinadas aos homens. Características estas que constituem o principal interesse do trabalho teórico feminista actual, cujas consequências desta invisibilidade, desigualdade e diferenças em relação aos homens, de uma forma geral, caracterizam a vida das mulheres, profundamente afectadas pela sua situação social, desde a classe, raça, idade, preferência afectiva, estado civil, religião e etnicidade. Por outras palavras, este movimento tem como alicerce a forte oposição ao movimento Patriarcal e como objectivo por fim à dominação masculina na sociedade. Para tal, a luta incide na (re)definição da identidade da mulher, por um lado, através da afirmação da igualdade entre homens e mulheres, desligando do conceito de género as diferenças biológicas e culturais, e por outro lado, afirmando a especificidade essencial

da mulher na declaração da superioridade das práticas femininas como fontes de realização humana (Castells, 2003 e Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Já na década de 90 as críticas englobavam argumentos relacionados com a ocultação de diferenças experienciais, não sendo muito útil para análise feminista e política. Segundo esta autora, quando se fala na teoria feminista, esta “(...) necessita de um conceito específico que singularize a sujeição da mulher como tal e os direitos que o homem exerce enquanto tal (...)” (Escobar, 2004: 25). Outros autores referem que este conceito gira em torno da subordinação das mulheres.

Em resumo, a base de toda a teoria sociológica feminista reside na teoria feminista, num sistema de ideias gerais cujo objectivo é descrever e explicar as experiências humanas pelo ponto de vista das mulheres. A tipologia utilizada baseia-se em quatro questões:

1ª - A localização das mulheres e a sua experiência na maioria das situações diverge da dos homens nas mesmas situações;

2ª - Esta localização além de ser diferente da dos homens é também menos privilegiada e desigual;

3ª - A situação das mulheres é compreendida a partir da relação de poder directa entre homens e mulheres, estas estão oprimidas, isto é, são reprimidas, subordinadas, usadas e são objecto de abuso por parte dos homens;

4ª - A experiência derivada das próprias mulheres, sobre a desigualdade e opressão varia de acordo com a sua ubiquidade dentro dos dispositivos sociais de opressão estrutural ou vectores de opressão e privilégio (classe, raça, etnia, preferência afectiva, estado civil e localização global).

De uma forma geral, a essência comum subjacente à diversidade do feminismo reside no esforço histórico, individual e colectivo, formal ou informal, de modo a reforçar e redefinir o género feminino em oposição clara e directa ao patriarcalismo.

Um dos temas mais preponderantes na teoria feminista é a marginalização das mulheres como sendo “o outro” numa cultura construída pelos homens, num mundo onde as pessoas desenvolvem a partir de uma cultura que supõe que o homem é o seu sujeito, a consciência a partir do qual o mundo é considerado e definido. A mulher é vista como um ser objectivado, com características que representam o oposto do sujeito

masculino activo. A questão fulcral desta teoria é a possibilidade da mulher se libertar deste estatuto de objecto, para se transformar num ser semelhante ao homem, desenvolvendo uma cultura exclusivamente sua (Castells, 2003 e Lengermann e Niebrugge-Brantley, 2002).

Neste contexto, no debate sociológico, a teoria feminista afirma que a vida social dos actores é moldada pelo conflito entre a libertação e a dominação, confirmando a existência das grandes estruturas sociais determinantes e duradouras do patriarcado, o capitalismo e o *racismo*. Segundo Lengermann e Niebrugge-Brantley (2002) ilustram o conceito de vida social como um conjunto de respostas individuais e grupais à opressão, como afrontar, desafiar, presenciar, revelar-se ou opor-se, isto é, a realização de uma política de oposição na qual o indivíduo e a acção se opõem às estruturas e aos actores que exercem a dominação em determinado cenário social. Esta política de oposição predominará sempre que existir a persistência de diversos pontos de vista dos vários grupos sociais envolvidos. Estes pontos de vista são formas de compreensão da sociedade provenientes de estruturas sociais que servem como factor motivacional para a reprodução individual e grupal da dominação/subordinação. A análise feminista acentua a capacidade de resposta emocional dos sujeitos perante a estrutura social, capacitando-os de responder com indignação perante a injustiça, na tentativa de atingir algo construtivo e mais justo, isto é, no contexto do debate social do género, esta teoria procura fomentar uma política de libertação e oferece uma solução de igualdade social entre homens e mulheres.

Este panorama androcêntrico social tem vindo a modificar-se progressivamente com a ampliação dos mercados de trabalho para o universo feminino, ocorrendo conseqüentemente a reconfiguração dos conceitos de mulher, profissão e família, e estigmatizando-se também a dimensão da maternidade, contribuindo para uma mudança social progressiva dos conceitos que caracterizam e sustentam a Sociedade Patriarcal.

Apesar das transformações sociais de género nos processos de trabalho, no universo da prestação de cuidados de saúde, as influencias patriarcais tendem a permanecer e a dominar toda esta esfera. (Riska, 1993).

A maioria dos trabalhadores em cuidados de saúde são mulheres, quer a nível formal ou informal, mas normalmente ocupam cargos mal pagos e com menos estatuto. Mas este cenário não é actual, as mulheres antigamente "(...) já partejavam, ajudavam

doentes, quer na família quer na comunidade, e praticavam medicina, aprendendo com as outras, enquanto foram impedidas de obter conhecimentos médicos em instituições formais (...)" (Escobar, 2004: 40). Este impedimento foi conseguido pelos homens mediante a formulação de leis, que as impedia de exercer legalmente medicina, pois a área jurídica era um campo socialmente exclusivo destes. Contudo, isso não constituiu impedimento para que as mulheres continuassem a prestar os cuidados de saúde que a população necessitava, apesar de correrem risco de serem catalogadas nessa altura de bruxas.

Até à Revolução Industrial quem exercia a prestação de serviços de saúde também prescrevia os tratamentos a executar-se em cada situação. Foi a partir dessa altura, com o crescimento exponencial da classe média nos países industrializados, isto é, de indivíduos com possibilidades monetárias para pagar a prestação de cuidados de saúde, que a preocupação para tratar da saúde de toda essa população aumentou, pois garantia a rendibilidade do trabalho. Com o aumento das necessidades de cuidados de saúde, a sociedade exigiu um conhecimento legal e científico e, foi aqui que os médicos se apoiaram para evitar o ingresso das mulheres na área da medicina. Segundo alguns autores, os homens conseguiram que assim se marcasse uma divisão sexual do trabalho clara e distinta no universo dos cuidados de saúde através de dois processos: de fechamento e demarcação. No primeiro processo, os homens encerraram as portas de acesso à Medicina às mulheres alegando que esse lhes era exclusivo por tradição. No segundo caso, com o apoio do Estado, os médicos definiram que a profissão de Medicina era um trabalho exclusivamente dos homens, destinando-se apenas às mulheres as tarefas de enfermagem. Hoje este cenário encontra-se em mudança, pois neste momento, para além do igual acesso ao ensino da Medicina, o número de mulheres nestas Faculdades é claramente superior ao número de homens.

Na segunda metade do séc. XIX, em Inglaterra, cresceram dois argumentos essenciais para a constituição da enfermagem como profissão e não como um conjunto de tarefas meramente de apoio à medicina, que foram a necessidade dos profissionais de enfermagem possuir treino e que os pacientes necessitavam de cuidados de saúde prestados num formato contínuo. Foi Florence Nightingale que deu o grande impulso para a enfermagem caminhar no sentido de ser instituída como profissão e criou a Escola em 1860, onde treinou enfermeiras na base da obediência e subordinação, no

trabalho de equipa médico/enfermeira. Escobar (2004) ressalta uma análise social de Gamarnikov em que afirma que as enfermeiras tinham a responsabilidade de tratar e cuidar dos pacientes e em limpar as enfermarias, e conotou a relação enfermeira/médico paralela à relação marido/esposa, ou seja, a enfermeira zela pelo ambiente físico e emocional, enquanto o médico faz as suas opções para o que será melhor para cada doente, para cada situação clínica. Este comportamento em ambas as partes contribui para restringir e acentuar a identidade da enfermagem ao estereótipo da feminilidade, enquanto que a medicina era acentuada pela masculinidade, reforçando assim a desigualdade do género na divisão sexual das duas profissões.

Parafraseando Riska (1993), hoje em dia, a Enfermagem continua a ser exercida maioritariamente por mulheres, apesar de os cargos de chefia e direcção pertencerem largamente a Enfermeiros homens, fruto de organizações de saúde com forte influências patriarcais. Os conceitos de subordinação e obediência característicos das profissões hierarquicamente “abaixo” da Medicina ainda persistem, mas com a reconfiguração das competências e qualificações destes profissionais, este panorama social encontra-se a sofrer fortes e profundas mudanças ao nível das Tecnologias da Saúde, em geral, e da Radiologia, em particular, questão que interessa analisar com maior pormenor no capítulo seguinte.

1.2. PROFISSÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

1.2.1. Profissão, profissionalização e profissionalismo

O conceito de ‘profissão’ foi amplamente estudado na sociologia do trabalho até aos anos 60. Os sociólogos estavam preocupados em definir o que é uma profissão, como é que os grupos ocupacionais podiam reclamar o seu status profissional e analisar os papéis dos diferentes profissionais na sociedade. (Abbott, 1998).

Diversos debates sociológicos foram desenvolvidos ao longo do tempo sobre os papéis e o *status* das profissões. Mas actualmente, a literatura recente tomou uma posição crítica, desafiando a motivação dos profissionais e apontando que, os mesmos controlam os utentes e estão preocupados em primeiro lugar, com o seu próprio status profissional e o vencimento monetário.

No entanto, o trabalho que profissionais fazem, tanto necessário como desejável, é sublinhado por Friedson (1994) como uma oferta de serviços aos utentes; já Meg Stacey (1992) sugere que na dimensão da profissão é necessário distinguir alguns conceitos como o profissionalismo (o comportamento do profissional) e a profissionalização (status e factor monetário) (Abbott, 1998).

Os conceitos de ‘profissão’ e ‘profissional’ são conceitos amplos e utilizadas em diversas dimensões sociais, algumas vezes contraditórias entre si. Abbott (1998) descreve que na linguagem do dia-a-dia o termo ‘profissional’ é muitas vezes aplicado para definir o contrário de ‘amador’, ou seja, que alguém que é *pago* para executar um serviço – por exemplo, um futebolista profissional. Este termo também é utilizado para denotar um trabalho que é correctamente bem executado, ao contrário do trabalho mal feito ou feito de um modo desleixado, independentemente se este é pago ou não.

O termo ‘comportamento profissional’ é aplicado como uma definição de aprovação para o que é entendido como comportamento moral/ético, e um ‘julgamento profissional’ é geralmente visto como uma amostra de experiência no âmbito profissional.

Em todo o caso, Abbott (1998) afirma que o uso mais frequente do conceito ‘profissão’ é para definir grupos ocupacionais, isto é, ocupações que são reconhecidas como sendo profissões propriamente ditas.

Existem diversas teorias que ilustram muitas vertentes da sociologia das profissões e algumas definições de profissão

Efectuando uma revisão da literatura, Abbott (1998) cita Goode (1960) onde observa um número de peculiaridades sugeridas por diversos autores, que sublinham que a profissão era baseada num corpo de conhecimentos, que os membros tinham capacidades especializadas e competência para a aplicação dos conhecimentos, e que a conduta profissional era guiada por um código de ética, o foco da qual é serviço para o cliente.

Uma das abordagens sociológicas mais marcantes é a abordagem funcionalista, fundada por Carr-Saunders e Wilson que entendem por profissão como um conjunto de pessoas que exerce um número de praticas fundadas sobre uma formação especializada de modo a dar resposta às necessidades sociais (Rodrigues, 1994).

Neste sentido, Rodrigues (1994) afirma que a constituição de uma profissão decorre a três níveis:

- Especialização de serviços, de modo a satisfazer as necessidades dos utentes.
- Criação de associações profissionais que garantam aos seus membros protecção exclusiva, através de processos de qualificação do trabalho e fixação de códigos de conduta e ética para os profissionais.
- Estabelecimento de uma formação específica fundada sobre um corpo teórico de conhecimentos sistemático, permitindo a construção de uma cultura profissional.

Nesta abordagem, a profissão depende do desenvolvimento dos conhecimentos e estes contribuem e fomentam as possibilidades de evolução do profissionalismo (Rodrigues, 1994).

Nesta altura as profissões são caracterizadas pela monopolização de formas particulares de especialização, construção de fronteiras sociais que circunscrevem a profissão através da especificidade das qualificações, dos estágios de integração, uma ideologia de serviço público e altruísmo.

A abordagem interaccionista é fundada por Parsons, que afirma que a profissão resulta da relação entre conhecimentos e sua institucionalização, mediante a interacção profissional de saúde/utente. Estas profissões são comunidades cujos membros

partilham uma mesma identidade, valores, linguagem, um estatuto; têm poder de controlo sobre si e os restantes membros, tal como acerca da formação requerida.

Estas profissões *lutam* geralmente, através da sua diferenciação e demarcação social, por um status relevante e vencimentos monetários elevados. Mas existe alguma ambiguidade e disputa no que toca à catalogação do que são ocupações e o que são as profissões, tanto em questões de reconhecimento aos olhos da sociedade como nas teorias conceptuais sociológicas. Contudo, segundo estudos sociológicos actuais, diversos grupos ocupacionais considerados de '*colarinho branco*' reclamam status profissional ou desenvolvem estratégias para atingir esse mesmo status.

Abbott (1998) nas suas pesquisas em torno da profissão descreve que a algumas profissões da saúde como a Enfermagem têm manifestado preocupação em estabelecer o seu status profissional e em desenvolver estratégias profissionais.

É neste sentido que, nas profissões TDT, a primeira função do profissionalismo é a protecção desses padrões de caracterização profissional (anteriormente referidos) das pressões originadas pelo meio envolvente. Este processo decorre mediante a construção de uma crença baseada na especialização, de que a realização de determinadas funções requerem um conhecimento específico e uma competência adquirida por formação prolongada. A segunda função do profissionalismo fundamenta-se no conceito de autonomia onde, os TDT mais qualificados se encontram mais habilitados para determinar como as funções devem ser realizadas. A dedicação delinia-se neste processo através da crença no desenvolvimento e exercício de funções especializadas dignas de devoção de uma vida e carreira (vistas aqui como recompensa). Por fim, a responsabilidade que cresceu devido ao exercício de funções específicas e especializadas atribui um poder a estes profissionais criando-se uma relação fiduciária com a sociedade (Rodrigues, 1994).

Mas é a sociedade que concede às profissões da saúde, como a Radiologia, autonomia em troca de capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações de cuidados de saúde. Também é esta que confere níveis de poder à comunidade profissional, que no caso da Radiologia oferecem como contrapartida crucial uma procura constante de elevação dos níveis de formação dos seus membros (Rodrigues, 1994).

Assim sendo, um processo que contribui para a definição de uma profissão de saúde é a profissionalização que, segundo Hughes (1971), não é mais do “(...) que um processo de afirmação de ocupações por oposição ou afastamento dos modos amadores de desenvolvimento da actividade: mudanças tecnológicas e organizacionais e novas técnicas; o aumento dos níveis de qualificação de muitas ocupações; mudanças na organização do trabalho das profissões e mais antigas; (...) a emergência e desenvolvimento de actividades que requerem em número crescente os serviços de profissionais; aumento de ocupações que aspiram ao estatuto de profissão (...)” (Rodrigues, 1994: 16).

Mas este fenómeno que se perspectiva na saúde, nem sempre decorre de uma forma tão linear e progressiva, pois ocorrem inúmeras mudanças sociais no seio das instituições e existem conflitos que se geram entre os diferentes grupos profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde.

Neste contexto, Abbott (1998) estudou os fenómenos da profissionalização e profissionalismo nas profissões de Medicina e Enfermagem.

Nas suas reflexões, a autora sublinha a teoria do sociólogo Johnson (1972) que construiu as suas teorias sobre a profissão, através da perspectiva marxista que descreve que as profissões formam uma forma particular e institucionalizada de controlo do cliente. O *status* da profissão salta aos olhos do cliente como forma de reconhecimento social da posse por parte dos profissionais de um conhecimento especializado profissional, que aplicam e prestam os seus serviços à comunidade. Consequentemente, os profissionais são aceites como especialistas, e normalmente possuem antecedentes legais para isto, tornando os seus clientes dependentes socialmente e economicamente.

A classe médica é um bom exemplo desta abordagem marxista. Abbott (1998) no seu livro descreve como os médicos actuam colectivamente, direccionando os seus interesses na insistência num grupo exclusivo de conhecimento, na unidade profissional, na promoção e melhoramento do seu próprio *status*. Neste processo, os médicos devem reconhecer a centralidade dos pacientes, na saúde e na cura e, conformemente, ajustar os seus ideais de autonomia clínica e o seu controlo social sobre as outras profissões acessórias à Medicina.

Segundo Hugman (1991), o profissionalismo na área da saúde resulta de parceria entre os profissionais e os utentes, ou seja, em vez de só existir transição de

conhecimentos para o lado profissional, passa a existir para os dois lados, onde se constrói um conhecimento e um reconhecimento social, através da prestação de serviços por parte do profissional a um utente com determinadas necessidades (Abbott, 1998).

Mas, o reconhecimento social de uma profissão não se constrói apenas em torno da posse de um conhecimento que permitem ao profissional exercer especificamente numa determinada área; a sua construção também envolve outras dimensões sociais adjacentes à profissão, como é o efeito social do género nas relações interprofissionais.

Abbott (1998) realça os estudos sociológicos de Celia Davies (1995) que propôs um novo modelo de profissionalismo para a Enfermagem. Esta socióloga sugere que os novos profissionais que se encontram a sair para o mercado de trabalho, procuram executar as suas tarefas direccionadas para o utente, interagem com outros profissionais em equipas multidisciplinares e fazem uso reflexivo da sua experiência e especialidade. Mas todas as profissões de saúde, com excepção da Medicina são profissões femininas e Abbott (1998) sublinha que o trabalho levado a cabo por estas profissionais mulheres é classificado aos olhos da sociedade em geral a extensão do trabalho executado na esfera doméstica.

Este fenómeno acontece nas sociedades ocidentais, que são caracterizadas por serem sociedades patriarcais, onde o homem domina a maioria das actividades sociais. As feministas da época argumentam que no processo de mobilidade ascendente, as profissões dominadas por homens ganharam controlo social e subordinaram as ocupações dominadas por mulheres. Esta situação é claramente ilustrada na dimensão da Medicina, onde a profissão médica é dominada por homens e onde, no processo de atingir o seu *status* profissional, as ocupações femininas de enfermagem e das Profissões das Tecnologias da Saúde, foram colocadas numa posição hierárquica de suporte e subordinação (Abbott, 1998).

Esta tendência desfavorável em que os trabalhos hierarquicamente inferiores são executados por mulheres, enquanto que a maioria dos homens ocupam cargos de prestígio como na área da gestão, induz actualmente em muitas profissões, como a Enfermagem, a lutarem para ganhar reconhecimento social a fim de conseguirem conquistar o direito de controlarem o seu próprio trabalho e conquistarem um reconhecimento e prestígio aos olhos da sociedade, que lhes permitam definir claramente fronteiras relativamente às outras profissões da mesma instituição a nível

dos saberes, da qualificação, do desenvolvimento profissional, das relações inter profissionais, entre muitos outros aspectos.

Davies (1995) sublinha que é graças a esta tendência, ao conhecimento inerente, às práticas especializadas e à actividade das outras profissões adjacentes à Medicina que permite a esta que se apresente como um grupo (essencialmente) masculino, com poder e com privilégio de se realizar socialmente como profissão (Abbott, 1998). *E mais...* Apesar da Enfermagem e as Profissões das Tecnologias da Saúde serem profissões consideradas femininas, os poucos homens que nelas trabalham, ocupam postos igualmente hierarquicamente superiores como a gerência ou o ensino.

Mas as mulheres actualmente têm desafiado o domínio do homem e desenvolvido estratégias para atingir o *status* profissional e construir um profissionalismo que catapultará as profissões femininas para a ribalta do reconhecimento social da sua importância no diagnóstico e terapêutica dos pacientes.

No entanto, nem todos os aspectos da profissionalização e do profissionalismo podem ser reduzidos para o género. Pamela Abbott (1998) indica que o conflito entre os grupos ocupacionais não é uma luta entre sexos, mas resistência de um sector como a Enfermagem, uma profissão claramente feminina na execução de tarefas menos prestigiadas. As relações de dominação e estratégias que excluem não estão confinadas a classes ou a género.

O profissional para conquistar o seu *status* profissional deve cultivar a sua formação, autonomia, novas competências e garantir um controlo social sobre todas as tarefas profissionais. Assim, para além dos jogos de poder onde as relações do género ocupam o papel principal, o profissional ao manter um monopólio de inter relações na sua esfera laboral, fomenta uma base sólida de conhecimentos que garantirão no futuro um bom processo de profissionalização e profissionalismo.

Este processo de reconfiguração do profissionalismo das profissões hierarquicamente inferiores à Medicina não é algo socialmente fácil. Larson (1977) sugere que as profissões são ocupações que, por estratégias de mercado, ganharam domínio sobre áreas de preocupação social, mas Abbott (1988) sugere que existe uma rede de profissões, que contestam as relações e fronteiras inter profissionais e a subordinação de outros grupos ocupacionais. Ele sugere que as profissões servem os seus próprios interesses e também os dos outros. As profissões tradicionais atingiram

um elevado *status* e um elevado vencimento para os seus membros, desenvolvendo núcleos de poder que sustentam os valores que regem a profissão, controlam o acesso a ela e as suas características.

Neste sentido torna-se difícil para as profissionais mulheres lutarem por uma igualdade de reconhecimento profissional no seio das instituições de saúde, pois os cuidados de saúde prestados por estas são considerados como tributos naturais na sociedade das mulheres, esposas e filhas existindo assim, uma certa tendência para a sua desvalorização e desclassificação social, uma vez que não se reconhecem nem competências nem qualificações profissionais.

Hochschild (1993) classifica este trabalho *feminino* de 'trabalho emocional', ou seja, um trabalho suportado e negociado tendo em vista o controlo do estado emocional da pessoa que está a ser tratada (Abbott, 1998).

Estes grupos ocupacionais 'femininos' ainda aspiram por um *status* profissional, exigindo uma área de especialização, com um ensino superior e prolongando e, com estágios que possibilitem a qualificação e creditação dos profissionais.

Assim, não só as relações de género inter profissionais terão que sofrer profundas mudanças a nível das políticas de trabalho, mas terá que existir um esforço conjunto para que os profissionais desenvolvam os seus saberes, a sua formação profissional, dando credibilidade à imagem da profissão e contribuindo para o reconhecimento da mesma aos olhos da sociedade. Na área da saúde este desafio é uma constante e muito actual, onde todas as profissões hierarquicamente inferiores à Medicina terão que lutar pela reformulação das fronteiras inter profissionais, fomentar a especialização em novas áreas de intervenção, apostar na formação e na qualificação dos profissionais a fim de garantir uma reconfiguração das profissões, de modo a colocá-las na ribalta do reconhecimento social na sociedade.

A profissão TR não será uma excepção a esta tendência social que se encontra em desenvolvimento na esfera social da saúde...

1.2.2. Desenvolvimento Profissional e a Construção da Carreira

Quando um indivíduo ingressa no mundo laboral inicia uma trajectória profissional baseada na sua busca e reconstrução incessante da sua identidade profissional, nos seus interesses, nos seus comportamentos e perspectivas futuras no seio da sua profissão.

Existem diversas formas de construção de um ciclo de vida profissional, nas quais dentro destas encontramos uma perspectiva pioneira de “Carreira Profissional” abordada por Huberman acerca da vida profissional dos professores.

Segundo este autor, o desenvolvimento da “Carreira” é entendido como uma sequência de experiências vocacionais de relevo ao longo da vida, ou seja, dando ênfase às mudanças registadas no desenvolvimento individual (do profissional) a nível físico, intelectual, afectivo, social, da personalidade e vocacional; desde a entrada na profissão até à reforma (Estrela, 1997).

No seu modelo de “Carreira”, Huberman traça várias etapas gerais: Entrada na Carreira, Estabilização, Diversificação, Pôr-se em Questão, Serenidade e Distanciamento Afectivo, Conservadorismo e o Desinvestimento.

As primeiras fases representam o estabelecimento, em termos profissionais, de seguida vêm os estádios de “força” ou “avanço”, através da progressão em escalões ou patamares de domínio da profissão escolhida. Para os profissionais que atingem em pleno os seus objectivos profissionais ou são bloqueados posteriormente existirá um período de reflexão, seguido de um desinvestimento progressivo no campo profissional (Nóvoa, 1995)

No início de uma carreira profissional existem duas sequências de extrema relevância: a “exploração” e a “estabilização”. Segundo Huberman, a primeira ilustra a investigação provisória que o indivíduo realiza dos contornos da profissão mediante a experimentação de vários papéis. Se esta experimentação for positiva procede-se consequentemente à “estabilização” (compromisso), onde os sujeitos centram as suas atenções no domínio das características do seu trabalho, procurando focalizarem-se ou até mesmo especializar-se, com o intuito de poderem desempenhar tarefas e assumir papéis e responsabilidades que sejam melhores monetariamente ou atribuam prestígio e reconhecimento no seu meio laboral (Estrela, 1997 e Nóvoa, 1995).

Assim sendo, o processo fundamental que envolve a fase da Entrada na Carreira é o da “exploração”, no âmbito de serem determinados os parâmetros da situação profissional presente e os comportamentos que devem ser adoptados perante esta.

A “exploração” pode assumir aspectos significativos dos quais Huberman destaca dois: a fase da “sobrevivência” e a fase da “descoberta”.

Esta etapa traduz-se na fase da “sobrevivência”, quando o profissional se confronta com a realidade complexa que caracteriza a sua situação profissional, dando-se o “choque” entre os ideais (oriundos da formação escolar) e as realidades que compõem o meio envolvente. Existe a necessidade, segundo Nóvoa (1995), de tacto constante em que o profissional se questiona a si próprio, a preocupação consigo e se está realmente a proceder adequadamente perante as situações de trabalho, a preocupação com a fragmentação do trabalho e as dificuldades que enfrenta enquanto docente quando tenta transmitir os seus conhecimentos, manter a relação de aproximação/distanciamento dos alunos, etc.

Para além da “sobrevivência” existe também a fase de “descoberta” que traduz o entusiasmo inicial, a experimentação, a exaltação e a responsabilidade. Estrela (1997) evidencia no seu estudo em torno dos professores, afirma que estes vivem esta etapa de forma muito positiva porque os ajuda a superar os problemas associados com a “sobrevivência”.

Estas duas fases, segundo alguns autores, são vividas em paralelo pelo profissional docente, devendo o segundo aspecto permitir aguentar o primeiro, mas também existem casos em que apenas predomina um dos aspectos.

“(…) A exploração é limitada por parâmetros impostos pela instituição: as pessoas têm oportunidade de “explorar” poucas turmas para além das suas, poucos estabelecimentos, para além do seu, poucos papéis para além do de ser responsável pelas suas turmas (...)” (Nóvoa, 1995: 39).

Neste sentido, a vivência da entrada na Carreira Profissional varia consoante o perfil profissional, podendo-se encontrar nos professores tanto características de “sobrevivência” ou de “descoberta” ou até mesmo as duas como foi referido anteriormente, caracterizando assim o ingresso como positivo ou negativo, isto é, uma entrada fácil ou uma entrada difícil. Existem perfis que são caracterizados pela

indiferença, serenidade ou frustração, variam consoante o tipo de ingresso, ou seja, o tipo de motivação para a profissão, ter ou não ter experiência prévia ou até mesmo a atribuição de um conjunto de tarefas ingratas ou inapropriadas.

Estrela (1997) resume esta etapa, citando Huberman (1992), em que sublinha que a “exploração” pode ser sistemática ou aleatória, fácil ou problemática, concludente ou enganadora.

A Estabilização ocorre quando o professor realiza um compromisso definitivo com a instituição, ou seja, quando decorre o processo de efectivação. É aqui que se desenvolve a tomada de responsabilidades por parte do profissional perante a sua pertença a um corpo profissional, a sua independência e autonomia (através de processos de afirmação) cultivando-se assim a “libertação” e “emancipação” do professor.

Tal como Nóvoa (1995) sublinha:

“(...) No caso do ensino, a estabilização tem outros significados, como, por exemplo, a pertença a um corpo profissional e a independência. Um grande número de professores fala mesmo de “libertação” e “emancipação”. Uma vez colocadas, em termos de efectividade, as pessoas afirmam-se perante os colegas com mais experiência e, sobretudo, perante as autoridades. Neste sentido, estabilizar significa acentuar o seu grau de liberdade, as suas prerrogativas, o seu modo próprio de funcionamento (...)” (Nóvoa, 1995: 40).

É nesta etapa que se procede à escolha de uma identidade profissional, caso contrário o indivíduo corre o risco de se dispersar nos seus papéis e no próprio sentimento da identidade profissional. A realização de escolhas é fundamental no processo de estabilização do profissional docente, ou seja, escolhas subjectivas e a sua consequentemente nomeação. O que isto significa, para Nóvoa (1995), um professor passa a sê-lo para si e para os outros. No entanto, tem de realizar escolhas como por exemplo, ser professor do ensino secundário ou seguir carreira universitária ou até mesmo investigação.

Em muitos estudos empíricos (de Fuller em 1969 e Burden em 1971, por exemplo), a estabilização traz consigo um desenvolvimento do sentimento de “competência pedagógica”, que conduz a um aumento da confiança e conforto devido a

uma maior descentração por parte dos sujeitos, diminuindo as suas preocupações com os outros e aumentando-as relativamente aos seus objectivos didácticos, permitindo consequentemente uma melhor definição dos seus limites, tolerância, responsabilidades e espontaneidade (Estrela, 1997 e Nóvoa, 1995).

A fase da Diversificação, segundo Huberman, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um conjunto de experiências pessoais que permitam ao profissional encontrar novos estímulos, ideias e compromissos evitando a rotina de modo a manter o entusiasmo pela profissão.

Antes da fase da estabilização do profissional, as incertezas, as inconsequências e o insucesso geral tendiam de preferência a restringir qualquer tentativa de diversificar a gestão das aulas e até instaurar a rigidez pedagógica.

Nóvoa (1995) refere de um trabalho publicado por Cooper (1982) a caracterização desta fase:

“(...) Durante esta fase, o professor busca novos estímulos, novas ideias, novos compromissos. Sente a necessidade de se comprometer com projectos de algum significado e envergadura; procura mobilizar esse sentimento, acabado de adquirir, de eficácia e competência (...)” (Nóvoa, 1995: 42)

Assim para o mesmo autor, citando Prick (1986), nesta fase da carreira profissional, os professores seriam os mais motivados, dinâmicos e empenhados nas equipas pedagógicas, traduzindo uma certa ambição pessoal (por parte de alguns) para o alcance de cargos administrativos.

Estrela (1997) acrescenta ainda que após a fase da estabilização profissional existe uma fase de experimentação que pode seguir duas vertentes gerais no âmbito do ensino. A primeira é quando alguns docentes procuram a consolidação pedagógica mediante a vinculação da sua prestação e pelo impacto no seio da turma com a diversificação do material didáctico, dos modos de avaliação, da forma de agrupamento dos alunos, das sequências adoptadas do programa, etc. Outros docentes, ao tomarem consciência dos obstáculos institucionais que contrariam o desejo de maximização da prestação na sala de aula, procuram actuar contra o sistema em que estão inseridos com o intuito de provocar mudanças profundas na instituição de ensino.

A etapa seguinte possui como característica fundamental a crise originada essencialmente pela queda na rotina dos processos de trabalho (ou outras causas adjacentes), conduzindo o profissional ao questionamento e balanço na profissão. Este *questionamento* não é então vivenciado da mesma maneira pelos indivíduos pois depende dos motivos que conduzem a este processo (por ex.: aspectos desagradáveis das tarefas ou condições de trabalho).

Os “sintomas” desta postura podem ir desde uma ligeira sensação de rotina até a uma crise existencial efectiva face à prossecução da carreira. Pode também passar por uma sensação de rotina a partir da fase de estabilização, sem que os profissionais passem por uma actividade inovadora.

Nesta linha de pensamento, esta fase de questionamento não é sentida da mesma maneira por todos os profissionais envolvidos porque os parâmetros sociais, como por exemplo, as características da instituição, o contexto socio-político e económico ou os acontecimentos da vida familiar, são determinantes e diferentes para cada um (Nóvoa, 1995).

Na sequência desta fase é “(...) possível identificar-se, por volta dos 45-55 anos, um período caracterizado por uma descida do nível de ambição pessoal, do nível de investimento e um aumento da sensação de confiança e serenidade (...)” nas situações de trabalho (Estrela, 1997: 124).

Vários estudos empíricos demonstraram que os profissionais quando atingem este estádio na carreira profissional têm um nível de ambição e investimento mais baixos, um nível de confiança e serenidade mais altos. Neste patamar, os professores já não têm mais nada a mostrar e a provar aos outros e reduzem a distância que separa os objectivos do início da carreira daquilo que foi possível realizar até ao momento, possuindo apenas objectivos mais modestos para o futuro que resta.

O distanciamento afectivo do professor face aos alunos é uma característica que também se evidencia nesta etapa. No início da carreira profissional, a relação do professor com os alunos é como de irmão mais velho; com o passar dos anos, o distanciamento vai aumentando devido, em grande parte, à pertença a gerações diferentes, isto é, as suas “subculturas” são igualmente diferentes.

Com o passar dos anos, o profissional desenvolve uma tendência para o “conservadorismo” onde a rigidez, o dogmatismo, a resistência à mudança e o sentimento de nostalgia dominam nesta fase da carreira.

Nóvoa (1995) evidencia a relação entre a idade e o conservadorismo. Alguns artigos revelam que com o avançar da idade existe uma tendência maior para o aumento da rigidez e para o dogmatismo, para uma prudência mais acentuada, para uma maior resistência às mudanças, para uma nostalgia do passado, uma visão geral face às expectativas sobre o futuro, etc.

No final da carreira profissional dá-se uma libertação progressiva do investimento no trabalho e uma maior consagração de tempo e interesses exteriores à instituição e a uma vida social de maior reflexão. “(...) Trata-se de um fenómeno que se pode considerar de “desinvestimento” nos planos pessoal e institucional, um retrocesso face às ambições e ideias presentes à partida (...)” (Estrela, 1997: 125).

Nesta etapa de Desinvestimento, a postura geral destes profissionais é positiva e passa pela libertação das pessoas, sem lamentarem o investimento na vida laboral e direccionam parte do seu tempo para si próprias e para actividades exteriores ao mundo do trabalho e também para uma vida com uma componente social e filosófica maior.

Através deste modelo, Huberman traçou várias etapas que traduzem uma sequência de construção da carreira profissional, porém nem todos passam por todas as fases e traçam a mesma sequência. A dispersão dos diversos percursos possíveis adoptados pelo profissional em estudo depende das características da profissão, da instituição e do próprio indivíduo.

Nesta linha de pensamento, na sua investigação empírica, Huberman (cf. Estrela, 1997) procurou testar e reformular este modelo de construção de uma carreira profissional identificando várias trajectórias-tipo segundo as diversas categorias profissionais da docência constituídas com base no número de anos de experiência profissional, mas analisou de uma forma pormenorizada a diferenciação entre as trajectórias seleccionadas pois uma análise generalizada implicaria deixar de estudar algumas particularidades essenciais, cujo peso é relevante na direcção da construção das carreiras.

1.2.3. A Formação Contínua e *Empowerment* como Elementos Mediadores do Desenvolvimento Profissional

O conceito de formação encontra-se intimamente associado aos processos de desenvolvimento profissional que promovem a capacitação dos profissionais para o exercício da profissão.

Antes de abordarmos a questão da formação contínua nos processos de desenvolvimento profissional é pertinente clarificar o próprio conceito de formação. Este conceito é descrito sobre diversos contextos, dependendo da realidade envolvente, dos factores sociais e dos actores envolvidos.

A clarificação do significado de formação parte assim, de diferentes conceptualizações baseadas em torno de representações e de práticas. Silva (2003) no seu livro “Formação, Percursos e Identidades” cita Goguelin (1975) que define o lexema geral do conceito de formação, apontando que se entende por:

“(...) a) A acção pela qual uma coisa se forma, é formada, produzida; por exemplo: a formação da criança no ventre da sua mãe;

b) A acção de formar, de organizar, de instituir; por exemplo: a formação de um regimento;

c) O modo como uma coisa se formou, por exemplo: a formação das espécies; [...].

d) O resultado da acção pela qual uma coisa se forma, por exemplo: a formação geológica de um dado maciço;

e) O resultado da acção de formar, por exemplo: uma formação em cadeia; (...)” (Silva, 2003: 26).

Observando um rol de definições e circunscrevendo o conceito ao contexto pedagógico, Silva (2003) sublinha uma variedade de conceitos descritos por alguns sociólogos entre os quais Fabre (1995), Goguelin (1975), Avanzini (1996) e Alin (1996).

O primeiro autor afirma que a formação é, como resultado, a qualificação; como sistema, o plano de formação; como processo, a formação como forma de trabalho sobre as representações. Este fenómeno manifesta-se na transmissão de conhecimentos,

valores e do saber-ser (ex.: a educação), em que a acção desta contempla a relação do saber com a prática, com a vida, modela a personalidade e instrui o indivíduo.

Já Goguelin (1975) realça que a formação apela a uma acção profunda e global sobre a pessoa, isto é, a transformação de todo o ser configurando o saber, *saber-fazer* e o *saber-ser*.

Nesta linha de pensamento, para este autor, este processo induz uma intervenção profunda e global nos indivíduos a nível intelectual, físico e moral, trazendo mudanças nas suas interacções com o meio envolvente, não sendo apenas um fenómeno de aquisição de conhecimentos.

O outro autor, Avanzini (1996) defende que a formação é um processo desenvolvido com o intuito de conferir ao sujeito uma competência que é precisa e limitada por um lado, mas em contrapartida é predeterminada, isto é, o seu uso é premeditado desde o início. Esta premeditação é devido ao fenómeno da formação se processar perante um imperativo de necessidade ao qual está inerente um objecto essencial de adaptação face aos estímulos sociais do meio, isto é, que visa colmatar uma insuficiência de natureza profissional ou cultural detectada. Neste sentido, a formação pode ser encarada de um modo mais amplo e ser apenas restringida a uma lógica de transmissão de um conjunto de conhecimentos, ou seja, a formação pode ser visionada como algo que favorece o desenvolvimento profissional do indivíduo, uma vez que este tira partido das oportunidades dos processos formativos de modo a colmatar deficiências de âmbito laboral e também, aumentando a sua criatividade, autoconfiança e sentido de responsabilidade (Silva, 2003 e Ponte, s.d.).

Alin (1996) fomenta o conceito de formação como um mecanismo de desenvolvimento de um projecto individual e, que abrange diversas dimensões como o contexto social em que o indivíduo está inserido, mas também, a sua inter-relação com os outros mediatizando-se o ser e fazer, e o ser e saber. Isto apela a uma dinâmica das práticas onde interagem os actores envolvidos com os contextos sociais (ex.: família, lazer, características do trabalho) e com os contextos didácticos da própria formação no interior da organização.

Visto isto, o indivíduo que se encontra no seio de uma organização, com as suas representações e identidade interage no campo da formação em diversos contextos de

trabalho interrogando-se sobre quem é, o lugar que ocupa, o que sabe e o que pode fazer (Ponte, 1998 e Silva, 2003).

Neste contexto, Silva (2003) cita Tight (1996) onde realça que a formação ocorre em função de dois pólos distintos:

1º - A formação releva “(...) a dimensão do saber e do saber fazer, numa óptica valorativa do domínio profissional, e do sujeito enquanto integrado num sistema complexo de produção, que exige saberes e competências especializadas, nas quais e para as quais é preciso formar, a formação é configurada numa perspectiva vocacional (...).

2º - A formação enfatiza “(...) a dimensão do desenvolvimento global do sujeito, redimensiona o saber, o saber fazer e o saber ser, numa óptica de construção integrada de todas as dimensões constitutivas do sujeito, privilegiando a auto-reflexão e a análise, no sentido de uma desestruturação – reestruturação contínua do sujeito enquanto ser multidimensional, sendo a formação orientada por uma perspectiva liberal (Silva, 2003; 33).

Já Fabre (1995) ilustra a mesma ideia focando que a formação ocorre com base em dois paradigmas: o tecnológico e o biológico. No paradigma tecnológico o sujeito forma-se com o intuito de se modelar ou adaptar-se ao posto de trabalho, enquanto, que no outro paradigma, o mesmo procura transformar-se face a um cenário social de mudança.

Seguindo esta corrente de conceptualizações, a formação e a direcção que esta toma ao longo do tempo encontra-se subjacente ao indivíduo em si, ou seja, é algo inerente ao ser e ao modo de se estar na vida. Tal como Silva (2003) sublinha citando Carvalho (1994), a formação “(...) não abrange e implica não só o homem individual (a individualidade), como também o homem na sua relação com os outros (a sociabilidade), com o mundo que o rodeia e o percorre (a mundaneidade) e com o tempo que lhe é simultaneamente imanente e transcendente (a temporalidade). (...)” (Silva, 2003: 35).

É neste âmbito que a formação apela à sua vertente social pois existe, segundo (Muñoz, 1992) a produção de actores sociais que se adaptam activamente às necessidades internas e externas do modo de funcionamento da organização, aos papéis

e as posições profissionais que esta oferecerá no futuro. O que isto significa é que um indivíduo que faça diversas formações é sujeito à sua própria socialização por se adaptar às carências predefinidas evoluindo numa constante.

A prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação.

Tal como ocorre noutros domínios da actividade social e profissional, a área da saúde vive períodos de mudanças constantes motivadas (desde a segunda metade do séc. XX) pela acelerada revolução tecnológica e a informatização dos processos. É neste contexto que a formação emerge como um instrumento fundamental para se fazer frente às mutações do meio envolvente, para se produzir e gerir mudanças deliberadas.

As preocupações com a melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes e a melhoria da qualidade da formação dos profissionais de saúde exigem um investimento na formação dos profissionais, não dispensando mudanças estruturais no seio da organização.

D'Espiney (2003) sublinha uma definição de formação, citada por Carré (1992), em que este processo, numa unidade de psiquiatria, é:

“(...) A passagem de uma organização taylorista a uma organização participativa implica uma abertura para a autoformação dos assalariados (...)” (d'Espiney, 2003: 182)

É no âmbito desta *destaylorização* dos processos de trabalho no seio das organizações que devem ser valorizadas as competências e não as técnicas que permitem a cada profissional construir a sua representação intelectual, relativa à globalidade do conjunto de tarefas que efectua em prol de uma cadeia de produção. É este factor que caracteriza a organização como participativa, onde cada sujeito pensa e age no seu local de trabalho, como um actor social autónomo e criativo, onde traça as directrizes da sua carreira profissional e desenvolvimento profissional, no sistema social da instituição (Silva, 2003).

Canário (2003) aponta no âmbito dos processos de formação na carreira profissional em saúde, em Portugal materializam-se três grandes tendências:

1.) Actualmente existe um desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua dirigida para os profissionais de saúde.

2.) Existe um processo de enriquecimento, diversificação e complexificação de uma visão profissional polarizada tradicionalmente (no médico ou na enfermeira), mas sempre com a profissão médica no topo, como o ideal nos aspectos da tecnicidade e cientificidade, ou seja, o modelo biomédico.

Este fenómeno deve-se à reconfiguração dos territórios profissionais da saúde, que corresponde a uma reformulação no interior das profissões clássicas, com a emergência ou revalorização de determinados ramos especializados. Esta reconfiguração concretiza-se também pela emergência de novos grupos profissionais habitualmente abrangidos pela designação genérica de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, como por exemplo os Técnicos de Radiologia (Lança, 2003).

3.) A emergência relevante do ensino superior politécnico, cujas funções ocupam domínios na formação inicial e contínua, na investigação e na intervenção nas comunidades locais, permite uma articulação entre a formação em si e os processos de construção, reconstrução e afirmação identitária dos grupos profissionais não médicos.

No contexto da formação enquanto produtor de conhecimento científico, o profissional domina um conjunto de saberes científicos, susceptíveis de serem aplicados mediante uma tecnologia, sendo para isso formado através de um processo onde adquire um conjunto de requisitos prévios e indispensáveis à acção.

Na verdade, nas profissões de saúde, como os TDT com uma forte componente tecnológica na composição do seu saber científico vê-se, à semelhança da enfermagem, uma “(...) sobrevalorização da anterioridade da formação, relativamente à acção e à mudança; pela sequencialidade conhecimento científico – conhecimento tecnológico – treino que corresponde a uma matriz fundamental da forma escolar; por uma orientação dominante para a capacitação individual (...)” (Canário, 2003: 129). O que significa é que a formação inicial se encontra centrada na dimensão técnica, cuja finalidade é a extraterritorialização dos conhecimentos.

Perante um cenário de trabalho em permanente mudança acelerada, os estabelecimentos de ensino possuem uma dificuldade extrema em responder às necessidades de formação dos futuros profissionais. Isto deve-se em parte a um aumento

do distanciamento dos professores relativamente a estes contextos, investindo assim numa formação mais escolarizada, definindo-se conseqüentemente uma fronteira temporal entre a transmissão de conhecimentos teóricos e práticos, isto é, a teoria é dada na instituição escolar e a componente prática nos locais de exercício da profissão.

Um primeiro tempo de formação de um profissional, decorre na escola e são ministrados saberes teóricos, cujo objectivo é a aquisição de conhecimentos, compreensão e atitudes profissionais essenciais para executar, planear e avaliar a prestação de cuidados de saúde. Na formação prática, o futuro profissional aplica os saberes que já assimilou anteriormente e aplica-os directamente na comunidade (D'Espiney, 2003).

O desajuste que possa existir entre o que foi ensinado e treinado na formação inicial e as práticas profissionais observáveis no dia-a-dia, é considerado ineficaz, quando a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de aplicação totalmente previsível. Esta situação pode ser superada pelo profissional mediante a aplicação das suas competências e qualificações.

Nesta linha de pensamento, "(...) a acção profissional tem lugar em contextos sociais, marcados pela singularidade e incerteza, em que se cruzam as prescrições hierárquicas, a procura social e os interesses próprios dos profissionais. (...) Por outro lado, a aquisição de um conjunto de saberes, a interiorização de um conjunto de valores e o domínio de um conjunto de gestos técnicos não constituem pré-requisitos susceptíveis de uma transferibilidade linear, determinando a acção profissional. Os saberes anteriormente adquiridos constituem um *stock* de recursos que podem ser mobilizados segundo modalidades e configurações muito diversas. (...)” (Canário, 2003:138). A isto chamamos qualificação, mas esta não garante competência do profissional, pois esse conceito corresponde sim, ao “(...) saber encontrar e pôr em prática eficazmente as respostas apropriadas ao contexto na realização (...)” do trabalho (Canário, 2003: 138).

No mundo das Tecnologias da Saúde, tal como em outras profissões da saúde como a Enfermagem⁷, prima-se a relação entre o profissional que presta os seus serviços

⁷ Para Watson (1992), a Enfermagem pode ser definida como “ (...) uma ciência humana de experiências saúde-doença, que são mediadas por uma transacção de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos (...)” (Abreu, 2001: 129). O rol de conhecimentos que compõe a Enfermagem não passa apenas por aqueles que foram obtidos mediante processos de investigação, emergem também conhecimentos oriundos da prática do dia-a-dia, das teorias filosóficas, da história e do

e o utente que os recebe, onde para além dos processos técnicos aplicados face a uma situação de doença específica de caso, deve-se valorizar também outras fontes de conhecimento (como as ciências humanas) que atenuam o efeito tecnicista produzido pela evolução tecnológica no âmbito do exercício profissional. O regulamento do exercício profissional dos TDT é muito explícito neste domínio.

Parafrazeando Abreu (2001), salvaguardando as necessárias distâncias quanto à natureza intrínseca dos saberes em Enfermagem, o património (e essência) do conhecimento da profissão dos TDT, pode subdividir-se em dois grandes pilares: o conhecimento teórico e o conhecimento pela experiência. Abreu (2001) descreve a existência de diversos estudos que realçam a necessidade de afirmar e idealizar a componente prática como uma fonte de produção, formalização e transformação de saberes. Alguns estudos mostram a carência de uma orientação mais relevante para os conteúdos práticos e da própria formação teórica face às necessidades manifestadas pela prática da profissão. Outras pesquisas revelam a prática como uma forma de aplicação de saberes adquiridos por outras vias e ainda de investigações que explicitam a dimensão prática onde o trabalho e a formação são dois conceitos indissociáveis da acção colectiva e individual.

"(...) A inclusão da prática é referida no discurso quotidiano parece assim constituir-se mais como um exercício ideológico do que como a materialização da necessidade de afirmar uma fonte de produção, formalização e transformação de saberes. (...)" (Abreu, 2001: 138)

Para a Abreu (2001) a prática é muitas vezes conotada como se fosse uma acção. A acção, segundo Jarvis (1992) citado pelo autor, é o conjunto de comportamentos

próprio senso comum; podemos ainda encontrar um conjunto de saberes entre os quais, metodologias de intervenção, processo de assistência e perspectivas holísticas. Para Abreu (2001), os conceitos base que sustentam esta dimensão conceptual desta profissão são: o utente, a transição, a interacção, o processo de enfermagem, o meio, a assistência e a saúde. Dentro destes, o mais relevante na profissão de enfermagem é o utente, que constitui o agente receptor dos todos os cuidados de saúde. O utente é alguém como ser humano, com necessidades humanas básicas, que se encontra em permanente interacção com o meio, que numa dada altura da sua vida, pode ter suas actividades quotidianas comprometidas (ou vir a ter) por factores de vulnerabilidade aliados a uma situação de doença. Este desequilíbrio, isto é a transição de um estado de saúde para outro, pode traduzir uma limitação das actividades de vida, o aumento da dependência e a diminuição da capacidade de se auto-cuidar. Cada individuo pensa, sente e interpreta estes fenómenos de maneira diferente, dependendo dos contextos em que este está inserido e das vivências que acarretou ao longo da vida. É nesta lógica individual do utente como ser humano doente, que muito se tem investigado de modo a encontrarem-se as melhores formas de intervenção por parte do enfermeiro para uma prestação de cuidados de saúde o mais adequados que possível para cada situação.

observáveis que emergem da prática, podendo assumir diversas formas ou até desenvolver-se em forma de estádios. Já a prática envolve um conjunto de situações das quais a acção é apenas uma delas, incluindo a acção repetida, a acção reguladora e a acção reflectida. É no desenrolar da acção que, segundo Lança (2003), os actores envolvidos interagem mediante, os seus objectivos e motivações, os meios para atingir os mesmos, as consequências das suas decisões e as próprias circunstâncias aliadas ao meio envolvente.

A prática constitui assim um sistema complexo de interacções decorridas num determinado meio, que enquadra a acção contextualizando-a e atribuindo-lhe uma significação. Por outras palavras, a prática enquanto palco de interacções, entre as quais os conflitos, os juízos de valor, as mudanças (pessoais e colectivas), a reorganização de contextos, as tradições, as regras, os simbolismos, permite ultrapassar um conjunto de conhecimentos estabelecidos, induzindo a produção de novos saberes a partir da interpelação dos preexistentes. Contudo, a teoria pode ser alimentada e sedimentada com base na prática, mas nunca poderá conter e abranger todos os conhecimentos oriundos da prática.

Mas este tipo de produção de novos conhecimentos coloca em questão a cientificidade e o rigor destes. Abreu e Lança referem o modelo de racionalidade científica de Shön (1996) que define e sintetiza uma actividade profissional numa forma de resolver problemas práticos através do recurso a teorias e técnicas consideradas científicas. Isto é, todo o património de saber prático é construído a partir de materiais oriundos de situações problemáticas e da aplicabilidade desses procedimentos com o maior rigor possível. Este cenário é claramente evidente na actuação nos contextos laborais e também nos próprios currículos de formação.

Lança (2003) e outros autores elaboraram uma perspectiva que incide na construção e elaboração de um *curriculum* mediante os processos de formação dos profissionais de saúde que combinem e integrem as dimensões cognitivas como o auto-conhecimento, a auto-estima, a arte, a ética, a intuição, a estética e o conhecimento dos processos de cuidados intersubjectivos humanos.

Lança (2003), à semelhança de Abreu (2001), argumenta que esta perspectiva evidencia uma preocupação constante com o processo de desenvolvimento profissional⁸, onde o desenvolvimento curricular deve incidir sobre os conhecimentos oriundos da prática (aprendizagem contínua em contexto de trabalho) e também sobre os processos de reflexão autobiográfica e não apenas baseados nas actividades decorrentes de prescrições médicas ou de protocolos preestabelecidos no Serviço.

É nos contextos organizacionais não escolares que o desenvolvimento de estudos e conhecimentos através de processos de formação cuja finalidade não é apenas exercer um papel adaptativo no posto de trabalho, mas também desenvolver o *curriculum* profissional, fomentar o desenvolvimento profissional e conseqüentemente progredir na carreira. A construção curricular visa alcançar uma organização do pensamento, delimitando definições e conceitos, demonstrando-se uma sintetização da visão sobre os fenómenos da formação. O indivíduo através do modo como percebe a realidade que o rodeia e se vê como pessoa e enquanto profissional na organização, controla e faz processar o seu trabalho e selecciona a sua formação não só com a finalidade de colmatar uma necessidade, mas ao construir um *curriculum* está também a alimentar a sua auto-realização.

O interesse que o indivíduo possui em alcançar determinado tipo de conhecimentos que constituem posteriormente o *curriculum* profissional pode ser explicado pela teoria de Habermas. Este interesse é a chave da organização do nosso saber detido e do conhecimento que futuramente se pretende adquirir. Perspectivando numa lógica habermasiana, o interesse cognitivo pode ser classificado em três tipos: técnico, prático e emancipatório.

No interesse técnico, o saber tem uma forte preponderância sobre a orientação da prática, isto é, é um tipo de conhecimento teórico prescritor da prática com valor intencional. A acção de formação que advém deste interesse é orientada por ideias prescritas, sendo sujeita a supervisão superior por parte de outros e os resultados são avaliados consoante o grau de ajustamento aos critérios prescritos.

⁸ Neste sentido, para este autor, a Enfermagem, como ciência humanista, deve orientar o seu desenvolvimento profissional com base em princípios interaccionistas, pois o enfermeiro desenvolve as suas competências e a sua profissionalização prestando os seus cuidados de saúde aos utentes, onde cada caso é um caso.

As práticas de formação que “(...) são orientadas por uma racionalidade técnica e instrumental, centradas na exterioridade dos sujeitos, ou seja, nos saberes fazer e nos objectos que estes deverão conhecer e manipular instrumentalmente. Investem na universalidade dos objectos operacionalizados no espaço-tempo da formação e na neutralidade dos sujeitos implicados, concebendo-os como objectos de socialização. (...)” (Lesne, 1984, citado por Silva, 2003: 63).

O *curriculum* que advém deste tipo de interesse encontra-se virado para o processo, realçando a prática como campo de discussão e reflexão da teoria de modo a atingir a interpretação e a consequente adaptação.

Nas práticas de formação onde impera o interesse emancipatório é privilegiado o desenvolvimento da capacidade de análise crítica, conduzindo os formandos à realização contínua de uma formação em análise e uma análise da sua formação, ou seja, este tipo de práticas visam fomentar a reflexão e análise dos indivíduos envolvidos acerca de si próprios e dos seus procedimentos contextualizados no campo laboral, tendo em vista o aumento progressivo da autonomia e emancipação anteriormente comprometidas (antes da formação).

Face ao exposto, não basta valorizar os contextos de formação inicial. A formação contínua ocupa igualmente um lugar privilegiado de passagem nos processos de reconfiguração profissional dos profissionais de saúde, na medida em que a formação constitui um dos principais vectores de dinamização da emancipação dos actores. Na verdade, na linha das teses do saber-poder (Freidson, 1994; Carapinheiro, 1992; Lopes, 1994; Canário, 2003; C. Silva, 2004), a visibilidade dos saberes específicos duma dada profissão concorre para a demarcação social e científica das profissões. Assim sendo, o processo de formação contínua que contribui para a construção do saber específico nas instituições de saúde tem sido um motor de diversas transformações internas, quer a nível das práticas profissionais, quer a nível das sociabilidades colectivas.

Segundo Canário (2003), no início da década de 80, este tipo de formação começou por se denominar *formação de serviço*, valorizando-se apenas as acções formais e pontuais, realizadas no local de trabalho, nos tempos menos produtivos da organização; constituindo e simbolizando um modo de transmissão de informação tradicional e *endotrinadora*. Mas este tipo de formação possuía uma fraca pertinência social devido essencialmente à segmentação social da própria formação, com a distinção

vincada entre os monitores e os executantes, havendo inclusive um não reconhecimento deste tipo de formação, pois era administrada por via informal.

Nos dias de hoje, o processo de formação contínua mais relevante nas profissões de saúde é a *formação em exercício*. Este método é complexo e desenvolve-se segundo duas lógicas fundamentais (intrínsecas aos saberes em questão e às práticas profissionais que, condicionam os processos de socialização profissional no Serviço): a lógica da aprendizagem e a lógica estrutural.

No que se refere à primeira, existem alguns pólos relevantes: a inserção no colectivo de trabalho, a construção de saberes profissionais, a aprendizagem e o significado do trabalho para os actores. A lógica estrutural é essencialmente intrínseca à estrutura do contexto em que se desenvolvem a acção e a formação.

Toda a formação contínua (em exercício) é construída pelos profissionais envolvidos, enquanto agentes activos no contexto de trabalho, encontrando-se permanentemente interdependentes de forma estratégica em relação aos outros profissionais que os rodeiam no seio da organização, ou seja, com o meio ambiente, não sendo possível prever os comportamentos e atitudes dos mesmos, pois são condicionados por um conjunto de estruturas e regras locais que exercem sobre eles uma acção contingente. Neste sentido, as opções profissionais destes actores são fruto de um sentimento de pertença a um grupo e de condições materiais e sociais inerentes ao meio envolvente, legitimando assim as suas acções sociais com base um contexto de trabalho.

Os conceitos de estratégia e transformação no âmbito das interacções sociais do grupo profissional podem considerar-se educativas, pois surgem com uma dimensão formativa no contexto de trabalho do Serviço de Saúde, “(...) uma vez que a aprendizagem em meio de trabalho não envolve uma dinâmica molecular mas sim um processo de adaptação biunívoco dos actores ao meio físico e social circundante (...)” (Canário, 2003: 152). Então, muitos processos organizacionais podem possuir um carácter formativo relevante (mesmo não tendo intenção explícita para este fim), como por ex., os jogos de poder, a conflitualidade e a organização do próprio trabalho, podendo induzir transformações na estrutura social da organização, devido à ocorrência de negociações e interacções entre os profissionais.

Os processos de formação contínua trazem consigo, então, o conceito de comportamento estratégico (face aos fenómenos sociais no interior da organização) e as oportunidades de aprendizagem que os vários momentos e níveis de formação, que conduzirão a um desenvolvimento de competências neste âmbito, colocando “(...) em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade a sua identidade e a sua afectividade (...)” (Canário, 2003, 152).

Desta forma, a formação contínua não deve apenas ser definida mediante os comportamentos (sustentados por intenções, interesses, ideologias e estratégias) dos actores, mas também pela análise do funcionamento do grupo profissional no seio da organização, sobretudo o conhecer o contexto sócio-cultural e os mecanismos de acção existente no seio da organização em estudo.

Nesta linha de pensamento e sintetizando, a formação contínua decorre segundo a importância que cada actor interveniente dá à aprendizagem de novos conhecimentos e segundo o contexto (estrutura) presente do próprio Serviço. Isto significa que a formação é perspectivada pelos profissionais como um processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de capacidades, com vista à transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho (Canário, 2003).

A aprendizagem mediante a experiência em campo é aqui valorizada uma vez que se reconhece a importância do carácter formativo dos contextos de trabalho, que contribuirá para o desenvolvimento das diversas competências que os processos do trabalho requerem. Esta processa-se simultaneamente enquanto acção e formação, nos mesmos espaços e tempos, levando ao aproveitamento dos tempos produtivos da organização, evitando a sua canalização para os chamados tempos mortos da organização e as acções não sejam realizadas à margem dos problemas concretos e específicos dos Serviços (D’Espiney, 2003).

À semelhança de Canário (2003) nos seus estudos sobre a enfermagem, Luís Lança (2003) e Carlos da Silva (2005) argumentam que a prática clínica dos TDT, em geral, e dos TR (TR), em particular, não é apenas uma área de aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos previamente, mas também um meio essencial de desenvolvimento das competências que compõem a profissão, pois o contacto com a

comunidade insere o TR no interior de uma cultura profissional diversificada e única, onde actuam várias representações, ideologias e estratégias de negociação na profissão, contribuindo para a construção da sua identidade profissional.

No caso concreto da Radiologia, algumas estratégias de revalorização profissional, utilizadas nos processos de formação contínua, tentam associar as competências tradicionais dos médicos e dos enfermeiros às tarefas atribuídas anteriormente por exclusivo à classe médica em contextos de trabalhos em que ambas se apresentassem difusas (a administração de contrastes é um exemplo típico desta questão). Assim, este conjunto de competências tradicional dos TR parece poder ser perspectivado como o complemento de outro rol de competências médicas, de carácter transferível em matéria de comunicação, trabalho em equipa e situação pontual de trabalho.

Importa igualmente salientar que nos processos de formação é crucial o levantamento das necessidades de realização dos mesmos. Este processo é pouco definido e dependente do contexto de desenvolvimento das práticas profissionais, isto é, do exercício da profissão. Aqui realiza-se uma problematização das situações de trabalho através de exercícios de reflexão dos problemas vividos no dia-a-dia.

O que significa que se os profissionais reflectirem a prática e produzirem saberes, estão a construir um modo de estar/viver a profissão de modo a responder aos estímulos do meio envolvente profissional, desencadeando um desenvolvimento das estratégias e competências, que recrutam os profissionais de tal forma que garantam a superação de obstáculos motivados por factores de mudança, contribuindo para a sua autonomia e emancipação profissionais. Tal como ilustra esta frase de Canário (1994) citada por D'Espiney, "(...) Para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados (...)" (D'Espiney, 2003: 183-184).

De relevar que a reflexão não é mais que um fim em si mesmo, que permite aos indivíduos envolvidos experimentarem uma descontextualização da acção e um recontextualização, isto é, "(...) uma (re) construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar e desenvolver o reflexo de aprendizagem permanente nas e através das situações profissionais, no



quadro de uma organização autoformativa (...)” (D’Espiney, 2003: 184 citando Canário, 1994).

Assim sendo, a participação, o acto de reflexão e o reequacionamento dos recursos de todos os profissionais envolvidos no quotidiano de um Serviço de saúde garantem um meio ideal para a orientação de processos formativos contínuos e uma adequação dos cuidados de saúde aos utentes perante as mudanças e problemas que surgem. Esta ideologia que exige uma adaptação constante às necessidades das instituições de saúde, grande parte delas motivadas pela forte evolução tecnológica, apela que estas organizações se comportem como organizações qualificantes, segundo Zarifian (1992). Nestas organizações, a formação privilegia os formandos que tenham não só intenções de auto-realização, como também intenções sócio-organizacionais, isto é, adaptação às mudanças, alcance dos objectivos propostos pelas chefias, acompanhamento da reconfiguração tecnológica organizacional, etc.

Segundo o mesmo autor, este tipo de organizações define-se sobre quatro princípios. A organização qualificante “(...) i) valoriza o acontecimento no contexto da actividade profissional como produtor de aprendizagens; ii) supõe uma reorganização da actividade industrial sobre uma base comunicacional; iii) permite aos seus membros reelaborar os objectivos da sua actividade profissional; iv) permite a cada indivíduo projectar-se no futuro. (...)” (Silva, 2003: 70).

Face ao que já foi referido atrás, podemos deduzir que a formação contínua se encontra igualmente inserida num processo de aprendizagem ao longo da vida.

A realidade da aprendizagem ao longo da vida apenas começou a ser retratada no início da década de 70 num relatório da Unesco intitulado “Aprender a Ser” que representou, para muitos, um marco de viragem no modo de encarar e conceber os processos educativos, pois realçava um processo educativo coincidente com o ciclo vital e a construção da pessoa. O indivíduo surge aqui como sujeito da formação associado a três pressupostos no âmbito da educação: a sua *diversidade*, a sua *continuidade* e da sua *globalidade*.

Nesta altura a tentativa de implementação de uma educação permanente foi deveras limitada, pois existia uma concepção redutora da educação permanente, em que só funcionava no período pós-escolar ou era destinada a adultos analfabetos. Assim, este tipo de ensino era considerado algo semelhante a uma reciclagem, uma segunda

oportunidade de educação e uma extensão da forma escolar na vidas das pessoas, acabando por ser confundido com a educação para adultos. A partir desta altura, a educação permanente passou a abranger actividades que até então que não eram abrangidas por uma instituição escolar.

É a partir desta altura que ocorre no mundo um fenómeno de desemprego estrutural de massas que atinge primeiramente os países mais desenvolvidos como a Alemanha, França e Inglaterra. Consequentemente, este fenómeno coloca em risco a natureza do vínculo laboral com a entidade empregadora, tornando-se precário.

Esta crescente precarização dos vínculos reestruturou o mercado de trabalho, motivado pela *nova economia e flexibilização do emprego*. Este fenómeno contribuiu para o agravamento de vários tipos de desigualdade social.

Estas transformações sociais trarão, neste sentido, mudanças a nível da formação, onde se passa de um modelo de qualificação para um modelo de competência.

Na década de 90 é publicado pela Comissão Europeia o Livro Branco que decreta que a partir de agora apenas se discute os cernes da política e da cidadania, a determinação pelos humanos do seu dever individual e colectivo. A educação permanente passa a ter sustentação sobre três argumentos: a *evolução tecnológica*, a *eficácia produtiva* e a *coesão social*. O primeiro argumento fala-nos da rápida e profunda mudança tecnológica que marcou a transição da Era Industrial para Era do Conhecimento, acompanhada de uma nova Economia. As mudanças tecnológicas surgem como factores determinantes na modificação da sociedade e vida humanas: "(...) a tecnologia digital está a transformar todos os aspectos da vida dos cidadãos, enquanto que a biotecnologia poderá vir um dia alterar a própria vida (...)" (Canário, 2003: 194).

É aqui que a aprendizagem ao longo da vida emerge como uma estratégia mediante a avaliação e o reconhecimento, por parte do indivíduo, das competências insuficientes ou inadequadas, sobretudo no domínio das Tecnologias da Informação (Saragoça, 2003). Esta estratégia tem em vista alcançar, em primeiro lugar, as entidades empregadoras, que exigem dos seus funcionários uma capacidade rápida de aprendizagem de modo a adquirirem novas competências, adaptando-se aos novos desafios e situações do quotidiano. Em segundo, os mercados de trabalho exigem

peças com determinados perfis de competências, qualificações e experiências que estão sempre em constante mudança, pois a ocorrência veloz de mutações no seio da evolução tecnológica, induz igualmente mutações ao nível sociedade e da economia, perante as quais é imperativa uma adaptação eficaz do indivíduo enquanto prestador de serviços. Aqui a aprendizagem ao longo da vida ocupa um lugar privilegiado porque procura organizar as condições essenciais para que essa adaptação se processe.

O segundo argumento enunciado anteriormente faz alusão à actividade produtiva que, perante a produtividade, a competitividade e a empregabilidade, apela a uma gestão da mão-de-obra capaz de responder a uma diversidade de situações marcadas por mudanças ocorridas no âmbito da produção, do comércio e no investimento que consequentemente desequilibraram o mercado de trabalho. A aprendizagem ao longo da vida tem como função principal, neste ponto, visar o melhoramento dos conhecimentos, aptidões e competências (Saragoça, 2003). O que isto significa, segundo o Livro Branco, que este tipo de aprendizagem conduz à “(...) produção das novas competências requeridas pela transição da Europa para uma sociedade e uma economia assentes no conhecimento (...)”, passando “(...) a instituir-se como a chave do reforço da competitividade da Europa e da melhoria da empregabilidade e da adaptabilidade da força de trabalho (...)” (Canário, 2003: 194).

É neste contexto, que para melhorar a empregabilidade e a adaptabilidade da mão-de-obra, se colocou a aprendizagem ao longo da vida no ranking da agenda política da União Europeia na década de 90.

Por último, a terceira argumentação é fundamentada em torno da coesão social, traduzindo como preocupação fulcral o combate/prevenção de formas de conflitualidade social que poderiam ameaçar o sucesso da nova ordem económica, isto é, é a capacidade de conciliar “(...) um crescimento económico dinâmico, reforçando simultaneamente a coesão social (...)” (Canário, 2003: 194). Esta preocupação crescente acerca da coesão social deve-se ao aparecimento de *classes sociais perigosas* para as quais os gestores dirigem a sua atenção. Então, a aprendizagem ao longo da vida contribuirá aqui para manter o nível de competitividade e a empregabilidade no seio da organização, constituindo também uma medida de combate à exclusão social.

Nestes últimos 30 anos presenciamos então, uma profunda mudança cultural, onde existia uma visão humanista e social de uma educação permanente e passou-se a ter uma visão económica e realista da produção de competências.

Canário (2003) afirma ainda que, na década de 60, o modelo de competência remete para um requisito de *promoção social*, mas na década de 90, já tende para um requisito de *empregabilidade*.

O resultado dos fenómenos sociais acima enunciados, entre os quais, o desemprego, a precarização dos vínculos de trabalho com as entidades laborais e as novas formas de gestão que agora estão a emergir no seio das organizações é, segundo Dubar (2000) a instalação da crise no cerne das identidades profissionais.

É neste cenário que “(...) a qualificação enquanto objecto de uma negociação colectiva cede o seu lugar à competência, avaliada ao nível de cada indivíduo e por cada entidade empregadora. Cada um passa, assim, a ser responsável pela sua *empregabilidade* e os problemas do trabalho tendem a deixar de ser sociais para passarem a ser percebidos como problemas individuais (...)” (Canário, 2003: 197).

Para além deste retrato histórico da aprendizagem ao longo da vida, pode-se defini-la segundo três dimensões: económica, social e educativa.

Relativamente à dimensão económica nos últimos 40 anos a visão global sobre a economia alterou-se tal como uma diversidade de fenómenos sociais interligados à mesma. No início dos anos 60 as organizações visionavam o progresso como o motor da evolução social que levaria a sociedades em plena abundância. Nesta linha de pensamento, o objectivo fulcral da produção cingia-se ao aumento anual de rendimentos, de modo a que cada geração pudesse dispor de um maior número de bens que a geração precedente.

É na década de 70 que surgem os primeiros problemas sociais, devido à instalação de uma crise económica em larga escala. Nos anos 90, o panorama do progresso foi substituído por uma visão de *mundialização*, que é composta por um conjunto de desafios, em que o indivíduo precisa de ultrapassar e adaptar-se (Canário, 2003).

Na dimensão social, ao longo destas últimas quatro décadas, os problemas sociais inicialmente eram avaliados e resolvidos mediante várias correntes de pensamento como o cristianismo (e os problemas da pobreza) ou marxismo (com os

problemas de exploração), construindo-se o ideal de *justiça social*. Esta visão é substituída nos dias de hoje pelo ideal *controlo social* que é organizado através do conceito de coesão social, de forma a lutar-se contra a exclusão social.

Como foi enunciado alguns parágrafos atrás, na década de 90, predominam os ideais que promovem a flexibilização da economia, a competição, a mundialização e o desenvolvimento tecnológico, mas existe a ameaça do mal-estar social que advém deste cenário social. Isto porque, [Canário (2003) citando Saint-Martin (1999)] a ideologia da coesão social vigente na sociedade nos dias de hoje tem como preocupação suprema a consolidação de um projecto económico que evite a emergência do proteccionismo, que possa comprometer consequentemente a integração internacional dos mercados. É neste contexto que se passou actualmente a criminalizar a pobreza em vez de se lutar contra ela como era no início da década de 60. O Estado Social, promotor do bem-estar, antigamente, foi substituído pelo ideal de Estado Penal. (Canário, 2003).

Na dimensão educacional, tal como foi dito anteriormente, o conceito de educação permanente foi substituído pela aprendizagem ao longo da vida, uma vez que esta permite responder aos desafios da mundialização.

Há 40 anos atrás, o acesso à educação era visto como algo que traria benefícios a todos os envolvidos no processo, mas hoje em dia, devido a todas as alterações a que o mercado de trabalho foi sujeito, motivadas pela desvalorização dos diplomas, a educação é tida como algo que funciona sobre uma lógica de competição e de exclusão relativa. Isto é, “(...) de uma concepção educativa centrada na construção da pessoa (aprender a ser) passou-se para uma concepção educativa funcionalmente subordinada à produção e acumulação de bens (aprender a ter) (...)” (Canário, 2003: 199).

Actualmente a educação e a formação instituem-se como requisitos, pois são extremamente importantes na produção de mão-de-obra adequada às necessidades da *nova economia*, mas também como algo paliativo, porque funcionam como instrumentos de amortecimento dos conflitos sociais e de preservação da harmonia e da ordem, que são factores imprescindíveis ao bom funcionamento das organizações e da economia em si (Canário, 2003).

Ainda nesta dimensão, a aprendizagem ao longo da vida é encarada como o trabalho que cada indivíduo realiza sobre si próprio, na construção de si, de uma visão e

de uma intervenção no mundo, em direcção à desproblematização do mundo, implicando uma ruptura com a natureza humana, social e histórica.

Para ilustrar o que foi acabado de referir, Canário (2003) cita uma frase de Freire (2000): “(...) O futuro não nos faz. Nós é que nos refazemos na luta para fazê-lo (...)” (Canário, 2003: 200).

Assim, durante o processo de aprendizagem ao longo da vida, a relação entre o trabalho e a formação deverá processar-se articulando o contexto social com o individual, permitindo ao formando identificar-se no lugar que ocupa (na sociedade e na instituição onde trabalha) e perspectivar qual o seu investimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Isto conduz a “(...) um processo de mudança global da pessoa (reajustamento das identificações e das representações sociais) procurando, ao mesmo tempo, a desalienação do sujeito e a sua inserção social (...)” (Silva, 2003 citando Fabre, 1995).

Aqui neste domínio, a noção de identidade é fundamental, pois tal como a formação, esta é multidimensional, estruturada e com múltiplas interacções, não podendo então ser desagregada dos processos formativos porque “(...) a plasticidade dos conhecimentos com a qual o aprendente entra em formação está fortemente ligada aos jogos identitários que estes conhecimentos revestem para o sujeito aprendente, os quais se consolidam em projectos que o sujeito não só formula mas procura realizar (...)” (Silva, 2003: 71).

Nesta reflexão a aprendizagem ao longo da vida nas organizações e no mercado de trabalho, Canário (2003) sublinha, mais uma vez, que na sociedade, cada indivíduo é o responsável principal pela sua formação e inserção no mercado de trabalho, pois a sua empregabilidade é, sem dúvida, resultado de uma aprendizagem bem executada. Esta responsabilidade individual pelo êxito ou pelo insucesso conduz cada indivíduo a comportar-se como um *empresário* de si mesmo, pois como o autor afirma ao citar Dubar (1996), “(...) cada um deve ter consigo próprio a relação de um empresário com o seu produto, procurar “vender-se”, negociar o “capital” em que se tornou (...)” (Canário, 2003: 195).

Um conceito que está inteiramente ligado à aprendizagem ao longo da vida, segundo vários autores, é a inovação.

Canário explicita este conceito em termos gerais transcrevendo dos parágrafos do Memorando que abordam a temática da “Inovação no ensino e na aprendizagem”, nas empresas: “(...) A inovação é hoje um factor-chave da competitividade. Para vencer o atraso estrutural, para um salto qualitativo reforçando a competitividade na coesão social, o país tem de dotar-se de um programa integrado de apoio à inovação (...)” (Canário, 2003: 200). Tem também como principal finalidade aumentar a eficácia e a produtividade de sistemas que se encontram em crescimento.

Para que o processo de aprendizagem ao longo da vida decorra efectivamente, é necessário que sejam implementados ao longo desta diversos tipos de métodos de formação inovadores.

No âmbito do ensino e formação, o objectivo fulcral dos processos de inovação é tornar mais produtiva a população incidente. Estes podem decorrer através de métodos como o ensino à distância, o ensino via computador, a introdução de meios audiovisuais como forma de transmissão de conhecimentos (Saragoça, 2003).

As inovações no âmbito da educação podem processar-se através de quatro dimensões: epistemológica, ética, política e técnica.

A dimensão epistemológica retrata o papel destinado à experiência dos aprendizes que depende da futura aprendizagem que está subjacente a uma mudança em particular. Neste campo existe o processo permanente de produção do próprio indivíduo mediante a revalorização epistemológica da experiência (Canário, 2003).

A dimensão ética conduz aos valores que estão associados a um tipo de formação. Cada tipo de formação supõe uma maneira própria de pensar a pessoa enquanto ser humano, não existindo práticas e políticas educativas inflexivelmente definidas.

“(...) A dimensão política remete para as concepções da vida em sociedade, a qual supõe o exercício individual e colectivo do exame crítico e da escolha. (...) Não há projecto educativo que não esteja associado a um projecto social e político (...)” (Canário, 2003: 202).

A dimensão técnica remete para os modos concretos de “fazer” a formação, quer sejam os programas, a organização, as situações, os instrumentos, o modo de produção de informação, etc. Esta dimensão é de extrema importância uma vez que é aqui que se

produz o conhecimento científico e técnico, cuja relevância não é dissociável de uma subordinação lógica às dimensões anteriormente referidas.

Contrabalançando estas dimensões, Canário (2003) identifica ainda as direcções que os processos de inovação na formação podem tomar. Estas direcções tomam o corpo de três grandes dimensões também, que são: a dimensão individual, organizacional e a concepção dos processos de educação e de formação.

Ao nível da dimensão individual, a inovação na formação dos profissionais permite confrontá-los com diversas situações em que aprenderão com e contra a sua experiência. A aprendizagem reconhece e valoriza o erro e o estado inicial de confusão e insegurança.

Na dimensão organizacional, esta aprendizagem promove a inserção social da formação no seio da organização, considerando-se as competências não como dados, mas sim como construídas, contingentes e emergentes dos contextos de acção. Nesta linha de pensamento, privilegia-se a organização dos processos de formação mediante a identificação de problemas e não da identificação das necessidades do Serviço.

Ao nível da concepção dos processos de formação, a possibilidade de inovar articula-se com a valorização dos processos de natureza informal, que compõe um contexto fulcral na organização, para a realização das nossas aprendizagens mais significativas. Por outro lado, a criação de situações de ensino e formação implementa a necessidade de mudança no interior da organização.

Na aprendizagem ao longo da vida, o campo de formação em saúde estrutura-se num tempo e num espaço coincidente com o tempo e espaço dos formadores. Mas existem excepções. E quando estas acontecem, os diversos processos de formação articulam-se com a concepção de curriculum como praxis, que apela e valoriza um papel dinamizador e estruturante dos mesmos, instaurando datas em que ocorreram manifestações de conhecimentos actualizados, descontinuadores, de ruptura e de readaptação na sua carreira profissional (Silva, 2003).

Neste contexto, “(...) convém pensar a aprendizagem adulta, considerada não só como produto mas também como processo, num contexto amplo de história de vida. (...) A aprendizagem não se limita a acrescentar conhecimentos ou condutas novas a aprendizagens anteriores. Inscreve-se numa relação de sentido entre o adulto e o saber (...)”, numa dinâmica de projecto individual (Silva, 2003: 67).

A ideia de projecto individual encontra-se subjacente à motivação, que surge como factor preponderante que mobiliza e manipula o comportamento dos formandos.

“(…) O que motiva a acção humana de uma pessoa adulta num determinado momento não é nem uma força instintiva (...), nem uma pulsão infantil (...) mas uma estrutura motivacional pessoal. (...) Para nós, é a formação de objectivos e de projectos que traduz o processo através do qual o indivíduo chega a esta estrutura pessoal. Graças a este processo, a necessidade adquire formas concretas e personalizadas em função das concepções que o sujeito forma de si mesmo (...) e do mundo. (...) A necessidade de auto-desenvolvimento não existe, concretamente, senão sob a forma de metas e de projectos individuais que reflectem a imagem dinâmica que o sujeito elabora de si mesmo e do seu meio (...)” (Nuttin, 1980 citado por Silva, 2003: 71).

Assim, a identidade para o indivíduo, isto é, a imagem que tem de si e o seu sentimento de pertença, e a identidade para o outro inscrevem um reconhecimento identitário construído ao longo todo um percurso formativo tomado pela vida toda. Este reconhecimento identitário não é mais do que a incorporação no seu património conceptual dos novos saberes, as experiências e as retrospectivas e prospecções da vida profissional (Silva, 2003).

Assim sendo, a importância crescente que tem sido atribuída à formação profissional (transformando-a num verdadeiro mito do séc. XX), encontra-se fortemente associada à crença de que esta permite realizar uma actualização dos conhecimentos, competências, de reajustar os processos identitários e, a uma readaptação rápida e eficaz às mudanças registadas nos contextos laborais.

Nas práticas de formação é privilegiado pelo indivíduo o desenvolvimento não só das competências e da qualificação profissional, mas também a conquista de poder profissional no seio da organização. Este poder (profissional) é necessário e é geralmente uma força positiva na dinâmica das organizações (Kreitner, 2004). Aliado a este conceito encontra-se o conceito de *empowerment* que, segundo Alan Randolph, é o reconhecimento e a libertação de poder que os indivíduos já possuem no interior da organização, através da riqueza do seu conhecimento, experiência e motivação interna (Kreitner, 2004). Na essência deste processo encontra-se a tentativa de alcançar mais independência e autoridade nas tomadas de decisão relativamente a categorias profissionais mais inferiores.

A visibilidade dos saberes específicos da profissão, obtidos através de processos de formação contínua, é fundamental para a demarcação social e científica da profissão. E quando isto é conseguido, é conquistada uma autonomia e afirmação profissional que permitirá aos profissionais uma autogestão e confiança nas tarefas que são realizadas. (Canário, 2003; C. Silva, 2004).

Carlos da Silva (2004) citando Sara Casaca (1998) afirma que a dimensão do *empowerment* traduz que o processo pelo qual a responsabilidade pela produção com qualidade dos serviços passa dos cargos de chefia para os níveis hierárquicos produtores dos serviços. O que isto significa é que os indivíduos passam a assumir responsabilidades que não detinham e que anteriormente correspondiam a níveis hierárquicos superiores, como por exemplo, funções da chefia, entre as quais, o controlo de qualidade, a manutenção de um equipamento e até mesmo a resolução de problemas relativos ao dia-a-dia no trabalho.

Através da implementação de um leque variado de processos de formação nas organizações de saúde, os profissionais de saúde poderão realizar as suas opções profissionais, aprofundando e especializando conhecimentos que lhes trarão uma maior valia na sua prestação de serviços (uma melhor performance), garantindo uma boa imagem da instituição, mas essencialmente trará um prestígio profissional crescente, tanto a nível individual como a nível do grupo profissional em si.

Neste contexto e na vertente motivacional, o *empowerment* cultivado e trabalhado pelos processos de formação e desenvolvimento profissional contínuo procura evitar sentimentos de perda de poder e de submissão, dando ênfase à socialização e ao trabalho em equipa dos trabalhadores sobretudo no sentido de legitimar os objectivos organizacionais e da classe profissional, concedendo autonomia, situações de participação profissional, desafios e potenciação das oportunidades individuais e da classe (C. Silva, 2004).

A Radiologia tem sido um dos sectores dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, cuja trajectória identitária se tem transformado num processo contigente e estratégico, em que se destacam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos de autonomia profissional e a valorização dos diversos momentos de formação contínua e de desenvolvimento e crescimento profissional,

podendo constituir assim um fenómeno de *empowerment* no sector da Saúde, mais concretamente na área das Tecnologias da Saúde.

2. - SER TÉCNICO DE RADIOLOGIA

2.1. EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO DE TÉCNICOS DE RADIOLOGIA EM PORTUGAL

2.1.1. Génese da Profissão e a Formação Inicial

Em 1885, William Roentgen descobriu uma forma de radiação capaz de atravessar o corpo humano e impressionar películas fotográficas, sendo possível visualizar-se os ossos do corpo. Roentgen denominou esta radiação de Raios X.

No dia 8 de Novembro desse ano, de manhã recebeu a visita de um amigo que lhe vinha trazer películas fotográficas para ajudar Roentgen nas suas investigações na área da fotografia. Estas foram colocadas em cima da mesa sob um livro com uma chapa metálica, que tinha um desenho de uma chave. Nessa mesma mesa encontrava-se a ampola em que Roentgen estava a fazer experiências. Quando a hora de almoço chegou, ao chamamento da esposa de Roentgen, Bertha, os dois amigos foram almoçar e a ampola ficou esquecida na mesa a funcionar. Uns dias mais tarde, ao revelar as películas oferecidas pelo amigo, Roentgen ficou estupefacto ao observar a imagem da chave e foi à procura de uma explicação válida para o fenómeno (Pisco, 1999).

Posteriormente, Roentgen veio a provar a aplicabilidade da sua descoberta no corpo humano, testando a emissão da RX na mão da sua mulher. Numa carta, Bertha descreve que ficou aterrorizada quando viu a radiografia da sua mão, a ponto de julgar ser um sinal de morte iminente.

Os motivos pelos quais realizou a Roentgen experiência na sua mulher são desconhecidos, porque ele pediu para eliminarem os seus diários que relatavam todos os passos da sua descoberta, após a sua morte.

Ao contrário de outras descobertas da época, esta gerou uma curiosidade entre a classe científica e a sociedade em geral. Surgiram diversas fotografias de mãos (classificadas de *assombrosas*) processadas através da emissão de RX, em inúmeras publicações, desde revistas médicas a cartazes de publicidade. Roentgen perante este fenómeno social colossal tornou-se um cientista famoso e conceituado na comunidade

científica e recebeu inúmeros prémios, incluindo o prémio Nobel da Física (em 1901) e a Ordem Prussiana da Coroa atribuída pelo próprio *Kaiser* Guilherme II (Burnie, 1998).

O poder diagnóstico da RX rapidamente se tornou aparente e em poucas semanas, os Médicos vienenses tiravam já as primeiras radiografias de uma mão atingida por chumbos de caça e a uma fractura do antebraço. Roentgen jamais previa que esta invenção traria tantos benefícios na área da Medicina, pois os médicos da altura não tinham nenhum meio de examinar o interior de um paciente sem submetê-lo a uma intervenção (Burnie, 1998).

A descoberta de Roentgen propagou-se rapidamente pela Europa e pela América, mas envolta num panorama profano onde a RX fora manipulada por charlatães, em salões de beleza para fins cosméticos (como a depilação) ou até para o fabrico de sapatos personalizados para cada pessoa.

Desde que a utilidade da RX foi sendo descoberta a partir de 1895, Portugal foi dos primeiros países da Europa a utilizar a RX na Medicina. Esta utilização deve-se ao Médico dos Hospitais Civis de Lisboa, o Dr. Virgílio Machado. Em 1897, o Enfermeiro-Mor João Ferraz de Macedo pede uma autorização ao Ministro do Reino para a criação de um Serviço de Radioscopia, Radiografia, Electro-terapia e Análises Clínicas no Hospital de S. José (HSJ). O despacho de 4 de Dezembro do mesmo ano autoriza o pedido.

Devido a processos burocráticos, só a partir do dia 21 de Outubro de 1898 estes serviços ficaram a funcionar neste hospital. Um ano depois a procura destes serviços era elevada o que levou ao primeiro Director da Especialidade, o Dr. Joaquim Feyeo e Castro, a sentir necessidade de recrutar pessoal auxiliar de radiodiagnóstico.

No dia 1 de Março de 1929, o Decreto nº 16.551 nomeava o ajudante TR Bento Fernandes, como primeiro TR que havia sido nomeado pelos Hospitais Civis de Lisboa (HCL) no dia 8 de Novembro de 1900.

A nomeação do primeiro profissional no dia 8 de Novembro de 1900 criou, deste modo, e ficou oficialmente reconhecida a profissão de TR, precisamente 5 anos após a descoberta de Roentgen no dia 8 de Novembro de 1895.

Em 1931 é criado o primeiro Decreto que regulamentava a área da Radiologia, o Decreto nº 19.508 publicado no Diário do Governo que descreve que se no início do século ninguém tinha conhecimentos dos efeitos biológicos provocados pela exposição

à RX, no entanto agora já existiam algumas barreiras de protecção contra as radiações ionizantes, mas estas não impediam que os TR de sofressem os efeitos nefastos daquele agente físico, impondo-se assim, a fixação de gratificações especiais aos profissionais que executam este trabalho (Santos, 1968).

O Serviço de Radiologia dos HCL é reorganizado tendo em conta o perigo a que se expunham os profissionais ao manipularem RX.

Por esta altura, os quadros hospitalares eram pequenos pelo motivo que as características da profissão de Ajudante TR não motivavam o ingresso e recrutamento de pessoal, em grande parte devido aos efeitos nefastos da exposição à RX.

Em 1953 dá-se uma nova reorganização dos Serviços Hospitalares dependentes dos HCL. Existe o aumento da procura de serviços de saúde e o número de profissionais é insuficiente para dar a resposta necessária. Em Novembro desse ano é requerido ao Ministério recrutamento e assalariamento de ajudantes TR e Encarregados de Câmara Escura.

Se em 1931 o Governo decretou que os profissionais ajudantes TR deveriam receber gratificações especiais devido aos elevados riscos que corriam no manuseamento de RX, uns anos mais tarde o Governo cortou essas verbas. Santos (1968) no seu artigo publicado demonstra uma profunda indignação perante esta situação:

"(...) na verdade, os ajudantes técnicos de radiologia, que mantiveram gratificações especiais a partir do ano de 1931, mera compensação pelo grande risco profissional a que estão sujeitos, deixaram de recebê-las e, o que é confrangedor notar, é que a partir de 1953 foram atribuídas gratificações aos enfermeiros [...], gratificações estas, por funções desempenhadas também por ajudantes técnicos, mas sem qualquer retribuição. Além disso, se os enfermeiros têm perigo directo de contágio com as doenças infecto-contagiosas, os ajudantes técnicos mais directamente podem adquirir, porque contactam também com tais situações patológicas, faltam-lhe as defesas orgânicas, devido às doses cumulativas recebidas, do agente físico ionizante que, quotidianamente, manipulam. (...)" (Santos, 1968: 246).

Muitos profissionais manifestavam nesta época uma preocupação profunda em torno das doenças profissionais relacionadas com a exposição à RX. Alguns profissionais sofreram amputação de dedos das mãos devido ao carcinoma espino-

celular, processos de radiodermite nas mãos, entre outras. Este factos levaram a que um grupo de ajudantes TR realizassem uma exposição no dia 9 de Novembro de 1956. Neste estudo realizado acerca dos efeitos biológicos da RX verificou-se que os ajudantes TR dos HCL recebiam doses de radiação muito superiores às doses estabelecidas nas Convenções Internacionais sobre Protecção contra as Radiações Ionizantes (Santos, 1968).

No mês de Abril de 1958 é realizado um inquérito pela Junta de Energia Nuclear e Direcção Geral de Saúde, no seio da comunidade de Radiologia sobre protecção contras as radiações ionizantes, motivado pela exposição (em 1956) feita pelos profissionais (acima referida). Este inquérito verificou que os profissionais TR estavam a receber diariamente doses de RX muito superiores às estabelecidas pelas Convenções Internacionais, pelo que, em Novembro de 1961, é publicado um Decreto- Lei nº 44060 que tenta remediar este cenário. Este Decreto não previa meios de compensação ou métodos de profilaxia relativamente à RX a que os profissionais de saúde estavam expostos nos Serviços de Radiologia.

No dia 16 de Dezembro do mesmo ano, no processo de reorganização dos Serviços do Hospital de S. João do Porto (HSJP), no Decreto – Lei nº 44096 diz-se que aos profissionais da área da Radiologia era atribuído um subsídio de risco (cerca de 20% do vencimento), reconhecendo assim o risco que estes profissionais corriam diariamente no seu local de trabalho (Santos, 1968)

Também em 1961 a Portaria nº 18.523 de 12 de Junho estabelece o nome de Técnicos para os profissionais de Radiologia e fixa as normas dos futuros cursos para esta área. Para se poder ingressar no curso, os indivíduos tinham que possuir, como habilitações mínimas, o 2º ciclo do Liceu ou equivalência e realizarem um exame de aptidão ao curso, que teria a duração de um ano.

Anteriormente a esta Portaria, o Decreto nº. 28.794 fixava as normas de acesso ao curso nesta área: 1º ciclo do Liceu ou equivalência, seguido do Curso Geral de Enfermagem e só posteriormente ingressavam no curso de ajudante TR.

Relativamente à Carreira Profissional, nesta altura era composta por dois escalões: Ajudante Técnico de 2ª Classe e o Ajudante Técnico de 1ª Classe. O profissional só subia de escalão (1ª Classe) ao fim de 15 a 20 anos devido aos Quadros de pessoal serem pequenos.

Entre 1961 e 1962 regista-se a criação dos primeiros Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos (CPTASC), a funcionarem junto a instituições hospitalares nos grandes centros urbanos do país, criados pela portaria n.º 18523 do Ministério da Saúde e Assistência (12 de Junho de 1961), e regulamentados em 1962 (portaria n.º 19397, de 20 de Junho) com o objectivo de uniformizar a formação de alguns profissionais prestadores de cuidados de saúde, até então preparados de forma diversa (Santos, 1968).

Em 1963, os TR entregam nova exposição no dia 6 de Julho, onde apelam à necessidade de uma Legislação que interceda e defenda os profissionais que trabalham com radiações ionizantes. Nesta exposição sublinham que, se o candidato a TR não encontra no seu local de trabalho uma compensação material que se ajuste ao nível do perigo a que se vai expor diariamente, desiste de preencher a vaga do curso. Este fenómeno social tem crescido cada vez mais o que implica (e preocupa) o não preenchimento das vagas do curso deixando-os praticamente desertos.

Apesar de em 1966 ter existido uma nova reforma dos Quadros dos HCL através da Portaria n.º 22017 de 27 de Abril, os profissionais TR reorganizam uma nova exposição, onde manifestam o seu conhecimento acerca dos efeitos provocados pela excessiva exposição à RX (efeitos cutâneos, hematológicos, sobre os órgãos sensoriais, neurológicos, sobre os órgãos genitais e sobre a longevidade).

No ano de 1964 surgem as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (Decreto n.º 45818, de 15 de Julho de 1964).

A partir desta altura, os TR começaram a sentir que, ao fim de 66 anos de profissão, era necessária a fundação de uma Associação Profissional que garantisse a cultura de uma identidade profissional, um nível de profissionalismo, um prestígio e dignidade na profissão de TR.

No dia 29 de Abril de 1966 compareceram a uma reunião diversos elementos dos Hospitais Cívicos e doutros departamentos oficiais como Hospital de Santa Maria (HSM), Serviços Médicos-Sociais da Federação de Caixas de Previdência (SMSFCP), Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT) e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A mesa da reunião era constituída pelos seguintes elementos: (convidado de honra) o Secretário da Direcção da Casa do Pessoal dos HCL Raul Pereira da Costa; (Presidente) TR – Chefe Armando Correia Pinto; (Secretário) TR

Augusto Ferreira Fernandes; (Vogais) os TR Joaquim Fortunato Mateus dos Santos, Laura Marcelino Mendonça, José Mimoso da Cruz Raposo e António Lopes Ribeiro (Santos, 1968).

Nesta reunião salientou-se a necessidade de formação da Associação Profissional que conseguisse garantir os limites de competências do TR, que lutasse por um prestígio e reconhecimento social da profissão, que garantisse que o Governo criasse uma Legislação que caracterizasse estes profissionais.

Para além da questão da necessidade da constituição de uma Associação Profissional, a reunião cumpriu a seguinte ordem de trabalhos: pareceres sobre a utilidade ou não utilidade da organização da classe profissional; pareceres sobre as características sindicais ou associativas; pareceres sobre a estrutura, organização e funcionamento cultural e técnico; pareceres sobre a localização da sede provisória da Associação; nomeação de uma Comissão encarregue de dar forma e estrutura ao que na reunião fosse aprovado; pareceres sobre a angariação de fundos monetários necessários às despesas que fossem inerentes.

No ano de 1971 cria-se as carreiras dos profissionais de saúde, incluindo dos TR.

Em 1979 é criada a Escola do Serviço de Saúde Militar com o Decreto-Lei nº 266/79 de 2 de Agosto.

Na década de 80 dão-se grandes passos na consolidação na área do ensino da Radiologia. Entre 1980 e 1982 criam-se os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, em Lisboa, Porto e Coimbra, (Portaria nº 709/80, de 23 de Dezembro). Em 1982, com o Decreto-Lei 371/82, de 10 de Setembro ocorre uma nova estruturação nas Escolas criando-se as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS), dotadas de personalidade jurídica, autonomia técnica, administrativa e pedagógica, que ministram formação pós-secundária.

Em 1983, publicam-se os primeiros programas/planos de estudos das ETSS (Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 13 de Janeiro de 1983, publicado no Diário da República nº 38, de 16 de Fevereiro de 1983).

Três anos depois, em 1986, é publicado o regulamento das Escolas, em que é exigido o 12º ano para acesso aos cursos, com uma duração mínima de 3000 horas de

formação e a criação do Curso Complementar de Ensino e Administração, como cursos de pós-graduação de um ano de duração (Portaria n.º 549/86 de 24 de Setembro).

Na década de 90 concretiza-se a integração no sistema nacional de Ensino, ao nível do Ensino Superior. Em 1990 dá-se a Publicação de novos planos de estudo dos cursos ministrados pelas 4 escolas que constituirão a base de implementação de um inovador modelo pedagógico, centrado na interdisciplinaridade e no aprofundamento dos saberes próprios das profissões das Tecnologias da Saúde (Despacho n.º 18/90 do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR n.º 208, de 8 de Setembro de 1990).

Até 1993, o ensino das Tecnologias da Saúde, incluindo o curso de Radiologia, manteve-se à margem do Sistema Educativo Nacional.

Em 1993/1994 ocorre a regulação do exercício das actividades no âmbito das Tecnologias da Saúde (Decreto-Lei n.º 261/93 de 24 de Julho).

Neste decreto consta a caracterização de todas as profissões da carreira de TDT, incluindo funções e competências, que refere que, compete ao TR a realização de todos os exames na área da Radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.

O marco mais importante é a integração do ensino das Tecnologias da Saúde no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior politécnico, passando as anteriores Escolas Técnicas de Saúde a designar-se por: Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro), sob dupla tutela do ministério da Saúde e da Educação e Escola Superior de Saúde do Alcoitão, sob tutela da SCML e Ministério da Saúde.

No período compreendido entre 1998/1999 inicia-se o aparecimento de novas instituições de ensino superior, no sector particular e corporativo, com cursos das Tecnologias da Saúde.

Entre 1998 e 2000 são implementadas no nosso país as Licenciaturas bietápicas em Tecnologias da Saúde através da Portaria n.º 413-A/98 de 17 de Julho e Portaria n.º 3/2000 de 4 de Janeiro. O início do novo século é marcado pelo aumento substancial de

escolas públicas e privadas, e pelo aumento de vagas, em termos globais, nos diversos cursos.

Segundo estudos realizados por Rodrigues (2002), entre 1990 e 1998 o grupo de TDT sofreu um aumento dos seus efectivos no SNS de 33,0%. Segundo este mesmo autor, este aumento de efectivos poderá ficar a dever-se ao impulso ocorrido na profissão, originado pela atribuição ao nível superior dos cursos de Tecnologias da Saúde. Actualmente a quase totalidade dos Técnicos formados a partir de 1980 obteve o grau académico de nível superior, por via de equivalência. Contudo, encontram-se em exercício Técnicos com diferentes níveis de ensino (Bacharelato, Licenciatura).

Analisando os primórdios da profissão até aos dias de hoje, a presença das Escolas de Tecnologias da Saúde foram um marco importante para a evolução da profissão e da formação académica. Relativamente ao seu desempenho, estas melhoram em muito a sua acção pedagógica, especialmente no que diz respeito à definição de objectivos educacionais, métodos de ensino, orientação de alunos e métodos de avaliação. Foi ainda definido que o ensino clínico (estágios) deve ser realizado como complemento da teoria, fazendo-se preceder pela componente teórica, a fim de os tornar mais assimiláveis e proficuos, verificando-se assim uma preocupação com a articulação teoria/prática.

2.1.2. Evolução da Carreira dos Técnicos de Radiologia

A Carreira profissional dos TR encontra-se integrada na Carreira Profissional dos TDT. Como já foi descrito no capítulo anterior as primeiras referências relativas aos instrumentos legais de enquadramento e regulação do exercício das profissões no âmbito das tecnologias da saúde em Portugal, surgiram a partir da década de 70, com as reformas operadas ao nível da administração central. Assim, recordando, em 1971 dá-se a criação das carreiras profissionais dos técnicos auxiliares de laboratório, ou também chamados os ajudantes Técnicos através do Decreto – Lei nº 414/71 de 27 de Setembro.

Em 1977, com a formulação do Decreto Regulamentar nº 87/77 no dia 30 de Dezembro, procede-se à criação da Carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica englobando 13 profissões.

Vários anos mais tarde, em 1985, no Decreto-Lei nº 384-B/85, de 30 de Setembro é criada a Carreira específica dos TDT, isto é, uma carreira técnica, que engloba nesta altura 16 profissões.

No ano seguinte, através da Portaria nº 256-A/86 de 28 de Maio definem-se as competências gerais e os conteúdos funcionais dos profissionais da Carreira de TDT.

Em 1988 os Higienistas Orais são integrados na carreira profissional dos TDT.

Em 1993, o Decreto-Lei nº 261/93 de 24 de Julho implementa a regulação do exercício das actividades profissionais no âmbito das Tecnologias da Saúde.

Dois anos mais tarde, os Técnicos de Saúde Ambiental são integrados na carreira dos TDT no Decreto-Lei nº 117/95, de 30 de Maio.

Em 1999, o Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto determina o enquadramento legal, do controlo e regulamentação do exercício profissional no âmbito das Tecnologias da Saúde. No mesmo ano ocorre o estatuto legal da carreira de TDT, através do Decreto - Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.

Os profissionais das Tecnologias da Saúde têm acesso ao exercício e ao título profissional de forma automático, desde que se comprove a posse de um curso reconhecido para o efeito, mas exige-se o registo no Ministério da Saúde (Departamento de Recursos Humanos da Saúde) e a posse da correspondente cédula profissional.

As instituições de ensino sofreram alterações com a sua integração no sistema educativo nacional ao nível do ensino politécnico. Nesta sequência e de acordo com o Decreto-Lei nº. 415/93 de 23 de Dezembro ocorreram mudanças significativas na carreira de TDT, na qual se insere o TR.

Assim sendo e de acordo com o Decreto-Lei nº. 564/99, de 21 de Dezembro, a carreira dos Técnicos de Radiologia estrutura-se em cinco categorias. Cada categoria apresenta determinadas funções que passo a enumerar:

- Técnico de Radiologia de 2ª classe:

Os profissionais que estão inseridos nesta categoria devem ser capacitados de modo a desenvolverem todas as funções descritas no sub-capítulo anterior, com excepção das funções que apresentam uma maior complexidade. Essas devem ser

desempenhadas por profissionais que se encontraram nas outras categorias profissionais.

- Técnico de Radiologia de 1ª classe:

Além das funções desenvolvidas pela categoria anterior, os TR de 1ª Classe devem participar em estudos relativos às metodologias de trabalho, no sentido de as aperfeiçoar, bem como apoiar a integração de novos profissionais no exercício.

- Técnico de Radiologia Principal:

É responsável pelo desempenho de todas as funções descritas anteriormente, às quais adiciona a promoção e dinamização da avaliação das metodologias de trabalho, e cooperação em programas de investigação relativos à profissão. O TR Principal deve também propor a elaboração de estudos de âmbito profissional com vista à melhoria das técnicas de trabalho, bem como a avaliação das necessidades de formação dos profissionais e das necessidades dos serviços para um melhor controlo da qualidade.

- Técnico de Radiologia Especialista:

Adiciona às funções já descritas a selecção, adaptação e controlo de metodologias de trabalho durante a fase de experimentação. Deve participar no planeamento das actividades do serviço onde está inserido, bem como na avaliação da eficiência e eficácia da equipa de trabalho, das actividades, estudos e investigações desenvolvidos, conduzindo às devidas correcções para que a continuidade destas acções não fique comprometida.

Os profissionais inseridos nesta categoria profissional devem ainda promover estudos que permitam um estreitamento entre as diversas profissões que existem nos respectivos estabelecimentos hospitalares onde desempenham as suas funções.

- Técnico de Radiologia Especialista de 1ª classe:

Às funções anteriormente descritas adiciona a função de emitir pareceres técnico-científicos relativos à profissão de TR, bem como a validação de estudos,

investigações e programas, a participação na elaboração de relatórios de actividades e projectos de estudo, investigação e formação no âmbito da profissão.

2.1.3. Movimento Associativo dos Técnicos de Radiologia

O aumento do número de profissionais em Portugal, o desenvolvimento de estudos a nível da protecção radiológica, de novas técnicas e da física das radiações e a necessidade de reconhecimento social da profissão, levou à manifestação da necessidade de um órgão associativo que apoiasse e orientasse os profissionais Técnicos de Radiologia.

Neste sentido, os profissionais uniram-se em nome desta causa, pois a constituição de uma Associação Profissional permitir-lhes-ia a organização de conferências, colóquios, cursos de aperfeiçoamento sobre várias áreas da Radiologia; actividades estas que dariam um contributo para a evolução e valorização da profissão, que tanto desejam.

Numas das sessões de exposição, o TR António Ferreira Henriques no seu discurso sublinha a necessidade da criação de uma Associação Profissional devido à necessidade de se pôr termo à ideia devastadora preconcebida pelos outros sobre das práticas da profissão, que são resumidas a um – *Carregar no botão*:

“(...) Como reivindicação de qualidade, torna-se pertinente desfazer a ideia simplista de que, o Técnico de Radiologia, apenas se limita a carregar no botão como alguns pretendem afirmar, e, demonstrar por outro lado, e, que medida os Técnicos portugueses de radiologia, se mostraram sempre capazes de acompanharem a evolução da Radiologia até ao progresso e nível actual (...)”
(Santos, 1968: 257).

Nesta exposição foi nomeada uma Comissão organizadora constituída por elementos das seguintes entidades: HCL, HSM, SMSFCP e Abono de Família, IANT e SCML. Os profissionais eram: Armando Correia Pinto, Jorge Alberto Rodrigues, Daniel Ângelo do Carmo Covas, Carlos da Ascensão Teixeira, José Pereira Dias, Laura Marcelino de Mendonça, Emília Guerreiro Rita, Augusto Ferreira Fernandes, José Mimoso da Cruz Raposo, António Lopes Ribeiro, Silvina Ramos e Joaquim F. Mateus

dos Santos. Como delegados da Comissão Organizadora, a fim de contribuírem e auxiliarem os trabalhos em curso promovidos pela comissão para a fundação da Associação, foram nomeados: Sr. Custodio Valente e Dorinda Costa (pela Região Norte) e Abílio José Soares e António Simões Justo Baptista (pela região Centro).

Nos dias 25 e 26 de Novembro de 1967 procedeu-se à continuidade das sessões pela Comissão organizadora, numa dependência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), onde se focaram os problemas de interesse profissional e o projecto dos Estatutos referentes à estrutura da futura associação.

No dia 29 de Dezembro de 1967 surge a aprovação da implementação da Associação através do officio nº 4344 da Secretaria-Geral do Governo Civil do Distrito de Lisboa, sendo a Comissão organizadora informada através do comunicado do despacho de autorização para efectivação da mesma nos dias 20 e 21 de Janeiro de 1968, na Casa do Concelho de Arronches.

Na Assembleia-Geral foram constituídas as seguintes Mesas: Mesa Relatora e Moderadora, a Mesa da Presidência e a Mesa da Comissão.

Dentro da Mesa Relatora e Moderadora:

Presidente – Jorge Alberto Rodrigues, Técnico-Chefe dos SMSFCP e Abono de Família da Zona Sul;

Secretário – Daniel Ângelo do Carmo Covas, 2º TR do HSM;

Relator por Lisboa – António Lopes Ribeiro, 2º TR dos HCL;

Relator por Coimbra – António Simões Justo Baptista, 1º TR dos HUC;

Relator pelo Porto – Custodio Valente, 1º TR do Hospital de Santo António do Porto (HSAP).

Na Mesa da Presidência:

Presidente – Armando Correia Pinto, Técnico-Chefe dos HCL;

Secretário – Abílio José Soares, Técnico-Chefe dos HUC e Dorinda da Silva Costa, 2ª TR do HSJP.

A Mesa da Comissão Organizadora foi constituída por:

Presidente – Joaquim Fortunato Mateus dos Santos, 1º TR dos HCL;

Secretário – Augusto Ferreira Fernandes, 2º TR dos HCL;

Vogais – José Mimoso da Cruz Raposo, 2º TR dos HCL; Emília Guerreiro Rita, Encarregada de Câmara Escura dos Serviços de Radiologia do HSM; Laura Marcelino

de Mendonça, 1ª TR dos HCL; José Pereira Dias, 1º TR da SCML; Carlos da Ascensão Teixeira, 1º Técnico dos Serviços de Rádio – Rastreio do IANT.

A primeira sessão como Associação decorreu dia 20 de Janeiro de 1968 onde foram relatados e aprovados os primeiros 19 artigos do referido projecto de Estatutos. A segunda sessão decorreu no dia seguinte, onde foram aprovadas, com algumas alterações propostas, os restantes artigos do mesmo projecto de Estatutos. Neste dia nascia assim a Associação Profissional dos TR denominada por: “Associação dos Técnicos e Auxiliares de Radiologia de Portugal” – ATARP.

A sede e o foro jurídico desta Associação foi definida em Lisboa sendo regida pelos seguintes Estatutos (art. 2º):

- 1 – Promover cursos complementares e conferências culturais;
- 2 – Criar e manter publicações periódicas de carácter informativo e cultural;
- 3 – Fomentar o intercâmbio cultural e o convívio social entre Técnicos portugueses e dos países com quem Portugal mantenha relações culturais;
- 4 – Promover a criação de uma Biblioteca;
- 5 – Estudar as melhores condições de protecção contra as radiações ionizantes no trabalho dos seus associados;
- 6 – Agir como órgão informativo ou consultivo sempre que solicitada pelas entidades competentes a pronunciar-se sobre assuntos profissionais.

É de louvar a coragem dos profissionais TR que formaram o corpo das diversas comissões, pois estas reuniões de preparação para a criação da Associação Profissional não possuíam a autorização legal do Governo Civil e como na época encontrava-se vigente o Regime de Ditadura em Portugal, estas decorreram sob vigilância da polícia política.

Após a criação da ATARP, o seu corpo dirigente desenvolveu as actividades inerentes aos fins a que se propôs, assumindo-se no início da década de 70 com grande dinamismo em prol do interesse socioprofissional dos seus associados em particular e da Radiologia em Geral.

Todavia, razões de natureza diversa, após a revolução de 25 de Abril de 1974, a actividade da Associação tornou-se praticamente incipiente, chegando mesmo a perder algum do seu património, incluindo a sua Sede. Esta postura associativa prolongou-se

até 1986, época em que um grupo de TR decidiu recuperar e relançar a actividade da Associação.

Os órgãos resultantes desse novo grupo de profissionais imprimiram um dinamismo novo à Associação que passou a integrar, para além da Radiologia, a Medicina Nuclear e a Radioterapia, através da alteração dos seus Estatutos iniciais. Desde essa data, a actividade da Associação tem sido bastante diversificada no âmbito da sua missão o que contribuiu para agregar no seu seio um elevado número de associados e conseqüentemente adquiriu um maior reconhecimento social. No entanto, e face ao elevado número de profissionais das três áreas das Tecnologias da Saúde (Medicina Nuclear, Radiologia e Radioterapia), nos últimos anos até à actualidade, é exigido à Associação um esforço mais relevante de actuação nível do espírito associativo e do cumprimento da missão imposta pelos Estatutos da mesma, caminhando no sentido do reconhecimento social destas profissões.

2.1.4. Perfil Profissional e Regulamento do Exercício Profissional

Segundo o Decreto – Lei Nº. 564/99, de 21 de Dezembro, o TDT, onde se insere o TR, é definido como um profissional do sistema de saúde indispensável para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. Estes profissionais enquadram um conjunto cujos elementos são detentores de formação especializada de nível superior.

No caso da Radiologia, a formação superior permite aos indivíduos pertencentes a esta classe realizar todos os exames da área da Radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde. Esta formação permite também ao TR a utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes e não ionizantes que contribuem para o diagnóstico final através de diferentes métodos de estudo, entre os quais, Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), Mamografia, Ecografia, Angiografia e Densitometria Óssea.

Estes profissionais, no desenvolvimento das suas funções, actuam de acordo com as indicações clínicas que lhe são prestadas, bem como com os pré-diagnósticos,

diagnósticos e processos de investigação ou identificação. Assim sendo e com base nesses dados fornecidos, os TR devem conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho tendo sempre em vista a promoção da saúde, prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção do utente no seu meio.

O TR, como TDT, deve planear, recolher, seleccionar, preparar e avaliar todos os elementos que lhe permitem desenvolver a sua actividade diária garantindo que os meios necessários ao bem-estar e qualidade de vida dos utentes e da comunidade sejam assegurados.

Aquando da realização dos exames de diagnóstico, estes profissionais devem preparar o utente explicando-lhe todo o processo, garantindo uma participação esclarecida e ainda devem assegurar a sua vigilância de forma a garantir a efectividade do exame.

A actividade dos TR deve garantir, assim oportunidades iguais para todos os utentes, qualidade nos cuidados de saúde prestados, rigor técnico-científico e humanização.

A articulação das actividades com outros profissionais de outras áreas da saúde também deve ser tida em conta, para garantir a prossecução eficaz dos cuidados de saúde sendo, por isso, importante o desenvolvimento e a participação em projectos multidisciplinares de pesquisa e investigação, bem como a formação contínua e o aperfeiçoamento profissional.

A gestão, aprovisionamento e manutenção dos materiais e equipamentos com que o TR realiza o seu trabalho também é da sua competência profissional.

Os TDT podem ainda integrar órgãos de gestão ou direcção, bem como equipas responsáveis pelo processo de instalação de novos serviços; ministrar o ensino das tecnologias da saúde e orientar estágios no âmbito da profissão, também são funções que compõem a listagem das actividades passíveis de serem desempenhadas por estes profissionais.

As funções dos TR são influenciadas por diversos factores entre eles, o desenvolvimento da pesquisa tecnológica, as características culturais dos serviços onde desenvolvem a sua actividade, a dimensão das instituições onde exerce as suas funções, as valências prestadas pelo Serviço de Imagiologia e a variabilidade de casos que é proporcionada à própria equipa de trabalho, a competência e a disponibilidade de toda a

equipa e ainda a diversidade que existe nas práticas dentro de um mesmo país e de um país para outro.

Porém, apesar da diversidade das práticas, as áreas de actuação e de responsabilidade destes profissionais não deixam de ser as mesmas.

Assim sendo, segundo a *Society of Radiographers and Radiological Technologists*, essas áreas são: cuidados com o paciente, uso das Tecnologias de Imagem, optimização da Dose, responsabilização clínica, garantia de qualidade, organização e gestão, educação e treino.

Relativamente à primeira área – Cuidados com o paciente – o TR deve garantir o bem-estar durante os cuidados que presta ao paciente. Esse bem-estar depende da consideração que este profissional tem pelas características físicas e psicológicas apresentadas, bem como as características sócio-culturais, uma vez que estas influenciam as necessidades dos pacientes.

A segurança e o conforto devem ser igualmente considerados, sendo muitas vezes necessário que os TR adaptem as metodologias de trabalho para que estes sejam satisfeitos.

Sempre que o paciente solicite informações, o TR deve prestar-lhas de uma forma clara e correcta.

Assim sendo, os pacientes devem ser informados relativamente a todos os procedimentos inerentes aos exames a que são sujeitos e, no caso dele não concordar com algum parâmetro, poderá recusar a sua realização. Pelo contrário, se o paciente concordar com a realização do exame após a explicação do procedimento, pode-se afirmar que este o realiza de acordo com o consentimento informado.

Durante a realização dos exames, é da competência do TR, a vigilância e a comunicação contínua com o utente e com os seus acompanhantes. Estes devem ser esclarecidos de todos os procedimentos, devendo-se ajustar todas as metodologias para que o paciente não contraia possíveis infecções.

Relativamente ao uso de Tecnologias, os TR são especialistas na área do diagnóstico por imagens, utilizando para isso, tecnologias que emitem radiação ionizante e não ionizante. Assim sendo, estes profissionais devem zelar pela protecção do paciente.

Os TR devem ser capacitados para interpretar e aplicar as normas, regras, regulamentações e recomendações relativas à aplicação de radiação ionizante nos utentes do serviço e restante equipa de trabalho. Esta prática depende da consciencialização que estes profissionais têm para os efeitos somáticos e genéticos que a radiação ionizante utilizada no diagnóstico médico e na pesquisa, bem como da capacidade de explicar estes factores às pessoas que os requerem.

Como tal, a partir de uma atitude correcta, de uma certa autoridade e de uma manutenção contínua do conhecimento, o TR pode ajudar no controlo do uso de radiação nos propósitos médicos, devendo estar sempre preparado para agir como um "Supervisor de Protecção Radiológica".

Quando se fala em responsabilidade clínica, os TR devem ter conhecimentos e responsabilidade que permitam garantir à população de utentes todas as técnicas de diagnóstico por imagem com a devida qualidade, sendo assim responsável por todas as suas acções e pela manutenção da confidencialidade.

Dependendo dos níveis de organização exigidos, estes profissionais de saúde devem organizar o seu trabalho de uma forma eficiente, de acordo com os recursos disponíveis e políticas vigentes para cada área do seu trabalho.

Qualquer área de trabalho que esteja sob a responsabilidade dos TR requer a prática de procedimentos que garantam uma qualidade nos serviços prestados. Para isso, em qualquer equipa que assegure uma determinada área deve existir um elemento responsável pelo desenvolvimento e monitorização dos planos de controlo de qualidade do departamento. Assim, caso estes sejam inexistentes no serviço, o TR deve implementar um programa que garanta esse controlo de qualidade.

Como profissão essencialmente prática, o TR deve efectuar actualizações de forma a manter a sua prática de acordo com as linhas evolutivas da profissão, devendo mesmo implementar procedimentos que, de acordo com pesquisas prévias, garantam melhores resultados para os utentes.

O trabalho do TR em contexto clínico deve englobar a educação dos estudantes desta mesma área, uma vez que as qualificações, capacidades e funções permitem o seu aconselhamento, instrução e supervisão em circunstâncias apropriadas. Além dos estudantes, os TR podem participar em acções de formação para outros profissionais e para o público em geral.

Porém, para uma melhor compreensão de como se processa a distribuição de actividades no seio deste grupo de profissionais é importante observar a estrutura da sua carreira. Esta obedece à classificação atribuída aos TDT e desenvolve-se em cinco categorias: técnico de 2ª classe, técnico de 1ª classe, técnico principal, técnico especialista e técnico especialista de 1ª classe, como especifica o sub – capítulo anterior.

Comparando este perfil com o perfil do profissional TR em Inglaterra, podemos observar que as suas funções são em tudo similares. No entanto, e segundo o *College of Radiographers*, os profissionais ingleses têm a possibilidade de exercer e praticar a valência de Ecografia se frequentarem um curso de Pós-graduação de Ecografia.

Para além do Decreto-Lei Nº. 564/99, de 21 de Dezembro que caracteriza o papel profissional do Técnico de Radiologia, as suas práticas são regidas pelo Código Deontológico, disponível na ATARP.

Deste modo, o Código Deontológico descreve as práticas correctas do profissional dividindo-as em diversas áreas: desempenho profissional, relação com o utente, relação com a equipa de saúde, equipamentos, protocolos, produtos farmacêuticos, radioprotecção e segurança, diagnóstico, planificação e desenvolvimento profissional.

Relativamente ao **Desempenho Profissional**, o TR deve conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho com o objectivo da promoção da saúde, do diagnóstico e do tratamento, agindo sempre com o máximo de zelo em benefício do paciente; explicitar o exame ao paciente, disponibilizando-se para clarificar qualquer procedimento, do melhor modo possível; posicionar o paciente e o equipamento correctamente, monitorizando-o durante os exames, confortando-o emocionalmente sempre que necessário e garantindo toda a sua privacidade; utilizar o equipamento, aplicando todo o seu conhecimento científico, assegurando que o paciente, ou qualquer outra pessoa, estejam protegidos contra a radiação e acção dos campos magnéticos.

Acerca da **Relação com o Paciente**, o TR deve: respeitar o doente, no quadro jurídico e deontológico, estabelecendo a salvaguarda dos valores fundamentais que colocam o Ser Humano acima de qualquer outra consideração; criar as condições de prestação de cuidados de saúde adaptadas às características físicas, psicológicas e sociais do doente, expurgando qualquer tipo de discriminação.

Sobre a **Relação com a Equipa de Saúde**, o TR deve: na equipa transdisciplinar da saúde, responsabilizar-se pelo seu procedimento, ancorando-se na Ética para conduzir a sua acção; conhecer as suas competências e assumir os seus limites, numa perspectiva de colaboração, no seio da equipa de saúde.

O TR sobre os **Equipamentos** deve: otimizar os diversos equipamentos e acessórios com vista ao estabelecimento do diagnóstico, da terapêutica e da investigação; desempenhar a sua profissão responsabilizando-se pela qualidade da radiação, demonstrando mestria na minimização da exposição, tanto para o doente como para todo o pessoal envolvido no acto radiológico.

Em relação aos **Protocolos**, este profissional deve: realizar os diversos protocolos dos exames, assim como os planos de tratamento; posicionar o doente, considerando o seu estado físico e psicológico, em conformidade com o equipamento utilizado.

Acerca dos **Produtos Farmacêuticos**, o TR deve: preparar, de modo apropriado, os produtos farmacêuticos (meios de contraste) de modo a proceder à sua utilização, ou pelo menos, supervisionar todo o processo; proceder à administração oral, rectal, intramuscular, endovenosa e subcutânea das substâncias farmacêuticas necessárias para a obtenção de uma imagem médica de boa qualidade.

Na dimensão da **Radioprotecção e Segurança**, o TR deve: evitar toda a desnecessária exposição à radiação em todas as situações profissionais e respeitar a disposição ALARA⁹ (*As Low As Reasonably Achievable*); aplicar as regras de assepsia e higiene hospitalar em todos os sectores de desempenho profissional; vigiar o bem-estar do utente, inclusivé a continuidade dos cuidados após o exame; deve aplicar as regras aceites e os princípios básicos da radioprotecção em conformidade com a legislação em vigor.

No âmbito do **Diagnóstico**, o TR deve: escolher os parâmetros de exposição tomando em conta a clínica, a patologia e a semiologia radiológica, e avaliar as imagens em função dos princípios de formação de imagem; participar na anamnese dos doentes através de toda a informação útil para a realização do exame; alertar sobre os efeitos secundários ligados à Radiologia, sem esquecer que a transmissão dos resultados radiológicos compete ao Médico assistente do doente; informar o Médico assistente do

⁹ *mínimo de radiação para a obtenção de uma imagem diagnóstica* – trad. e adapt.

doente acerca dos achados radiológicos encontrados na sequência da sua actuação profissional.

Este profissional relativamente à **Planificação** deve: agir de modo autónomo, tomando o doente à sua responsabilidade, organizando o trabalho e o seguimento dos exames; assegurar a manutenção de programas de qualidade com fins de melhoria diagnóstica, terapêutica, económica e de protecção.

O TR acerca do seu **Desenvolvimento Profissional** deve: ter uma sólida formação inicial com estudos de nível superior e adoptar um modelo de formação contínua que fomente o desenvolvimento pessoal e profissional, e interdite a veleidade da improvisação; colaborar com os organismos institucionais para a promoção profissional, adoptando uma postura de solidariedade para com os colegas, seguindo os procedimentos deontológicos socialmente aceites.

2.1.5. Competências Profissionais dos Técnicos de Radiologia

Depois da abordagem das perspectivas teóricas que sustenta a qualificação profissional e as competências dos indivíduos numa profissão, assim como a descrição da evolução da profissão e do código deontológico dos TR, torna-se pertinente descrever com maior pormenor as suas competências actuais.

Actualmente e segundo o que acima foi descrito, cada vez mais os indivíduos não devem ser analisados unicamente sob o ponto de vista das suas qualificações. O processo de aprendizagem formal adquirida pelo indivíduo não é algo estático e definitivo, pois com a constante evolução tecnológica, que traz mudanças não só nas tecnologias dos equipamentos mas também nos processos de trabalho e cuidados de saúde dos utentes. Assim, o profissional deve reciclar e rentabilizar as suas competências formais e informais através de uma aprendizagem ao longo da vida, ou seja, numa formação contínua, a fim de se adaptar a estas mudanças e melhorar a sua prestação de serviços de saúde. O que isto significa é que para os TR, face à constante pressão da evolução tecnológica, torna-se necessário identificar e reconhecer estas competências para que possam ser valorizadas, quer do ponto de vista do desenvolvimento profissional, quer do ponto de vista pessoal e social.

Assim sendo, é na aprendizagem ao longo da vida que o indivíduo vai adquirindo consequentemente diversas competências que resultam e exprimem os seus saberes: *saber – saber, o saber fazer e saber – ser.*

O Tratado de Bolonha de 2004 apresenta as competências mais actuais do profissional TR. Segundo o mesmo, as competências do TR são caracterizadas em dois contextos: no contexto da formação académica de base (Licenciatura) e no contexto de formação graduada.

Assim sendo, este documento descreve as competências do profissional licenciado em três dimensões: na dimensão dos princípios e conceitos adoptados pela profissão que visa assegurar, manter ou melhorar a saúde e o bem-estar dos cidadãos; a dimensão da qualidade do profissional como prestador de cuidados de saúde; expectativas deste, das entidades empregadoras e do público; e na dimensão dos conhecimentos, experiência e aptidões em que se fundamentam a educação e formação dos TR.

Relativamente à primeira dimensão, segundo o Tratado, o TR quando finaliza a sua formação académica de Licenciatura, no âmbito dos **princípios e conceitos adoptados pela profissão**, deve assegurar, manter ou melhorar a saúde e o bem-estar dos cidadãos a diversos níveis: a nível da identificação e avaliação das necessidades relacionadas com a saúde; a formulação de planos e estratégias e sua aplicação na prática e a avaliação.

Começando por caracterizar o primeiro nível, a **identificação e avaliação das necessidades relacionadas com a saúde**, o TR deve ser capaz tomar decisões clínicas apropriadas com base nos conhecimentos que detém na área da anatomia, na fisiologia, patologia e nas ciências radiológicas; deve conseguir avaliar a informação transmitida na referenciação para justificar a realização dos exames imagiológicos e utilizar a experiência e o conhecimento para ajudar a fundamentar e a determinar a natureza dos exames a realizar.

A nível da **formulação de planos e estratégias e a sua aplicação na esfera prática**, o profissional TR tem que deter a capacidade de planear e realizar o exame radiológico completo englobando todas as vertentes das necessidades de cuidado dos utentes, no contexto do seu quadro clínico; deve realizar os exames radiológicos tomando em consideração os princípios de cuidados de saúde e segurança e outros

como, por exemplo, controlo de infeções; deve assumir a responsabilidade pela protecção contras as radiações dos utentes e de outros profissionais de cuidados de saúde, presentes nas imediações; controlar as aplicações das tecnologias de informação, processamento, armazenamento, pesquisa e tratamento de dados radiológicos; emitir os seus conhecimentos e *feedback* de forma rigorosa em virtude de colaborar no diagnóstico das patologias dos utentes; concluir o seu trabalho de forma satisfatória incluindo a elaboração rigorosa da documentação necessária; cumprir os prazos estabelecidos para a conclusão do seu trabalho satisfatoriamente obedecendo aos critérios de qualidade.

A nível da **avaliação** o TR deve capitalizar as oportunidades de educação clínica que surjam, eventualmente, no decurso do normal exercício da sua actividade; avaliar as imagens resultantes dos exames radiológicos (por si executados) relativamente aos resultados clínicos esperados; avaliar e controlar a qualidade do funcionamento dos equipamentos radiológicos; demonstrar o exercício de uma prática ponderada; demonstrar o exercício de uma prática profissional baseada em conhecimentos clínicos e científicos sólidos e a compreensão das necessidades holísticas de doentes provenientes de diversos contextos clínicos e sociais; reconhecer as limitações do âmbito das suas competências e procurar aconselhamento e orientação em conformidade.

Assim sendo, neste âmbito o profissional TR deverá deter **competências interpessoais**, capacitando-o de trabalhar em grupo, de crítica e de auto-crítica, de incorporar grupos interdisciplinares, de apreciar diversidade e multi-culturalidade, etc.

No âmbito da **qualidade de prestador de cuidados de saúde**, face às expectativas do profissional e das entidades empregadoras e do público em geral, o TR deve possuir um rol de competências, também a diversos níveis: a nível da autonomia e responsabilidade profissional, relações profissionais, aptidões pessoais e profissionais, contexto profissional e laboral.

A nível da **autonomia e responsabilidade profissional**, o TR deve ter capacidade de compreender a importância da regulação profissional; compreender as responsabilidades legais e os aspectos éticos da auto-regulação profissional; respeitar a necessidade de preservar a integridade da profissão, não pondo em causa a reputação da

mesma; deve ter em conta a necessidade de manter o registo do estatuto profissional através dos meios adequados; demonstrar integridade nas questões públicas e privadas.

A nível das **relações profissionais**, compete ao TR estabelecer e manter relações de trabalho profissionais com o restante pessoal ou especialistas envolvidos no tratamento e cuidados dos utentes; deve gerir de forma eficaz e eficiente o pessoal profissional, auxiliar e estudantes, em função das necessidades do processo do exame.

Relativamente às **aptidões pessoais e profissionais**, o TR deve saber identificar e realizar os exames radiológicos mais apropriados ao diagnóstico de cada utente; saber seleccionar o equipamento de radiologia, as técnicas e os parâmetros de exposição que permitam minimizar a dose de radiação e otimizar o diagnóstico; desempenhar a sua profissão em conformidade com a legislação em vigor, respeitante a competências especiais em saúde na utilização de radiação ionizante e não ionizante e com a demais legislação que regulamenta o seu exercício profissional; reconhecer e responder às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos utentes à medida que estas forem sendo evidenciadas no decurso dos exames radiológicos; identificar as estruturas anatómicas normais visualizadas nas imagens radiológicas; reconhecer e informar adequadamente outros profissionais de saúde sobre aspectos patológicos e fora do normal nas imagens radiológicas; comunicar eficazmente com os utentes e outros profissionais de cuidados de saúde; manter a sua competência através de um desenvolvimento profissional sustentado na formação ao longo da vida.

Em **contexto profissional e laboral**, o TR deve comportar-se de acordo com os códigos de conduta profissional; manifestar interesse e respeitar os utentes por forma a preservar a sua dignidade humana e os seus direitos; agir sempre de uma forma responsável face aos utentes e a outros membros da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde; demonstrar o bom carácter em contextos profissional e pessoal; reconhecer o valor da investigação e de outras actividades académicas que contribuem para o desenvolvimento da profissão; desenvolver a investigação no campo da Radiologia; investir na formação ao longo da vida, desenvolvendo novas aptidões que demonstrem ser relevantes para a elevação da sua profissão.

Neste sentido, é fundamental que esta profissional desenvolva as suas **competências sistémicas**, onde vingam as capacidades para aplicar o conhecimento na

prática, os *habitus* de aprender e de se adaptar a novas situações, de gerar ideias novas, de liderança, de trabalho autónomo, etc.

Na dimensão dos conhecimentos, experiência e aptidões em que se fundamentam a educação e formação dos Técnicos de Radiologia, este profissional deve desenvolver competências a diversos níveis, que são: o nível de conhecimento e experiência, e as aptidões profissionais.

A nível dos conhecimentos e experiência, o TR deverá ser capaz de demonstrar conhecimento e experiência sobre física das radiações, protecção, biologia e dosimetria, subjacentes aos exames radiológicos, para além de conhecimentos pormenorizados sobre a legislação e regulamentos associados em vigor; evidenciar conhecimentos sobre anatomia humana normal, incluindo o seu desenvolvimento e modificação desde a vida fetal até à idade avançada, ter também conhecimentos dos aspectos anatómicos normais e anormais nas imagens radiológicas e o conhecimento pormenorizado da anatomia e fisiologia funcionalmente normais em relação aos exames radiológicos dinâmicos (ex.: urografia). Este profissional deverá saber, neste nível, identificar os processos patológicos e os parâmetros fisiológicos para facilitar o parecer clínico sobre a natureza do exame radiológico a realizar e assegurar uma prática radiológica segura, evitando que a situação do utente seja exacerbada pelo exame; a manifestação dos processos patológicos nas imagens diagnósticas é também essencial para permitir que este profissional avalie a eficácia do exame, determine a necessidade de realização de exames radiológicos adicionais e formule uma interpretação inicial do exame. Este profissional deve estar capacitado para identificar a manifestação e curso da doença, bem como os processos traumáticos, e estar centrado em sinais e sintomas clínicos que os utentes possam manifestar, aquando da sua apresentação para o exame radiológico inicial e da respectiva alteração no decurso da doença, ou seja, o TR necessita essencialmente de conhecer a forma como estes factores influenciam o exame a realizar. Para além disso, este profissional deve demonstrar conhecimentos que possam influenciar e apoiar a promoção da saúde, ou seja, é importante a educação do público em geral sobre os riscos e benefícios dos exames radiológicos, permitindo que os utentes façam juízos informados sobre os seus exames e possam dar o seu consentimento informado.

O TR deve reconhecer e compreender a base científica dos vários métodos radiológicos por forma a que as imagens sejam produzidas e manuseadas com eficácia, convenientemente em relação à patologia ou traumatismo a demonstrar. É também igualmente importante a avaliação técnica e a interpretação das imagens produzidas, aliadas à capacidade de fazer juízos sobre a aceitabilidade da qualidade das imagens no contexto da situação do utente.

Este profissional deve também identificar e compreender a gama de equipamento tecnológico utilizado em Radiologia por forma a que o equipamento escolhido permita uma prática segura e eficiente; contribuir para o planeamento e organização de serviços e salas de radiologia, incluindo a distribuição, localização e disposição dos diversos tipos de equipamentos; coordenar e participar na elaboração de programas de qualidade e controlo da qualidade nos serviços de radiologia, incluindo a monitorização de todos os equipamentos.

Relativamente aos meios de contraste utilizados, o TR deve saber identificar os meios de contraste e os fármacos utilizados nos exames radiológicos e actuar nas situações de reanimação de emergência, no âmbito da legislação e regulamentação aplicáveis; administrar os meios de contraste e outros fármacos, incluindo a via intravenosa.

Este profissional deve compreender os enquadramentos legislativo, político, ético e de investigação que fundamentam, informam e influenciam a sua prática profissional; em particular, um conhecimento pormenorizado da legislação em vigor sobre a utilização da radiação ionizante em medicina; conhecer as ciências de comportamento e comunicação e compreensão profunda da sua relevância e aplicação aos cuidados prestados a pessoas submetidas a procedimentos radiológicos no âmbito da prestação continuada de cuidados de saúde. Esta compreensão engloba igualmente os familiares e prestadores de cuidados; compreender a filosofia subjacente ao desenvolvimento da sua profissão e da prática profissional; interpretar o processo radiológico e os exames radiológicos padrão; apreciar os exames e intervenções do foro da radiologia especializada; compreender os desenvolvimentos e tendências actuais a nível da ciência e prática da radiologia.

Passando para outro nível, o das aptidões profissionais, o TR deve deter diversas competências, que são:

- Capacidade de Reflexão;
- Capacidade de recolha e avaliação da informação e da evidência;
- Resolução de Problemas;
- Prática;
- Comunicação e Relacionamento;
- Numeracia;
- Tecnologia.

Relativamente à capacidade de reflexão, o profissional deve conseguir: apreciar de forma crítica a ciência e prática radiológica; reflectir sobre o potencial e as limitações do conhecimento profissional; e avaliar o impacto do conhecimento profissional sobre a prática.

A aptidão do TR de recolher e avaliar a informação e evidência, envolve: a capacidade de sintetizar os conhecimentos e compreensão da base científica da radiologia e sua aplicação à prática; a capacidade de realizar uma análise rigorosa e um processamento da informação e dos dados por forma a realizar os exames de forma eficiente e eficaz; um raciocínio clínico baseado em pareceres realizados a partir da apresentação verbal e física de um indivíduo e da informação colhida de várias fontes, incluindo o médico responsável pela referência, que conseqüentemente deverá efectuar uma avaliação, adequada e atempada, da situação clínica específica observada e juízos de valores dos resultados técnicos e clínicos. Deverá ainda deter capacidades ao nível de: efectuar avaliações profissionais que permitam elaborar pareceres informados, sensatos e eticamente sólidos bem como avaliar e interpretar as imagens diagnósticas produzidas; reflectir sobre e durante o desempenho da sua actividade; raciocinar de uma forma lógica, sistemática e conceptual.

Para além de ter que possuir competências de reflexão e capacidades de recolha e avaliação de informação, o TR deve ter competências profissionais que o capacitem de resolver problemas. Dentro destas competências ele deve: procurar as soluções apropriadas para os problemas que enfrenta na prática clínica à luz das normas orientadoras e da evidência relevantes, da natureza e apresentação do doente e da região anatómica em que o exame incide; analisar e processar com rigor a informação e os dados de modo a realizar os exames de uma forma eficiente e eficaz; sequenciar e

adaptar o processo radiográfico face às necessidades de cuidados do doente, aos resultados clínicos e radiográficos visados e aos recursos disponíveis.

O TR deve deter competências na prática profissional, devendo: avaliar as necessidades do doente com base na anamnese para determinar a natureza exacta do exame a realizar; justificar e adaptar o exame radiológico ou o método radiológico às necessidades clínicas, com base na avaliação da evidência obtida a partir de fontes profissionais ou fundamentada no doente; preparar o doente, tanto a nível físico como psicológico, para a realização de um exame clínico eficiente; posicionar os doentes/utentes para a realização do exame de uma forma correcta e segura tomando em consideração a sua sensibilidade; utilizar o equipamento radiológico disponível de uma forma segura e eficiente; gerar e manusear as imagens (incluindo verificação dos factores de exposição) de uma forma eficiente e apropriada em relação à patologia ou traumatismo a demonstrar; avaliar e interpretar as imagens produzidas, emitindo pareceres sobre a aceitabilidade da qualidade das imagens no contexto da situação do doente, incluindo a emissão de pareceres sobre a necessidade de realizar procedimentos radiológicos suplementares ou projecções/procedimentos adicionais e a necessidade de emitir pareceres sobre a ausência ou presença e possível natureza do traumatismo ou patologia demonstrados; registar e relatar os achados de uma forma apropriada; deslocar e movimentar os doentes de uma forma eficiente de modo a proteger os doentes e a si próprio, contra a ocorrência de lesões ou lesões futuras ou, no caso dos doentes, a evitar a ocorrência de um agravamento adicional de uma patologia existente, que poderá ser concomitante com o motivo da apresentação. Ocasionalmente, tal poderá envolver a deslocação de doentes com traumatismos graves, dor aguda e/ou choque clínico e com deformações físicas pré-existent; instituir medidas de reanimação quando necessário; introduzir meios de contraste no organismo, quando apropriado, incluindo a administração por via intravenosa; gerir o tempo de uma forma eficaz, incluindo a atribuição de prioridades às tarefas, prestando, simultaneamente, cuidados de elevada qualidade.

As aptidões profissionais envolvem também as competências de comunicação e relacionamento que o TR deve ter. Assim sendo, este profissional de estar capacitado de: comunicar de forma eficaz e apropriada inter e intra-disciplinar em exposições escritas ou orais, e apresentações; supervisionar eficazmente estudantes e outro pessoal;

usar uma ampla gama de fontes de informação, que lhes permitam elaborar relatórios qualitativos sobre a natureza do serviço prestado e sobre as tendências e alterações no mesmo; integrar dados de investigação e processuais com vista à elaboração de relatórios que contribuam para o tratamento eficaz do doente; codificar e questionar os dados relativos ao desempenho individual e colectivo, com o objectivo de monitorizar e influenciar a prática.

As aptidões profissionais incluem as competências profissionais de numeracia. Dentro destas, o profissional TR deve deter: confiança e competência na selecção dos parâmetros e variáveis de exposição, por forma a otimizar aspectos relacionados com a dose e a qualidade da imagem, de acordo com as necessidades/interesses específicos de cada doente e com o exame a realizar; competência matemática na determinação das doses de meios de contraste e dos fármacos analgésicos e de recurso a utilizar; suficiente familiaridade e competência na manipulação das doses de radiação prováveis e das respectivas variáveis a fim de aconselhar/informar os doentes e os médicos que os referenciaram sobre os riscos relativos emergentes dos procedimentos individuais; capacidade para coligir, questionar, interpretar e apresentar os dados relevantes obtidos a partir de diversas fontes e através de vários métodos; competência matemática e estatística para avaliar os dados obtidos em auditorias ou através da investigação.

O profissional deve deter também dentro das suas aptidões, competências na área da Tecnologia. Assim deve: demonstrar competência na utilização da tecnologia necessária para mobilizar os doentes, destinados ao estudo radiológico; dominar a utilização da tecnologia de comunicação e da informação relacionada com os dados sobre os doentes, gestão do serviço, ensino e aprendizagem, desenvolvimento profissional continuado e investigação; evidenciar confiança e competência na utilização da extensa gama de imagens geradas, respectiva manipulação e apresentação, assim como em relação com os equipamentos de registo e tecnologia utilizados na prática radiológica.

Quando o profissional continua a sua formação académica, frequentando cursos de pós-graduação, mestrado ou até doutoramento, ganha um rol de competências profissionais que lhe permite alargar o seu campo de intervenção na esfera laboral.

Nesta linha de pensamento e segundo o mesmo Tratado (2004), o TR ganha competências a diversos níveis: instrumental, interpessoal e sistémico.

Relativamente às **competências instrumentais**, com formação graduada, este profissional deve ter a capacidade de: análise e síntese, de organização, de cultura geral básica, de comunicação, etc.; tratar questões complexas de modo sistemático e criativo, emitindo opiniões credíveis na ausência da totalidade dos dados e comunicar as suas conclusões de forma clara para audiências especializadas e não especializadas; continuar a evolução do conhecimento e compreensão e desenvolvimento de novas aptidões de nível superior.

A nível das **competências interpessoais** o TR deve possuir a capacidade de trabalhar em grupo, de crítica e auto-crítica, de incorporar grupos interdisciplinares, de apreciar diversidade e multi-culturalidade, etc.; demonstrar auto-iniciativa e originalidade na interrupção e resolução de problemas e agir de forma autónoma no planeamento e na implementação de tarefas de nível profissional ou equivalente.

As **competências sistémicas** permitem que este profissional detenha a capacidade de aplicar o conhecimento na prática, de aprender, de se adaptar a novas situações, de gerar ideias novas, de liderança, de trabalho autónomo, etc., e ainda deter qualidades e aptidões transferíveis necessárias aos requisitos profissionais como: o exercício da iniciativa e da responsabilidade pessoal, as tomadas de decisão em situações complexas e imprevisíveis e a capacidade de aprendizagem (de forma independente) necessária ao desenvolvimento profissional.

2.2. TENDÊNCIAS E MUDANÇAS NOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA

Tal como já foi abordado anteriormente, as profissões da Saúde encontram-se numa evolução constante e acelerada, sobretudo na área da Tecnologia.

A profissão de TR não é excepção nesta tendência social, onde a sua evolução tecnológica permite que os profissionais (que cultivam a sua actualização profissional e formação contínua) prestem os seus serviços à sociedade cada vez mais com qualidade, melhorando as suas práticas, garantindo ao utente maior conforto e rapidez na execução dos exames radiológicos. Estes factores contribuíram amplamente para um reconhecimento não só do profissional que presta os seus serviços, mas também da própria profissão que ganha reconhecimento social e *status* profissional nas instituições de saúde.

Actualmente assiste-se a diversos processos de reconfiguração profissional a nível das profissões de saúde, entre eles a conquista do *status* profissional por parte dos TR.

Nixon (2001) nos seus estudos em Inglaterra afirma que a partir da década de 60 se registaram grandes passos dados por parte dos TR. Eventualmente por esta altura pelo menos terminou 'teoricamente' o debate em torno do status destes profissionais e a relação do Técnico de Radiologia com a classe médica em moldes *servidor/mestre*. No *Council for Professions Supplementary to Medicine* realizado em 1961, determinou-se que as profissões "transversais" à Medicina não deveriam ter estatuto social de profissões subordinadas.

No entanto, esta mudança social não é um processo social fácil até à actualidade porque a maioria das profissões adjacentes à Medicina são dominadas por mulheres que historicamente, nas sociedades ocidentais (patriarcais) têm desempenhado exclusivamente um papel preponderante na esfera familiar. Este facto leva muitos a catalogar estas profissões como sendo *profissões de cuidado* que deve ser aplicado e supervisionado e não (teoricamente) informado e autónomo. Neste sentido, os TR, como profissão adjacente à Medicina, são vistos como agentes passivos, meios para atingir os fins de outrém (os Médicos), o que atrasa o processo de mudança social do reconhecimento e status profissional aos olhos da sociedade.

Mas outros autores relevam que na profissão de TR, como em qualquer outra profissão, os suportes de conhecimentos desempenham um papel importante. Nos primórdios da profissão o conhecimento científico foi desenvolvido através de actividades de pesquisa por médicos e cientistas, considerando assim, segundo alguns autores, que estes profissionais apenas aplicam o saber gerado por outras disciplinas. Desde essa altura até à actualidade a evolução e os avanços nas novas tecnologias em Radiologia estão em permanente mudança realçando-se a necessidade constante de processos de formação, actualização e sobretudo de pesquisa.

Perante este cenário social, o *Colégio de Técnicos de Radiologia*¹⁰ de Inglaterra publicou em 1994 um artigo denominado de “*A estratégia de investigação*” que convidava os profissionais e expandirem e a desenvolverem as suas bases de conhecimentos científicos e, no mesmo ano também melhorou o Código Deontológico Profissional de modo a incitar a investigação no seio da comunidade de TR.

Mas não era apenas deste modo que se resolveria e cultivaria o hábito de pesquisa na profissão. McKeena (1995) argumentou que este processo possuía dificuldades de implementação, pois a profissão de TR foi das últimas profissões na área da Radiologia a obter diploma de licenciatura, ter um rol de requisitos profissionais de ingresso na profissão, ter uma Legislação e pertencer a programas de iniciativa governamental. Nesta linha de pensamento, o modelo educacional da profissão reside na aquisição de habilitações de investigação, desde que sejam consideradas necessárias para garantir uma reflexão, observação, análise e avaliação eficazes, vitais ao desenvolvimento da prática. Também é preciso ter em conta que a pesquisa assenta num modo de vida de aprendizagem ao longo de toda a vida, providenciando as aptidões necessárias ao desenvolvimento pessoal e profissional e a uma actualização e adaptação às novas tecnologias. (Nixon, 2001).

Para além deste entrave social, segundo estudos realizados, a implementação de hábitos de investigação nos TR é dificultada devido a uma atitude profissional pobre para a investigação, falta de conhecimentos, tempo insuficiente para tal, falta de suporte entre a mesma classe profissional, os gestores e os outros profissionais de saúde, falta de recursos e ainda resistência à mudança.

¹⁰ Trad. e adapt. de *College of Radiographers*

Susan Henwood (2000) atribui as responsabilidades da implementação de culturas de investigação no seio da profissão de TR aos Gestores das instituições e Coordenadores de Serviço. É impreterivelmente necessário que a Radiologia não atribua às outras profissões esta responsabilidade, mas sim tomá-la para si. Actualmente os TR no Reino Unido que têm contacto com a esfera social da investigação em situações de projectos de investigação de pós-graduações, mas infelizmente ainda não é real que os resultados obtidos nas pesquisas sejam aplicados no dia-a-dia e que contribuam para o conhecimento base da profissão (Nixon, 2001).

Nixon (2001) sublinha no seu artigo que muitos profissionais TR da Inglaterra praticam investigação, mas esse número não é suficiente porque muitos mais profissionais precisam de ser pró-activos, de forma a ver a sua prática como uma fonte legítima de investigação. Esta atitude profissional relevará a investigação como fonte de teoria e de desenvolvimento de conhecimento base, sendo cada vez mais uma profissão reconhecida socialmente como sendo uma ocupação cujo esforço contribuirá para manter o *status* profissional.

Mas não é apenas através da reconfiguração dos cursos e da promoção de hábitos de investigação nos profissionais que se consegue com que os TR pratiquem no seu quotidiano investigação. A evolução do ensino, da formação contínua e da própria investigação científica na área da Radiologia abrirão portas para os profissionais no sentido de conquistarem novas competências que modificaram as práticas nos Serviços de Imagiologia.

É necessário que os órgãos de gestão das instituições de saúde promovam e incentivem o desenvolvimento dos profissionais, no sentido de melhorar a prestação dos cuidados de saúde, melhorar a imagem da instituição e da profissão aos olhos da sociedade. Para que as instituições apliquem estas políticas de desenvolvimento é essencial que o Sistema de Saúde implemente programas de desenvolvimento dos profissionais, estimulando o seus investimentos na área da investigação de maneira a inovar e a melhorar a qualidade na Saúde do país.

Para além da investigação científica, outra etapa importante para a profissão está a chegar aos TR.

A Associação Profissional e os Colégios dos Técnicos de Radiologia (*Society and College of Radiographers* - SCoR) em Inglaterra estão a trabalhar na direcção das

novas competências que o TR pode exercer nas instituições de saúde. Em 1999, estas duas entidades em resposta ao relatório “*Crown II*” organizaram uma equipa multidisciplinar composta por profissionais docentes e profissionais clínicos que, em conjunto, definiram um conjunto de áreas nas quais os TR poderiam melhorar os cuidados de saúde prestados e o aumento de eficiência se possuísem competências de prescrição (Hogg, 2003).

Nesta luta na melhoria do status social da profissão a Associação Profissional Inglesa manifesta claramente a sua visão social reforçando numa publicação da revista da Associação em 2001 “*A prescrição do Técnico de Radiologia não é uma opção no futuro, é uma exigência*”¹¹ (Hogg, 2003: 263).

Actualmente a prescrição dos meios de contraste no utente é uma competência médica. Os TR apenas têm a competência de administrar os diversos contrastes após a autorização médica prévia. Com o aumento da formação, tanto académica como profissional, o profissional TR abraça com o passar do tempo novas competências e especializações na área da Radiologia. Actualmente, segundo SCoR, não faz sentido que o TR com todo o seu saber não possua competências de prescrição de medicamentos como os meios de contraste utilizados nos exames radiológicos. Esta medida contribuiria fortemente para uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais, que aceleraria a execução de todo o exame intensificando a relação TR/Utente no sentido do aumento de confiança por parte do paciente para com o profissional e para com a instituição.

O relatório “*Crown II*” teve 39 recomendações incluindo os novos grupos profissionais que deveriam possuir responsabilidade de prescrição. É da responsabilidade dos corpos profissionais decidir se os seus profissionais devem prescrever, como devem ser formados, qual o financiamento da formação e como irão ser registados e recomenda que um corpo consultivo deve ser criado para considerar aplicações dos corpos profissionais. Reconhece também que a provisão de medicinas deve fazer melhor uso da experiência profissional e recursos, mas mais importante que tudo isto é, que os utentes esperam um serviço sem erros, no qual eles vejam um número mínimo de pessoal para receberem um cuidado de saúde óptimo (Hogg, 2003).

¹¹ Trad e Adap de “*Radiographer prescribing is not an option for the future, it is a requirement*”.

Em Inglaterra, existem algumas categorias dentro do grupo profissional da Enfermagem (ex.: Enfermeiras Comunitárias) que possuem competências na área de prescrição e que demonstraram segundo estudos realizados na área, que melhoraram em muito a qualidade e eficiência da sua prestação de cuidados de saúde ao utente com a introdução da competência de prescrição. E este foi o ponto de partida que a SCoR utilizou para qualquer argumento com a finalidade de justificar os direitos de prescrição para os TR, no Relatório “Crown II”. No entanto, SCoR assinala que o nível e o poder de prescrição de medicamentos, como os meios de contraste variará consoante as especializações que os TR possam ter, como por ex., os TR especializados em estudos do aparelho digestivo (Hogg, 2003).

Se os TR ganharem responsabilidades na área da prescrição, então será necessário que estes tenham uma formação na área adequada, cuidada e fiável, de modo a que no futuro o profissional corra o mínimo de riscos de erro profissional e as consequências disso sejam graves para o utente.

À medida que o papel de prescrição passa para a esfera prática, terá que ser fomentado nos locais de trabalho alterações a nível das práticas de modo a proteger o paciente, ao mesmo tempo que se protegem as funções e competências do TR. Tais alterações não devem ser excessivamente burocráticas, mas dirigir os elementos chave para redes de suporte, desenvolvimento profissional contínuo e para a dimensão prática, ou seja, para todo o processo que envolve a realização do exame (Hogg, 2003).

Mas as tendências evolutivas da profissão de TR não terminam por aqui. Neste momento, em Inglaterra verifica-se um fenómeno social muito peculiar: os TR começam a dar os primeiros passos na formulação de relatórios clínicos dos exames radiológicos.

Tennant (2000) no seu estudo sociológico em torno dos TR ingleses afirma que o decréscimo de profissionais Médicos Radiologistas nas instituições de saúde conduziu a uma reflexão pertinente a nível das competências profissionais dos TR para realizarem relatórios clínicos dos exames radiológicos.

Tradicionalmente, muitos Médicos acreditam que são o topo da hierarquia dos serviços de saúde. Embora muitos pensem assim, muitas alterações têm ocorrido a nível das equipas multidisciplinares nos últimos 20 anos. Estas mudanças devem-se essencialmente a factores externos como a mudança das mentalidades na sociedade, e a

factores internos como as mudanças a nível do ensino e treino dos profissionais não Médicos, como já foi abordado anteriormente.

Estas mudanças sociais não deixaram de parte a profissão TR. A elevada evolução tecnológica e da intervenção radiológica oferece um amplo leque de oportunidades treino e aspirações na área da Radiologia. Ora este crescimento na área do diagnóstico radiológico e a falta subjacente de Médicos Radiologistas, criou uma série de expectativas onde estes pudessem delegar as suas tarefas tradicionalmente médicas aos TR. Mas este processo não é assim tão fácil, existe uma forte cultura médica enraizada nas instituições, o que dificulta a delegação das competências da elaboração de relatórios clínicos a profissionais não médicos.

No entanto, Tennant (2000) refere que existem muitos profissionais não médicos que reconhecem a importância de se dar uma resposta rápida às necessidades de saúde da população envolvida e prestar os cuidados de saúde o mais eficientemente possível. Para tal, não só é necessário que os exames sejam efectuados num período de tempo curto como também a informação de diagnóstico dos mesmos deve ser igualmente rápida. Um bom exemplo, na área da Radiologia é o Serviço de Urgência, pois existe uma grande afluência de utentes. Perante situações destas no quotidiano, muitos Médicos Radiologistas ingleses foram obrigados a reconhecer que outros profissionais devidamente formados e preparados poderiam elaborar relatórios clínicos tão bem ou melhor do que eles. Mas para que tal seja possível, não passa só por uma mudança de mentalidade é também vigente na esfera dos Serviços de Imagiologia muitas dificuldades a nível do recrutamento do pessoal. Muitos dos TR que realizam relatórios clínicos ocuparam essa posição sobre um status profissional e não porque fizeram formação específica para tal. Actualmente existe em Inglaterra cursos de pós-graduação que habilitam os TR para elaborarem os relatórios clínicos; no entanto, o acesso a estes cursos não é igual para todos os profissionais. Este facto deve-se essencialmente a dois motivos: primeiro, nem todos os profissionais TR possuem a mesma formação profissional de base, ou seja, nem todos possuem um curso superior como existe actualmente, que possibilita o ingresso destes profissionais em cursos de formação pós-graduada ou semelhantes. Nesta linha de pensamento, é travado o acesso a estes cursos aos profissionais que possuem uma formação profissional deficiente, que não foi sujeita aos processos de homologação profissional. Em segundo lugar, estes cursos de pós-

graduação são muito compensatórios a nível profissional, mas implica um encargo económico grande para o profissional, não estando assim acessível a todos os profissionais.

Neste sentido, não é só pertinente modificar a política de ensino como também modificar a carreira profissional a fim de incentivar os profissionais a continuarem a sua formação superior e que esta seja valorizada.

Assim, e para que a profissão caminhe no sentido do seu reconhecimento social a nível da formulação de relatórios clínicos, em primeiro lugar terá que existir uma promoção mais activa do desafio que os relatórios clínicos apresentam para o profissional.

O crescimento do profissional TR está a acontecer noutros domínios médicos para além da investigação e do poder de prescrição. Neste momento, tanto em Inglaterra como em Portugal, os TR saem para o mercado de trabalho com competências em Ecografia.

No entanto, em Inglaterra e devido ao decréscimo progressivo de Médicos Radiologistas no mercado de trabalho, os TR têm dominado, a pouco e pouco, esta técnica imagiológica. Os profissionais que executam Ecografia para poderem exercer esta valência, para além de frequentarem o Curso Superior de Radiologia, têm também que efectuar uma formação especializante na área e depois passam a chamar-se '*Técnicos de Radiologia em Ecografia*'¹² (Lovegrove, 2002).

A maioria dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde (SNS) possuem unidades de Ecografia onde trabalham TR especializados nesta área, para além de muitos outros profissionais de saúde como os Médicos Radiologistas, Obstetras, Pediatras, Cardiologistas, de Medicina Geral e ainda por Técnicos de Cardiopneumologia. Mas, apesar da multidisciplinaridade da equipa de saúde, a maioria dos Serviços de Imagiologia em Inglaterra estudados por Lovegrove (2002) tinham 85% de TR, 14% de Médicos Radiologistas e 1% de outros profissionais da saúde a trabalhar a tempo inteiro na valência de Ecografia.

Perante esta situação, a profissão de TR atinge um *status* profissional evidente, a nível da execução de uma técnica que até há bem pouco tempo era de domínio médico,

¹² Trad e adapt de '*radiographer sonographer*'.

pois os valores do estudo são claros e reveladores onde a prevalência destes profissionais é maioritária relativamente a outras profissões da saúde.

Assim sendo, é importante que toda a formação dada aos TR seja cada vez mais sólida, concisa e actual de forma a torná-los aptos para se poderem adaptar e actualizar relativamente à evolução tecnológica dos equipamentos de Ecografia, mas também, aprenderem a mobilizar recursos humanos e materiais que permitam prestar um serviço de saúde com qualidade (Lovegrove, 2002).

Esta realidade profissional ainda se encontra numa fase muito primária em Portugal, pois apesar de actualmente os profissionais saírem para o mercado de trabalho com competências para exercer a técnica imagiológica de Ecografia, esta ainda é de domínio médico, mas a tendência social caminha na mesma direcção que a cultura profissional inglesa tomou, como se pode analisar na descrição do perfil profissional que se encontra na Legislação portuguesa e na descrição das competências profissionais no Tratado de Bolonha (2004).

Mas não é apenas nas competências técnicas, na formação e na investigação que o profissional TR tem somado a pouco e pouco sucessivas vitórias profissionais.

A temática do desenvolvimento profissional no âmbito da gestão é uma temática muito actual, que tem sido abordada em diversas profissões da área da saúde, onde a profissão de TR não foi excepção.

Forbes (2000), nos seus estudos sociológicos, descreve que o TR, para além da evolução do seu saber científico e prático na prestação dos cuidados de saúde, regista uma evolução profissional no sentido de ganhar qualificações e competências de gestão no seio da instituição de saúde onde se encontra inserido.

A ampla evolução da formação do profissional permitiu ao TR abrir os seus horizontes profissionais para outras áreas adjacentes à área da Radiologia como a área da gestão hospitalar.

Nas instituições de saúde existem muitos profissionais, como os Médicos, que são gestores a tempo parcial e no restante continuam a executar as suas funções como profissional; outros abdicaram da sua profissão propriamente dita em prol de assumirem na totalidade os cargos de gestão.

No passado, os cargos de gestão eram algo que apenas os Médicos tinham acesso por serem a profissão que se encontrava no topo da hierarquia das instituições de saúde.

Actualmente a realidade é bem diferente, pois existem profissões não-médicas que assumem cargos de gestão no seio das instituições. Os TR que outrora assumiam uma posição de subordinação relativamente à classe médica, hoje assumem cargos de gestão e coordenação de Serviços de Imagiologia, podendo chegar a assumir postos nos Conselhos de Administração.

No entanto, e segundo um estudo sociológico da profissão, alguns profissionais questionados descreveram que apesar de assumirem cargos na gestão não deixaram para trás o seu papel clínico, ou seja, não deixaram de praticar efectivamente Radiologia. Eles relevaram muita importância de continuarem a realizar tarefas clínicas para não perderem o contacto com a profissão em si. Esta situação facilita em muito, por ex., nos casos de procura de aquisição de equipamentos onde os TR ‘Gestores’ estão aptos para informar e influenciar o seu negócio ou direccionar o modo de gestão, senão apenas são envolvidos para desenvolver um plano de negócio para a sua direcção.

Assim, Forbes (2000) sublinha com os seus resultados a importância do profissional continuar a realizar tarefas clínicas a fim de evitar a perda de contacto com a realidade profissional, mas nem todos os profissionais são assim. Outros cortaram os laços com a realidade profissional alegando falta de tempo para se dedicarem à Imagiologia.

Outro pormenor que Forbes (2000) no retrato sociológico que traçou dos TR ‘Gestores’ em Inglaterra foi que a maioria destes não se sentiam adequadamente preparados para assumir cargos de gestão devido a uma formação inadequada e à falta de apoio das próprias instituições de saúde. Segundo os mesmos, o Curso Superior de Radiologia não possui um corpo teórico sólido de conhecimentos que viabilizem convenientemente as qualificações em gestão dos profissionais que saem para o mercado de trabalho. No entanto, a experiência profissional no interior dos Serviços de Saúde foi considerado uma mais valia para um processo adaptativo positivo e os profissionais aprendem gestão através do método “*aprender a fazer*”. Os TR muito experientes, que deram muito às suas organizações, foram caminhando em direcção dos cargos de administração sem um treino ou desenvolvimento adequado em gestão e este ponto é particularmente importante e preocupante para a profissão e para as organizações empregadoras. Este problema toma dimensões consideráveis quando associado ao risco de perda prestígio e status da profissão uma vez que nela existem

peças não qualificadas que assumem lugares de chefia, representando muitas vezes a profissão no seio da organização de saúde.

Mas este cenário social não caracteriza todos os TR 'Gestores'. Os profissionais que apostaram na sua formação ao longo da sua vida profissional, investindo na área da gestão não sentiram tanto as dificuldades de adaptação como sentiram os profissionais que não tinham formação específica na área.

Possuir uma formação profissional de base permite a estes TR gestores ter uma salvaguarda nas discussões em que seja necessário tomar-se decisões do foro clínico e possuir-se o conhecimento necessário e a confiança para suportar cada caso. Esta formação permite dar uma visão adicional tanto nas decisões de gestão como também nas perspectivas clínicas, aumentando a credibilidade da profissão aos olhos de terceiros garantindo uma reconhecimento social maior (Forbes, 2000).

Estas tendências de desenvolvimento da profissão de TR que estão a ocorrer neste momento em Inglaterra, a pouco e pouco vão ganhando força em muitos outros países e Portugal está incluído.

Assim sendo, para que os TR continuem a sua luta em nome de um status profissional e um reconhecimento social da profissão aos olhos da sociedade, para Nixon (2001) nos seus estudos, os profissionais deverão criar diversas frentes de luta.

Em primeiro lugar, a luta pelo reconhecimento da Radiologia como profissão, onde os Técnicos deverão adoptar modos mais sofisticados de debate, argumentação e persuasão com base nas práticas de investigação e na adopção de novas estruturas e métodos de execução das tarefas quotidianas.

Deverão também apostar na formação contínua a fim de estarem sempre a par da evolução tecnológica e de ganharem novas competências sobretudo em áreas de domínio médico e áreas adjacentes à Radiologia.

Neste sentido, estes profissionais devem fomentar uma cultura que encoraje a abertura e participação, sentido de partilha das boas práticas, valorização da educação e da investigação entre todos os profissionais.

Para que todo este processo se desenvolva no seio da profissão é importante que exista uma cooperação entre as instituições de saúde e o próprio SNS, que em conjunto possam atribuir condições para que os TR possam dar mais um passo importante na profissão, colaborando com os Médicos Radiologistas e os restantes profissionais das

equipas multidisciplinares no diagnóstico clínico respondendo da melhor maneira às necessidades dos utentes. (Tennant, 2000).

Segundo Nixon (2001), o SNS inglês também possui um papel fundamental neste processo. Actualmente, em Inglaterra, este Sistema implementou políticas que permitem:

- Facilitar o crescimento da capacidade de investigação e desenvolvimento dos profissionais que prestam cuidados de saúde *não-médicos*;
- Melhorar as redes estruturais entre pesquisa da prática e educação, e facilitar a interacção entre os profissionais clínicos, gestores, associados e academia;
- Alimentar a colaboração entre os diversos profissionais em investigação e desenvolvimento, apoiando melhoramentos na coordenação e desenvolvimentos de políticas entre as instituições de saúde e os processos de formação contínua.

Assim sendo, a mudança estrutural do SNS conduzirá conseqüentemente à mudança do modelo de ensino da profissão. Nixon (2001) sublinha que neste sentido deverá ser desenvolvido um estudo para identificar as necessidades de formação face à mudança social, de modo a serem aplicados programas de uma forma mais eficaz e mais sensíveis a todos os padrões futuros de mudança nos cuidados de saúde prestados pelos TR.

Após uma breve reflexão em torno da história e evolução da profissão de TR em Portugal e ter perspectivado as tendências de desenvolvimento sócio-profissional, torna-se pertinente avançar para um levantamento das histórias de vida dos profissionais TR, que permitirão não só reflectir marcos históricos no desenvolvimento da profissão a nível nacional, como também reflectir experiências pessoais que permitam compreender as dinâmicas sociais, que são tão peculiares e caracterizadoras destes profissionais.

É nesta óptica, que estudar os modos de viver a profissão dos TR, através da aplicação do método biográfico das histórias de vida, procurei reportar as experiências e perspectivas pessoais no quadro conceptual teórico elaborado anteriormente para melhor caracterizar e compreender as trajectórias de vida profissional dos TR, cujo desenho metodológico e resultados empíricos se encontram descritos nos capítulos seguintes.

3.- PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A investigação científica, em Ciências Sociais, é um processo que permite solucionar problemas associados ao conhecimento dos fenómenos da nossa vida quotidiana. “(...) É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação (...)” (Fortin, 1999: 15).

O processo de investigação, segundo Fortin (1999), visa na sua essência, a descoberta, a descrição, a explicação e a indução, sendo mais orientada para o processo do que para o resultado.

Para que tal possa ocorrer é necessário que se proceda à concepção de uma metodologia científica ajustada, devendo ter em consideração, para o mesmo autor e Bell (1997), diversas dimensões como a temática que envolve o estudo, os objectivos de investigação propostos e o estado de arte descrito anteriormente baseado numa pesquisa bibliográfica. O seu processo e constituição metodológicos dependem do tipo de abordagem que se pretende realizar e dos métodos de recolha de informação que o investigador selecciona, tendo em conta a natureza do estudo, a problemática do mesmo e, não menos importante, as informações que se pretendem alcançar.

Deste modo, o método de pesquisa é composto por uma estratégia organizada cuja finalidade é a execução de práticas de investigação previamente definidas, designadamente a selecção e articulação das técnicas de recolha e de análise da informação (Fortin 1999).

A partir do momento em que a problemática de estudo está definida, uma vez que esta fornece o plano teórico sobre o qual vai assentar o modelo de análise, parte-se para a caracterização da abordagem metodológica (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Neste caso utilizou-se a abordagem qualitativa pois pretendeu-se aprofundar conhecimentos dos modos de viver e construir a profissão de Técnico de Radiologia, o seu impacto na identidade profissional e influência do género.

No seio desta abordagem, devido à temática do estudo, procurou-se realizar um estudo etnográfico, uma vez que estudei as vivências de um grupo social e profissional.

Visto isto, o facto de existirem escassas publicações e estudos de caracterização dos profissionais Técnicos de Radiologia, torna-se pertinente assim estudar os seus modos de viver e a sua identidade profissional, permitindo uma melhor compreensão e, conseqüentemente, uma melhor gestão destes profissionais nas instituições de saúde. Como actualmente este grupo profissional possui uma imensidade de profissionais no nosso país, optei por seleccionar uma amostra pequena destes profissionais da Região de Lisboa e Vale do Tejo a fim de facilitar a recolha e análise dos dados.

Antes de realizar a recolha de informação junto dos profissionais seleccionados, efectuei pesquisas documentais que me levaram a tomar conta da realidade da profissão em estudo em Portugal e na Europa.

Junto dos profissionais apliquei a técnica da entrevista semi-estruturada em formato de Histórias de Vida a 10 profissionais da região de Lisboa e Vale do Tejo, em diversas etapas da vida profissional. A recolha da informação ocorreu no período compreendido entre Abril e Julho de 2005.

O conteúdo das entrevistas foi objecto de análise, sendo sujeito a um processo de categorização com base nas áreas temáticas do estudo. No processo de análise dos dados foram tidas em conta as unidades de registo, ou seja, as frequências em cada categoria, servindo de indicador para a análise.

Neste sentido, o capítulo que agora se apresenta visa ilustrar mais aprofundadamente o tipo de estudo realizado, o campo de investigação, a população estudada, o processo de recolha dos dados, o modelo de análise dos mesmos, de forma a cumprir os objectivos de investigação propostos.

3.2. PARADIGMA DO ESTUDO

Tendo em conta a temática e a pertinência do estudo em conhecer os modos de viver e construir a profissão de Radiologia, nos locais de trabalho, sendo reflectido na vida pessoal, na identidade destes profissionais, as suas perspectivas e expectativas actuais na profissão, tornou-se necessário reflectir sobre o método de estudo a adoptar.

Neste sentido achei o paradigma qualitativo, o mais adequado para abordar o objecto de estudo.

A investigação qualitativa permite a cada profissão oferecer a disponibilidade de dar aos seus membros uma base teórica de conhecimentos sobre a qual assenta a sua componente prática. O papel da investigação surge aqui, com o intuito de reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões pois, “(...) um corpo profissional é credível quando os seus membros são reconhecidos, por outros profissionais, como peritos num domínio particular de conhecimentos e da prática (...)” (Fortin, 1999: 18).

Este paradigma permite realizar uma aproximação de intimidade fundamental entre o sujeito e o objecto em estudo, pois ambos são da mesma natureza devido à empatia dos motivos, às intenções, aos projectos dos actores, a partir dos quais as acções, as estruturas e as relações se tornam significativas. (Minayo, 1993).

Neste contexto, o paradigma qualitativo, o investigador encontra-se preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, observando, interpretando e apreciando o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los (Silva e Pinto, 2001).

O investigador quando actua neste âmbito não se coloca como um perito, uma vez que se trata de uma nova relação sujeito-objecto e reconhece que esta relação é marcada pela intersubjectividade. “(...) O sujeito produtor de conhecimentos está, enquanto ser humano, ligado ao seu objecto e o objecto igualmente ao sujeito humano, é dotado de um saber e uma experiência que se lhe reconhece. Esta intersubjectividade marca uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento (...)”, onde as pessoas que participaram no estudo tiveram (ou têm) a experiência de um determinado fenómeno, possuem ou uma experiência e um saber pertinentes ou até partilham a mesma cultura (Fortin, 1999: 148).

Assim, este tipo de estudo procura descrever o ponto de vista e a posição “interna” dos intervenientes perante um fenómeno, explorar e analisar significados, percepções, experiências e compreender todos os actores sociais envolvidos no estudo, na dimensão do comportamento, actividade, acontecimentos ou estudos.

Face ao exposto, a pesquisa qualitativa permite interpretar e naturalizar os fenómenos demarcando-se de outros métodos do campo da investigação social, pois

pode ser dirigida num ambiente confortável e familiar para os actores sociais do estudo. Assim, os pesquisadores que recorrem ao método qualitativo, normalmente dão ênfase à importância de uma orientação flexível e contextualizada no âmbito de uma pesquisa *informante-investigador*. Neste contexto, os actores intervenientes devem ser observados e activamente envolvidos não só nas respostas que darão, mas também, na modelação das questões de investigação e agenda de progressos do próprio estudo. (Adams e Smith, 2003).

Neste caso concretamente, o estudo qualitativo oferecerá a oportunidade de compreender uma profissão e a sua relação com os profissionais, as suas vidas, as suas etapas de desenvolvimento profissional, as perspectivas e as expectativas.

Para tal, deve-se proceder ao que já foi anteriormente referido, à definição da problemática, à revisão e constituição de um quadro teórico baseado numa revisão bibliográfica, na construção dos objectivos de estudo, elaboração do mapa metodológico, e posteriormente a recolha dos dados, a sua análise e confirmação.

Uma vez que, neste paradigma, constitui aspecto preponderante e importante o ouvir, questionar e o estudo de meios para alcançar os dados pretendidos, é através da realização de entrevistas, nomeadamente de histórias de vida, que se torna possível o alcance da informação desejada.

Dentro da pesquisa qualitativa este estudo encontra-se na vertente da Fenomenologia. Este termo designa, segundo Garnica (1997), o estudo dos fenómenos, ou seja, aquilo que é dado a conhecer pela consciência.

Este autor aborda esta perspectiva onde acrescenta que, nas pesquisas cuja vertente é Qualitativa e Fenomenológica, a ciência baseia-se na compreensão dos fenómenos nas suas diversas formas de manifestação, mediante uma estrutura cognitiva ou por uma explicitação de pressupostos, implicações e mecanismos ocultos que fundamentam os fenómenos em si. Esta compreensão parte da realização da captação de significados dos fenómenos para o outro, isto é, os fenómenos são desvendados a partir da relação entre o Eu e o fenómeno/objecto estudado. Os fenómenos não são estudados de forma isolada porque a sua significação só faz sentido se forem considerados numa perspectiva de totalidade.

A investigação fenomenológica surge como uma crítica às metodologias baseadas na experimentação, apresentando-se como uma alternativa concreta no processo de

conhecimento, fundada numa visão existencialista do homem, que se considera um ser inacabado e de relações com o mundo, dotado de capacidade de interpretação que desvenda o fenómeno apreendendo sua essência (Garnica, 1997). Visto isto, este estudo é fenomenológico porque os informantes seleccionados retratam diversos acontecimentos e situações quotidianas de uma vida profissional, ou seja, as suas relações com o meio envolvente e os respectivos fenómenos sociais que aí ocorreram.

Para além deste estudo ser fenomenológico, também pode ser classificado de etnográfico pois, segundo Fortin (1999), este tipo de estudo permite explicitar os modos de vida e as visões do mundo de uma comunidade apoiando-se no conceito de cultura e no modo de compreensão do sistema cultural de todos aqueles que partilham e vivem essa mesma cultura, interpretando assim o porquê dos seus comportamentos.

Este método é assim, antes de mais, o estudo de um grupo, que visa primordialmente a reconstrução do ponto de vista dos actores acerca das suas condutas e acções, sendo estas interpretadas no contexto da cultura. Neste contexto, a cultura é concebida como um filtro mediante o qual as pessoas modelam e interpretam as suas acções; constituindo a base do contexto dos comportamentos do grupo em estudo (Fortin, 1999).

Bell (1997) afirma que as generalizações nestes estudos podem ser um problema mas, o método pode ser efectuado de forma a permitir aos membros de grupos semelhantes reconhecer as dificuldades ou talvez ver algumas formas de soluções de problemas igualmente semelhantes no seu próprio grupo.

No caso específico da Saúde, e mais concretamente a pesquisa presente, o estudo etnográfico visa a descrição de comunidades inseridas nas instituições hospitalares, como o Serviço de Imagiologia, aprofundando as características do grupo profissional, as suas condutas e acções no contexto da cultura na Saúde, encarando este sistema do ponto de vista dos principais actores que definem o sentido e o conteúdo das práticas.

Este método baseia-se em dois postulados:

- A cultura é concebida como um sistema de conhecimentos utilizados para interpretar a experiência e gerar o comportamento.
- Pode chegar-se a ser introduzido nos sistemas de conhecimentos culturais, descobrindo e analisando as expressões linguísticas que os membros do grupo cultural em questão aplicam durante as suas interacções sociais.

Neste estudo em particular investi na pesquisa dos factos e acontecimentos relatados no quotidiano dos TR, no que diz respeito, ao modo de construção e investimento na profissão e na carreira profissional, aos conceitos ligados à identidade profissional, ao percurso profissional, às perspectivas e expectativas sobre a profissão a fim de compreender e conhecer melhor a profissão de TR em Portugal.

Para além de ser um estudo fenomenológico e etnográfico, esta pesquisa também pode ser classificada de estudo exploratório, uma vez que este pretende essencialmente desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, explicando a razão e o porquê dos fenómenos, com vista à formulação de questões abertas posteriores, que abrirão portas a futuros estudos na área, nomeadamente nos TD. (Gil, 2002)

3.3. MÉTODO BIOGRÁFICO: HISTÓRIAS DE VIDA

Todas as Ciências Sociais têm como objectivo primordial estabelecer generalizações, cada uma à parcela da realidade que lhe corresponde, impor a racionalidade, ordem e pautas sistemáticas ao mundo da experiência sensível, a realidade com a qual o indivíduo se defronta como actor social imerso na realidade diária, e vive esta última como algo ambíguo, caótico e imprevisível. Os sistemas sócio-culturais são constituídos por experiências conscientes dos seus actores sociais, através de processos cognitivos e da relação interactiva recíproca. Por muito que se consiga no aperfeiçoamento das escalas de análise dos factores que condicionam o comportamento humano, existe o “factor subjectivo”, de carácter processual e imprevisível que deve ser tido em conta numa investigação no âmbito das Ciências Sociais (Muñoz, 1992).

Na história das Ciências Sociais, os investigadores baniram muitas vezes a vertente humanista que defende a libertação do indivíduo do seu estatuto de puro objecto de normas e da estrutura social. Neste sentido, os relatos pessoais são, hoje em dia, uma forma de medição que nos permite avaliar e mostrar a complexidade extrema das trajectórias vitais dos indivíduos, mostrando a irredutibilidade (parcial) destes processos normativos da sociedade.

O paradigma fenomenológico da investigação qualitativa beneficia a evidência dos pressupostos implícitos nos discursos, textos e comunicações através da utilização

de técnicas não quantitativas como entrevistas, depoimentos, vivências, narrações, técnicas bibliográficas, histórias de vida e análise de discurso; pois nos métodos quantitativos e nas propostas tecnicistas, não está contemplada a ideologia subjacente ao estudo dos fenómenos. (Garnica, 1997).

Nas últimas décadas o interesse pela aplicação do método biográfico (relatos de vida) em estudos no âmbito da Sociologia, Antropologia e Psicologia Social aumentou progressivamente. Este método, segundo investigações recentes baseadas nele, representa uma nova corrente metodológica e inovadora, com um carácter interdisciplinar (onde participam historiadores, antropólogos e sociólogos).

Dentro do método biográfico encontram-se as histórias de vida que constituem “(...) um “acto” de pesquisa, que implicando não somente a pessoa do locutor, não somente a sua envolvência social, mas também a pessoa do investigador, que realiza a entrevista, e o seu próprio meio sócio-cultural (...)” (Poirier, 1999: 26).

Nestas, as histórias são narradas pelo próprio protagonista tal qual como as viveu. Este processo de narração de uma história de vida “(...) não é simplesmente um relato de práticas ou uma expressão de representações: é antes de mais, uma actividade de comunicação feita de deambulações, de encontros e de acasos, (...) é narração e não descrição. (...)” (Albarello, 1997: 215, 216).

Muñoz (1992) divide o método das histórias de vida em três modos: relato único, relatos cruzados e relatos paralelos.

Ele afirma que as histórias de vida, como testemunho único, colocam em evidência o valor intrínseco do documento pessoal, trazendo uma dimensão sociológica, histórica ou literária à banalidade da vida quotidiana, tendo como preocupação fulcral conservar, para estudos posteriores, a narração de acontecimentos importantes ou de formas de vida em vias de desaparecer. Estes testemunhos não provam nem verificam nada, mas apresentam sim a vida em termos do significado que tem para aqueles que a viveram.

Contrastando com os estudos quantitativos, este método proporciona uma realidade intimista e de confiança, conferindo-lhe um valor diferenciado e muito particular, pois não existem duas formas idênticas de viver situações humanas e é útil para o investigador a recolha das cargas emocionais dos acontecimentos que cada um vivencia (Muñoz, 1992).

O principal problema de ordem teórica do método biográfico dos relatos de vida é apontado por Ferreritti (1981) onde afirma que cada indivíduo não totaliza directamente uma sociedade em geral, mas mediatiza em função de um contexto social mediato, que é composto por grupos restritos onde ele pertence.

A metodologia baseada nas histórias de vida cruzadas insere-se numa perspectiva holística e de verificação, isto é, é uma perspectiva múltipla, centrada num objectivo em que cada vida é relativizada e perspectivada pelas outras. Neste sentido, Poirier (1995) afirma que o cruzamento de informação pessoal consiste no encobrimento de testemunhos que asseguram, no plano metodológico, garantias evidentes de fiabilidade à entrevista realizada junto dos informantes-chave. (Muñoz, 1992).

Muñoz (1992) refere os três tipos de estudo que Angell (1945) salientou como meios ideais para a aplicabilidade do método das histórias de vida:

- 1) Estudos de uma unidade social concreta.
- 2) Estudos de orientação teórica (interessados na contribuição para o corpo da teoria existente e no estabelecimento de generalizações empíricas).
- 3) Estudos orientados para a avaliação dos métodos e investigação.

Nos estudos etnográficos os materiais biográficos têm função de:

- 1) Retratar de forma impressionista uma cultura;
- 2) Testemunho do impacto sobre o indivíduo em processos de mudança cultural;
- 3) Recurso para mostrar dimensões de uma cultura dificilmente alcançável por outros meios, como por exemplo, a visão feminina de determinados processos sociais.

O mesmo autor salienta e enumera as vantagens, encontradas por Muñoz (1992), da aplicação dos relatos de vida nas investigações no âmbito das Ciências Sociais, que são:

- 1) Possibilitam a formulação de hipóteses;
- 2) Permitem o aprofundamento do estudo das relações sociais primárias;
- 3) Fomentam o controlo das variáveis comportamentais do indivíduo inserido num grupo social;

- 4) Facilitam a resposta a todas as perguntas que o investigador considere pertinentes para o estudo;
- 5) Contribuem de maneira singular para os estudos que abordam a temática da mudança social;
- 6) Traduzem um carácter multidimensional (família, passado, trabalho, etc.).
- 7) Legitimam o controlo dos resultados;

Para além destas vantagens, o método biográfico possibilita o investigador estudar determinados aspectos da realidade social de uma forma qualitativa mais profunda ou assumir funções de ilustração ou até mesmo completar os resultados de um estudo que utilize outros meios de recolha de informação.

Por tudo isto, este estudo dará a conhecer mais em pormenor o trajecto de vida e de trabalho de um conjunto de Técnicos de Radiologia Hospitalar pertencentes à região de Saúde de Lisboa e Vale de Tejo, cujos dados visam a contribuição para a promoção da renovação das linhas estratégicas de um plano de acção para a melhoria das condições de desenvolvimento profissional destes profissionais em meio hospitalar, a curto e médio prazo. As histórias de vida por permitirem explorar a informação de uma forma completa, abrangente e contínua surgem como a técnica ideal de aplicação para este estudo.

Mas nos relatos de vida saltam algumas desvantagens que o investigador deve ter em conta durante a aplicação deste método, e residem em vários âmbitos no processo de recolha de dados, destacando-se:

- 1) A visão segmentária traduzida da realidade pelo facto de ser difícil, em termos práticos, adquirir uma colecção de relatos suficiente para cobrir na totalidade os problemas de ordem social, e o elevado trabalho exigido de modo a efectuar-se uma análise adequada de todo o material necessário para caracterizar a vida de um grupo social;
- 2) O uso de gravadores nas autobiografias indirectas constitui uma desvantagem pelo facto de ser necessário ouvir várias vezes a entrevista gravada, transformando a construção textual do discurso oral num trabalho minucioso e moroso, de transcrição integral, não comentada e fiel;

3) A análise das entrevistas implica um processo demorado e minucioso, o que em termos de tempo despendido poderá ser altamente desvantajoso;

4) A fiabilidade e a validade da informação utilizada na construção das histórias de vida quando utilizados pelos investigadores devem ter em conta a forma como foram reunidos, qual a sua finalidade, força e limitações;

5) As entrevistas podem possuir conteúdos que não são agradáveis para o entrevistador abordar porque envolvem sentimentos e emoções. Se não se tiver o cuidado de se seleccionar um ambiente físico e psicológico agradáveis que permitam estimular o entrevistado a contar, ele poderá sentir-se pouco motivado e até mesmo perder o interesse em colaborar na entrevista (Muñoz, 1992)

3.4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Este estudo visa uma análise intensiva sobre um grupo profissional num contexto biográfico, isto é, num formato de histórias de vida, pelo que a escolha das técnicas de recolha de informação foi de encontro com o objecto de estudo, aos objectivos propostos e ao tipo de estudo.

Assim sendo, as técnicas de recolhas de dados utilizadas nesta investigação:

Pesquisa Bibliográfica – Processou-se através da consulta de livros, revistas, estudos realizados sobre a temática, no sentido de conhecer e aprofundar conhecimentos e de conhecer as teorias, as ideias e as técnicas de recolha e tratamento de informação dos autores. Neste caso, permitiu-me aprofundar conceitos e teorias no âmbito da profissão em si, da formação e desenvolvimento profissional, carreira profissional, identidade profissional, qualificação e das competências profissionais.

Pesquisa Documental – Foi realizada essencialmente na consulta de Legislação profissional, artigos e ficheiros sobre a história da profissão e da associação dos Técnicos de Radiologia em Portugal, de modo a poder enquadrar temporalmente a informação obtida das entrevistas.

Entrevista Individual Semi-Estruturada – Para a recolha de dados, no método biográfico a melhor técnica é a da entrevista semi-directiva aos informantes-chave. Para tal concebeu-se um guião de entrevista, no sentido de encaminhar a entrevista de encontro com os objectivos de estudo. A construção deste teve como base as questões de partida e os objectivos de estudo.

Foram definidas quatro dimensões de estudo, de forma a responderem aos objectivos propostos:

- Dimensão/Bloco I – Visa a recolha de informação para a caracterização da amostra.
- Dimensão II – Referente à pesquisa da trajectória profissional dos entrevistados, ou seja, caracterizar as formas de conciliação familiar e profissional, o perfil profissional e definir as qualificações e competências do profissional TR.
- Dimensão III – Destinado à recolha de informação acerca das formas de desenvolvimento da profissão TR.
- Dimensão IV – Referente ao levantamento das expectativas e das perspectivas que os entrevistados possuem da sua profissão.

Este guião resultou de um conjunto de perguntas flexíveis, pertinentes e imprescindíveis, colocadas ao longo de toda a entrevista. A linguagem utilizada foi adaptada a cada entrevistado no sentido da comunicação ser clara, com perguntas explícitas e de fácil compreensão, para que as questões conduzam e facilitem a expressão das percepções de um fenómeno, acontecimento ou situação, as interpretações ou as experiências do entrevistado (Fortin, 1996 e Quivy e Campenhoudt, 2003).

Segundo Ramos (s.d) a técnica da entrevista permite construir um “(...) discurso sobre a realidade. “A entrevista, como técnica de inquérito, nasceu da necessidade de estabelecer uma relação suficientemente igualitária entre inquiridor e inquirido, para que este se não sinta, como num interrogatório, constrangido a dar informações (...)” (Blanchet et Gotman *in* Ramos, s.d: 59).

Na linha deste pensamento, Bell (1997), Quivy e Campenhoudt (2003) acrescentam que a entrevista é uma conversa directa entre o entrevistador e um entrevistado com o objectivo de extrair um determinado conteúdo informativo (preferencialmente rico e esquematizado), mas que exige uma preparação cuidadosa e especial. Por um lado, o entrevistador tem de possuir um conhecimento elevado da área da temática que pretende explorar (para tal, efectua uma revisão bibliográfica) e por outro, conceber um guião de entrevista que lhe permita alcançar a informação desejada, a fim de atingir os objectivos de investigação inicialmente propostos.

Assim, a entrevista apresenta uma grande vantagem perante a elaboração de questionários pois visam a exploração das ideias, respostas, motivos, sentimentos e expressões como tom de voz, expressão facial, a hesitação, etc., que podem facultar-nos dados ou confirmar outros que uma resposta escrita não permite mostrar (Bell, 1993).

No método das histórias de vida o investigador através do uso da entrevista regista o testemunho individual que é tomado como uma amostra da comunidade em estudo. Neste sentido, esta forma de comunicação realizar-se-á mediante uma entrevista onde, “(...) por ocasião do relato, além do frente a frente narrador/ouvinte, estrutura-se um campo de comunicação que vai da deambulação iniciática (o entrevistado fala dos seus percursos) à encenação de si próprio (consoante os públicos imaginados (...))” (Albarello, 1997: 216). O narrador pode-se exprimir, de qualquer maneira, sem constrangimentos e restrições, sobre todos os assuntos, de forma a não negligenciar nenhum campo da memória em estudo (Poirier, 1999).

O que significa que durante este processo, o entrevistado conta, modela e apropria-se dos meios para compreender a sua própria narração e deixa de focá-la no entrevistador passando a dirigi-la para um público imaginário. Isto não implica que o papel do entrevistador perca a capacidade de dominar a realização da mesma; ele tem que conduzi-la de modo a que o interlocutor fique com desejo de contar e com a sensação de liderança de todo o processo. Para que tal aconteça, o entrevistador deve ocupar uma «posição inferior» onde escutará, informará e questionará enquanto que o narrador esclarecerá e criará a história (Albarello, 1997).

Grell (1986) reforça que o investigador deve ter plena consciência de que participa durante a entrevista num processo social onde tem de aceitar as deslocações, os deslizos, as metonímias invocadas pelo narrador e agir de forma que esta progrida no

sentido de uma maior implicação do autor relativamente ao relato. Assim, o investigador, durante o decorrer da entrevista, só pode tomar uma posição directiva ou não directiva. A primeira acontece quando este pretende procurar informações precisas e directamente relacionadas com a problemática permitindo “(...) estabilizar os quadros sociais em que se processa a existência do indivíduo entrevistado (...)” (Albarello, 1997: 222, 223) e restituir a própria singularidade do discurso. A segunda, quando o entrevistador se encontra perante um rol de relatos de acontecimentos vividos ou de elementos por parte do narrador, permite um controlo mínimo do processo de memorização e uma liberdade de expressão máxima ao informante-chave (Albarello, 1997 e Poirier, 1999).

Nestas entrevistas, o primeiro contacto tem uma considerável importância, pois a história de vida engendra necessariamente, uma certa familiaridade entre o narrador e o informante-chave, onde a entrada da matéria deve realizar-se mediante uma relação interpessoal. Neste sentido, é preferível proferir a entrevista em formato de conversa do que de inquérito, com a ajuda de um guião.

A entrevista a cada informante-chave tinha a duração de sensivelmente 20 a 90 minutos, onde a mesma sempre decorreu pela ordem das questões das dimensões apresentadas no guião (I, II, III e IV). Em termos de trabalho de recolha de informação, a dificuldade do investigador reside no discurso abundante e a facilidade da digressão projectiva.

Para evitar problemas e lacunas na realização das entrevistas procedi à realização de um “pré-teste”, a fim de rectificar o que fosse necessário na estrutura e conteúdo da entrevista.

Este pré-teste foi efectuado a dois profissionais TR em Abril de 2005, sendo o questionário de entrevista validado posteriormente pelo orientador que formulou críticas fundamentadas e construtivas para a realização dos ajustes necessários ao guião.

Neste contexto, e como em qualquer outro procedimento de investigação, a validade e a fidelidade são extremamente importantes para a averiguação da qualidade dos dados. É a validade que permite mostrar ao investigador se observa exactamente como eles são.

A validade vem demonstrar se os dados se encontram devidamente denominados e codificados após inúmeras leituras do corpus e da análise sucessiva das expressões internas categorizando a informação de forma correcta.

Nas histórias de vida, a elevada quantidade de informação confere um grau acrescido de dificuldade ao estudo, uma vez que o conteúdo se torna susceptível a várias interpretações, com codificações diferentes. Assim, torna-se importante aplicar os modelos analíticos elaborados por diversos autores, para proceder à validade da entrevista, como também na análise de conteúdo da mesma (Lessard – Hébert, 2005).

Para a categorização dos dados contei ainda com o auxílio do meu orientador de forma a orientar devidamente a informação para o cumprimento dos objectivos de estudo.

3.5. OS ENTREVISTADOS

“(...) Os homens são seres sociais. As suas acções desdobram-se em práticas materiais e simbólicas, relações com a natureza e relações com outros homens, no âmbito de grupos com várias dimensões, dos grupos elementares como as famílias até às organizações vastas a que chamamos sociedades (...)” (Silva e Pinto, 2001:13).

Os entrevistados do estudo realizado são os profissionais, ou seja, os TR, em diversas instituições hospitalares da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Foram seleccionados 10 profissionais, como informantes-chave, de acordo com o tipo de informação útil que se procurava, ou seja, segundo o critério de ocuparem lugares de preponderância nas unidades sociais em estudo e, com o devido consentimento dos intervenientes, por motivos do foro ético e deontológico.

Nesta linha de pensamento, Dampierre, referindo Angell denomina por documento pessoal qualquer documento que exprima espontaneamente “(...) a forma como um indivíduo considera a situação social em que participa e as experiências a que está ligado (...)” (Poirier, 1999: 57).

Assim sendo, os informantes-chave seleccionados são profissionais que se encontram em diversas etapas da carreira profissional. A selecção teve em conta os anos de Serviço, o vínculo às instituições, a categoria profissional, e o historial profissional. Neste sentido, a amostra de seleccionados abrange indivíduos que se encontram no

início da carreira profissional, outros que se encontram já no topo da vida profissional e os que já se reformaram. Este cuidado foi tido em conta, uma vez que se pretendeu obter informações sobre os percursos profissionais dos TR, e que variam de indivíduo para indivíduo e com a própria etapa da vida profissional em que se encontra, a fim de se conseguir caracterizar o melhor possível os modos de viver e construir a profissão.

Após a selecção dos informantes-chave, procedeu-se neste estudo à realização das entrevistas, que tomam a forma de relatos de histórias de vida. O que determinou o número de entrevistas foi a saturação de informação em diversas temáticas da investigação, como por exemplo a formação contínua, a identidade profissional e o fenómeno do trabalho inqualificado.

A recolha da informação ocorreu no período compreendido entre Abril e Julho de 2005, pois era necessário conjugar a disponibilidade dos informantes e o espaço ideal para a realização das entrevistas.

Estas foram efectuadas com marcação prévia (do dia e da hora), com o consentimento de todos os seleccionados e num local que lhes fosse familiar e calmo e ao seu critério.

As entrevistas foram iniciadas com uma breve introdução quanto ao objectivo do encontro e também foi garantido aos entrevistados o anonimato, sendo atribuídos nomes fictícios a estes e às instituições envolvidas, contudo, sem alterar a autenticidade dos factos, no momento da transcrição integral de toda a informação.

Antes do início de cada entrevista, o gravador era colocado num local visível entre o informante-chave e o entrevistador. O tempo de duração de cada uma variou entre os 20 e os 90 minutos, onde o gravador captou todos os momentos formais e informais da entrevista.

3.6. DEFINIÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

Após a transcrição em bruto o testemunho de cada entrevistado, que é de extrema importância, visto este ser material qualitativo, personalizado e revestir-se de liberdade de exercício da palavra que caracteriza um diário íntimo, exprimindo a relação de si para consigo que é o fundamento de qualquer autobiografia. A análise do documento neste formato revelar-se-á autêntica, mas de difícil interpretação devido à abundância de discurso, sendo necessário um tratamento e uma análise de conteúdo para que a compreensão da informação transmitida seja o maior possível (Poirier, 1999).

Quivy e Campenhoudt (2003) sublinham que em investigação social, o método das entrevistas encontra-se sempre associado a um método de análise de conteúdo, uma vez que durante as entrevistas trata-se, de facto, de fazer aparecer o máximo possível de elementos de informação e de reflexão, que servirão de materiais para uma análise sistemática de conteúdo que corresponda, por seu lado, às exigências de explicitação, de estabilidade e de intersubjectividade dos processos. (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Assim, pode-se definir a análise de conteúdo, segundo Bardin (2005), como um “(...) conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (...)” (Bardin, 2005: 42).

Na opinião de Quivy e Campenhoudt (2003) este tipo de análise está a ganhar terreno na investigação em Ciências Sociais porque permite tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, satisfazendo harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva (Quivy e Campenhoudt, 2003:).

Silva e Pinto (2001) acrescentam ainda que, para Berelson (1952) a análise de conteúdo é “(...) a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conceito manifesto da comunicação (...)” e, para Krippendorff (1980) surge como uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto (Silva e Pinto, 2001: 103).

Dos diversos métodos de análise de conteúdo que existem na investigação em Ciências Sociais, escolheu-se para este estudo a análise de conteúdo pela temática pois visa evidenciar os juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso (Quivy e Campenhoudt, 2003: 228).

Vala (2001) refere que a análise de conteúdo é o método privilegiado para tratar a informação recolhida nas histórias de vida, pois permite demonstrar a importância relativa atribuída pelos sujeitos a diversas dimensões como a vida familiar, a vida profissional, a vida económica, entre outras.

Assim, neste estudo procura-se estudar os processos de recomposição profissional dos Técnicos de Radiologia, suas opções de desenvolvimento profissional e o seu percurso profissional, perspectivas e expectativas profissionais, sendo então, a análise de conteúdo um método de tratamento dos dados o mais adequado para esta pesquisa.

As principais vantagens deste método, segundo Quivy e Campenhoudt (2003), são:

- Este é adequado ao estudo do implícito.
- Orientam o investigador de modo a manter uma distância relativamente às interpretações espontâneas, sobretudo as suas.

Alguns destes métodos são construídos de uma maneira muito metódica e sistemática, sem alterar a profundidade da pesquisa.

Relativamente à análise das entrevistas sobre os relatos de vida esta deverá permanecer focada na problemática escolhida e seguir as regras e as questões que orientaram a sua estrutura (Albarello, 1997).

D. Bertaux (1980) afirma que “(...) esta análise prossegue ao longo da investigação e consiste na construção progressiva de uma representação do objecto sociológico. (...)” (Albarello, 1997: 223).

Bardin (2005) acrescenta, face ao acima exposto, a análise de conteúdo é uma técnica que pode incidir sobre material não-estruturado (como o discurso biográfico), tendo a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre a correspondência, entrevistas abertas, mensagens dos mass-media etc.

A análise de conteúdo possui uma desvantagem relevante que se revela pela dificuldade existente de generalizar devido aos limites e aos problemas colocados por este que variam consoante o tipo de método utilizado (Quivy e Campenhoudt, 2003).

A construção do modelo de análise surgiu a partir dos objectivos do estudo e do guião de entrevista, tendo sido elaborada uma grelha de análise inicial com as quatro dimensões temáticas:

Quadro 1 – Dimensões de análise da informação

Dimensões	Objectivos do estudo
Caracterização dos entrevistados	Identificar as características dos entrevistados
Trajectória Profissional do Técnico de Radiologia	Caracterizar as formas de conciliação familiar e profissional, o perfil do profissional e definir as qualificações e competências do profissional Técnico de Radiologia.
A Profissão	Estudo das formas de desenvolvimento da profissão.
Expectativas e perspectivas da profissão	Levantamento das expectativas e perspectivas em torno da profissão.

Para o presente estudo procurei extrair o sentido dos dados reunidos através da técnica de análise categorial. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) esta técnica permite o tratamento de dados de uma forma metódica possibilitando evidenciar no conteúdo das entrevistas as informações mais profundas e complexas. Neste contexto, a análise categorial garante uma análise em *continuum* com o contexto do estudo, e consiste na classificação dos diversos elementos diferenciados, sendo posteriormente reagrupados em grupos, cada um possuindo denominação própria (Bardin 2005 e Lessard-Hébert, 2005).

Este processo de análise inicia-se com a inclusão de segmentos de texto nas categorias pré-definidas, com base na detecção de indicadores que caracterizam as mesmas. Esses indicadores são definidos através de conceitos que atribuem sentido e validade à categoria onde se encontram inseridos (Vala, 2001).

Para realizar o encaixe da colecção de informação no interior das categorias, após a transcrição total desta, em estado bruto das entrevistas (gravadas), procedi a uma análise preliminar dos textos, de maneira a conseguir ter uma noção de como os entrevistados desenvolveram as temáticas em estudo. Após a análise inicial, foi possível categorizar os dados através da conjugação da informação obtida (*corpus*) com o modelo de análise descrito anteriormente (Vala, 2001).

No presente caso, através das entrevistas transcritas integralmente foram retirados excertos de informação (frases/afirmações) que foram agrupados em categorias: Identidade e Perfil Profissional, Competências e Qualificação Profissional, Género na Profissão, Formação Profissional, Carreira Profissional, Perspectivas Profissionais e, por fim, Expectativas na Profissão.

Com o desenvolvimento da análise dos dados foi possível proceder-se à criação de duas grelhas de análise que visam esquematizar, sintetizar e evidenciar os pontos fulcrais dos dados recolhidos das entrevistas. A primeira visa demonstrar as categorias e subcategorias acerca da trajectória profissional e da profissão em si (perspectivas e expectativas), enquanto que a segunda grelha permite demonstrar a evolução da profissão e perspectivas da mesma ao longo do tempo, ou seja, a profissão de TR no passado, presente e (expectativa) do futuro.

Por fim, do tratamento dos dados resulta a inferência e a interpretação e, tal como o nome indica, nesta fase procede-se a todo o tratamento e interpretação da informação validando-a de modo a poder-se estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (Bardin, 2005).

Assim sendo, os dados recolhidos do total das entrevistas permitiram:

- Caracterizar os entrevistados: Os informantes-chave foram caracterizados de acordo com o sexo, a idade, anos de carreira

profissional, categoria profissional e associativismo (para mais informações consultar capítulo seguinte).

- Trajectória Profissional do Técnico de Radiologia: Caracterizar as formas de conciliação familiar e profissional, o perfil do profissional e definir as qualificações e competências do profissional Técnico de Radiologia. Nos resultados pode-se compreender a identidade e o perfil profissional, as dificuldades na gestão da vida pessoal com a vida profissional, a existência de exercício inqualificado na profissão e as competências técnicas e humanas que o profissional tem de/deve possuir.
- A Profissão: Esta dimensão permitiu explorar as formas de desenvolvimento da profissão e evidenciar a importância da formação escolar, profissional e contínua nas diversas etapas da carreira profissional.
- Expectativas e perspectivas da profissão: E por fim a última dimensão vem mostrar as expectativas e perspectivas em torno da profissão.

Nas entrevistas registou-se um leque variado de perspectivas e expectativas positivas e negativas, variando de entrevistado para entrevistado.

4.- A VIDA DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA DA REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

Procuramos no presente capítulo sistematizar as narrativas dos TR entrevistados sobre os seus percursos de formação, as suas trajectórias profissionais, as diversas expectativas e perspectivas em torno da profissão os modos de conciliação da vida familiar e da vida profissional e a construção consequente da identidade profissional.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Antes da realização de uma análise aprofundada dos resultados obtido é necessário caracterizar e analisar a amostra.

Realizei as entrevistas a um grupo de informantes-chave composto por 10 TR que desenvolvem (ou que já desenvolveram) actividades em diversas instituições na região de Lisboa e Vale do Tejo, em diferentes faixas etárias e etapas da carreira profissional. A selecção da amostra foi realizada tendo em conta diversidade de características no sentido de nos aproximarmos do conceito de amostra de variação máxima, nomeadamente a idade, a variedade de experiências profissionais, antiguidade e cargo ocupado na organização de saúde. (McMillan e Schumacher, 1997).

Assim sendo, a primeira categoria descrita é então a caracterização dos informantes-chave. Nesta categoria procurei descrever os TR no que diz respeito à idade, sexo, categoria profissional, anos de Serviço, associativismo e se exerceu alguma actividade antes de ser TR.

Como é natural, os informantes-chave entrevistados são TR, sendo quatro (4) do sexo feminino e seis (6) do sexo masculino – aos quais optou-se por atribuir a cada um nome, fictício, de modo a assegurar o anonimato e sigilo na investigação aqui desenvolvida, conforme se poderá ler nas transcrições efectuadas mais à frente durante a análise de conteúdo: António, Bernardo, Catarina, Filipe, Isabel, Leonor, Miguel, Pedro, Paula e Rui. Tinham idades compreendidas entre os 21 e os 73 anos, cuja média de idades situava-se na ordem dos 46 anos.

Relativamente aos anos de profissão o grupo de entrevistados apresenta uma média de cerca de 20 anos de experiência profissional. O informante-chave com menos

tempo de experiência profissional é do sexo masculino e possuía 8 meses, enquanto que o indivíduo com mais experiência, também do sexo masculino contemplava 36 anos de exercício da profissão.

Quadro 2 – Caracterização dos Informantes-chave

Nome (pseudónimo)	Sexo	Idade	Categoria Profissional	Anos de experiência profissional	Actividade profissional anterior	Sócio da ATARP
Miguel	M	21	TR. 2ª Classe	8 meses (0,66)	Não	Sim
Catarina	F	40	TR. Especialista	17	Não	Sim
Rui	M	73	TR. Principal	36	Administrativo no Hospital	Sim
Leonor	F	24	TR. 2ª Classe	2,5	Não	Sim
Filipe	M	52	TR. Especialista	14	Administrativo no Hospital	Sim
Paula	F	44	TR. Principal	22	Não	Sim
Bernardo	M	58	TR. Principal	34	Não	Sim
Isabel	F	48	TR. Especialista	25	Lojista	Sim
António	M	52	TR. Especialista	31	Não	Sim
Pedro	M	49	TR. Especialista	22	Não	Sim

Observando a tabela de caracterização dos informantes-chave abaixo mencionada, podemos observar que os indivíduos do sexo feminino possuem em média menos anos de experiência profissional (16,63 anos) que os indivíduos do sexo masculino com uma média de 22,90 anos.

Em relação à categoria profissional, os informantes-chave do sexo masculino, três pertencem à categoria TR. Especialista, dois à categoria TR. Principal e um à categoria (mais baixa) de TR. 2ª Classe. No grupo dos indivíduos do sexo feminino, dois possuem a categoria de TR. Especialista, um à categoria de TR. Principal e um à categoria de TR. 2ª Classe. Tanto num grupo como noutro, metade dos indivíduos encontram-se na categoria de TR. Especialista.

Dos 10 entrevistados apenas um tinha vínculo contratual para com a instituição de saúde, dois já encontravam em situação de reforma e os restantes encontram-se inseridos no Quadro das instituições. Destes últimos, dois desempenham funções de coordenação de Serviços de Radiologia e outros dois de sub-coordenação dos mesmos Serviços.

Olhando para a tabela podemos concluir que apenas três indivíduos exerceram outras actividades profissionais antes de serem TR: um do sexo feminino e dois do sexo masculino. Todos os indivíduos são sócios da ATARP.

Na realização das entrevistas, todas elas gravadas em registo áudio e posteriormente transcritas na totalidade, privilegiámos duas grandes dimensões – a profissão em si e as expectativas adjacentes e a trajectória profissional – que se articulam com os objectivos da presente investigação. Estas dimensões podem-se subdividir em diversas categorias permitindo assim realizar uma análise dos dados obtidos de forma mais coerente e concisa. Dentro da dimensão da profissão e expectativas subdividiu-se em formação, carreira profissional e expectativas. Já a trajectória profissional subdividiu-se em identidade e perfil profissional, competências e qualificação e por fim, género na profissão.

4.2. Ser Técnico de Radiologia: A sua formação

Os percursos de formação dos TR entrevistados reflectem, em larga escala, o balanço sobre as suas histórias de vida, nas quais integram não só informações, como experiências e decisões.

A formação dos profissionais de saúde é uma dimensão sócio-laboral com um peso cada vez mais relevante no processo de desenvolvimento profissional. Na verdade, a formação profissional é considerada por todos (quer ao nível dos estudos conhecidos, quer no contexto do *corpus* das entrevistas realizadas no presente estudo) como um motor essencial para o desenvolvimento de cada um na profissão, tomando uma forma de processo contínuo, ou seja, toda a formação é essencial e deve ser desenvolvida de forma contínua, conforme as necessidades e interesses profissionais e pessoais de cada indivíduo. A profissão de TR não é excepção segundo os entrevistados.

As narrativas dos informantes-chave sobre o seu percurso de formação explicitam um rol de fenómenos sociais que contribuem para a compreensão da opção pela profissão tornando-a relevante na trajectória de vida de cada indivíduo inquirido.

Segundo as informações recolhidas, a Formação profissional, em termos de formação construída ao longo da vida, foi a subcategoria mais evidenciada. A formação

académica e o conceito de formação contínua propriamente dita também não foram esquecidas, mas acabaram por ficar num plano mais secundário.

Relativamente ao motivo pelo qual os entrevistados optaram por realizar as suas diversas formações, foram mais os entrevistados que admitiram que as questões profissionais ou de serviço foram o estímulo para investirem nas suas formações.

Quadro 3 - Tipos de Formação dos Técnicos de Radiologia

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Formação	Académica	63	24,8
	Profissional	96	37,8
	Contínua	39	15,4
	Formação do foro pessoal	26	10,2
	Formação do foro profissional	30	11,8
Total		254	100,0

A formação, em contexto do laboral é um processo que, segundo estudos efectuados, conduzirá à transformação social do indivíduo a nível do *saber-saber, saber fazer* e do *saber ser*. Esta transformação ocorre essencialmente de uma forma premeditada a fim de o profissional consiga conquistar novas competências na esfera laboral. A premeditação deste processo deve-se em grande parte à necessidade deste em responder às necessidades manifestadas pelo seu local de trabalho ao nível da sua prestação de serviços.

Na profissão de TR esta realidade social existe, segundo a informação recolhida, a formação é encarada como algo mais do que uma simples transmissão de informação, ou seja, a formação é vista como um motor de desenvolvimento profissional, ao mesmo tempo que se tira partido das oportunidades dos processos formativos para colmatar deficiências a nível da prestação dos cuidados de saúde e, se cultiva a realização pessoal e profissional.

Neste contexto, os testemunhos referem que a formação deve ser constante, no entanto, esta não deve ser feita por acaso ou com o intuito de coleccionar certificados e diplomas a fim de enriquecer apenas um curriculum e não enriquecer profissionalmente o indivíduo. Leonor descreve que os profissionais devem fomentar a sua formação profissional a fim de aumentar a qualidade dos seus cuidados de saúde prestados através

da adaptação destes às novas tecnologias que melhoram a qualidade do exame obtido e o conforto do paciente contribuindo para o alcance de um bom diagnóstico clínico:

“(...) A formação continua é importante. (...)” (Bernardo).

“(...) A formação tem que ser uma constante! (...)” (António).

“(...) As pessoas [...] todos os dias precisam de aprender mais (...)” (Filipe).

“(...) Saber conhecimentos daquilo que estamos a fazer, os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e temos que [...] manter sempre esses conhecimentos actualizados porque se é uma coisa que evolui temos que procurar sempre acompanhar essas evoluções. (...)”. [...] Há que acompanhar minimamente a evolução e adaptar as coisas [...] para uma evolução ainda maior [...] Com os melhores equipamentos acaba-se por se conseguir [...] um exame e trabalhar a imagem [...] em computadores [...] e ir buscar mais informação e [...] temos que apostar todos na nossa evolução, tentar aprender novas coisas. [...] A formação é muito importante! [...] Se a ciência está em evolução nós temos que acompanha-la [...] fazendo novos cursos, sobre determinadas áreas ou até áreas paralelas que possam ajudar a nossa profissão (...)” (Leonor).

Ponte (s.d.) e Silva (2003) sublinham que o profissional que se encontra inserido numa organização, através da sua interacção com o meio envolvente constrói um leque de representações sociais e uma identidade profissional que interagirão, entre muitas dimensões, no campo da formação. Actualmente, perante uma oferta variada de tipos de formação, o profissional estrategicamente fará as suas opções tendo em conta alguns conceitos como: que sou eu como profissional? Qual o lugar que eu ocupo no meu local de trabalho? O que sei em termos de conhecimentos científico-práticos? E ainda, Que competências e conhecimentos ganharei com a formação que efectuarei?

Neste contexto, Catarina afirma que a formação contínua deverá primeiramente ser adequada, rigorosa e credível a fim de que esta mesma provoque um impacto positivo na prestação de cuidados de saúde do profissional. Isto enriquecerá e apoiará a actividade do profissional e contribuirá para uma boa imagem do Serviço.

Assim, o TR que ocupa uma determinada posição profissional no Serviço de Imagiologia deverá escolher o seu percurso formativo consoante os seus objectivos profissionais e não o fazer como uma colecção de diplomas cujas competências

adquiridas acabarão por ficar no papel e não serão aplicadas na inovação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados ao utente:

“(...) Não fazia sentido com uma actualização constante a nível tecnológico, que nós não tirássemos partido desse avanço tecnológico e porque tudo isso implica [...] a actualização de conhecimentos [...] A formação é sempre importante. [...] Não pode ser formação por formar, [...] de coleccionar diplomas. [...] Devemos fazer opções, [...] ser coerentes [...] e procurar formação adequada, rigorosa e credível. E que essa formação tenha de facto impacto [...] na prestação e em termos de imagem do Serviço onde estamos (...)” (Catarina).

Assim, é da inteira responsabilidade do profissional TR actualizar a sua formação profissional, caso negligencie este aspecto “ele corre o risco” de se desactualizar perante a crescente evolução tecnológica que caracteriza a Radiologia. Miguel ressalva mesmo que o mais importante no processo de formação contínua, não é a aquisição de saberes específicos e competências profissionais, mas sim uma porta aberta para o reconhecimento social da profissão no meio hospitalar:

“(...) É da responsabilidade de qualquer Técnico de Radiologia, estar permanentemente a actualizar-se, caso contrário, ele fica ultrapassado (...)” (Filipe).

“(...) A instalação [...] do equipamento digital que era dos primeiros, obrigou-me a outros desenvolvimentos e a outras responsabilidades (...)” (Filipe).

“Sem formação é impossível, somos uma profissão em movimento. Se não tivermos uma formação contínua constante paramos e não há hipótese porque a nossa profissão foi das que mais evoluiu nas últimas duas décadas. [...] Sem formação contínua somos ultrapassados em pouco tempo e pelas circunstâncias” (Pedro).

“(...) A formação é o elemento mais importante para o desenvolvimento da nossa profissão, mais importante ainda que a divulgação a nível social [...] pois a formação nos dará a [...] mais reconhecimento dentro do meio hospitalar e depois muito mais competências para conseguir [...] levar a cabo o reconhecimento social (...)” (Miguel).

Quando questionados acerca dos meios e processos formativos que efectuaram ao longo das suas vidas profissionais, a grande maioria respondeu que investiu em livros científicos, jornadas, congressos e seminários científicos e alguns procuram

realizar estágios profissionais a fim de aprender novas técnicas imagiológicas inexistentes nos locais de trabalhos ou até poderem aperfeiçoar as suas práticas no Serviço. Como exemplo, Catarina relata uma experiência sua, em que no momento em que se deparou profissionalmente com uma nova tecnologia para trabalhar e (consequente) dominar, teve que dirigir os seus esforços para uma aprendizagem que lhe garantisse obter o saber prático essencial.

Leonor acrescenta que a sua formação é feita entrando em conta com as suas actividades profissionais no local de trabalho, ou seja, a formação tem como finalidade afinar a sua perícia profissional e evitar de perder o seu saber já anteriormente adquirido em outras formações.

Mas, e mais uma vez, Bernardo ressalva que devemos seleccionar conscienciosamente o tipo de formação, conforme as temáticas envolventes que nos irão ou não enriquecer profissionalmente. Catarina e Isabel também referem que actualmente investem a sua formação na área da gestão e não numa área das técnicas radiológicas mais propriamente, pois neste momento assumem cargos de coordenação do Serviço e este tipo de formação é uma mais valia para as suas prestações profissionais no Serviço de Radiologia:

“É fundamental andarmos em todos (os cursos). Eu fiz 26 cursos [...] Uns feitos pela Associação, outros por laboratórios como a AGFA (...)” (Rui).

“(...) Formações (como) congressos, [...] estágios (...)” (Miguel).

“(...) Estágios, Jornadas, Congressos, Cursos e Formação em Serviço.” (Paula).

“(...) Em Espanha [...], tive uma formação de TAC, [...] dos primeiros TAC's que apareceram no país. (...)” (Bernardo).

“(...) Aprendi em cursos, [...] livros, ir aos congressos, às jornadas, aos seminários, livros que adquiri, formação que fiz, estágios que procurei noutras hospitais [...] comecei a procurar formação na área de gestão quando assumi a coordenação (...)” (Catarina).

“Interessa-me muito mais coisas, mais a nível de gestão, de organização [...] àquilo que eu necessito de fazer no hospital” (Isabel).

“(...) Fui trabalhar para uma tecnologia que não conhecia [...] então todo o meu primeiro esforço foi no sentido de [...] dominar a tecnologia, saber

trabalhar com o equipamento [...] e formação que fiz [...] rigorosa e vocacionada para a área em que estava a trabalhar (...)" (Catarina).

"(...) Eu já fiz algumas actualizações. [...] E foram todas porque eu achei por bem faze-las, por achar que preciso de me actualizar e de aprender [...] mais porque há coisas que se esquecem. Acaba-se trazer uma mais valia ao Serviço se nós tivermos mais conhecimentos e maior destreza em determinadas áreas (...)" (Leonor).

"(...) Mesmo que vá a um Congresso [...] a gente deve seleccionar. [...] Há sempre qualquer coisa, mesmo já ao fim destes anos todos, [...] aprende-se sempre qualquer coisinha quando se vai. (...)" (Bernardo).

Para além dos cursos, congressos, jornadas e estágios profissionais, Pedro sublinha que o facto de existir rotação entre os profissionais num Serviço de Radiologia deve-se essencialmente à necessidade manifestada no Serviço de uma aprendizagem ampla das diversas valências imagiológicas de modo a assegurar-se uma melhor gestão dos recursos humanos.

Este fenómeno tem em conta a teoria de Canário (2003) que descreve que o profissional fomenta o seu processo formativo como forma de **desenvolvimento de um projecto individual** que abraça diversas esferas de interacção como as relações inter profissionais, o *saber ser* e o *saber fazer*.

A rotação de TR num Serviço de Imagiologia exige uma dinâmica das práticas, onde interagem os actores envolvidos (os TR) com os contextos sociais (ex.: individuais e do trabalho) e com os contextos didácticos das diversas formações no interior da organização, a fim de recrutar os mesmos nas diversas valências envolvidas para uma melhor prestação dos serviços de saúde à comunidade:

"A rotação dos técnicos começou por causa da aprendizagem de novas técnicas." (Pedro).

Também Rui refere que esta aprendizagem das diversas valências se deve à postura adoptada pelos profissionais que subtilmente observavam os colegas que dominavam as técnicas a fim de no futuro poderem executar os exames também:

"(...) Alguns de nós Técnicos começámos a tomar conta de salas, aquelas salas mais acessíveis. E ao mesmo tempo que trabalhávamos nas salas com os exames

[...] mais fáceis, íamos vendo o que é que se passava nas outras mais difíceis, que era onde trabalhavam os Técnicos [...] do hospital.” (Rui).

Apesar de o TR possuir a responsabilidade de manter a sua formação profissional, nem sempre o consegue realizar. Com a cultura do *duplo emprego* presente na profissão, nem sempre o TR consegue investir na sua formação e actualização profissional devido à falta de tempo que possui para tal. Mas Paula visualiza este aspecto como um factor positivo na vida profissional do TR pois o facto de trabalhar em vários locais permite-lhe deter experiência e saber de outras tecnologias e equipamentos que não existem no local de trabalho fixo:

“(...) O meu local principal era o hospital e [...] trabalhei numa clínica a meio tempo. [...] A desvantagem é [...] não nos deixar tanto tempo liberto para [...] aprofundar os conhecimentos, manter uma formação sistemática contínua, chamada formação ao longo da vida que esta profissão tanto exige. [...] Mas teve vantagens [...] no desenvolvimento técnico e científico, [...] foi útil [...] e potenciou a minha actividade no próprio hospital (...)” (Filipe).

“(...) Uma pessoa trabalhar neste regime [...] de estar a trabalhar em 2 lados [...] é obrigado a continuar a sua a actividade formativa. [...] Os Técnicos são um pouco disponíveis. (...)” (António).

“O duplo emprego trouxe-me a vantagem de trabalhar em valências que não dispunha no hospital [...] e lidar com outras tecnologias, ter uma aprendizagem profissional mais abrangente do que teria só no hospital (...)” (Paula).

Apesar disto, António manifesta a sua experiência referindo que actualmente as pessoas para se manter actualizadas nas diferentes valências profissionais não necessitam de recorrer ao local de duplo emprego, pois os hospitais possuem equipamentos actualizados que cobrem a maioria das valências. No entanto a valência de Ressonância Magnética é aquela que menos existe nos hospitais, levando os TR a procurar o seu saber nas instituições privadas, ou seja, no seu duplo emprego:

“(...) Nos grandes hospitais [...] há vários tipos de equipamentos, várias especialidades, [...] e isso comprometia que as pessoas tivessem actualizadas [...], não era preciso irem para os privados para se actualizarem em qualquer coisa. [...] Neste momento no público, [...] com excepção da Ressonância porque aí os Públicos ainda não têm muita Ressonância. [...] E a acumulação do público com o privado para uma pessoa ter um bem acrescido de

conhecimento de Ressonância seja importante, porque não existe no público! (...)" (António).

A maioria dos informantes-chave reconhece que a associação profissional ATARP dá um forte contributo na área da formação ministrando cursos, congressos e jornadas. Actualmente a ATARP, neste tipo de iniciativas formativas, prima pelo valor da formação como algo contínuo e constante na vida do profissional enriquecendo-a de saberes de diversas áreas desde as diversas Tecnologias Radiológicas, ao Controlo de Qualidade, Gestão Hospitalar etc.

No entanto, Bernardo aponta uma crítica negativa à ATARP afirmando que este órgão associativo realiza estas iniciativas na área da formação com o intuito de obtenção de fundos monetários do que propriamente com a finalidade de ensino. Acrescenta ainda que, com a variedade de jornadas, cursos e congressos que decorrem todo o ano em inúmeras instituições não se justifica à ATARP investir tanto nesta área e não em outras que provavelmente seria mais importante o seu investimento:

"(...) A ATARP [...] vai dando alguns cursos, [...] e sempre é mais uma mais valia de aprendizagem (...)" (Leonor).

"A ATARP faz uns cursos, vai fazendo congressos" (Isabel).

"(...) A ATARP pouco mais tem feito que apresentar as Jornadas e os Congressos, [...] mas faz mais para ganhar dinheiro do que propriamente para ensinar. [...] Hoje já se fazem tantas Jornadas que penso que neste momento a ATARP pouco utilidade tem no ensino. (...)" (Bernardo).

A título conclusivo, os entrevistados referem que a formação contínua é importante numa profissão como a Radiologia onde a evolução tecnológica é uma constante. No início, tal como exemplifica Pedro, a TAC era um tabu, ou seja era uma tecnologia longe de ser do domínio dos TR, hoje em dia é uma tecnologia banal que a maioria dos profissionais executa nos seus locais de trabalho. Na semelhança do que aconteceu com a TC, quem sabe se com a Ecografia, que é uma técnica apenas de domínio médico, seja um dia, uma prática de domínio técnico com muito investimento na formação académica e profissional.

Não pensando em "voos altos", sempre que for pertinente o profissional de Radiologia deve proceder à sua formação profissional contínua e, para tal existem

instituições como a Escola Superior e a Associação que actualmente nos oferecem um leque variado de formações a vários níveis e dimensões.

Não só os cursos são importantes no processo de formação, também o investimento em manuais científicos, estágios, congressos, jornadas e seminários eram igualmente importantes para o enriquecimento profissional.

Independentemente do modo como se selecciona o processo de formação contínua, o importante é realiza-lo de forma a contribuir para o crescimento profissional e evitar a estagnação profissional que, segundo Isabel, é um fenómeno tendencialmente muito característico dos TR mais velhos na profissão:

“(...) A característica de se trabalhar com tecnologias é exactamente a constante evolução. [...] Por causa da permanente evolução do material com que nós trabalhamos, [...] as novas tecnologias, as coisas novas, [...] ninguém pode parar a formação! (...)” (Paula).

“No início [...] para nós a TAC era um tabu, nem nos falavam dela no curso. [...] Inclusivamente não nos deixavam entrar nas salas de TAC. Mas agora, e eu assisti à evolução, os técnicos foram ganhando muito terreno e ganhando poder porque ganharam o know-how. [...] Só evoluíram porque ganharam conhecimentos. E quanto mais conhecimentos adquirirem mais poder vão ganhar a todos os níveis. [...] Por exemplo, neste momento, na Ecografia. Um dia quando nós soubermos fazê-la, seremos nós a fazê-la.” (Pedro).

“Por cada vez que há uma inovação, [...] deviam todos actualizarem-se. Existe a escola e a Associação que continuam a ter um papel muito importante nesse aspecto. É fundamental. Então, tem alguma graça estarmos a trabalhar num serviço e aparecer um colega novo que, entre aspas, sabe mais do que nós? É errado, a todos os níveis, incluindo a chefia.” (Rui).

“Aplicar, estudar manuais, trabalhar para se conseguir... continuar nessa evolução” (Isabel)

“É totalmente importante... sem formação as pessoas estancam... alguns dos nossos colegas mais idosos. [...] Na nossa profissão há uma constante aprendizagem” (Isabel).

Nos dias de hoje, o processo de formação contínua mais relevante nas profissões de saúde é a *formação em exercício*. Este método é complexo e desenvolve-se segundo duas lógicas fundamentais (intrínsecas aos saberes em questão e às praticas

profissionais que, condicionam os processos de socialização profissional no Serviço): a lógica da aprendizagem e a lógica estrutural (Canário, 2003).

No que se refere à primeira, existem alguns pólos relevantes: a inserção no colectivo de trabalho, a construção de saberes profissionais, a aprendizagem e o significado do trabalho para os actores. A lógica estrutural é essencialmente intrínseca à estrutura do contexto em que se desenvolvem a acção e a formação.

Nesta linha de pensamento e sintetizando, a formação continua decorre segundo a importância que cada actor interveniente dá à aprendizagem de novos conhecimentos e segundo o contexto (estrutura) presente do próprio Serviço. Isto significa que a formação é perspectivada pelos profissionais como um processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de capacidades, com vista a transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho (Canário, 2003).

A aprendizagem mediante a experiência em campo é aqui valorizada uma vez que se reconhece a importância do carácter formativo dos contextos de trabalho, que contribuirá para o desenvolvimento das diversas competências que os processos do trabalho requerem. Esta processa-se simultaneamente enquanto acção e formação, nos mesmos espaços e tempos, levando ao aproveitamento dos tempos produtivos da organização, evitando a sua canalização para os chamados tempos mortos da organização e as acções não sejam realizadas à margem dos problemas concretos e específicos dos Serviços.

Canário (2001) na sua teoria social em torno da construção da identidade e formação profissional descreve que a formação contínua (associada ao local de trabalho) é construída pelos profissionais de saúde envolvidos, enquanto agentes activos no contexto de trabalho, encontram-se permanentemente interdependentes de forma estratégica relativamente aos outros profissionais que os rodeiam no meio envolvente da instituição.

Nesta linha de pensamento, as opções profissionais dos TR são fruto de um sentimento de pertença a um grupo e de condições materiais e sociais inerentes ao meio envolvente, legitimando assim as suas acções sociais num determinado contexto de trabalho, como as opções de formação.

Quando deparados com a questão acerca dos motivos que levam os profissionais a realizarem as suas opções de formação, os entrevistados referem diversos motivos para as suas formações.

A maioria aponta que a sua formação foi em resposta das necessidades que o Serviço manifestava em possuir profissionais especializados em determinadas valências a fim de responderem eficazmente aos cuidados de saúde exigidos pela organização de saúde.

Assim sendo, os profissionais a partir das suas experiências de vida descrevem que os próprios Serviços patrocinavam as formações destes a fim de que adquirissem o saber científico e prático o mais depressa possível de modo a manter operacionais todas as valências presentes no espaço físico ou adaptarem-se rapidamente a novas tecnologias (equipamentos) que substituíram a tecnologia antiga de modo a garantir uma considerável melhoria da prestação dos cuidados de saúde ao utente. Catarina ilustra claramente no seu testemunho esta realidade aqui descrita:

“ A formação é [...] porque quero saber como é que se faz, mas estou a fazê-lo porque a própria dinâmica do Serviço me proporcionou que chegasse a determinado lugar (...)” (Catarina).

Parafraseando Canário (2001), o pensamento de Catarina pode-se considerar estratégico e de carácter transformador a nível do grupo profissional, pois envolve um processo adaptativo dos próprios profissionais e do meio envolvente.

No entanto, apesar da formação ser realizada por motivos de necessidades do Serviço, existem profissionais que aproveitam este factor em prol da sua auto-realização profissional, como se pode ver no relato de Paula e Miguel:

“(...) Muitas vezes eu aproveitei as necessidades do Serviço para fazer a minha auto-valorização. (...)” (Paula).

“(...) (A formação foi) por auto-realização e [...] por necessidades do serviço. (...)” (Miguel).

Assim sendo, a formação contínua não deve apenas ser definida através dos comportamentos sustentados por intenções, interesses, ideologias ou estratégias dos

actores, mas também pela análise do funcionamento do grupo profissional no seio da organização, sobretudo o seu contexto sócio-cultural.

A formação contínua induz processos adaptativos nos profissionais, que provocam inúmeras situações de ajuste social dentro do Serviço de Saúde, promovidas por negociações e relações inter profissionais, entre elas: situações de jogos de poder, situações de conflitualidade social e a própria organização do trabalho.

Mas os processos de formação contínua não visam apenas satisfazer necessidades impostas pela esfera social envolvente, fomentam comportamentos estratégicos, motivar o aproveitamento de oportunidades profissionais e desenvolver competências ao longo da vida profissional do indivíduo. Estes processos também têm em vista a reconfiguração das relações do indivíduo que incluem o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua efectividade.

Assim sendo, nas entrevistas outros profissionais alegam que a sua formação é feita claramente por motivos de auto-realização profissional e foi sempre por iniciativa própria, cultivando o seu entusiasmo e gosto pela profissão.

A formação profissional é primeiramente por questões de auto-valorização e só depois justifica as (eventuais) necessidades do Serviço:

"(...) (A formação) foi por iniciativa própria [...] para evoluir, para ver, [...] para aprender novas tecnologias." (Bernardo).

"Fiz formação apenas por auto-realização. O serviço nunca precisou de mim" (Pedro).

"(A formação foi) primeiro pela paixão e, segundo, por necessidade." (Rui).

Nas entrevistas quando os informantes-chave abordavam a temática da formação também referiram a sua formação académica.

Dentro desta dimensão, os relatos vão desde críticas ao ensino antigo e actual, à sua experiência pessoal enquanto alunos.

Relativamente à caracterização do ensino ministrado em Portugal, Filipe descreve que o ensino na década de 60 era muito rudimentar. Era uma formação realizada nas instituições hospitalares num processo simples de reprodução de saberes pois não existia na altura um ensino estruturado e regulamentado, nem existiam instalações adequadas para o ensino. Só a partir de 1960 é que existe a primeira

legislação e em 1980 são criados em Portugal os três primeiros centros de formação, as Escolas técnicas de Serviços de Saúde. O processo de estruturação do ensino para a sua classificação como curso académico não foi fácil uma vez que, segundo Pedro, os Sindicatos tinham interesse que o Curso de Radiologia fosse apenas um curso profissional com a exigência de ingresso o 9º ano, de modo a poderem deter o poder de passarem as cartas profissionais que credenciam os TR. Mas nesta batalha, a Escola acabou por ingressar no Ensino Politécnico e ter como exigência a conclusão do 12º ano:

“(...) Até à década de 60, do século passado, era uma formação muito rudimentar, [...] feita dentro das próprias instituições de saúde, naquele processo quase de reprodução de saberes, isto é, o indivíduo observa o que o outro faz e depois reproduz o que ele faz. [...] Porque não havia ensino estruturado [...] não haviam estruturas, não haviam instituições [...] Em 1960, através da Portaria 18523, [...] continuando a ser administrada nos hospitais, estruturou-se uma formação que, no caso da Radiologia, tinha uma duração de 9 meses para os chamados encarregados de câmara escura, e uma formação de cerca de 15 meses para os Técnicos de Radiologia. [...] É a partir só desta altura que existe alguma formação estruturada e assim que vamos até 1980. Só nesta data são criados em Portugal, três centros de formação que mais tarde viram dar origem às Escolas Técnicas de Serviços de Saúde, que era de Lisboa, Porto e Coimbra. (...)” (Filipe).

“Os sindicatos queriam o 9º ano mais um curso profissional qualquer porque era do interesse deles passar as carteiras profissionais.” (Pedro).

Actualmente as Escolas são geridas por Técnicos de Saúde e as aulas são dadas também por Técnicos das diferentes profissões que são leccionadas nas mesmas, este aspecto é muito importante para o reconhecimento profissional na sociedade e para a credenciação da formação dos futuros profissionais. O ensino é de maior qualidade pois a maioria das disciplinas é leccionada por profissionais do ramo aproximando o máximo possível os saberes escolares da realidade do mundo laboral.

Pedro relata a sua passagem pela Escola em que esteve ligado a diversos eventos inclusivamente à organização do programa de estágio ERASMUS em Portugal na área da Radiologia:

“A escola [...] agora [...] é gerida por Técnicos da especialidade, as aulas a são dadas por Técnicos da especialidade, tudo isso nós ambicionámos e

batemo-nos e fomos trabalhar como monitores para que a escola avançasse. De certa maneira foi isso que nós fizemos. (...) (Rui).

“Eu estive na vanguarda da formação contínua. Em tempos estive minimamente ligado à escola mas foi pouco tempo. [...] Sempre estive ligado a cursos, estágios, a congressos, inclusivamente estive na génese da aplicação em Portugal do Programa ERASMUS.” (Pedro).

O ensino académico garante assim que o futuro profissional adquira um saber de carácter científico em diversas áreas que possibilitem a sua actuação em Radiologia no seio de uma equipa multidisciplinar:

“(...) Ele (O Técnico de Radiologia) [...] na sua formação, teve aprendizagens nas várias áreas do saber [...] que lhe permitem entender o contexto em que actua dentro de uma equipa [...] mas como na área da Radiologia é a tecnologia que funciona, ele domina essa tecnologia. (...)” (Filipe).

No entanto, alguns entrevistados criticam o ensino aplicado actualmente nas Escolas nacionais. Leonor refere que a realidade profissional cultivada durante a passagem pela Escola é muito discrepante da realidade que depois os profissionais recém-formados se deparam no mundo laboral.

Já Bernardo sublinha que os novos profissionais não têm uma formação adequada no âmbito de algumas disciplinas como a anatomia descritiva e radiológica.

António aponta que o processo de investigação fomentado nas Escolas Superiores, públicas e privadas, é algo muito burocrático e pouco realista, sublinhando a necessidade de se investigar e incentivar a investigação em áreas mais práticas da área da Radiologia como por exemplo, os processos de aquisição de imagem e digitalização da imagem.

“(...) Quando começamos a trabalhar no mercado [...] começamos a ter noção que as coisas não são tão fáceis como isso e que temos que nos aplicar e estudar muito mais e apostar na carreira, [...] temos que apostar nos novos conhecimentos para conseguirmos subir (...)” (Leonor).

“(...) (Os alunos) chegam ao 3º ano [...] com uma formação um bocadinho diminuta no que respeita à anatomia descritiva e depois à Radiológica. (...)” (Bernardo).

“(...) O processo de investigação [...] que se está a desenvolver nas Escolas [...] é burocrático e pouco realista. [...] No caso da Radiologia há muita coisa para investigar [...] por exemplo, a aquisição da imagem, a digitalização da imagem [...] e as Escolas podem incentivar [...] e ir juntos às firmas [...] e criarem grupos de trabalho (...)” (António).

O ensino académico não é apenas composto por saberes teóricos. Existe também uma forte componente prática que é apoiada através da realização de estágios cuja finalidade é integrarem o aluno no meio hospitalar, nas equipas multidisciplinares, aprender e dominar minimamente as diversas técnicas e valências que compõem a profissão de Radiologia. Para dar assistência aos estágios académicos existe um conjunto de TR nas instituições de saúde recrutados pelas chefias e pela Escola, que para além das funções normais descritas na Legislação actual, estes detêm a responsabilidade acrescida de zelarem pela integração dos estagiários nos Serviços e de transmitirem os conhecimentos práticos essenciais que são suportados pelo saber teórico adquirido na Escola.

Mas este processo de transmissão de conhecimentos nem sempre é fácil para o TR monitor. Existem inúmeros motivos como por exemplo, os processos de trabalho quotidianos ou até mesmo a maneira de ser do próprio monitor. Tal como Rui ilustra no seu testemunho:

“(...) É difícil transmitir os meus conhecimentos todos aos alunos [...] que ficam a ganhar e eu também fico [...] Quer dizer, tentei dar aos outros aquilo que não me deram a mim.” (Rui).

Na dimensão das profissões de saúde, como é o caso dos TDT, as profissões possuem uma forte componente tecnológica na formação e transmissão de saberes científicos onde a formação anterior (a académica) visa preparar o indivíduo recém-formado para responder aos problemas e mudanças do quotidiano.

Devido à forte componente tecnológica, a sua evolução é uma constante no dia-a-dia e para que o profissional TR possa responder eficazmente às necessidades do mercado de trabalho necessita de possuir uma formação académica sólida que capacite os profissionais de prosseguirem a sua formação contínua.

A formação académica passou por inúmeras fases e transformações. Inicialmente era algo muito rudimentar, mas nas últimas décadas tem sofrido inúmeras

reestruturas sendo registadas na Legislação. Actualmente o Curso de Radiologia é um Curso Superior pertencente à tutela do ensino Politécnico.

A Escola Superior visa formar profissionais na área da Radiologia transmitindo-lhe saberes específicos e científicos tornando-os capazes de actuar nas equipas multidisciplinares na área da Radiologia contribuindo para o diagnóstico e terapêutica dos utentes que acorrem às instituições de saúde.

Num primeiro tempo de formação de um profissional, decorre na escola e são ministrados saberes teóricos, cujo objectivo é a aquisição de conhecimentos, compreensão e atitudes profissionais essenciais para executar, planear e avaliar a prestação de cuidados de saúde.

Este ensino é acompanhado a partir de uma certa altura de estágios que ajudam a interiorização dos conhecimentos adquiridos na Escola e a adaptação dos mesmos à realidade da profissão. D'Espiney (2003) descreve no seu artigo que na formação prática, o futuro profissional aplica os saberes que já assimilou anteriormente e aplica-os directamente na comunidade. O TR monitor assume a responsabilidade de zelar pelos futuros profissionais durante os estágios.

No entanto, no ensino académico existem algumas críticas apontadas pelos entrevistados. Entre as críticas ressaltam a discrepância elevada entre a realidade da profissão transmitida pela Escola e a realidade do mundo laboral; o processo de investigação ser pouco adequado às necessidades da sociedade; a necessidade de reestruturação de algumas disciplinas curriculares como a Anatomia Descritiva e Radiológica.

Perante um cenário de trabalho em permanente mudança acelerada, os estabelecimentos de ensino possuem uma dificuldade extrema em responder às necessidades de formação dos futuros profissionais. Isto deve-se em parte a um aumento do distanciamento dos professores relativamente a estes contextos investindo assim, numa formação mais escolarizada definindo-se conseqüentemente uma fronteira temporal entre a transmissão de conhecimentos teóricos e práticos, isto é, a teoria é dada na instituição escolar e a componente prática nos locais de exercício da profissão.

Este desajuste entre o que foi ensinado na formação inicial e as práticas profissionais observáveis no dia-a-dia pode ser superado pelo profissional mediante a aplicação e desenvolvimento das suas competências e qualificações.

Após a formação académica, a formação do TR não pára por aqui. Ao ingressar no mundo laboral, o profissional depara-se com uma evolução tecnológica fulgurante, o que o obriga a actualizar os seus conhecimentos a fim de aprender e adaptar-se aos novos equipamentos e práticas, a fim de prestar da maneira mais eficaz os cuidados de saúde ao utente. Assim, a maioria dos profissionais deve optar por uma formação coerente com base nas necessidades do Serviço e na auto-realização profissional de cada um. A área da Radiologia oferece diversos tipos de formação como cursos, estágios profissionais, congressos, jornadas e seminários. O facto de, na maioria dos Serviços o trabalho efectuar-se num regime de trabalho em sistema de rotação dos profissionais a fim de aumentar a resposta às necessidades de prestação dos serviços de saúde, parece que contribui fortemente não só à partilha de informação como também garante a formação contínua e permanente dos profissionais.

4.3. Ser Técnico de Radiologia – Qualificações e Competências

Ser TR envolve um rol de competências específicas que caracterizam a profissão e definem as fronteiras entre as restantes profissões que constituem as equipas multidisciplinares na área da saúde.

Não só as competências são importantes na caracterização de uma profissão, mas também a qualificação dos profissionais que exercem a mesma. Uma profissão onde existe um número considerável de profissionais não qualificados contribui socialmente para o descrédito da imagem da profissão e uma diminuição da qualidade dos serviços prestados à sociedade.

Os testemunhos dentro desta temática dirigiram-se maioritariamente à caracterização das competências profissionais do TR. Em segundo lugar focaram igualmente as competências de formação que o profissional deve deter e o conhecimento que deve construir ao longo da sua vida profissional.

O fenómeno social do exercício inqualificado na profissão também teve uma especial atenção por parte dos entrevistados.

As subcategorias que menos tiveram tenção por parte dos profissionais entrevistados foram a técnica, a atitude profissional e o exercício qualificado.

Quadro 4 - Competências e Qualificação do Técnico de Radiologia

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Competências e Qualificação Profissional	Profissional	169	44,2
	Formação	111	29,1
	Atitude Profissional	24	6,2
	Exercício Qualificado	20	5,2
	Exercício Inqualificado	58	15,1
Total		382	100,0

Os entrevistados, quando confrontados com a questão da definição das competências do profissional TR no seio de uma equipa multidisciplinar, possuem opiniões variadas, oferecendo um leque amplo de características socioprofissionais que um profissional deve deter.

Dentro da subcategoria mais abordada nos testemunhos, os entrevistados em primeiro lugar realçaram que o profissional deverá antes que tudo gostar da profissão que exerce. Gostar da profissão será segundo os relatos o passo mais importante para se ser competente em Radiologia.

Além disso, os entrevistados realçam que é extremamente importante que o profissional tenha consciência de que a Radiologia e as suas práticas são cruciais no processo clínico do diagnóstico e terapêutica do paciente. Bernardo e outros afirmam mesmo que a maioria dos procedimentos clínicos passam pela realização de exames radiológicos a fim de complementar o acto médico:

"(...) O profissional, primeiro deve ser uma pessoa competente [...], é fundamental que goste da profissão." (Bernardo)

"(...) Hoje não se faz nada sem a Radiologia [...] até se exagera um pouco nos pedidos radiológicos, mas isso é um problema médico. [...] Nos temos que (fazer) muitas vezes um pouco contrariados, mas contrariados porque achamos que às vezes não é necessário." (Bernardo).

"(...) (Os médicos) não fazem nada sem nós. Eles não prescindem de nós de maneira nenhuma." (Rui).

Depois disso, os testemunhos descrevem um rol de competências profissionais que passam por diversas dimensões.

Filipe e Isabel referem que as competências do TR passam por três dimensões muito importantes: *saber-saber*, *saber fazer* e o *saber ser*. Esta definição clara e objectivas de competência vai de em conta o estado de arte onde Lopes (2001) e Le Boterf (1994) caracterizam as competências como fruto da triangulação destas três dimensões. O *saber-saber* constitui toda o conhecimento científico teórico aprendido durante a fase escolar e profissional que sustentará todas as práticas radiológicas. O *saber fazer* constitui as competências e os conhecimentos práticos que o profissional deve saber para executar o papel de TR na instituição onde se encontra inserido. O *saber ser* passa pela postura e atitudes profissionais que o TR deve possuir de modo a demarcar-se profissionalmente das outras profissões na instituição onde se encontra.

“(...) Ser Técnico de Radiologia é uma actividade que tem de ter presente três dimensões [...] o saber-saber, o saber estar e o saber fazer [...] sem estas não poderá ser profissão (...)” (Filipe).

“Saber fazer... e saber estar com os outros e o saber trabalhar em equipa [...] é muito importante o relacionamento.” (Isabel)

Dentro do *saber-saber* o TR deve ter um rol de conhecimentos científicos que lhe permitam, não só ser autónomo, como também poder realizar todos os procedimentos imagiológicos por forma a garantir que os seus exames possam ser veículos importantes para um bom diagnóstico e terapêutica dos utentes e consequentemente ser-se reconhecido profissionalmente no seio da comunidade da instituição de saúde.

Este conhecimento engloba diversas áreas sendo as principais a Física e a Biologia Humana; e com ele o profissional consegue executar a dimensão saber fazer das competências profissionais.

“Ser Técnico de Radiologia envolve [...] um conhecimento [...] das Ciências Radiológicas [...] com disciplinas de físicas e [...] matemáticas, [...] com o lado das anatomias, das biológicas. [...] É o Conjunto das áreas todas numa única, em termos dos conhecimentos, numa única área de conhecimento. [...] É ter todo esse saber juntamente com [...] o saber fazer.” (Paula).

No entanto, a profissão de Radiologia é uma **profissão em constante mudança**, sobretudo na componente tecnológica dos cuidados de saúde.

Apesar dos conhecimentos em Biologia Humana e Física não sofrerem mudanças significativas nos últimos anos, o *boom* da evolução da Informática invadiu também o meio social da Saúde, incluindo a área da Radiologia. Actualmente surgem no mercado equipamentos cada vez mais sofisticados, mais rápidos, mais confortáveis para o paciente, que administram doses de radiação menores e que facilitam os processos de trabalho dos profissionais da área da Radiologia. Mas para que se possa explorar as potencialidades máximas destes equipamentos é necessário que o TR fomente na sua vida profissional o que já foi referido no capítulo anterior, a formação contínua.

A formação contínua permitirá uma actualização permanente dos TR, que com o passar do tempo vão detendo cada vez mais informação que lhes abrirá as portas para uma prestação de serviços de saúde com qualidade e até conquista de novas competências no interior da instituição.

É da competência do TR manter-se actualizado e fazer formação continuamente, de modo a sustentar o seu *saber-saber* para que, e na sequência se garantam boas práticas na profissão, o seu *saber fazer*:

“(...) É da responsabilidade de qualquer Técnico de Radiologia, estar permanentemente a actualizar-se (...)” (Filipe).

“(...) Saber conhecimentos daquilo que estamos a fazer, os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e temos que [...] manter sempre esses conhecimentos actualizados porque se é uma coisa que evolui temos que procurar sempre acompanhar essas evoluções. (...)” (Leonor).

“Tenho tentado acompanhar a evolução [...] é sempre uma mais valia, saber mais, aprender mais, apesar das dificuldades e dos medos [...] estudar manuais, trabalhar-se mais para conseguir” (Isabel).

O *saber fazer* é uma dimensão da competência profissional que caracteriza as práticas que o TR deve realizar no seio das organizações onde se encontra inserido.

Estas práticas encontram-se agrupadas e registadas na Legislação em vigor e no Tratado de Bolonha. Os entrevistados descrevem inúmeras das práticas que constam nestes documentos em diversas vertentes.

Em primeiro lugar, o TR é um profissional imprescindível numa equipa multidisciplinar, contribuindo com os seus procedimentos específicos da profissão para o diagnóstico e a terapêutica dos pacientes.

Este profissional, para ser competente, deverá ser uma pessoa dedicada à profissão, dando o seu melhor enquanto profissional e não andar (segundo Pedro), por exemplo, preocupado apenas na manutenção da sua vida profissional em molde de *duplo* emprego (desenvolvido no capítulo da Identidade Profissional), que muitas vezes acaba por descurar um pouco nas suas funções em todos os locais de trabalho onde exerce, contribuindo para o descrédito da imagem da profissão:

"(...) As condições de um Técnico são fundamentais [...] numa equipa multidisciplinar (...)" (Bernardo).

"O papel do técnico numa equipa é um papel de igualdade em relação aos outros. [...] Somos tão necessários como os outros. O nosso papel é essencial, muitas vezes sem nós não funciona." (Pedro).

"(...) Contribuir em grande para o diagnóstico [...] através da Radiologia (...)" (Paula).

"O técnico de Radiologia devia ser uma pessoa mais dedicada e não uma pessoa a tempo parcial e a fugir dum lado para o outro." (Pedro).

"(...) devíamos dar o máximo em todos os sítios, mas como temos de cumprir horários e devido a outras razões [...] não acontece. [...] Não dar-mos o máximo, leva a algum descrédito na imagem profissional do Técnico de Radiologia (...)" (Miguel).

Sendo um profissional importante no processo de diagnóstico e terapêutica dos pacientes, segundo os relatos registados, o TR exerce funções na execução dos exames radiológicos, ou seja, através do domínio de determinadas áreas do saber científico, manipula responsavelmente equipamentos e tecnologia específica, que permitem executar exames radiológicos adequados à situação clínica de cada paciente.

Miguel ressalva que apesar de participarmos activamente no processo de diagnóstico e terapêutica dos pacientes, não é da competência do TR formular

diagnóstico, ou seja, deve ter conhecimentos, executar os melhores exames para demonstrar a situação clínica, mas não deve concluir o diagnóstico pois isso compete à classe médica:

“(...) O Técnico de Radiologia [...] deve ser um indivíduo que contribui com todo o seu saber para uma prestação de cuidados de saúde [...] com elevado nível de exigência, conviver com a tecnologia existente. [...] Hoje a responsabilidade é muito maior porque a tecnologia está muito mais evoluída e estando isso facilitado. [...] O Técnico de Radiologia tem hoje [...] um papel cada vez mais importante [...] no que diz respeito à tecnologia [...] é com isso que ele trabalha, sem [...] perder de vista aquilo que é científico. (...)” (Filipe).

“A nossa função está [...] nos exames que nós desempenhamos [...], conseguir imagens para fazer diagnóstico [...] mas nós não podemos contribuir efectivamente para [...] estabelecer um diagnóstico [...], devendo a nossa colaboração ser tida em conta pelos outros membros da equipa (...)” (Miguel).

Nesta linha de pensamento, o TR manipula os equipamentos, posiciona os pacientes e efectua os exames radiológicos, sem nunca descurar a protecção radiológica dele mesmo, do paciente, e dos restantes profissionais que se encontrem na mesma sala que ele:

“(...) O nosso trabalho de Técnicos [...] é o posicionamento do doente, mexer nos aparelhos, [...] dar a imagem, [...] a protecção do doente em termos de radiação, tudo isso é da nossa competência. (...)” (Leonor).

No entanto, tal como Miguel, também Leonor ressalva, dando um exemplo quotidiano, que na sala de TC, é da competência do TR todos os procedimentos acima referidos, incluindo a punção dos pacientes e a administração do contraste endovenoso, mas a ordem para a administração do mesmo não é da competência deste pois é classificada de acto médico:

“(...) No TAC o puncionar o doente, [...] a administração do contraste devemos ser nós [...], mas não por nossa ordem [...] não devemos calhar nesses campos, devemos fazer apenas aquilo que nos compete e não avançar mais [...] já basta por vezes porem-nos responsabilidades que [...] não nos competem (...)” (Leonor).

No esclarecimento do que é ou não competência de uns e de outros profissionais, no dia-a-dia surgem inúmeras situações em que no seio de uma equipa multidisciplinar um profissional assume algumas competências de outro profissional.

Este fenómeno deve-se em muito à reestruturação do ensino das profissões que prestam apoio à Medicina, como as Tecnologias da Saúde e a Enfermagem. Estas profissões actualmente constituem cursos superiores e os profissionais após a sua conclusão têm oportunidade de prosseguir estudos, como por exemplo Pós-graduações e Mestrados. Estas reestruturações não foram apenas a nível académico, mas também no seio das próprias profissões, ou seja, verifica-se (segundo os testemunhos) uma crescente preocupação em torno da formação ao longo da vida profissional. **O profissional cada vez mais se preocupa com a sua formação a fim de se actualizar e de ganhar mais competências no meio laboral.**

Ao actualizar-se e adquirir novas competências, o profissional depara-se com o fenómeno de exercer funções que outrora eram ou são de outras classes profissionais, por exemplo, na área da Radiologia a punção de um paciente era um acto da Medicina, actualmente é um acto do TR. Este fenómeno social denomina-se, segundo Lopes (2001), a reconfiguração das competências profissionais e não ocorre apenas na Radiologia, ocorre em simultâneo com as restantes profissões envolventes da mesma esfera social.

Assim, na temática do trabalho numa equipa multidisciplinar, os entrevistados apontam opiniões muito distintas. Uns defendem que o TR não deve interferir nas competências dos outros profissionais que se encontram na execução da mesma prática clínica. Outros afirmam que o TR deve colaborar com os outros profissionais mesmo que isso interfira com algumas competências dos mesmos, pois estão todos a trabalhar pelo mesmo objectivo, o diagnóstico e terapêutica do paciente. Destaco o relato de Paula que descreve que o TR deve ter em conta e respeitar as competências de cada classe profissional, não interferindo nas mesmas, mas sempre que for necessário deve colaborar com todos os membros da equipa porque afinal todos trabalham com a mesma finalidade, o diagnóstico e tratamento do paciente:

“(...) (Numa equipa de saúde) Cada um deve ter bem definidas as competências e não deve avançar para as competências do vizinho do lado. (...)” (Leonor)

“O Técnico quando está a trabalhar na urgência ou seja onde for, é o dono da sala. [...] Mas Colaborar com os outros extractos profissionais é fundamental.” (Rui).

“Em relação à profissão [...] observava [...] bem todos os papéis dos vários intervenientes numa equipa multidisciplinar (...)” (Paula).

“(...) Numa equipa multidisciplinar [...] ninguém me vem ensinar a fazer radiografias, eu também não vou ensinar a suturar uma cabeça, nem vou ensinar a fazer um penso, mas no entanto posso ajudar a fazer um penso e os outros podem-me ajudar a fazer uma radiografia” (Paula)

“(...) Tem que saber o seu limite de competências [...], não deve interferir com profissões que estão muito próximas [...] no entanto, ele, ele tem hoje um papel que, no futuro me parece ainda mais decisivo naquilo que é tanto o diagnóstico radiológico como a intervenção terapêutica que cada vez mais se faz na Radiologia (...)” (Filipe).

Devido à forte componente técnica, a profissão é baseada em práticas cada vez mais tecnicistas, onde os profissionais em muitas instituições trabalham por objectivos impostos pelas instituições onde se encontram inseridos.

Este fenómeno é alimentado pela crescente evolução tecnológica e pelo lado lucrativo que a Radiologia *oferece* às instituições e que ilustra a realidade da profissão. Assim sendo, para evitar que o TR se absorva totalmente na componente tecnicista dos cuidados de saúde que presta à sociedade, deve continuar a preservar e a cultivar o seu lado humanista, ou seja, o profissional, não só deve dominar todas as práticas imagiológicas e toda a tecnologia a ele associada, como também deverá ser um profissional que saiba manter com o paciente uma relação humana e empática. Este humanismo contribuirá para que o utente se sinta compreendido e seguro garantindo uma maior colaboração do mesmo aos exames e um maior conforto.

É neste contexto que o papel do profissional de saúde assume protagonismo, pois este reside na ajuda que ele pode proporcionar mediante a prestação de assistência ao utente, optimizando a sua interacção com o meio envolvente em situações de fragilidade, doença, entre outras e colocam em cheque a dependência/independência do modo de viver. Assim, é mediante a avaliação do grau de dependência que o profissional de saúde, de forma individualizada, planificará, executará e avaliará os cuidados de saúde prestados.

Para que o profissional de saúde consiga cumprir a missão da instituição em que se encontra inserido, que é dar o seu contributo no processo de Saúde/Doença dos utentes, tal como em outras profissões, engloba muitas um conjunto diversificado de saberes. Para além do saber científico e do saber prático, o TR deve deter capacidades sociabilizantes com os seus utentes, ou seja, deve garantir a humanização dos cuidados de saúde prestados, saber ouvir e falar como profissional que é, sem nunca descurar que trabalha por objectivos (pessoais e da instituição):

“(...) Trabalhar-se por objectivos, cumpro os objectivos e levo um incentivo, que serão distribuídos por toda a equipa. [...] É uma maneira de premiar quem, quem tem bons desempenhos e penalizar quem tem maus desempenhos (...)” (António).

“(...) Saber ouvir e saber falar porque muitas vezes os doentes que chegam [...] já diagnósticos feitos vêm muito debilitados e às vezes precisam de uma palavra amiga.” (Leonor).

“O Técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade.” (Pedro).

“(...) O saber fazer não é só da execução [...] tem uma envolvente [...] da forma de estar com o doente [...] momentaneamente (...)” (Paula).

Neste contexto, os entrevistados acrescentam que o TR deve cultivar uma atitude profissional, **um saber ser baseado no respeito profissional mútuo entre os profissionais das diversas classes:**

“(...) Os Técnicos têm que respeitar muito com quem trabalham, mas têm que ser muito respeitados! (...)” (António).

“(...) As pessoas [...] precisam de ter uma atitude de humildade, não [...] de subserviência, [...] porque quanto mais sabemos, [...] devemos ter uma relação de tão próxima quanto possível, respeitando as autonomias, [...] com os outros profissionais que estão ao lado; é com eles que aprendemos, eles certamente aprendem alguma coisa connosco e sobretudo se formos competentes, eles aprendem a respeitar-nos. (...)” (Filipe).

Assim sendo é pertinente realçar o testemunho de Catarina que encerra num todo as dimensões das competências profissionais: o *saber-saber* – conhecimentos seguros; o *saber fazer* – o papel na equipa multidisciplinar, as práticas e aprendizagem; o *saber ser* – capacidade de relacionamento interprofissional.

“(...) Ter competências relacionais [...], das atitudes que se têm que ter em termos da afirmação da nossa profissão, saber exactamente qual o nosso papel no seio da equipa, temos de ter também uma série de competências técnicas, de conhecimentos muito seguros, [...] precisos e sempre uma predisposição grande para aprender e para ensinar, no fundo partilhar informação” (Catarina).

Depois de definidas pelos entrevistados as competências actuais do TR é necessário sublinhar que estas não são algo estático. Segundo o estado de arte, Lopes (2001) descreve que as profissões da área da saúde estão a sofrer actualmente processos de reconfiguração das competências, como já foi referido anteriormente. Este processo é patrocinado activamente pelos processos formativos uma vez que recrutam e actualizam os profissionais com novos conhecimentos, que servirão de instrumentos para a conquista de novas competências, no sentido de melhorar as práticas e os cuidados de saúde prestados à sociedade.

A Radiologia não é excepção neste processo social de reconfiguração. Por exemplo, no passado, o reconhecimento social da profissão era praticamente inexistente. Quem geria o Serviço de Radiologia e os TR era o Director de Serviço, um Médico Radiologista. Hoje em dia existe um Técnico Coordenador que gere todos os recursos humanos e materiais da parte Técnica do Serviço.

Não só não podiam gerir os Serviços como também antigamente as relações interprofissionais não eram muito cordiais. António chega mesmo a classificar de humilhação profissional dos TR face a classes profissionais hierarquicamente superiores como os médicos. Actualmente este fenómeno é muito menos frequente.

“Hoje a nossa carreira, [...] não é o Director [...] que dá falta, que dá folga aos Técnicos ou que diz que o Técnico vai para ali é o Coordenador de Serviço. [...] Nós hoje elaboramos as escalas, o trabalho e os postos, [...] já não é o Director de Serviço como era antigamente. O Director de Serviço era realmente dono e senhor no Serviço de Radiologia, hoje já não é assim, o Director de Serviço não tem, não é achado para qualquer decisão que a gente possa tomar em relação aos Técnicos de Radiologia.” (Bernardo).

“(...) Era humilhante ver o modo como os Técnicos de Radiologia se relacionavam com os Ortopedistas! [...] Só faltava baterem com a cabeça no chão! Uma pessoa deve ser educada, mas a humilhação perante outras classes profissionais é uma coisa que eu nunca suportei durante a minha vida (...)” (António).

E ainda realçou esta situação com uma experiência pessoal em que interferiu com as competências dos médicos levando uma participação disciplinar no Serviço onde trabalhava:

“(...) Nós conseguimos perceber como é que se criavam os protocolos e modificar o sistema e modificámos! Mas devido a um médico que ficou muito indignado porque os Técnicos utilizaram coisas que deviam ser só da sabedoria deles, participou em relação à Directora de Serviço (...)” (António).

Os profissionais foram conquistando a pouco e pouco **reconhecimento social**, o que lhes permitiu ocupar lugares de gestão no Serviços onde trabalhavam. Esta conquista deve-se ao investimento não só na experiência profissional como também dos seus processos de formação (contínua). Neste sentido, alguns dos entrevistados assumem cargos de coordenação devidamente justificados pelo seu amplo curriculum profissional que os habilitam para exercer essas mesmas funções:

“(...) Além das minhas funções de Técnico de Radiologia tinha [...] funções de coordenação na clínica (...)” (Filipe).

“(...) O Director da Urgência, em relação ao curriculum que eu tinha teve que me admitir como responsável da Urgência (...)” (António).

“(...) Sou mais um gestor (...)” (António).

Mas a o **processo de reconfiguração das competências não é estático** e neste momento os profissionais, segundo os testemunhos, sentem necessidade de a profissão ser reconhecida não só aos olhos do Serviço de Imagiologia, mas também a nível dos órgãos administrativos das organizações hospitalares. É fulcral neste momento avançar-se com representantes do núcleo das Tecnologias da Saúde, tal como existe na classe profissional da Enfermagem.

Esta presença será importante pois permitirá que os órgãos administrativos possam tomar as suas decisões de um modo mais eficaz, respondendo às necessidades da classe profissional das Tecnologias da Saúde.

A presença de um profissional desta categoria profissional (de um Técnico Director) nos Conselhos de Administração já é uma realidade em algumas instituições, no entanto ainda é algo numa fase muito embrionária, tal como nos descreve António:

“(...) É uma das prioridades [...] nas carreiras de Diagnóstico e Terapêutica é lutarem por um lugar consultivo no Conselho de Administração e de um Técnico Director representativo de todas as especialidades Técnicas. [...] O conjunto de Diagnóstico e Terapêutica [...] pode dar a opinião sobre os nossos sectores [...] no Conselho de Administração [...] como existe um Enfermeiro Director. (...)” (António).

“(...) Um representante de toda a classe [...] Há alguns Hospitais que já têm, que já são ouvidos nos Conselhos de Administração (...)” (António).

Enquanto alguns dos informantes se preocupam com a ascensão na hierarquia organizacional dos TDT, outros dirigem a sua atenção para as expectativas negativas acerca da **saturação do mercado de trabalho**.

O processo de reconfiguração das competências profissionais não poderá ocorrer apenas em situações de trabalho em equipas multidisciplinares e em contexto hospitalar. A Escola deverá também adequar o seu ensino e promover outras áreas de intervenção relativamente às perspectivas de exercício no mercado de trabalho. Neste intuito, Paula na sua entrevista dá exemplos de diversas áreas onde o TR na impossibilidade de exercer no meio hospitalar devido à saturação de profissionais no mercado de trabalho, poderá exercer e desenvolver as suas funções e competências profissionais:

“(...) Não tem de ser só fazer Radiologia dentro de um Hospital, há muita coisa para o Técnico de Radiologia. Ele tem de se afirmar. (...)” (Paula).

“(...) Nós ainda temos muita coisa para fazer ainda, além de radiografias [...] como investigação nos laboratórios [...] vender cateteres, [...] contrastes iodados, [...] instalar coisas em países subdesenvolvidos (...)” (Paula).

A profissão TR é um uma profissão onde as suas competências se triangulam num *saber – saber, saber fazer e saber ser*.

Relativamente ao primeiro, o *saber – saber*, o TR recebe primeiramente uma formação académica onde interiorizará um saber científico e prático que lhe permitirá ingressar no mercado de trabalho e adaptar-se aos Serviços onde prestará os seus cuidados de saúde.

No entanto, é no terreno que ele executará as suas práticas lidando com diversos tipos de tecnologia e inúmeras situações clínicas e, para que ele consiga, precisa de deter consigo um *saber – fazer*.

Este *saber – fazer* é tudo o que o indivíduo sabe (em conhecimentos) e aplica nas diversas situações do dia-a-dia. Mas como a evolução tecnológica na área da Radiologia é algo que está em permanente evolução, o TR para executar bem os serviços tem que estar em constante evolução para garantir uma boa prestação de serviços de saúde.

No entanto, falta-nos aqui abordar a outra ponta do triângulo social das competências – o *saber ser*. O TR durante o seu trabalho estabelece inúmeras relações profissionais, de diferentes graus hierárquicos e classes profissionais, com base os processos de trabalho, os jogos de poder e os objectivos do serviço/instituição e individuais. Para além das relações inter profissionais, o TR estabelece uma relação com cada utente a que presta os seus serviços. Devido à evolução tecnológica, cada vez mais as práticas profissionais estão a distanciar-se da parte humana do paciente. É da competência deste profissional garantir uma relação empática e humana com o utente a fim de garantir o seu conforto e satisfação durante todos os procedimentos do exame radiológico.

Actualmente, as Tecnologias da Saúde e sobretudo a área da Radiologia têm registado grandes mudanças ao nível da prestação dos cuidados de saúde à população.

A incorporação constante de inovações tecnológicas nos processos de trabalho exigem cada vez mais que os profissionais sejam qualificados para encararem e lidarem com a tecnologia cada vez mais rápida e ao mesmo tempo complexa.

Para responder às mudanças tecnológicas dos processos de trabalho, a formação dos TDT também tem mudado, sobretudo nas últimas duas décadas. No caso de Portugal, por um lado, o progressivo aumento da escolaridade básica obrigatória para o acesso aos cursos, o ingresso dos cursos no ensino superior, por outro lado, a

progressiva reformulação dos planos curriculares através do aumento da componente teórica da formação, a introdução de novos campos disciplinares da área das ciências sociais, promoção da saúde e gestão.

Estas mudanças, no âmbito dos processo de trabalho e da base de formação e preparação dos profissionais, trarão conseqüentemente a recomposição da profissão de TR, dos seus saberes, ideologias e identidades nos diversos contextos de trabalhos.

Para além da recomposição inerente à esfera social laboral, existe assim formalização de uma formação profissional específica e pela tentativa de implementação de estratégias de institucionalização de uma qualificação que dará credibilidade e projecção do profissional TR.

Nos dias de hoje, o conceito de qualificação ganha cada vez mais destaque no mundo laboral dos TR, uma vez que ela constitui um dos factores determinantes para a produtividade e competitividade nas organizações de serviços de saúde. A noção de qualificação, segundo os entrevistados, encontra-se associada à complexidade da tarefa e à aquisição de saberes exigidos para o desenvolvimento da mesma. Em termos estritos, implica a qualidade do trabalho a desenvolver e o tempo de formação necessário para o profissional estar apto para tal.

Dentro da temática do **exercício inqualificado**, os informantes-chave foram questionados acerca das suas opiniões em torno do trabalho inqualificado da profissão.

Como é óbvio, no contexto da dinâmica do desenvolvimento profissional e formativa retratadas anteriormente, é de esperar uma certa unanimidade dos discursos dos testemunhos contra o exercício inqualificado da profissão de Radiologia em Portugal:

“ Penso muito mal [...] acho que ainda há exercício inqualificado ” (Isabel).

O fenómeno social do exercício inqualificado existe desde sempre em Portugal.

A questão da qualificação do trabalho surge a partir do momento em que existe uma separação concreta entre a formação e o trabalho.

Antigamente o exercício inqualificado era algo extremamente frequente pois antes da década de 70 não existia uma formação minimamente estruturada da profissão TR. Todo o ensino, como já foi abordado no capítulo da formação, era rudimentar e era baseado na transmissão de saberes práticos com um suporte teórico e científico escasso.

Miguel retrata bem esta realidade dando o exemplo dos primeiros profissionais de Radiologia que tinham poucas qualificações e um ensino precário. Os saberes eram transmitidos de profissional para profissional. Não existia um curso estruturado com docentes, manuais para orientação dos futuros profissionais, nem mesmo edifícios próprios para o exercício do ensino.

Esta situação foi o motor que impulsionou o desenvolvimento da profissão, incluindo a sua qualificação e credenciação:

“(...) O exercício inqualificado [...] foi o primeiro passo para o crescimento da nossa profissão [...] pois trabalho com pessoas que tiraram o curso há muito tempo e na altura as qualificações foram evoluindo, já não são iguais, mas tenho de pensar que essas pessoas foram [...] o potencial que deu origem ao que nós somos agora e que havemos de ser, ou seja, [...] as primeiras formações de Técnicos de Radiologia, Técnicos ou pessoas que trabalhavam em Radiologia tiveram qualificações primárias direccionadas para a Radiologia Convencional [...] se considerar isso exercício inqualificado fico [...] na dúvida. [...] Em relação a pessoas que não têm formação nenhuma no curso obviamente que não concordo. (...)” (Miguel).

A partir da década de 70, segundo a Legislação em vigor, já se ministravam cursos nos hospitais e em 1980 abrem três ETSS, mas apesar disso, o exercício inqualificado continua a predominar, pois o número de profissionais qualificados que sai para o mercado de trabalho são muito poucos face à quantidade da procura.

Para além do número escasso de profissionais qualificados, Bernardo descreve outro motivo para a existência de exercício inqualificado no passado:

“(...) Antigamente existia (exercício inqualificado) porque havia sempre certos Médicos de Radiologia que gostavam das pessoas a trabalharem ao gosto deles. Os Técnicos ou os falsos Técnicos adaptarem-se ao gosto deles. [...] E às vezes saíam [...] excelentes Técnicos porque faziam aquilo que realmente o Médico gostava e queria e às vezes eram excelentes Médicos Radiologistas. [...] Hoje já não são moldados ao gosto do Radiologista. ” (Bernardo).

Este relato vai em conta a teoria de Pierre Naville que descreve que a qualificação não é apenas composta pela dimensão técnica e a dimensão conceptual do trabalho. A qualificação é um processo num processo social que conjuga as duas áreas mencionadas juntamente com os factores sócio-culturais que influenciam o julgamento e a qualificação que a sociedade faz sobre os indivíduos.

No exemplo dado pelo Bernardo podemos inferir que a qualificação dos indivíduos não reside apenas nos saberes que o profissional traz consigo, mas também no *lobbie* médico que alimenta este sistema e modela pessoas não qualificadas como se fossem ótimos profissionais.

No entanto, este fenómeno parece persistir até à actualidade e Paula lança duras críticas, chegando a classificar de cancro da Radiologia. Ela descreve que o exercício inqualificado é alimentado nas instituições privadas, onde as pessoas são recrutadas pelos Médicos Radiologistas a realizarem os procedimentos radiológicos (ao agrado dos mesmos) e recebem remunerações mais baixas que os profissionais qualificados. Aqui mais uma vez se confirma a teoria de Pierre Naville. O factor social monetário alimenta o fenómeno do exercício inqualificado.

Esta situação actualmente é inaceitável e sobrevive devido à ignorância da sociedade e à ausência de denúncias. Mas Paula demonstra-se expectante pela mudança deste panorama, pois actualmente com o aumento exponencial de formação de TR em Portugal, esta tendência poderá reverter com o aumento das denúncias em prol de poderem ocupar os lugares dos profissionais inqualificados:

“(...) O exercício inqualificado é um cancro na nossa profissão [...] e em todas as áreas das Tecnologias da Saúde [...]. É um cancro e estamos a tentar mudar este panorama [...] mas é difícil porque esse exercício basicamente é na privada. [...] O factor monetário da senhora da limpeza que ganha o ordenado mínimo nacional e que no intervalo faz umas radiografias fica bem mais barato que um Técnico de Radiologia [...] o que leva a manter e a criar-se postos para pessoas inqualificadas. [...] Temos o tradicional profissional que aprendeu a fazer [...] e que até faz muito segundo o Sr. Dr. Médico Radiologista [...]. Isto é problemático porque não há denúncia conveniente porque a população não tem informação [...] sobre o profissional que está à sua frente, se é ou não uma pessoa creditada para o exercício. [...] Mas este panorama vai mudar brevemente. Porque até aqui, não havia um número de Técnicos suficiente para substituir todos os inqualificados, mas daqui a um ano [...] até vai haver demais [...] e espero que comecem as denúncias (...)” (Paula).

O exercício inqualificado não é apenas cingido a um grupo de pessoas com uma formação precária com base nos conhecimentos práticos e do senso comum. Esta situação, segundo Filipe, é grave uma vez que estas pessoas manipulam radiação ionizante para fins de diagnóstico e terapêutica e não possuem qualquer tipo de formação e conhecimentos acerca das radiações e os seus efeitos biológicos:

“(...) Não faz sentido continue a graçar neste país a actividade inqualificada, [...] sobretudo na área em que trabalhamos, o problema das radiações, que [...] são tão benéficas quanto maléficas, isto é, nós temos que tirar delas o partido que nos interessa, que é no diagnóstico, obter melhor imagem possível com o mínimo de dose. [...] Para isto, é preciso ter conhecimentos, (...)” (Filipe).

“(...) São os Técnicos de Radiologia, que hoje, mais sabem do efeito das radiações, da interacção das radiações com a matéria e, só tendo esse conhecimento se podem defender a eles próprios, defender os doentes e defender os outros profissionais que trabalham integrados na equipa e que não têm conhecimento para isto. Ora se não há este conhecimento, as pessoas não podem... não devem assumir responsabilidades de actividades mais complexas. (...)” (Filipe).

Apesar de não fazer sentido a existência de exercício inqualificado, infelizmente ele existe e várias vezes ocultado e patrocinado pelos próprios TR qualificados. Catarina relata que muitos profissionais aceitam trabalhar lado a lado com estas pessoas, independentemente de serem bons ou maus executantes, chegando mesmo a ajuda-los e a ensina-los:

“O exercício inqualificado atenuou-se, mas mantém-se de uma forma escondida [...] no entanto há bons profissionais que pactuam com este tipo de situação [...] trabalhar com pessoas que não têm qualificações [...] independentemente de serem [...] bons ou maus executantes, não são Técnicos!” (Catarina).

Rui, Pedro e Leonor manifestam o seu desagrado perante este panorama social, classificando-o de injusto.

Rui e Pedro sublinham que existe um Legislação em Vigor que tem que ser cumprida e que existem entidades que deviam preocupar-se em resolver este problema do exercício dos *pseudo-técnicos*, como são chamados pelos TR qualificados:

“(...) É injusto porque nós estudamos e sabemos os cuidados que devemos ter e as condições que devemos praticar o exercício da nossa profissão, e as pessoas (inqualificadas) não tiveram o mesmo ensinamento que nós e acabam por fazer as coisas à toa porque não tiveram (formação) foi alguém que chegou e que lhes disse: carregas aqui, mexes ali, fazes assim, [...] Trabalhar com as radiações não é a mesma coisa que trabalhar com água e implica muitos cuidados e precauções que [...] essas pessoas desconhecem (...)” (Leonor).

“(...) Inqualificados são aqueles que trabalham sem terem formação para isso. Isso ao tempo que já devia ter acabado. [...] Não há controle. E devia de haver, até porque de acordo com a Comunidade Europeia é obrigatório ter trabalhadores qualificados. Ora estamos na União Europeia, temos estas leis todas a nosso favor, porque é que o Técnico ou a Associação não mexe num problema tão grave como é esse? (...)” (Rui).

“(...) Uma pseudo-técnica que foi retirada do secretariado para executar Mamografias (...)” (Filipe).

“O exercício inqualificado mantêm-se ou agravou-se. [...] Antigamente havia exercício inqualificado porque não havia técnicos. [...] Neste momento há pessoal qualificado e há exercício inqualificado [...] e não há fiscalização suficiente. [...] As leis existem mas não há fiscalização nem a denúncia que devia haver por parte dos técnicos qualificados que muitas vezes ensinam os não qualificados a trabalhar.” (Pedro).

Miguel ressalva que a Associação vai recebendo algumas denúncias por parte dos profissionais qualificados e Filipe e Pedro defendem que a ATARP já resolveu inúmeros casos denunciados, apesar dos seus escassos recursos para tal:

“(...) Sobre o papel da ATARP [...] tenho visto algumas [...] denúncias de exercício inqualificado (...)” (Miguel).

“(...) A associação não tinha grandes mecanismos, digamos assim, para impor às instituições que substituíssem as pessoas inqualificadas que tinham lá por pessoas qualificadas. (...)” (Filipe).

“Condeno totalmente o exercício inqualificado. [...] Já entrei em guerras com Instituições e com médicos, como membro da ATARP durante 15 anos deu-me para isso tudo.” (Pedro).

Perante este cenário social negativo, Filipe lança a que seria eventualmente a melhor solução para combater esta situação actualmente. Para ele a constituição da Ordem e dos Colégios de Radiologia, como já existem em alguns países da União Europeia, seria a solução mais viável para a credenciação e qualificação dos profissionais que oferecem os seus serviços de saúde à sociedade. Estas entidades controlariam as profissões das Tecnologias da Saúde garantindo assim segurança, qualidade e credibilidade aos cuidados de saúde prestados:

“(...) As pessoas [...] para que sejam certificadas [...] devem existir organizações de direito público que são as Ordens ou os Colégios, em que as pessoas devem estar inscritas. [...] Nalguns países os nossos colegas quando terminam o seu curso [...] fazem mesmo um exame, o exame à Ordem ou o exame do Colégio, um exame Nacional e só depois lhes é passado um certificado e a partir daí estão habilitados para trabalhar (...)” (Filipe).

Efectuando uma síntese do que foi dito, a profissão de TR possui um cenário social onde ainda existe muito exercício inqualificado. Este exercício inqualificado deve-se nos primórdios da profissão à escassez de profissionais qualificados que saíam para o mercado de trabalho onde a oferta era claramente superior. No entanto, apesar da criação das Escolas Superiores, o exercício inqualificado continuou a prevalecer porque era alimentado pelo *lobby* do mundo médico, onde a questão monetária tem peso relevante na gestão das instituições privadas. Esta situação é grave porque os profissionais inqualificados não possuem formação específica na área, sendo formado através de uma transmissão de conhecimentos deficiente por parte dos Médicos Radiologistas e até mesmo por parte de alguns TR que pactuam com este sistema. Assim, como não existe uma fiscalização eficiente e a associação não consegue responder a todas as situações de exercício inqualificado, nas instituições privadas existem profissionais classificados de *pseudo-técnicos* de Radiologia que manipulam radiação ionizante para fins de diagnóstico, sem possuírem conhecimentos para o efectuarem com segurança para a equipa de saúde e para o utente.

4.4. Perspectivas do Técnico de Radiologia e a Carreira Profissional

Quando o TR ingressa no mundo laboral dá-se início à construção da sua trajectória profissional individual, baseada na busca e reconstrução incessante da sua identidade profissional, nos seus interesses, no seu investimento profissional, nos seus comportamentos e perspectivas futuras no seio da sua profissão.

Existem inúmeras formas caracterizadoras dos mecanismos de construção de um ciclo de vida profissional. No estado de arte, Estrela (1997) e Nóvoa (1995) definem a perspectiva pioneira de “Carreira Profissional” abordada por Huberman acerca da vida profissional dos professores.

Tal como Huberman definiu, o desenvolvimento da Carreira profissional é entendido como uma sequência de experiências vocacionais de relevo ao longo da vida, ou seja, o profissional dá ênfase às mudanças registadas no seu desenvolvimento individual a nível físico, intelectual, afectivo, social, da personalidade e vocacional; desde a entrada na profissão até à reforma (Estrela, 1997).

A partir da análise da informação recolhida, a evolução da carreira profissional do TR é em muito semelhante à forma como Huberman retrata a forma de desenvolvimento da carreira profissional dos professores. Óbvio que, num contexto social diferente.

Os entrevistados, quando abordaram e analisaram a sua Carreira Profissional, debruçaram-se mais em torno da descrição das suas experiências durante a sua vida académica e no início da Carreira, não deixando de relatar o modo como desenvolveram a sua experiência e o desenvolvimento profissional ao longo das suas vidas.

Relativamente aos aspectos associados ao final da Carreira e à perspectiva de fora da mesma foram pouco mencionados durante as entrevistas.

Alguns testemunhos foram críticos relativamente às características da Carreira dos TDT em Portugal.

Segundo Huberman nos seus estudos em torno da Carreira Profissional dos professores, a carreira profissional é composta por oito etapas de desenvolvimento: Entrada na Carreira, Estabilização, Diversificação, Pôr-se em Questão, Serenidade e Distanciamento Afectivo, Conservadorismo e o Desinvestimento.

Ao analisarmos as entrevistas podemos observar que a Carreira Profissional do TR processa-se de forma muito semelhante ao modelo proposto por Huberman sobre a construção da Carreira.

Quadro 5 - Carreira Profissional dos Técnicos de Radiologia

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Carreira Profissional	Início da Carreira	85	46,4
	Desenvolvimento da Carreira	76	41,5
	Final da Carreira	3	1,6
	Fora da Carreira	4	2,1
	Características da Carreira	15	8,2
Total		183	100,0

Assim sendo, e começando pela primeira etapa, a Entrada na Carreira é desenvolvida através de dois processos sociais: a 'exploração' e a 'estabilização'. No processo social de 'exploração', o indivíduo procura experimentar diversos papéis no seio da esfera laboral.

Dentro do processo social de 'exploração', Huberman descreve que o profissional atravessa duas fases cruciais: a 'sobrevivência' e a 'descoberta'. Na fase da 'sobrevivência', o indivíduo recém-formado sofre um *choque* entre os seus ideais profissionais provenientes da formação escolar e a realidade propriamente dita do mundo laboral. Perante esta situação, o profissional experimentará diversas situações de trabalho, a fim de reajustar os seus ideais e objectivos profissionais face às características do meio envolvente, como por exemplo, os diversos tipos de utentes, as dificuldades psíquicas ou físicas que alguns possam ter, a grande variedade de equipamentos, a tecnologia complexa, etc.

Para além da "sobrevivência" existe também a fase de "descoberta" que traduz o entusiasmo inicial, a experimentação, a exaltação e a responsabilidade de ter uma sala de exame, a sua autonomia, os seus pacientes e ainda ser um profissional ao serviço de uma instituição de saúde.

Quando este processo (exploração) se concretiza positivamente, dá-se início ao processo social de 'estabilização'. Nesta fase o indivíduo assume compromissos sociais na profissão, ou seja, ele vai procurar focalizar-se e especializar-se em determinadas áreas que lhe possam ser vantajosas monetariamente e que dê prestígio e reconhecimento social dentro da profissão.

Miguel oferece com o seu testemunho um bom exemplo desta etapa da Carreira Profissional. Apenas com oito meses de experiência profissional, Miguel possui objectivos profissionais bem claros. Ele ambiciona integrar o quadro hospitalar da instituição de saúde onde presta funções, ser um bom profissional e dar um excelente contributo para o desenvolvimento da profissão. No entanto e devido às suas experiências durante estes oito meses iniciais (fase da 'exploração'), Miguel já avaliou as futuras dificuldades com que terá que se deparar na vida profissional e sabe que terá que apostar na sua formação sobretudo académica a fim de poder superar os futuros entraves no seu desenvolvimento profissional (fase da 'estabilização'):

“(...) Os meus objectivos [...] é ser um bom Técnico de Radiologia, [...] ser um bom praticante de técnica, não esquecer as relações humanas, tentar contribuir para o desenvolvimento da profissão, nomeadamente a nível académico. [...] (Quero) ser integrado no quadro do hospital a que pertença [...] e evoluir o máximo que conseguir.” (Miguel).

“(...) Antes conhecia a realidade, mas não estando a exercer a profissão [...] e agora vi que vai ser difícil, vou ter que ter [...] e apostar na formação basicamente [...] e apesar de ter percebido que ia ser um caminho difícil, tudo isso me tem trazido mais motivação.” (Miguel).

Leonor também é uma profissional que se encontra na mesma fase da Carreira que o Miguel. Após dois anos e meio de experiência profissional conclui que a realidade profissional fomentada na Escola não corresponde muito bem com a realidade da esfera laboral. A realidade laboral caracterizada pela forte competitividade, interesses monetários, uma evolução tecnológica acelerada, entre outros problemas (fase da ‘sobrevivência’).

Assim, Leonor (depois do processo de ‘exploração’) visiona para si um futuro com muito investimento pessoal na área da formação a fim de poder acompanhar a evolução tecnológica e tentar sempre progredir na Carreira, mas não ambiciona para si o alcance de cargos de chefia nem com excesso de burocracias, pois é algo com que ela, neste momento não se identifica (fase da ‘estabilização’):

“(...) Quando começamos a trabalhar começamos a ver também não são tão bem assim (...)” (Leonor).

“(...) Procurar aprender mais e tentar acompanhar a evolução (...)” (Leonor).

“(...) Eu basicamente gostava de subir na carreira, de evoluir, [...] não me estou a ver assim com grandes cargos de chefias e de burocracias que é uma coisa que não gosto muito. [...] E seguir os passos da carreira em si. (...)” (Leonor).

Ao observarmos os testemunhos de ambos podemos verificar que a fase de ‘estabilização’ é crucial para o começo da Carreira Profissional do profissional, pois traz ao indivíduo sentimento de competência, aumentando as preocupações individuais em torno do alcance dos objectivos profissionais, conduzindo (consequentemente) a uma melhor definição dos seus limites enquanto TR e também da sua tolerância e responsabilidade profissional. Tal como afirmaram, Miguel e Leonor querem investir na

formação a fim de progredir na Carreira e dar o seu melhor contributo como TR em prol do desenvolvimento da profissão.

A fase do início de Carreira ocorre essencialmente durante os cinco primeiros anos como profissional, depois o indivíduo entra noutra etapa de desenvolvimento profissional: a fase da diversificação.

Nesta fase, o TR procura desenvolver as suas experiências profissionais a fim de encontrar novos estímulos, ideias e compromissos de modo a evitar a rotina e manter o entusiasmo pela profissão.

O caso de Bernardo, que conta que nesta fase se envolveu em muitas experiências novas, sobretudo na aprendizagem e o domínio de técnicas radiológicas inovadoras para a altura de difícil acesso profissional a muitos TR.

António afirma que (nesta fase da Carreira) desenvolveu conhecimentos e aptidões específicas e apresentou trabalhos específicos a nível da instituição hospitalar. Já Pedro e Isabel admitem possuir sempre muitos objectivos profissionais e investindo no que podem de modo a atingi-los com sucesso:

“(...) Fui pioneiro de muita coisa (...) Xerorradiografias, das Pielografias pilotadas [...] na Angiografia Digital de subtracção, o próprio TAC [...] eu sabia de outras técnicas que a maioria dos Técnicos não sabiam. (...)” (Bernardo).

“(...) Tenho talvez umas 300 a 400 horas [...] em jornadas e congressos [...] Tenho 12 publicações feitas (...)” (Bernardo).

“(...) Desenvolvi conhecimentos e determinadas aptidões. [...] Tenho trabalhos feitos e apresentados ao Conselho de Administração acerca do que era uma profissionalização da Urgência e da sua necessidade. [...] Acusam-me às vezes de andar com velocidade a mais [...] às vezes sinto que me falta tempo para as coisas (...)”.

“Sempre que fui a tudo na vida, nunca me contentei como número dois. Para mim ou o um ou nada. Foi sempre o meu objectivo.” (Pedro).

“Eu sempre tive muitos objectivos profissionais!” (Isabel).

Filipe descreve que no dia-a-dia sempre deu o melhor enquanto TR e que apostava na sua formação à medida que a evolução tecnológica surgia no seu local de trabalho a fim de acompanhar o progresso e a manter a sua melhor performance como *profissional* na prestação de serviços de saúde. A Paula sublinha mesmo que a formação

ao longo da profissão é essencial para acompanhar as mudanças sobretudo na parte tecnológica dos processos de trabalho do TR.

Rui classifica de vitória cada vez que surge uma nova técnica para o TR aprender:

“(...) Cada vez que aparecia uma nova técnica [...]. Profissionalmente era mais uma vitória.” (Rui).

“(...) Só tenho que fazer o meu melhor, que posso e sei. [...] Não podia ficar indiferente a esse método de estudo [...] instalado no meu Serviço, portanto tinha de acompanhar esse progresso [...] tenho que aprender para fazer! Era quase obrigação. (...)” (Filipe)

“(...) A nossa profissão vai continuar a evoluir como evoluiu nestes últimos 20 anos [...] a evolução do computador é [...] uma coisa vertiginosa [...] e nós vamos ter que continuar com esta mudança (...)” (Paula).

A Catarina relata que numa altura da sua vida profissional, devido ao seu investimento na profissão, recebeu um convite para trabalhar com uma nova tecnologia, que na altura era inovadora: a TC. Foi um desafio (compromisso) aceite de bom agrado, pois esta valência radiológica era considerada na época como uma valência elitista, ou seja, o acesso a esta tecnologia era exclusivo de alguns profissionais:

“(...) Tive um convite da então Chefe de Serviço [...] Foi um convite e foi um desafio. [...] Era para ir para TC, que na altura ainda era um bocadinho [...] elitista. (...)” (Catarina).

Depois da fase de diversificação, onde o TR assume novos desafios, projectos e compromissos a fim de motivar e melhorar os seus desempenhos e projectar a sua imagem na esfera laboral surge uma fase em que o indivíduo ‘põe em questão’ inúmeros aspectos da profissão.

O *questionamento* do TR deve-se a uma crise provocada pela queda na rotina dos processos de trabalho, que leva este a efectuar um balanço acerca do seu percurso profissional.

Esta fase depende dos diversos motivos que levam o indivíduo a fazer uma retrospectiva do seu percurso na profissão e os *sintomas* manifestados podem ir desde uma sensação de rotina até a uma crise existencial que poderá *colocar em xeque* a progressão na Carreira Profissional.

Catarina e Bernardo atravessaram numa determinada fase da vida profissional uma etapa de questionamento pessoal.

Catarina que, na fase de diversificação apresentou uma série de publicações científicas, chegou numa dada altura a sentir esta actividade monótona porque caíra na rotina. Como consequência disso, abandonara esta actividade que outrora considerou como desafio profissional.

Bernardo afirma que sentiu cansaço numa determinada fase da sua vida profissional, pois considera desgastante trabalhar continuamente 12 horas todos os dias. Ele ganha algum alento sempre que surgem novidades na profissão, mas mesmo assim a sensação de cansaço predomina.

Isabel faz uma retrospectiva do seu investimento pessoal e conclui que nesta fase da sua vida tinha sido importante que tivesse investido na sua formação académica:

"(...) Fazer publicações de determinados casos clínicos onde eu participava também... a isso caiu um bocadinho na rotina. Já não era também aquele desafio que representava quando eu fui trabalhar (...)" (Catarina).

"(...) Sinto-me cansado. Há certas coisas que vão aparecendo novas que nos vão estimulando, [...] porque se nós estivermos 30 anos sempre a fazer a mesma coisa cansa. [...] Sobretudo quando se faz 12 horas por dia a trabalhar durante este tempo todo. (...)" (Bernardo).

"(...) A Radiologia é uma profissão desgastante. (...)" (Bernardo).

"Se calhar podia ter estudado um bocadinho mais a nível académico" (Isabel).

Também existem entrevistados que não passaram pela fase de *questionamento* da Carreira Profissional. Pedro analisa que a sua ascensão na Carreira Profissional foi algo muito rápido e diferente de muitos outros colegas da profissão:

"Tive uma ascensão na carreira fulgurante, foi diferente de toda a gente devido à minha condição de militar." (Pedro).

E outros profissionais que, nesta fase, procedem a uma auto-análise positiva, consideram-se auto-realizados e perspectivam novos projectos profissionais, como o caso de Paula:

“(...) Em termos pessoais realizei-me profissionalmente, [...] não posso dizer que terminei essa realização, ainda tenho muitos projectos profissionais [...] para fazer. (...)” (Paula).

Ao analisarmos estes excertos podemos considerar que a fase de questionamento por parte do técnico de Radiologia não é sentida da mesma maneira por todos os profissionais e, inclusivamente, existem alguns que nem chegam a passar por esta fase pois sentem-se realizados profissionalmente. Estas diferenças devem-se essencialmente às diferentes características das instituições de saúde, ao contexto socio-político e económico ou aos acontecimentos da vida familiar que variam de pessoa para pessoa, entre outras causas.

Quando os profissionais vencem esta difícil etapa, entram noutra fase do seu desenvolvimento e da Carreira Profissional, a fase da Serenidade e Distanciamento Afectivo.

Segundo a literatura, esta fase ocorre mais ou menos entre os 45 e os 55 anos e caracteriza-se pela descida do nível de ambição pessoal e investimento na profissão, registando-se um aumento de confiança e serenidade no dia-a-dia da profissão. Nesta fase o TR não precisa de provar aos outros o seu valor profissional, pois já o fizeram no passado. Também se observa que o profissional nesta fase manifesta um distanciamento afectivo em relação aos utentes, aos colegas mais novos e aos estagiários. Bernardo é a prova disto ao referir-se aos colegas mais novos como a juventude:

“(...) As evoluções só dão ânimo para continuar e depois também a juventude que [...] também nos dá ânimo. (...)” (Bernardo).

“(...) O que me falta é dedicar-me ao ensino. (...)” (Bernardo).

Bernardo demonstra no seu discurso uma certa diminuição da sua ambição profissional, pois afirma que neste momento da sua vida a única coisa que lhe falta fazer em termos profissionais é dedicar-se ao ensino, mais nada.

António afirma que neste momento já não executa funções de TR nas salas de exame, pois exerce funções de gestão de recursos no seu Serviço. Isto significa um desinteresse a nível da execução dos exames devido à confiança e serenidade que o

profissional sente nesse âmbito e também, pelo facto de ter direccionado os seus interesses profissionais para outros campos, que neste caso a gestão:

“(...) Eu há muito tempo que não faço radiografias, neste momento sou mais um gestor, a nível de gestão do que radiografias. (...)” (António).

Com o passar do tempo o TR desenvolve uma tendência para o ‘conservadorismo’, onde o profissional manifesta rigidez, dogmatismo, sentimento de nostalgia e sobretudo resistência à mudança. Catarina descreve uma experiência profissional da sua vida onde aplaude o esforço de alguns TR que nesta fase da Carreira Profissional, sem nunca terem tido contacto com o mundo informático conseguem superar a sua resistência à mudança e hoje manipulam equipamentos digitais:

“(...) Os Técnicos mais velhos, de uma geração mais velha, que nunca tinham sequer mexido num computador, portanto, passaram [...] a trabalhar com um equipamento digital (...)” (Catarina).

“Sempre que há evolução [...] os profissionais têm medo!” (Isabel).

Depois da fase do ‘conservadorismo’, o TR liberta-se progressivamente do investimento no trabalho e regista-se uma maior consagração de tempo e interesses exteriores à instituição e a uma vida com maior reflexão.

A postura geral do profissional nesta fase da vida normalmente é positiva e passa pela libertação da pessoa, sem lamentação do investimento que realizaram a nível da vida profissional e tem a tendência de direccionar parte do seu tempo para si próprio e para as actividades exteriores à esfera laboral.

Pedro neste momento encontra-se reformado, mas apesar de ter terminado a sua Carreira Profissional, não manifesta desejo de parar o seu desenvolvimento profissional porque ele considera que a sua reforma foi muito precoce devido à sua situação militar. Assim, podemos considerar o seu testemunho uma excepção à normalidade pois ele manifesta interesse em prosseguir com alguns projectos pessoais na área da Radiologia.

Paula perspectiva uma situação futura de reforma em que afirma que só parará o seu desenvolvimento profissional nessa altura e que mesmo assim tem as suas dúvidas:

“Reformei-me mas não parei. [...] Eu reformei-me devido à minha situação militar. Nenhum técnico de Radiologia se reforma com a minha idade. [...] Mas não quero parar, inclusivamente tenho uns projectos na Radiologia. Projectos de investimento pessoal em áreas do país onde não existe serviços de Radiologia.” (Pedro).

“(...) Porque no dia que parar é na reforma e não sei se na reforma eu não irei fazer uns cursitos de formação porque não vai haver uma técnica nova que eu não saiba! Isso, eu nem questiono, nem que eu vá de bengala aprender! (...)” (Paula).

O ciclo de vida profissional dos TR é composto por um processo de avanços e recuos, onde os jogos e as estratégias individuais se sobrepõem às lógicas e às necessidades de convergência colectiva nas organizações.

4.5. Efeitos do Género na Profissão

A profissão TR actualmente é uma profissão feminina, mas não foi sempre assim. Segundo os registos históricos encontrados e descritos na caracterização da profissão, nos primórdios desta os primeiros profissionais foram homens. No entanto, na fundação da Associação Profissional, encontramos na Comissão organizadora nomes femininos sonantes na profissão naquela época: Emília Guerreiro Rita, Laura Marcelino de Mendonça e Dorinda da Silva Costa. Mas estas profissionais constituem uma minoria em relação aos restantes membros do grupo de trabalho (homens). Aqui se reflecte a sociedade patriarcal vigente na sociedade portuguesa. Os primeiros profissionais foram homens e ocuparam papéis de destaque na fundação da Associação. Hoje em dia apesar dos profissionais serem maioritariamente mulheres, são os homens que mais facilmente têm acesso à formação e desenvolvimento profissional, os que mais facilmente acedem as todas as valências e os que ocupam maioritariamente cargos de coordenação. As profissionais mulheres para alcançarem os mesmo que os colegas homens sujeitam-se a uma rigorosa gestão do tempo para que consigam conciliar a vida familiar e a vida profissional.

Assim sendo, neste capítulo procuramos estudar os efeitos do género sobre a profissão de TR, a igualdade de oportunidades entre os profissionais homens/mulheres, os meios de conciliação das vidas familiar e profissional, entre outros aspectos sociais.

A categoria do Género na profissão é constituída por quatro subcategorias onde os resultados visam ilustrar o Género surge como forma de mecanismo de segregação entre os pares e também, como é que este contribui socialmente para a caracterização da dominação masculina no trabalho (quadro 6).

Verificamos que os testemunhos dos entrevistados evidenciaram mais o aspecto do duplo emprego e as suas repercussões na vida familiar e abordaram a temática da carreira profissional, onde relatam as oportunidades profissionais dos homens e das mulheres na profissão, o factor da gravidez na vida profissional da mulher e a igualdade social entre homens e mulheres na profissão.

Os entrevistados caracterizam a profissão de Radiologia como uma profissão essencialmente feminina.

*“Na nossa profissão predominam as mulheres não sei muito bem porquê (...)”
(Bernardo).*

Este fenómeno é compreendido porque a sociedade portuguesa é caracterizada por ser uma sociedade patriarcal, reflectindo-se na esfera laboral. A profissão de Medicina é caracterizada por ser uma profissão essencialmente masculina que exerce um poder social substancial sobre as outras profissões de saúde, como a Enfermagem e as Tecnologias da Saúde. Este poder social é exercido, pois o seu saber e as suas competências, no acto médico de diagnóstico e terapêutica é exercido através da prescrição de exames que vão ser exercidos pelos profissionais TR. Neste processo de prestação de cuidados de saúde, a profissão de Radiologia assume um papel de assistência e auxílio aos actos médicos. E, tal como a Enfermagem, a Radiologia é essencialmente composta por mulheres pois são profissões que assistem e viabilizam os cuidados de saúde prestados pelos médicos, que se encontram hierarquicamente num patamar superior por deterem um saber e prestígio social relevantes na esfera laboral da saúde.

Segundo as sociedades patriarcais, as mulheres devem ocupar cargos pouco ambiciosos de assistência, enquanto que os homens ocupam empregos de grande prestígio, responsabilidade e saber. Daqui se percebe a maior percentagem de mulheres em profissões como a Enfermagem e a Radiologia e a acentuada presença masculina no mundo médico.

Quadro 6 – Género da profissão

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Género da profissão	Carreira Profissional	42	32,3
	Dominação Masculina	7	5,3
	Duplo Emprego	49	37,7
	Profissão	32	24,6
Total		130	100,0

Apesar da profissão ser maioritariamente composta por mulheres, ser um bom profissional TR, segundo os testemunhos, não se encontra associado ao facto de se ser homem ou mulher na profissão. Na profissão tanto existem bons profissionais homens e bons profissionais mulheres, na óptica de todos eles. Tudo depende, segundo Filipe do modo como se encara a profissão no dia-a-dia:

“(...) Não importa ser homem ou mulher para que tenha bom sucesso na profissão ou tenha inêxito na profissão, portanto, depende apenas como as pessoas encaram a profissão [...] no dia-a-dia (...)” (Filipe).

“(...) Ser Técnico [...] tanto se encontra isso no sexo masculino como no sexo feminino, não acho que nós mulheres sejamos melhores nem eles sejam melhores, [...] é indiferente. (...)” (Paula).

Se existe igualdade de circunstâncias para os homens e para as mulheres, para se ser um profissional, no entanto, não existe igualdade de acesso a todas as valências profissionais que compõem a profissão. Como exemplo, os entrevistados descrevem a situação do exercício profissional da Mamografia em Portugal, pois é uma valência onde os homens têm pouco acesso por ser uma técnica radiológica que envolve procedimentos que mexem com a intimidade das utentes. No entanto, os entrevistados apontam que as características do exame não são razão para barrarem o acesso aos profissionais do sexo masculino. O que deve prevalecer na prestação dos cuidados de

saúde não é o sexo do profissional, mas sim as suas competências e o seu profissionalismo:

"(...) Fala-se da Mamografia, dos homens não fazem porque as pessoas ficam mais envergonhadas, [...] por vezes os homens acabam por ter mais cuidado com as questões femininas do que a própria mulher, acho que desde que saibam o estão a fazer e que consigam por uma pessoa à vontade, acho depende muito da pessoa ser talhada ou não para o que faz. (...)" (Leonor).

A Radiologia é uma profissão caracterizada pela cultura do duplo emprego, ou seja, para além do emprego fixo o profissional possui um ou mais empregos noutras instituições de saúde. Os motivos desta opção profissional são apresentados no capítulo seguinte. Em termos de conciliação da vida profissional com a vida profissional neste tipo de cultura profissional, tantos os entrevistados homens como as mulheres evidenciaram dificuldades a vários níveis.

No caso dos homens, os relatos evidenciaram que, para alguns, a vida profissional no modo de duplo emprego trouxe muitos problemas a nível familiar. Pedro chega mesmo a descrever que esta vida exaustiva em termos profissionais quase levou à ruptura do casamento. Para superar este problema, Pedro descreve que teve que reavaliar as suas prioridades profissionais e familiares, pois a sua presença na família era escassa sobretudo na vida do seu filho:

"O duplo emprego [...] levou quase à ruptura do meu casamento. Não é fácil porque se passa muitas noites fora, todos os fins-de-semana ocupados, não é fácil não ter tempo para a família, não ver crescer os filhos." (Pedro).

"Implicações negativas a nível de família [...] houve uma fase da minha vida que levou quase à ruptura do meu casamento [...] depois uma pessoa tem que reorganizar tudo [...] relativamente ao meu filho, estive muitas vezes ausente quando devia estar mais presente." (Pedro).

Bernardo assume a sua má gestão no passado, entre a vida profissional de duplo emprego e a família, reconhecendo que não houve problemas mais sérios porque a sua mulher foi tolerante. No entanto, sublinha que este tipo de vida actualmente não é uma boa opção, apesar deste fenómeno ainda predominar na vida dos profissionais:

“Geri muito mal (o duplo emprego) [...] na altura em que fazia urgências chegava a estar 36 horas por semana sem ir a casa. [...] E tive uma mulher muito compreensiva. [...] Hoje acho que isso não é conciliável ter uma família com uma criança pequenina e estar 36 horas sem ir a casa, [...] mas isso hoje ainda acontece com os nossos colegas.” (Bernardo).

No entanto, Filipe afirma que apesar das imensas **dificuldades em conciliar a vida profissional com a familiar**, procurou sempre realizar uma boa gestão do tempo a fim de que a família sentisse o menos possível a sua ausência:

“(...) O meu local principal era o hospital e [...] trabalhei numa clínica a meio tempo. [...] Naturalmente que sob o ponto de vista familiar algumas coisas não tiveram mesma presença, [...] o mesmo acompanhamento de que poderiam ter se só tivesse uma actividade (...)” (Filipe).

“(...) Consegui sempre [...] fazer uma gestão do tempo e uma utilização, uma optimização do pouco tempo que tinha livre para poder corresponder as responsabilidades da vida familiar [...] procurava no pouco tempo que tinha disponível a presença mínima (...)” (Filipe).

Relativamente aos testemunhos femininos, as entrevistadas assumem igualmente as dificuldades de conciliação entre a vida profissional e a vida familiar. Descrevem que a vida de duplo emprego absorve muito tempo negligenciando o tempo dedicado para a família, sobretudo para os filhos, para si próprias, para a resolução de assuntos pessoais e até mesmo para a realização das tarefas domésticas.

Denota-se nos testemunhos femininos o peso da responsabilidade familiar nos seus universos sociais. Apesar das necessidades de evolução profissional ou das necessidades monetárias, a maioria das mulheres assume que teve que abdicar de oportunidades profissionais do duplo emprego porque tinham de responder às necessidades impostas pela família.

Catarina confessa que chegou a resistir muito tempo à adesão ao duplo emprego precisamente por causa da sua responsabilidade familiar e porque queria manter uma vida profissional com qualidade de vida:

“(...) Eu resisti muito tempo a ter um segundo emprego [...] porque sou casada, tenho uma filha, porque queria qualidade de vida e estava muito dedicada à minha área profissional no Hospital (...)” (Catarina)

Apesar de muitas dificuldades de conciliação da vida profissional com duplo emprego e a vida familiar, quando o conseguiam fazer, as informantes-chave referem que se consegue, mas exige uma grande organização. Isabel acrescenta mesmo que para garantir as tarefas domésticas realizadas teve a necessidade de contratar uma empregada doméstica:

“(...) Abdiqei de muita coisa pessoal, que gostava de fazer [...] não havia tempo, mas consegui de certa maneira conciliar a vida familiar, principalmente a nível dos filhos, com o duplo. (...)” (Paula).

O duplo emprego é uma questão de organização [...] e nessa altura tive de me organizar (...) (Catarina).

“Difícil conciliar... tinha empregada em casa... não trouxe problemas para a minha vida de casa” (Isabel).

No entanto, Leonor e Paula afirmam que a difícil conciliação é possível, mas com o duplo emprego a funcionar em tempo parcial, na maioria das vezes:

“(...) Procuo que o meu duplo emprego não me ocupe a semana inteira. [...] Mas há alturas em que ocupa e torna-se muito complicado porque fica-se sem tempo [...] trabalhar num central é diferente se fosse em urgência [...], mas no central como é o meu caso e fazer o duplo emprego todos os dias é impossível tratar de assuntos pessoais como ir ao banco ou aos correios (...)” (Leonor).

“Um duplo emprego cada vez menos absorvente em termos de horário, mais flexível [...], menos idas [...] exactamente pela conciliação com a família, [...] podendo jogar entre a necessidade monetária e a necessidade da vida do dia-a-dia (...)” (Paula).

“(...) Fazia as manhãs na privada e as tardes no Instituto, depois impus como condição para continuar na instituição privada passar [...] a trabalhar a meio tempo [...], a fazer só 2 manhãs [...] porque precisava de tempo para mim e estava a ser extenuante, [...] a ser cansativo [...] estava a reflectir-se a nível pessoal e eu parei.” (Catarina).

Catarina descreve que acabou mesmo por abandonar a vida de duplo emprego pois era muito difícil gerir ambas as vidas, profissional e familiar. Já Paula admite que houve alturas concretas na sua vida em que foi impossível manter o duplo emprego e teve que abandoná-lo:

“Eu acabei por deixar a privada [...], não dava porque de facto ou fazia bem feito ou não fazia... era demasiado na altura. [...] O tempo faltava-me para tudo. (...)” (Catarina).

“Tive períodos que não tive duplo emprego, exactamente pela dificuldade que tinha em conciliar duplo emprego e família (...)” (Paula).

No entanto, Paula relata que apesar das dificuldades impostas pela manutenção do duplo emprego, com o emprego fixo e a vida familiar, ter um marido na mesma profissão, ou seja, TR, facilitou a gestão e a continuidade do duplo emprego pois existia uma tolerância e uma cumplicidade na satisfação das necessidades profissionais e pessoais. Fazendo um balanço da sua vida familiar, Paula sente que geriu bem, apesar das dificuldades, sente-se uma pessoa realizada a nível familiar:

“O duplo emprego foi muito difícil [...] faz-se com um grande esforço, muitas vezes esquecemo-nos de nós próprios [...] vivendo muito mais em função das necessidades da família e as minhas necessidades pessoais, muitas vezes postas em 2º ou 3º ou inexistente plano. [...] Tenho a vantagem de ter um marido que também é Técnico de Radiologia que [...] entende perfeitamente bem este tipo de horários, este tipo de vida e que não levanta objecções ou problemas ao tipo de vida que forçosamente a gente tem de ter. [...] E isso facilitou-me imenso, [...] pois havia uma cumplicidade das necessidades” (Paula).

“(...) Em termos da realização pessoal e familiar não creio que tenha gerido [...] muito mal. [...] Tenho filhos [...] e não os vejo a queixarem-se de eu ter pouco tempo para eles. O tempo não se mede em quantidade, em qualidade e [...] a parte familiar não vejo muito prejudicada (...)” (Paula).

Sendo a Radiologia uma profissão essencialmente feminina, mas onde o regime de duplo emprego não facilita as oportunidades profissionais das mulheres TR, existe outra questão que foi colocada em destaque pelos entrevistados: a gravidez na profissão de TR.

Segundo a Lei e os conhecimentos que hoje se tem acerca das Radiações Ionizantes e os seus efeitos biológicos, não é permitido às profissionais mulheres em período de gravidez manusearem equipamentos que emitam RX e no período de amamentação a sua prestação profissional também se encontra limitada essencialmente ao manuseamento de equipamentos de escopia pulsada de RX.

Segundo os testemunhos, esta situação não é favorável para a mulher, pois implica uma paragem evolutiva, em termos profissionais. A profissional grávida fica

confinada apenas à execução de tarefas que não impliquem o manuseamento próximo de RX. Pedro acrescenta ainda que, para fazer face a esta situação desfavorável da profissional mulher a Lei devia ser adaptada de forma que a mulher pudesse parar o seu exercício profissional durante este período sem perda de direitos na carreira profissional:

“Há mentalidades tacanhas. Se a mulher está grávida tem de ser afastada da radiação. [...] Se estiver dentro do Serviço onde há radiação por todo o lado, ela vai mas é para casa. Agora se dentro do Serviço de Radiologia algum ou outro posto de trabalho em que ela possa dar uma ajuda, na marcação, não sei, possa dar uma ajuda, desde que não esteja em contacto com a radiação e desde que seja da vontade da própria dar essa ajuda. De acordo com a lei, tem de ser afastada de tudo o que diga Radiologia não sei quantos metros. Mas também não é bem assim. Desde que o serviço, como deve ser, bem protegido, desde que ela esteja a fazer um trabalho não em contacto com radiação (...)” (Rui).

“Tanto homens como mulheres, podemos desempenhar todos da mesma forma, embora eu aceite que há algumas limitações que são as normais de uma mulher quando tem filhos, quando está grávida. [...] Na nossa profissão não se pode engravidar, porque ficamos fora de tudo o que é lei, fora de tudo o que é norma, fora de tudo o que é leis laborais. [...] Devia-se criar uma legislação muito própria para isso. [...] Inclusive de paragem absoluta sem perda de direitos.” (Pedro)

No entanto, Catarina sublinha que mesmo que a gravidez na profissão de Radiologia e posteriormente as responsabilidades familiares que daí advêm torna mais difícil para a mulher aproveitar as oportunidades de progressão na carreira:

“(...) As mulheres ficam com a gravidez [...], normalmente dedicam mais tempo à família, que acompanha mais as crianças, [...] em termos de oportunidade de carreira [...] é talvez mais difícil (...)” (Catarina).

Consequentemente, a gravidez e as responsabilidades que a sociedade actual ainda confina à mulher na esfera social familiar acabam por dificultar a progressão profissional desta, facilitando a evolução profissional dos profissionais homens.

Esta profissão, segundo Bernardo, devido às responsabilidades sociais das mulheres a profissão acaba por vezes por se tornar desgastante para as mesmas:

“(...) Embora sendo uma profissão maioritariamente feminina são concedidos aos homens eventualmente mais facilidades em termos de progressão na carreira. Que não tem que ver com competência! (...)” (Catarina).

“É realmente desgastante para uma pessoa (mulher) que depois vêem os filhos e por aí fora, é capaz de ser uma profissão desgastante (...)” (Bernardo)

Analisando o panorama geral dos dados recolhidos nesta dimensão, podemos afirmar que a profissão de TR é maioritariamente composta por mulheres.

Este fenómeno social é justificado, segundo o estado de arte, pela situação de que as profissões das Tecnologias, tal como a Enfermagem, são profissões que prestam uma função essencialmente de assistência e suporte à profissão de Medicina, que hierarquicamente se encontra superior. Neste sentido, pelo prestígio social e pela importância das suas funções, a Medicina é responsável pela execução do acto médico cuja finalidade é o diagnóstico e a terapêutica dos pacientes, mas sem a prestação dos cuidados de saúde da enfermagem e das profissões de tecnologias da saúde não o podem executar eficientemente. Assim sendo, e no âmbito da Radiologia, o médico recorre aos exames executados pelos TR para efectuarem os diagnósticos dos pacientes e procederem às tomadas de decisão quanto à terapêutica possível.

As profissões com mais prestígio, como a Medicina, possuem uma maior percentagem de homens, enquanto que as outras profissões no âmbito da saúde possuem uma forte componente técnica e assistencial, são menos reconhecidas aos olhos da sociedade, possuem maioritariamente profissionais mulheres.

Na Radiologia apesar da maioria dos profissionais ser do sexo feminino, tanto os homens como as mulheres, segundo os entrevistados, podem ser bons profissionais na área. No entanto, os mesmos descrevem o barramento social ao acesso a determinadas valências da profissão. A Mamografia ilustra muito bem este exemplo pois é catalogada como uma valência claramente feminina, pelas características da população abrangida, uma população (maioritariamente) feminina e pelo tipo de técnicas e procedimentos radiológicos efectuados durante o exame por parte do profissional. Perante este cenário social, os informantes-chave referem que esta atitude profissional não tem razão de ser, pois compete ao TR, homem ou mulher, ser competente e profissional em qualquer que seja a valência em que está a prestar os seus serviços de saúde.

Apesar da profissão ser maioritariamente feminina, são os profissionais homens que possuem mais oportunidades de evolução e progressão na carreira profissional. Em primeiro lugar, na situação em que o profissional opta por trabalhar na sua vida profissional em regime de duplo emprego existem inúmeras dificuldades de conciliação da vida familiar com a vida profissional. No entanto, os entrevistados homens afirmam que sentiram muitas dificuldades de conciliação, chegando a estar grandes períodos de tempo ausentes da família, e apesar de ser uma vida com pouca qualidade, nunca abdicaram da mesma. Já as mulheres entrevistadas, também optaram pelo duplo emprego, mas as dificuldades de conciliação são descritas em torno das responsabilidades familiares que acarretam. Assim, algumas referem que optaram por um duplo emprego que não lhes absorvesse o todo o tempo, de modo a puderem conciliar sem grandes problemas a vida pessoal e profissional; outras afirmam que tiveram que contratar uma empregada para fazer face às necessidades domésticas da família; ainda relataram que houve momentos nas suas vidas em que tiveram que abandonar o duplo emprego em nome das necessidades familiares, sobretudo dos filhos.

Neste contexto, as entrevistadas mulheres ao contrário dos homens ponderam as suas decisões e ambições profissionais face à sua situação familiar, monetária, emocional e projectos pessoais. Os homens optam pelo duplo emprego mas não abdicam em nome de uma melhor qualidade de vida pessoal ou em resposta a necessidades familiares. Repensam e modelam as suas vidas profissionais, mas não abdicam.

Para além das responsabilidades familiares inculcadas às mulheres, o período de gravidez e amamentação são períodos frágeis na vida profissional da profissional TR, pois devido aos efeitos biológicos da RX, a mulher fica impossibilitada de manusear equipamentos de emissão de RX. Isto leva a uma paragem ou atraso na progressão na carreira profissional.

Nesta linha de pensamento, as mulheres nesta profissão acabam na maioria por não poder usufruir das mesmas oportunidades profissionais que os colegas do sexo masculino, pois na sociedade actual ainda têm a seu cargo muitas responsabilidades familiares que lhes absorve muito tempo, não podendo dedicar-se mais à progressão profissional, ao duplo emprego. O factor gravidez e período de amamentação também

exigem por parte destas disponibilidade para a família e afastamento da maioria das valências da profissão, sobretudo das que utilizam RX.

Assim sendo torna-se pertinente salientar que na profissão de TR ainda predomina o modelo patriarcal, em que é facilitado aos homens a ascensão na carreira, podendo descurar das responsabilidades e necessidades (afectivas) familiares, uma vez que estas são asseguradas pelas suas mulheres. Já às mulheres nesta profissão, devido ao modelo social dominante terão na maioria das vezes que optar entre a vida pessoal e a vida familiar pois é extremamente difícil conciliar as duas ao mesmo tempo. Como a profissão é maioritariamente feminina seria pertinente perante este cenário social criar-se novos modelos de gestão, os processos de trabalho e a Lei de modo a igualar o mais que possível, as oportunidades profissionais e garantir uma evolução da profissional saudável, justa e com equidade social.

4.6. Modos de Vida e Construção Identitária do Técnico de Radiologia

A identidade do indivíduo é algo que se constrói através de um processo de construção de si mesmo através de socializações sucessivas. Consequentemente, a identidade é um processo contínuo onde o indivíduo, inserido num grupo social experimenta diversas situações no dia-a-dia, tentando superá-las e resolvê-las confrontando a sua representação de si mesmo.

Neste contexto, o indivíduo quando ingressa numa profissão assimila uma cultura característica, composta por *habitus* de trabalho, crenças, valores, vícios, etc. Quando o faz, ele define para si mesmo um conceito da profissão através do agrupamento de representações sociais do meio e vai actuar através de processos de identificação e *identização*.

Assim, é importante nesta categoria analisarmos dois pólos muito importantes na caracterização de uma profissão: a identidade profissional – do indivíduo em particular e da profissão em si; o perfil profissional – o que o profissional é efectivamente ou deverá ser na área da Radiologia.

A categoria Identidade e Perfil profissional resultaram da reconstrução de oito subcategorias, sete das quais relativas à identidade profissional e uma relativa ao perfil profissional.

Ao visualizarmos a tabela da categoria em questão abaixo descrita, durante as entrevistas, os informantes-chave salientaram mais os aspectos referentes às diversas “valências” que compõem a profissão e as características do “profissional”. Os aspectos menos evidenciados pelos entrevistados foram a “remuneração” dos profissionais e o “duplo emprego” na profissão.

Quadro 7 – Identidade e Perfil Profissional

Categoria	Subcategoria	F (E)	(%)
Identidade e Perfil Profissional	Associação Profissional	92	14,4
	Duplo Emprego	41	6,4
	Profissão	93	14,6
	Profissional	106	16,6
	Reconhecimento Social	78	12,2
	Remuneração	36	5,6
	Valências na Profissão	132	20,7
	Vertentes da Profissão	60	9,4
Total		638	100,0

Analisando com maior pormenor as subcategorias identificadas na categoria da Identidade e Perfil Profissional, existe uma clara definição da profissão e do profissional em si, por parte dos entrevistados com base nas representações sociais que cada um detém.

Ao se encontrarem inseridos numa comunidade de profissionais TR, os profissionais interiorizam a cultura da mesma, na medida que procuram tornar-se *iguais* aos seus semelhantes. Neste processo de identificação, o indivíduo assimila representações sociais da profissão com base nos conhecimentos adquiridos no quotidiano, através da comunicação e das interações sociais entre os indivíduos, grupos e instituições. Neste sentido, as representações sociais permitem que o indivíduo estabeleça um mapa conceptual da realidade da profissão, oriente os seus comportamentos e atitudes profissionais, molde a comunicação e a diferenciação social.

Assim sendo, os nossos informantes-chave caracterizam a profissão de TR como uma profissão útil para a sociedade, com um fim de diagnóstico e terapêutica e com uma forte componente tecnológica:

“ [...] A nossa profissão é algo muito bom em termos de utilidade para a sociedade. [...]” (Pedro).

“(...) A nossa profissão (TR) é [...] um meio para que os outros consigam atingir os seus fins, para os médicos por exemplo, [...] os fins de diagnóstico e terapêutica. (...)” (Miguel).

“(...) (O TR) é um elemento de uma equipa que esta inserida numa instituição [...] um elemento que contribui [...] para a saúde e para o bem-estar geral da população.” (Miguel).

“Ser Técnico de Radiologia é [...] uma missão virada às tecnologias e para o doente (...)”. (António).

A profissão TR é uma profissão na área das Tecnologias da Saúde que envolve diversas áreas e facetas, entre elas, a área das Ciências Radiológicas, da Biologia, Química, Física, Matemática. E, neste contexto, segundo os nossos informantes-chave, o profissional com os conhecimentos nestas áreas deve prestar os cuidados de saúde da melhor maneira possível:

“Ser Técnico de Radiologia envolve várias facetas, a faceta de um conhecimento de uma ciência, das Ciências Radiológicas [...] com disciplinas de físicas e [...] matemáticas, juntamente com o lado das anatomias, das biológicas. [...] É o Conjunto das áreas todas numa única, em termos dos conhecimentos, numa única área de conhecimento. (...)” (Paula).

“Escolhi a Radiologia porque dentro de todas elas [...] tem Física, Química [...] e uma série de disciplinas que as outras não têm, que me animaram [...] (Rui).

“(...) São os Técnicos de Radiologia, que hoje, mais sabem do efeito das radiações, da interacção das radiações com a matéria e, só tendo esse conhecimento se podem defender a eles próprios, defender os doentes e defender os outros profissionais que trabalham integrados na equipa e que não têm conhecimento para isto. (...)” (Filipe).

A realidade descrita por Filipe nem sempre foi assim. No passado, os TR executavam os seus exames sem terem qualquer conhecimento sobre os efeitos nefastos das radiações. Fruto desse desconhecimento, os profissionais, com o passar do tempo, acabavam por sofrer doenças profissionais derivadas da intensa exposição à radiação e à falta de conhecimento acerca de barreiras de protecção.

Hoje em dia, com a evolução da investigação, os profissionais saem para o mercado de trabalho com conhecimentos sobre as radiações e mecanismos de protecção, evitando e prevenindo as doenças profissionais associadas a esta profissão, como dermatites, queimaduras, leucemias, carcinomas etc., aumentando a qualidade de vida no trabalho dos profissionais:

“(...) (antigamente) o Serviço de Radiologia do Hospital [...] tinha lá alguns Técnicos cheios de mazelas [...] devido à radiação (...)” (Rui).

“(...) Os nossos colegas que iniciaram esta profissão, [...] muitos sofreram as consequências das radiações que todos nós conhecemos (...)” (Filipe).

Os entrevistados realçaram nas entrevistas que, na prestação dos cuidados de saúde, a área da Radiologia possui uma forte componente tecnológica e, para que seja manipulada eficientemente, o TR deve aplicar todos os seus conhecimentos e técnicas de forma a que se consiga atingir o objectivo principal, um bom diagnóstico e terapêutica. Neste sentido, este profissional é evidenciado como um componente importante na equipa de saúde, pois uma execução do seu papel facilitará a actuação de outros profissionais, como por exemplo a classe médica:

“(...) (Técnico de Radiologia) Ser um profissional de saúde, numa área extremamente especializada com uma componente tecnológica cada vez mais avançada (...)” (Catarina).

“Ser Técnico de Radiologia... é muito importante! [...] porque somos nós que executamos todas as técnicas. O médico não consegue fazer o diagnóstico [...] sem o nosso saber” (Isabel).

“(...) Ser Técnico de Radiologia é ser um Técnico de Saúde que põe todas as suas competências e o seu humanismo ao serviço de um utente, de um bem maior, que é a Saúde.” (Catarina).

“(...) O Técnico de Radiologia [...] deve ser um indivíduo que contribui com todo o seu saber para uma prestação de cuidados de saúde [...] com elevado nível de exigência, conviver com a tecnologia existente [...] e estando isso facilitado, a outra dimensão [...] tem de estar disponível é a do bem-estar, [...] do atendimento (...)” (Filipe).

“(...) O Técnico de Radiologia tem hoje [...] um papel cada vez mais importante [...] no que diz respeito à tecnologia [...] é com isso que ele trabalha, sem [...] perder de vista aquilo que é científico (...)” (Filipe).

Sendo a profissão de TR uma profissão da área das Tecnologias da saúde, com uma forte componente tecnológica, cobrindo uma variedade de valências relativas aos tipos de exames que este profissional pode executar, os entrevistados apontam que este deve ser um profissional que antes de mais, goste da profissão que escolheu exercer, seja tolerante, humana, responsável e deve desempenhar com eficiência todos os exames em que se encontra apto para executar no seio da equipa de saúde:

“(...) O profissional, primeiro deve ser uma pessoa competente [...], é fundamental que goste da profissão [...] e que seja tolerante [...] para os doentes” (Bernardo).

“(...) A parte tecnológica, hoje é da inteira responsabilidade do Técnico de Radiologia. [...] Ele domina essa tecnologia. (...)” (Filipe).

“O técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade.” (Pedro).

“(...) É um trabalho [...] com muita responsabilidade (...)” (Leonor).

“A nossa função está [...] nos exames que nós desempenhamos [...], conseguir imagens para fazer diagnóstico [...] mas nós não podemos contribuir efectivamente para [...] estabelecer um diagnóstico [...], devendo a nossa colaboração ser tida em conta pelos outros membros da equipa (...)” (Miguel).

Devido à sua forte componente tecnológica, a Radiologia possui um rol de valências que cobrem diversos tipos de exames de diagnóstico e terapêutica. As várias valências que compõem esta profissão são evidenciadas ao longo de todas as histórias de vida relatadas pelos informantes-chave nas diversas categorias. As valências que caracterizam a profissão e foram evidenciadas na recolha de dados: a Radiologia Convencional, a Tomografia Computorizada, a Ressonância Magnética, a Osteodensitometria, a Mamografia, a Angiografia e o Bloco Operatório. No entanto, Catarina refere no seu testemunho que apesar da grande variedade de valências que a nossa profissão oferece, existe uma tendência para a fomentação de uma cultura elitista em torno de algumas delas, onde apenas alguns profissionais podiam executar determinadas técnicas:

“(...) Ir para TC, que na altura era um sítio [...] elitista, mas que só duas ou três pessoas é que trabalhavam (...)” (Catarina).

Mas esta tendência tenderá a diminuir, pois os profissionais hoje em dia, segundo Filipe, saem para o mercado de trabalho com uma formação e um saber que lhes pode abrir as portas para o exercício de um leque variado de valências, evitando que este fenómeno social se torne mais preponderante:

“(...) Ele (O Técnico de Radiologia) [...] na sua formação, teve aprendizagens nas várias áreas do saber [...] que lhe permite entender o contexto em que actua dentro de uma equipa [...] mas como na área da Radiologia é a tecnologia que funciona, ele domina essa tecnologia. (...)” (Filipe).

Na sequência da entrevista outros aspectos foram analisados e criticados pelos entrevistados ao longo dos seus testemunhos. A profissão é descrita por possuir uma cultura do *duplo emprego*, ou seja, a maioria dos profissionais para além do seu emprego fixo numa determinada instituição possuem outro(s) emprego(s), ao mesmo tempo noutras organizações (privadas ou públicas), por diversos motivos.

A origem deste fenómeno social na profissão de Radiologia deve-se, em grande parte até ao momento presente, à escassez de profissionais qualificados no nosso país. Esta escassez não permitia garantir o funcionamento eficiente dos Serviços de Imagiologia de inúmeros hospitais e instituições privadas. Assim, através de regimes de negociação aliantes e enriquecedores entre as instituições e estes profissionais, tornou-se possível que os TR pudessem conjugar a sua vida laboral do seu emprego fixo com o *segundo* emprego, numa instituição diferente.

Uma das razões mais apontadas para a recorrência ao *segundo* emprego é o factor monetário. Os TR são profissionais, segundo os entrevistados, mal pagos, sendo necessário a recorrência ao *duplo emprego* como forma de solução encontrada para fazer face às despesas e encargos do quotidiano:

“O duplo emprego não foi uma satisfação profissional, mas uma necessidade [...] monetária [...] por os Técnicos de Radiologia não ganharem o suficiente no seu principal emprego (...)” (Paula).

“(...) A vantagem (do duplo emprego) é nítida! É o dinheiro. (...)” (Leonor).

“(...) O duplo emprego é muito [...] particular porque uma pessoa na vida [...] tem que fazer opções. Uma pessoa faz a opção se quer casar, uma pessoa faz uma opção, no caso das mulheres se quer ter filhos, uma pessoa faz uma opção se quer comprar casa, [...] é tudo uma questão de opção na vida. [...] Se as pessoas porventura optam pelo duplo emprego, quero acreditar [...] que têm dificuldades financeiras [...] porque o nosso pagamento não é milionário (...)” (António).

“(...) Se uma pessoa se casa e nem sempre a esposa ou o esposo, no caso de ser Técnico ou Técnica, muitas vezes o outro lado às vezes não tem um rendimento económico que a gente gostava que ele tivesse. E alguém vai ter que pagar isso se quisermos atingir objectivos na vida. (...)” (António).

Mas o factor monetário não é a única causa mencionada. Outros motivos são evidenciados para a fomentação deste fenómeno. Os entrevistados referem que o *duplo* emprego dá a oportunidade de se estabelecer um intercâmbio profissional, isto é, permite o conhecimento de outras realidades no sector laboral da Radiologia e de outros colegas de profissão. No mundo da Radiologia existem inúmeros serviços no país, cada um com as suas especialidades, com o seu *modus vivendi* próprio, com profissionais da área diferentes. O duplo emprego será aqui uma vantagem na medida que o TR terá contacto com realidades profissionais diferentes, estabelecerá relações interprofissionais a diversos níveis e enriquecerá o seu processo de *identização* – ganhará autonomia, por exemplo, aprendendo e ganhando experiência profissional noutras valências que não existam no local de trabalho fixo – e contribuirá para a construção da identidade profissional do mesmo, pois terá uma experiência profissional com horizontes mais alargados formulando um conceito da profissão menos minimalista e reducionista.

A aprendizagem contínua de outras valências, inexistentes no emprego fixo contribui amplamente para a evolução profissional do TR. Devido á forte componente tecnológica, faz com que este profissional sinta necessidade de se actualizar, essencialmente para dar resposta a questões do foro da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da produtividade do próprio serviço. Como esta evolução é permanente, o profissional deverá cultivar a sua formação contínua a fim de adquirir novas competências para prestar melhores serviços de saúde. A formação contínua que o profissional efectua nos diversos locais de trabalho permitirão atingir esses objectivos, mas também contribuirão para a reconstrução da identidade do profissional e da própria profissão:

“A vantagem do duplo emprego é o intercâmbio do pessoal e ter conhecimento do que se passa nas outras instituições.” (Pedro).

“(…) É evidentemente que com o duplo emprego, uma pessoa não ganha muito. [...] Eu ganhei porque [...] fui pioneiro de muita coisa [...] por exemplo, da Xerorradiografia, das Pielografias pilotadas, das Nefrotomografias [...] e tive possibilidades na Radiologia privada.” (Bernardo).

“Duplo emprego [...] aquilo que eu sou devo a tudo isso [...] se não tivesse feito sentia-me mal” (Isabel).

“A vantagem do segundo emprego [...] envolvia uma forte componente de formação, com nomes de referência [...], com um tipo de exames variados com patologia completamente diferente do que tinha aqui na Instituição. (...)” (Catarina).

No entanto, António no seu relato refere que não é só pelo ganho monetário e profissional que muitos dos TR adoptam uma vida profissional em regime de *duplo emprego*. Muitos ao optarem por este estilo de vida durante muito tempo, não é pelo ganho em termos de evolução profissional ou por uma necessidade monetária que continuam, mas sim porque acabam por se habituarem a um nível de vida social que lhes é difícil prescindir:

“(...) Quando uma pessoa faz a opção [...] do duplo emprego [...] há os que se viciam em ganhar dinheiro também há outros que não tem nada a ver com isso, que conseguem cumprir os objectivos, mas e depois habituaram-se a nível de vida que não querem prescindir. (...)” (António).

Para os profissionais que adoptam este estilo de vida profissional, não encontram apenas vantagens. Alguns dos indivíduos entrevistados apontam que para além dos benefícios monetários e profissionais que a cultura do *duplo emprego* possa trazer, existe um rol de desvantagens em paralelo.

Assegurar mais do que um emprego, no âmbito da Radiologia, segundo os relatos, traz para os profissionais uma má qualidade de vida, ou seja, uma vida desgastante, repleta de uma correria constante de um lado para o outro, levando muitas vezes os profissionais a baixarem a qualidade da sua prestação de cuidados de saúde:

“Nenhuma vantagem no duplo emprego. [...] é um bocado ilusão. A pessoa trabalha, pensa que ganha muito dinheiro, e ganha-se muito dinheiro! Mas é uma vida não boa. [...] não faz ninguém feliz, de certeza absoluta.” (Pedro).

“(...) A acumulação do público com o privado [...] é estar a trabalhar num lado e noutro, [...] é uma pessoa chegar a casa mais cansado (...)” (António).

“(...) Porque [...] a gente trabalhar no duplo emprego anda sempre à pressa, [...] nunca se pode dedicar porque uma pessoa tem de ir aqui ou porque deixou o doente pendente ou porque àquela hora de nos irmos embora (...)” (Bernardo).

“(...) A desvantagem (do duplo emprego) é que [...] andamos sempre a correr de um lado para o outro e acabamos por vezes pecar um bocadinho aqui, um bocadinho ali devido à pressa e à correria com que estamos, mas acabamos por trabalhar em duas situações (...)” (Leonor).

“O duplo emprego [...] é uma situação que faz com que nós nos apliquemos pouco numa forma geral [...] devíamos dar o máximo em todos os sítios, mas como temos de cumprir horários e devido a outras razões [...] não acontece (...)” (Miguel).

“(...) Uma pessoa trabalhar neste regime [...] de estar a trabalhar em 2 lados [...]. [...] Os Técnicos são um pouco disponíveis para realizarem formação. (...)” (António).

Nestas últimas citações podemos observar que a vida profissional no modo de *duplo emprego* evita que os TR se dediquem totalmente ao que se propõem fazer e executar, disponibilizando pouco tempo para a sua formação e crescimento profissional, tal como sublinham Miguel, Leonor e António.

Apesar da cobertura evidenciada do mercado de trabalho por estes profissionais, os entrevistados nos seus relatos abordam repetidamente a questão da visibilidade social da profissão no contexto da prestação de cuidados de saúde. Por outras palavras, apesar da profissão TR ser considerada como um instrumento crucial e importante para o diagnóstico e terapêutica dos pacientes, ela continua a ser uma realidade que poucos conhecem e reconhecem como tal, tanto em contexto hospitalar como na sociedade:

“(...) Hoje em dia os médicos apoiam-se em quase tudo nos nossos exames [...], em termos da população [...] nem sequer estamos caracterizados.” (Miguel).

Mesmo que os profissionais caracterizem perfeitamente a profissão e tenham inerente a sua identidade profissional, aos olhos da sociedade a profissão TR tende a continuar pouco visível. Inclusivamente, alguns dos entrevistados confessaram que quando se candidataram para o curso não tinham qualquer noção concreta do que era a profissão TR:

“(...) Nem sabia o que era a profissão [...] já tinha tido um contacto com a profissão enquanto utente, mas não conhecia o lado profissional, [...] não houve conhecimento da minha parte, não sabia que profissão era aquela (...)” (Catarina).

“Tive conhecimento da profissão por acaso. Desconhecia totalmente e entre duas opções possíveis, tive que escolher. Ou era Farmácia ou Radiologia e não tinha outras opções.” (Pedro).

Em termos de contexto hospitalar, Isabel sublinha um pormenor muito pertinente para esta questão. Os profissionais permanecem camuflados socialmente aos olhos dos utentes, sendo chamados e tratados de tudo menos pela categoria profissional a que pertencem, ou seja, os TR quando são abordados nos seus locais de trabalho, são doutores, enfermeiros ou até mesmo por senhor(a) ou menino(a), demonstrando assim, um acentuado desconhecimento desta profissão, não só por parte dos utentes, como também por parte dos outros profissionais de saúde da instituição:

“Somos as meninas, somos os meninos, somos ela, eles, as enfermeiras, os doutores, nós somos tudo” (Isabel).

No entanto, no passado, os primeiros profissionais qualificados no mercado de trabalho, na década de 60, insurgiram em nome de uma profissão reconhecida, cujo conteúdo é essencial para o processo de prestação de cuidados de saúde. A Radiologia era de tal forma importante na saúde, Rui considera mesmo que, em diversas circunstâncias e exames, o Médico e o Técnico são insubstituíveis na prestação de cuidados de saúde:

“(...) Chamei a atenção a toda a gente que a nossa profissão tinha uma palavra a dizer, [...] era calada mas não era uma profissão qualquer. Não era

substituível como as outras. Não éramos os melhores do mundo [...]. Mas há certas situações, [...] em que o Médico e o Técnico são insubstituíveis. Num grupo de uma geração, que eu chamo a geração de 60, a pouco e pouco fomos injectando em doses maciças prestígio. Não fui só eu, foram todos, prestígio que evoluiu muito. Foi uma revolução.” (Rui).

Esta busca de prestígio profissional não ocorreu só pelo desconhecimento que as pessoas possuíam acerca da realidade da profissão, mas também porque existia no seio das instituições de saúde algumas atitudes profissionais incorrectas por parte de outros profissionais de saúde, nomeadamente da classe médica, devido à cultura (ainda) vigente do poderio médico, tal como conta António:

“(...) Era humilhante ver o modo como os Técnicos de Radiologia se relacionavam com os Ortopedistas! [...] Só faltava baterem com a cabeça no chão! Uma pessoa deve ser educada, mas a humilhação perante outras classes profissionais é uma coisa que eu nunca suportei durante a minha vida (...)” (António).

“(...) Na altura quando eu comecei, o Técnico de Radiologia era ignorado em todas as coisas. (...)” (Bernardo).

O que isto significa é que a profissão de TR antigamente era conotada e classificada de uma profissão que dava “apenas” assistência à Medicina, nada mais.

Na década de 60 esta luta teve algumas vitórias, onde Rui relata que aos olhos das instituições hospitalares, o prestígio da profissão manifestou-se, por exemplo, através da concepção do Quadro dos HCL.

No entanto esta vitória foi de curta duração porque começaram a surgir movimentos organizados, no seio de algumas profissões como a Enfermagem, como a formação de Associações e até mesmo a constituição de uma Ordem, ocorrendo consequentemente consideráveis mudanças menos favoráveis para a área das Tecnologias da Saúde que acabaram por ficar para trás neste processo:

“O quadro do pessoal técnico dos Hospitais Civis de Lisboa era assim: Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e depois é que era os Enfermeiros, e depois os Empregados Auxiliares. Isto depois deu uma reviravolta... [...] eles organizaram-se (os Enfermeiros) (...)” (Rui).

Apesar da reviravolta, a maioria dos entrevistados considera que a visibilidade social da profissão está melhor presentemente. Actualmente este profissional começa a ser reconhecido pelos órgãos administrativos e pelas restantes categorias profissionais da área da saúde, a sua presença e função fulcrais no hospital, como também por alguns membros do Estado, como refere Bernardo na sua entrevista:

"(...) (a profissão) está francamente melhor em termos de visibilidade social (...)" (Filipe).

"(...) O Técnico de Radiologia começa agora a ser falado [...], pelos médicos, quer pelas pessoas [...] (pois) muitas vezes nós ou somos médicos ou somos enfermeiros, não somos Técnicos de Radiologia. (...)" (Bernardo)

"(...) Quando [...] alguém precisa de abrir um hospital, é médicos e enfermeiros, o resto todas as outras profissões são postas de parte. Penso que isso agora já não é assim." (Bernardo)

"(...) Ir junto da administração [...] (o Técnico) consegue transmitir a ideia que [...] pode-se apostar numa coisa melhor porque não estamos só a trabalhar, podemos trabalhar de outra maneira e as coisas evoluem. (...)"

"(...) Inclusivamente ouvi uma vez a Ministra Manuela Arcanjo sair do Hospital de Cascais e disse: O que me preocupa agora são os Técnicos de Radiologia! Pela primeira vez ouvi dizer isso, sobretudo a um governante e lembro-me de ouvir isso." (Bernardo)

Apesar da melhoria da visibilidade social da profissão ao longo destes 20 anos, para os informantes-chave ainda não é o suficiente. Segundo alguns, continua a ser necessário demarcar a profissão pelo seu saber, pela dependência médica para fins de diagnóstico e terapêutica:

"É preciso que os outros também vejam em nós aquilo que nós sabemos" (Isabel).

"(...) (Os médicos) não fazem nada sem nós. Eles não prescindem de nós de maneira nenhuma." (Rui)

Inclusivamente, Catarina ressalta que é necessário que se cultive a consciência de maturidade da classe profissional, pois sem isso não se consegue uma afirmação e reconhecimento da profissão na sociedade e em contexto laboral:

“Falta-nos maturidade profissional. Falta-nos consciência de classe profissional e espero que o futuro da profissão seja que as pessoas ganhem essa maturidade (...)”. (Catarina).

Uma entidade cujo contributo para a identidade profissional dos TR é a ATARP. Este é o único órgão, para além dos sindicatos existentes, o único órgão associativo representativo desta classe profissional em Portugal.

Quando questionados acerca do papel da Associação para o desenvolvimento da profissão em Portugal surgem inúmeras respostas, algumas contraditórias.

Para alguns a ATARP foi algo muito necessário e a sua formação foi um passo de gigante tanto para a profissão como para a altura em que ela surgiu, no regime da ditadura. Rui revela que a associação foi fundada com base em princípios muito progressistas para a época e descreve ainda que esta foi como um grito de afirmação da profissão, em que muitos Médicos Radiologistas nunca acreditaram que um dia isto fosse acontecer. Aqui podemos observar o forte poder da classe médica sobre a classe dos TR na década de 60 e 70:

“Quem fundou a ATARP teve um papel preponderante numa altura em que era proibido o associativismo em Portugal, eles fizeram as primeiras reuniões com a PIDE dentro das salas. [...] Fundaram uma associação com estatutos altamente progressivos para a época.” (Pedro).

“(No tempo da formação da) nossa Associação, nos consultórios e clínicas onde trabalhavam os Médicos de Radiologia, onde quase todos eram meus amigos, mas não posso deixar de não dizer isso, porque acabaram por me dar razão mas têm sido um travão, fizeram apostas, na altura tivemos conhecimento disso, que a nossa Associação não ia ser uma realidade. [...] Eles não tinham nenhum interesse que a gente fosse para a frente. Viram o perigo. A Associação foi um grito, como é que hei-de dizer, de alarme. Um grito [...]: ‘Estamos aqui, a gente não é aquilo que vocês pensam’. (...)” (Rui).

A ATARP foi a primeira associação fundada no âmbito das Tecnologias da Saúde, tendo como base essencial a promoção de cursos, efectuar publicações periódicas de foro cultural e informativo, patrocinar o intercâmbio entre os profissionais portugueses e estrangeiros, documentar informação e ainda elaborar estudos dentro da área da Radiologia.

Para além disso, esta associação foi concebida para funcionar como um órgão informativo ou consultivo, disponível para qualquer solicitação por parte de outras instituições e entidades competentes, com a finalidade suprema de se pronunciar sobre assuntos profissionais:

“A nossa Associação foi a primeira a aparecer, depois é que apareceram as Análises Clínicas e os outros a fazerem associações porque viram que nós estávamos a ter uma projecção muito grande.” (Rui).

“(…) (Um dos artigos da ATARP referia), o artigo dois: “competia à Associação promover cursos documentados e com referências culturais; criar e manter publicações periódicas de carácter informativo e cultural; fomentar o intercâmbio cultural e o convívio social entre técnicos portugueses e os de países com quem Portugal mantenha relações culturais; promover a criação de uma biblioteca; estudar as melhores condições de protecção contra as radiações ionizantes no trabalho dos seus associados”. (…)” (Rui).

“(A ATARP segundo os estatutos devia) agir como órgão informativo ou consultivo, sempre que solicitada pela entidades competentes, a pronunciar sobre assuntos profissionais.” (Rui).

No entanto é a partir daqui que a opinião dos entrevistados entra em discórdia. Alguns deles consideram que a associação é extremamente importante, sobretudo na interligação entre os profissionais, na promoção da progressão do ensino e na evolução da profissão:

“(…) A Associação de um grupo profissional não é um grupo uma coisa que faça falta, é uma coisa indispensável! (Paula).

“A ATARP é essencial para a profissão, esteja ela mais ou menos dinamizada, mais ou menos visível. Sem a ATARP a profissão não seria o que é hoje. Não tínhamos ligações internacionais, não tínhamos progredido para a formação de licenciatura, não tínhamos sido integrados no Ensino Superior de certeza absoluta e nem tínhamos tido contacto com as técnicas de Ecografia e muitas outras. [...] Não tínhamos tido a legislação que temos (…)” (Pedro).

Mas, por outro lado, a maioria dos indivíduos entrevistados possui uma percepção menos positiva. Para eles, a ATARP apenas promove alguns cursos e congressos, investindo pouco na evolução da profissão, na sua afirmação e visibilidade social. Como se observa nos testemunhos de Leonor e Isabel:

“(...) A ATARP [...] vai dando alguns cursos, [...] e sempre é mais uma mais valia de aprendizagem, mas quanto à carreira em si eu acho que eles falam e muitas vezes não fazem nada (...)” (Leonor).

“A ATARP como associação não consegue dar a conhecer a nossa profissão, ao público, aos utentes” (Isabel).

No mesmo grupo, os entrevistados classificam o trabalho da Associação de invisível. A sua visibilidade social é baixa, surge muito pouco nos media, o que conduz consequentemente, segundo os testemunhos, à divulgação deficiente da profissão na sociedade. Por outras palavras, a divulgação ineficaz da profissão faz com que a Radiologia e outras profissões das Tecnologias da Saúde sejam absorvidas nas categorias profissionais mais preponderantes no presente, os Médicos e Enfermeiros, nos contextos de organização e funcionamento hospitalar (por exemplo).

“O trabalho da ATARP é muitas vezes invisível.” (Pedro).

“(...) Muita gente não sabe que a Associação existe. Até mesmo dentro dos próprios hospitais, dentro dos outros estratos profissionais, [...] não aparece na televisão, quando se fala de saúde, que os nossos governantes, quando falam em hospitais, só falam em Médicos e Enfermeiros. ‘Para abrir um hospital é preciso não sei quê, Médicos e Enfermeiros’ – não [...], é preciso Médicos e Enfermeiros e é preciso Técnicos de Radiologia, de Fisioterapia, de Análises Clínicas, etc. Porque sem os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, principalmente os de Radiologia, não há hospital para ninguém.” (Rui).

As intervenções sociais da associação são vistas e classificadas como pequenas e pouco eficazes para com os problemas da profissão. Sendo os eventos escassos e a intervenção pouco eficaz alguns dos associados chegam mesmo a dizer que actualmente não se encontram muito identificados com o movimento associativista, chegando a não participarem das suas reuniões:

“(...) A ATARP [...] (faz) umas entrevistazinhas que aparecem na televisão não resolvem nada (...)” (Bernardo).

“(...) Também não participo activamente na vida da ATARP e das reuniões deles (...)” (Leonor).

"(...) A associação como uma entidade que organiza eventos, iniciativas e pouco activa [...] na forma como poderia mobilizar os associados [...] uma entidade no qual eu não me revejo completamente. (...)" (Catarina).

Apesar da actuação da associação ser classificada como invisível, Pedro ressalva defendendo que a ATARP encontra-se a trabalhar num projecto muito ambicioso e esperado por todos os profissionais de Radiologia, a criação de uma Ordem para as Tecnologias da Saúde:

"Neste momento a ATARP não se vê. Só aparece para nos pedir cotas, mas têm um trabalho invisível muito grande [...] que é a Ordem." (Pedro).

Por outro lado, António refere ainda que o bom funcionamento da associação passa essencialmente pela disponibilidade dos membros dirigentes para executar os objectivos propostos e responder às expectativas dos associados para a profissão. Mas isto nem sempre acontece porque os profissionais que gerem a Associação podem colocar à frente do interesse associativo os seus interesses pessoais através da utilização desta. Isto só virá a dificultar a actuação da ATARP no mundo profissional.

Pedro conta-nos um exemplo deste fenómeno. Em 1983, quando os primeiros alunos de Radiologia da ETSS de Lisboa saíram para o mercado de trabalho, a associação encontrava-se sob a tutela da D. Alice Corte Real e a funcionar na casa da própria desde 1974. Nessa altura a associação funcionava exclusivamente para angariação de fundos provenientes das cotas dos associados. Perante este cenário da representação da profissão em Portugal pouco correcto, os alunos reclamaram eleições para a Associação a fim de acabar com esta situação e a dar oportunidade a outros profissionais que quisessem investir os seus esforços em nome do desenvolvimento da Radiologia:

"A ATARP [...] passa pela disponibilidade da luta, a disponibilidade de um grupo de pessoas interessadas com os mesmos objectivos [...] mas nem todos a... mostravam [...] o interesse geral, também pecavam por interesses particulares! (...)" (António).

"Quando acabámos o curso, em 1983, [...] decidimos conquistar a ATARP." (Pedro).

Para além da riqueza em valências, a Radiologia actualmente é uma profissão que marca presença em diversas vertentes. Além das áreas de diagnóstico e terapêutica, a Radiologia actualmente encontra-se visivelmente virada para outras dimensões como o ensino, a investigação, a evolução tecnológica e informática, a gestão e a comercialização.

Actualmente a profissão de TR é uma profissão que não se encontra apenas confinada ao processo de execução de exames radiológicos de diagnóstico e terapêutica. No Ensino, a profissão tem-se demarcado pela crescente presença de docentes profissionais TR, tanto na instituição Escola como no âmbito da monitorização nas instituições de saúde. Por outras palavras, cada vez mais profissionais desta área leccionam e monitorizam os estágios ao longo de toda a formação dos futuros profissionais, garantindo assim uma evolução crescente, tanto da profissão como a implementação de um ensino académico com qualidade e administrado por profissionais competentes da mesma área:

“(...) Não tem de ser só fazer Radiologia dentro de um Hospital, há muita coisa para o Técnico de Radiologia. Ele tem de se afirmar. (...)” (Paula).

“ A escola [...] agora [...] é gerida por Técnicos da especialidade, as aulas são dadas por Técnicos da especialidade, tudo isso nós ambicionámos e batemo-nos e fomos trabalhar como monitores para que a escola avançasse. De certa maneira foi isso que nós fizemos. (...)” (Rui).

A profissão de Radiologia é uma profissão com uma forte vertente para a formação contínua, uma vez que se encontra apoiada sobre uma acentuada evolução tecnológica. Para tal, o profissional deve cultivar o hábito da formação profissional a fim de actualizar os seus saberes numa óptica de progressão e *identização* profissional, de adaptação às novas tecnologias. Esta formação não deve apenas ser virada para a Radiologia em si, mas também deve visar outras áreas que apoiaram os processos de trabalho, como por exemplo, a área de informática:

“(...) O que nos move realmente é a evolução da tecnologia (...)” (Bernardo)

“A formação é muito importante! [...] Se a ciência está em evolução nós temos que acompanhá-la [...] fazendo novos cursos, sobre determinadas áreas ou até áreas paralelas que possam ajudar a nossa profissão (...)” (Leonor).

“(...) Porque nós dependemos cada vez mais do computador e [...] a evolução deste é diária e constante, uma coisa vertiginosa. (...)” (Paula).

A Radiologia começa agora a dar os primeiros passos na vertente de investigação. Na Escola através do curriculum académico, mas também ao longo da vida profissional e das opções profissionais. Neste sentido, com a formação superior actual os profissionais saem para o mercado de trabalho aptos a exercer funções nas instituições de saúde, mas também podem investir no ramo da investigação em firmas associadas à Radiologia (como por ex.: de equipamentos ou produtos de contraste):

“(...) Investigação nos laboratórios da Siemens, da Philips, etc., aplicações dessas utilizações (Paula).

Outra área em que futuramente a Radiologia poderá vencer é na comercialização de produtos por parte destes profissionais, associados aos procedimentos técnico-radiológicos, como por exemplo, segundo a Paula, cateteres:

“(...) (Os TR) vão vender cateteres [...] vão vender contrastes iodados (...)” (Paula).

No âmbito hospitalar, a Radiologia encontra-se actualmente, através da afirmação profissional e reconfiguração de competências, a fomentar a vertente da gestão. Hoje em dia, os profissionais já conquistaram lugares de coordenação e chefia dos Serviços, assumindo funções de gestão que anteriormente eram confinadas à classe médica. Para além disso, neste momento, os TR estão a tentar ganhar reconhecimento profissional nos Conselhos de Administração das instituições hospitalares, a fim de poderem dar os seus pareceres às questões ligadas às Tecnologias da Saúde, e não serem a classe médica ou de enfermagem a tomar essas decisões. Esta realidade já existe em algumas instituições, mas noutras ainda predomina o poder médico nos Conselhos de Administração:

“(...) Nós hoje elaboramos as escalas, o trabalho e os postos, [...] já não é o Director de Serviço como era antigamente. (...)” (Bernardo)

“(...) O conjunto de Diagnóstico e Terapêutica [...] pode dar a opinião sobre os nossos sectores [...] no Conselho de Administração [...] como existe um Enfermeiro Director. (...)” (António)

“(...) Um representante de toda a classe [...] Há alguns Hospitais que já têm, que já são ouvidos nos Conselhos de Administração [...] outros menos e outros se calhar nem têm autorização para abrir a boca! (...)” (António)

Fazendo um balanço, a profissão de Radiologia é uma profissão no âmbito das Tecnologias da Saúde cuja principal finalidade é a prestação de cuidados de saúde à população através da realização de exames radiológicos de diagnóstico e terapêutica.

É uma profissão recente e multifacetada, que abrange diversas disciplinas entre as quais, as Ciências Radiológicas, a Física, a Química e a Biologia. No entanto e devido à falta de conhecimentos nestas áreas, no passado muitos profissionais sofreram doenças profissionais motivadas pela exposição prolongada às radiações e pela escassez de barreiras de protecção. Hoje em dia este tipo de situações é raro.

A profissão de TR, moldada durante décadas por um certo “feminismo”, estrutura-se em torno de uma forte componente tecnológica, que a torna como uma peça chave para o alcance dos fins de diagnóstico e terapêutica do paciente. O TR ao aplicar os seus conhecimentos na execução dos exames radiológicos transforma a sua relação profissional com as outras classes profissionais, sobretudo com a classe médica. No entanto, devido à ausência de reconhecimento profissional no seio das instituições de saúde e à preponderância do domínio social da classe médica, a profissão é vista como um meio de assistência ao acto médico, onde o médico possui total autonomia profissional, controlando todas as actividades clínicas. Este fenómeno social é descrito nas entrevistas pela relação entre os Médicos Ortopedistas e os TR.

A decisão de diagnóstico e terapêutica sobre o paciente é executada por parte da classe médica através dos resultados dos exames executados pelos TR. Este facto acaba por tornar os médicos dependentes dos procedimentos radiológicos para efectuarem as suas tomadas de decisão.

Neste sentido, actualmente a profissão de Radiologia encontra-se sobre um processo de reconfiguração identitária, pois os TR começaram a tomar consciência que os seus conhecimentos podem conduzir a uma maior autonomia profissional. Para que tal aconteça o profissional deve desempenhar as suas funções com eficiência e rigor científico, a fim de creditar a sua imagem profissional.

O ser uma profissão essencialmente feminina, alguns autores apontam como razão o facto de as profissões de Enfermagem e das Tecnologias da Saúde serem *consideradas* meios de assistência à profissão de Medicina, ou seja, tal como uma mulher apoia o homem na esfera familiar, estas profissões apoiam e assistem as necessidades da Medicina. Mas esta categorização está a mudar devido à reconstrução das ideologias e objectivos da profissão TR com a aposta dos profissionais na formação contínua a fim de ganharem novas competências (outrora do foro médico). Aqui subjaz a ideia que apesar da profissão ser maioritariamente feminina, são os homens que possuem mais oportunidades de formação e de assumir cargos de liderança nos Serviços. Facto que confirma seguidamente com a desigualdade de acesso à prática de determinadas valências profissionais, chegando a ser classificado como forma de *elitismo*. Esta faceta da cultura profissional induz nos indivíduos sentimentos de prestígio em relação a algumas valências (como por ex., a RM) e o fechamento social de outras como a Mamografia, que na maioria dos locais de trabalho é uma valência exclusivamente feminina.

A cultura profissional também é caracterizada pela prática do regime de *duplo emprego*. Este fenómeno é essencialmente justificado pela escassez de profissionais a nível nacional e pela remuneração da profissão ser baixa. No entanto, apesar da vida desgastante e da baixa de qualidade da execução dos exames radiológicos, este regime permite uma interacção entre profissionais e diferentes locais de trabalho e um maior conhecimento das diversas valências que compõem a profissão.

Se por um lado os entrevistados possuem uma clara noção acerca da profissão e do papel do profissional, a profissão de Radiologia continua no anonimato da maioria da Sociedade e até das restantes classes profissionais das instituições de saúde.

Este cenário traz grandes repercussões na identidade social da profissão a diversos níveis.

Em primeiro lugar, alguns dos entrevistados afirmam que conheceram a profissão por acaso, pois apenas reconheciam como profissões de saúde a Medicina e a Enfermagem. Quando se candidataram não tinham uma noção concreta do que era ser TR.

Em segundo, os utentes ou até mesmo outros profissionais de saúde dirigem-se a estes profissionais tratando-os por doutor(a), enfermeiro(a), senhor(a) ou menino(a).

Apesar de tudo, actualmente a profissão já tem uma melhor visibilidade social, começando a ser reconhecida pelos órgãos administrativos nas organizações de saúde pelos seus conhecimentos e competências específicas.

Um dos passos mais importantes que foi dado na à visibilidade social da profissão foi a criação da associação ATARP.

Para além de ter sido uma vitória, pois foi concebida na época do regime de ditadura, foi também uma vitória para a profissão porque foi um meio social para divulgar a profissão a nível nacional, unir os profissionais no território português e na Europa e de desenvolvimento da profissão.

No entanto, e apesar de ter sido construída com base em estatutos muito modernos e progressistas para a época, a maioria dos entrevistados afirma que não se identifica muito com a associação profissional e que a actuação desta é pouco eficaz em termos de promoção da profissão.

A fraca actuação da associação é referida no contexto de promoção da profissão, na aparição social apenas em congressos e para recepção de fundos. Neste cenário, os associados sentem que apesar de a ATARP ser indispensável, a profissão acaba por ser absorvida por outras categorias profissionais mais preponderantes não sendo reconhecida pela sociedade, profissionais de saúde e até pelos órgãos políticos.

Embora alguns descrevam a ATARP pela vertente negativa, outros informantes-
vhave reconhecem o trabalho e esforço da mesma, sobretudo no trabalho que tem sido desenvolvido para a formação da Ordem das Profissões das Tecnologias da Saúde. Este projecto é sem duvida o que trará futuramente uma nova projecção da profissão no mercado de trabalho e uma nova reconfiguração dos processos identitários da profissão de Radiologia.

4.7. As Expectativas em Torno da Profissão

A categoria das expectativas construídas em torno da profissão encontra-se subdividida em duas vertentes de análise, ou seja, as expectativas profissionais pessoais e as expectativas para a profissão Radiologia.

A Radiologia é uma profissão com pouco mais que um século de existência, mas que se encontra sempre numa evolução constante e acelerada.

Neste sentido as histórias de vida permitem explorar as expectativas pessoais que os entrevistados constroem, superam, não atingem e as necessidades pessoais que a profissão alimenta. Assim, a partir dos dados adquiridos, como ilustra o quadro abaixo indicado, pode observar que a maioria revelou as suas expectativas superadas, manifestando claramente a sua auto-realização profissional. No entanto, preferem falar das suas necessidades em termos de profissão do que das suas expectativas profissionais frustradas.

Quadro 8. - Expectativas pessoais dos entrevistados:

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Expectativas Pessoais	Superadas	54	48,64
	Frustradas	25	22,50
	Necessidades	32	28,82
Total		111	100

Observando a informação obtida relativamente às expectativas pessoais superadas, os entrevistados descrevem-nas a vários níveis. Ao nível do exercício profissional, os relatos ilustram na maioria que ser TR é uma paixão e que procuraram sempre exercer a sua actividade o melhor possível; com responsabilidade, com rigor técnico, com qualidade, orientado para o utente:

“(...) Ser Técnico de Radiologia, para mim, é uma paixão (...)” (Pedro).

“(...) Os meus objectivos [...] é ser um bom Técnico de Radiologia, [...] ser um bom praticante de técnica, não esquecer as relações humanas, tentar contribuir para o desenvolvimento da profissão, nomeadamente a nível académico (...)” (Miguel).

“(...) Exerci durante o tempo que estive no hospital com [...] responsabilidade e [...] com alguma qualidade.” (Filipe).

“(...) As minhas expectativas profissionais, é que de facto, a orientação para o utente seja [...] algo interiorizado em todos os grupos profissionais e que o utente que aqui entra sinta isso, que estamos a trabalhar para ele.” (Catarina).

No entanto Filipe explica especificamente que as suas perspectivas pessoais foram-se concretizando à medida que os acontecimentos ocorriam naturalmente na sua vida profissional:

“(...) Na minha carreira [...] as coisas foram acontecendo [...] a minha visão era trabalhar no dia-a-dia, preocupava-me em fazer naturalmente no dia seguir um pouco melhor do que tinha feito no dia, no dia anterior.” (Filipe).

Já Pedro refere que as suas perspectivas pessoais foram sendo atingidas e foram mudando durante a vida profissional, sobretudo através da forte necessidade de acompanhar a evolução tecnológica registada ao longo destes anos na profissão. Catarina partilha da mesma opinião de Pedro e acrescenta ainda que o investimento na formação abriu-lhe as portas para o lugar que ocupa na organização hospitalar:

“As evoluções na profissão modificaram os meus objectivos profissionais. [...] Porque a partir de um momento a pessoa deixa de se acomodar num determinado local de trabalho porque não tem mais evolução, estagnou, e vislumbra noutros locais de trabalho uma evolução tecnológica que não vê no seu próprio local de trabalho. Portanto a pessoa acaba por ter objectivos de mudança, de evolução para outros sítios e uma procura constante.” (Pedro).

“Sempre que fui a tudo na vida, nunca me contentei como número dois. Para mim ou o um ou nada. Foi sempre o meu objectivo.” (Pedro).

“(...) Os objectivos [...] são algo que parte de um plano de desenvolvimento profissional pessoal que nós fazemos. Ao mudar toda uma série de tecnologia, ao mudar até relações de trabalho, [...] alteram-se.” (Catarina).

“(...) A formação é realização, porque quero saber como é que se faz, mas estou a fazê-lo porque a própria dinâmica do Serviço me proporcionou que chegasse a determinado lugar e porque a pessoa tem que ser pró-activa em termos profissionais (...).” (Catarina).

Os entrevistados mais novos manifestaram um certo descontentamento devido ao choque com a realidade profissional, ou seja, a realidade herdada da Escola é diferente da realidade quotidiana nas instituições de saúde. No entanto, possuem fortes aspirações profissionais de ascensão na Carreira profissional e de investimento em formação:

"(...) Antes conhecia a realidade, mas não estando a exercer a profissão [...] e agora vi que vai ser difícil, vou ter que ter [...] e apostar na formação basicamente [...] e apesar de ter percebido que ia ser um caminho difícil, tudo isso me tem trazido mais motivação." (Miguel).

"(...) As minhas expectativas profissionais é [...] ser integrado no quadro do hospital a que pertenço [...] e evoluir o máximo que conseguir." (Miguel).

"(...) Na Escola é nos inculcido muita coisa, que temos muito trabalho, vamos ganhar muito, mas quando começamos a trabalhar começamos a ver as coisas não são bem assim, e [...] também temos que escolher [...] se queremos passar a vida a trabalhar e nunca ir a casa, se queremos ter vida e se queremos trabalhar. (...)" (Leonor).

"(...) Eu gostava de subir na carreira, de evoluir, [...] não me estou a ver assim com grandes cargos de chefias e de burocracias que é uma coisa que não gosto muito. [...] A minha ambição [...] é seguir os passos da carreira em si (...)" (Leonor).

"(...) As minhas actuais expectativas profissionais é melhorar [...] o processo de aceleração técnica, social e financeira deste Hospital e desta Radiologia (...)" (António).

Os entrevistados mais velhos, apesar das suas expectativas pessoais estarem plenamente satisfeitas, a maioria continua a desejar e a **perspectivar novos investimentos e projectos na profissão, na ordem da educação, das organizações, da evolução tecnológica:**

"(...) O que me falta é dedicar-me ao ensino (...)" (Bernardo).

"Reformei-me mas não parei. [...] Eu reformei-me devido à minha situação militar. Nenhum técnico de Radiologia se reforma com a minha idade. [...] Mas não quero parar, inclusivamente tenho uns projectos na Radiologia. Projectos de investimento pessoal em áreas do país onde não existe serviços de Radiologia (...)" (Pedro).

"Sempre pensei vir a ser líder [...] sempre pensei em ser considerada uma óptima técnica" (Isabel).

"(...) Em termos pessoais realizei-me profissionalmente e continuo-o, não posso dizer que terminei essa realização, ainda tenho projectos profissionais para continuar, para fazer. [...] Profissionalmente eu acho que consegui fazer aquilo, que dentro do que me era possível, dentro das limitações pessoais que todos nós temos; consegui isso (...)" (Paula).

Mas nem todos se encontram plenamente satisfeitos. Bernardo e Isabel referem alguns factores profissionais que determinam a **frustração** em algumas perspectivas profissionais. O primeiro testemunho aponta para alguém que devido à suas limitações na formação académica possui mais dificuldades para atingir um objectivo pré-definido em termos profissionais. Os seguintes entrevistados demonstram um profissional numa fase final da carreira profissional que lamenta sentir-se cansado da profissão e menos apaixonado pela mesma:

“Eu não acompanhei o nível académico junto com o profissional e isso está-me a trazer dificuldades e um certo nº de problemas” (Isabel).

“(…) Quando comecei na profissão, gostava muito dela. [...] Hoje não desgosto (...)” (Bernardo).

“(…) Embora agora esteja um bocadinho mais desiludido, mas talvez já seja uma forma de cansaço (...)” (Bernardo).

Relativamente às expectativas em torno do **futuro da profissão de TR**, segundo o quadro abaixo, os informantes-chave procuram evidenciar as necessidades que a profissão precisa de satisfazer aos profissionais no geral, não dando muita importância às expectativas que já foram ou não superadas no passado.

Quadro 9. - Expectativas dos entrevistados para a profissão de Técnico de Radiologia

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem (%)
Expectativas para a Profissão	Superadas	49	27,5
	Frustradas	51	28,6
	Necessidades	78	43,8
Total		178	100,0

A Radiologia, segundo os testemunhos, é uma profissão em constante evolução e foi das profissões que mais evoluiu das restantes profissões das Tecnologias da Saúde nos últimos anos.

Neste contexto, os informantes-chave encontram muitas das suas expectativas em torno da profissão concretizadas. Como exemplo referem que a **evolução tecnológica** trouxe uma melhoria acentuada da qualidade de vida no trabalho dos TR, uma maior e mais eficiente protecção contra as radiações ionizantes:

“(...) Toda a evolução da tecnologia foi melhorada e tudo isso melhorou os trabalhos, melhorou a qualidade. Não só a qualidade de vida porque os Técnicos apanhavam muita radiação nessa altura, como [...] os exames radiológicos melhoraram. (...)” (Bernardo).

“Hoje, esta tudo muito facilitado sob o ponto de vista do desenvolvimento da actividade porque a tecnologia evoluiu, a ciência evoluiu (...)” (Filipe).

“(...) Esta profissão foi a que mais avanços teve.” (Rui).

Esta evolução não é estática, foi-se processando ao longo do tempo e, segundo a Paula, esta vai continuar a acontecer de forma natural mas acelerada, acompanhando a evolução (paralela) da informática, pois actualmente é o suporte base da tecnologia radiológica:

“(...) Sei que na minha profissão daqui a uns anos estamos a dizer outras coisas e este crescimento acentuado das tecnologias, da forma de trabalhar, das potencialidades do trabalho [...] é alucinante, mas aliciante. [...] Todo este percurso é natural. (...)” (Paula).

“(...) Em relação aos contextos do trabalho, [...] a nossa profissão vai continuar a evoluir como evoluiu nestes últimos 20 anos. [...] Porque nós dependemos cada vez mais do computador e [...] a evolução deste é diária e constante, uma coisa vertiginosa. Portanto, nós vamos ter que continuar com esta mudança vertiginosa. (...)” (Paula).

Com a permanente evolução tecnologia da profissão, os profissionais entrevistados sublinham a necessidade destes manterem sempre a sua formação actualizada, a fim de responderem melhor às necessidades do Serviço e prestarem da melhor maneira os cuidados de saúde à população. Pedro manifesta a importância da formação (constante) como um instrumento para o sucesso profissional. Já o Rui vai mais longe afirmando que o investimento por parte do profissional na sua formação constitui uma obrigação profissional e existem instituições como as Escolas Superiores e a Associação que cumprem um papel muito importante nesta área. A crescente formação contribuirá para o seu crescimento e reconhecimento profissional, acabando este processo por ser temido pela classe médica devido à *conquista* de novos domínios do saber:

“Se não tivermos uma formação contínua constante paramos e não há hipótese porque a nossa profissão foi das que mais evoluiu nas últimas duas décadas.” (Pedro).

“Por cada vez que há uma inovação, [...] deviam todos actualizarem-se. Existe a escola e a Associação que continuam a ter um papel muito importante nesse aspecto. É fundamental.” (Rui)

No entanto, no âmbito da formação na Radiologia, nem todas as expectativas foram superadas. Na óptica de dois entrevistados, os TR já conquistaram muitos domínios da área médica, mas em Portugal ainda não existem profissionais que realizem os relatórios clínicos dos exames. Também a área da investigação na profissão encontra-se imatura e muito carenciada:

“Por mim só falta uma coisa, [...] ainda não vi um Técnico com formação a fazer relatórios.” (Rui)

“(...) No caso da Radiologia há muita coisa para investigar (...)” (António).

Alguns entrevistados colocaram o seu enfoque no carácter da prestação dos cuidados de saúde à população por parte dos TR. Para a Catarina e para a Paula a temática dos cuidados de saúde é uma questão muito actual e que está a sofrer profundas mudanças, não só no âmbito da qualidade da prestação, mas também o próprio conceito de cuidado de saúde. Paula perspectiva grandes mudanças na evolução dos cuidados de saúde primários, onde vê cada vez mais Centros de Saúde a investirem em unidades de Radiologia e Análises Clínicas a fim de melhorarem a eficácia da prestação dos cuidados de saúde à população e ampliarem o mercado de trabalho. Catarina afirma que apesar de adequarmos a nossa prestação de serviços de saúde à evolução tecnológica, não devemos descurar na humanização dos mesmos cuidados como (também) a garantia de qualidade nos cuidados de saúde, pois actualmente e devido aos processos de privatização dos Serviços e instituições de saúde a qualidade dos serviços é mais avaliada em torno de indicadores de produção do que propriamente caso a caso, e avaliação dos diversos procedimentos de cada exame radiológico:

“(...) Os cuidados de saúde primários vão evoluir, vai haver cada vez mais necessidades de centros de saúde com tecnologia [...] com um Serviço de Radiologia de Análises (...)” (Paula).

“(...) Nunca se falou tanto na humanização dos cuidados de saúde e na importância do utente e também ao mesmo tempo isso se está a esquecer tanto [...]. Começou-se a falar de indicadores e resultados (...)” (Catarina).

Apesar desta evolução tecnológica e dos próprios cuidados de saúde, na opinião de Paula, os profissionais TR não estão a conseguir conjugar os seus papéis, o seu saber e a sua autonomia na prestação dos cuidados de saúde, de modo a promoverem a sua **afirmação profissional**:

“Não estamos a conseguir articular muito bem todo o conjunto de informações, de formações, de autonomia, de papéis [...], de pessoas que se foram afirmando na profissão (...)” (Catarina).

Quando os entrevistados abordam a questão do **mercado de trabalho**, a maioria possui muitas expectativas negativas. Apesar da profissão ao longo de todo este percurso e também no futuro ser algo visionado como benéfico e útil na prestação de serviços de saúde, os relatos manifestam uma grande preocupação acerca do fenómeno actual da crescente saturação do mercado de trabalho para os profissionais na área da Radiologia.

Este cenário social deve-se à abertura de inúmeras universidades públicas e privadas em todo o país, em resposta a necessidade profunda de combate urgente à carência de profissionais da área das Tecnologias da Saúde em todo o território nacional. Mas o número dessas instituições não foi regulado e neste momento presenciamos a **lotação do mercado de trabalho**, que segundo os testemunhos, não trará nada de dignificante à profissão de Radiologia em inúmeros aspectos.

Leonor sublinha que esta problemática não dignificará a profissão, na medida que o excesso de profissionais da área contribuirá para o aumento de uma **competitividade profissional negativa**, mas também trará poucos benefícios em termos monetários, isto é, se um profissional não aceita receber pelos seus serviços determinada quantia, outro eventualmente aceitará sem objecções, baixando o preço da oferta no

mercado de trabalho. Leonor chega mesmo a afirmar que este aspecto se traduz numa luta pela sobrevivência profissional:

“Perspectivo o futuro da nossa profissão como muito bom em termos de utilidade para a sociedade. Em termos laborais, vamos ter problemas, e muito graves que com o ‘boom’ da formação, com o aparecimento de novos cursos e Universidades de técnicos vai haver problemas e já em 2005.” (Pedro).

“(…) Hoje em dia [...] há uma grande quantidade de Técnicos, um excedente! [...] Isso muitas vezes acaba por não dignificar tanto a profissão porque em vez de [...] estarmos unidos, formarmos uma profissão unida, concisa e com objectivos, acabamos por andar todos a lutar uns com os outros e [...] passar a perna uns aos outros porque [...] eu quero o lugar que tu tens, mas tu até ganhas muito eu chego lá e faço por metade. [...] Devia de haver limites e depois é como em todas as profissões, acabam por chegar a um ponto que é tudo uma luta para a sobrevivência. (...)” (Leonor).

A dignificação profissional não depende só do tipo de remuneração ou do número de profissionais no terreno, também a qualidade da formação nas instituições de ensino é importante para contribuir para a solidez da vida profissional. Mas na óptica de Bernardo, a formação escolar possui inúmeras lacunas na estruturação das disciplinas e do próprio ensino, chegando os profissionais recém-formados mal preparados para enfrentar a realidade profissional, não contribuindo inicialmente para uma prestação de cuidados eficaz e dignificante:

“(…) Os nossos colegas que chegam aos hospitais vêm mais mal preparados. [...] Devia de haver uma estruturação e certas cadeiras, [...] as nucleares, serem um bocadinho mais alongadas no tempo de estudo. (...)” (Bernardo).

No entanto, Filipe possui uma posição oposta a Bernardo, revelando que são as próprias instituições de saúde que não sabem tirar partido dos saberes que os profissionais recém-formados possuem e não o contrário, ou seja, os profissionais que não se conseguem adaptar aos locais:

“(…) Uma boa parte dos Serviços não sabe fazer a gestão, nem tirar partido dos saberes que os estudantes levam da Escola. (...)” (Filipe).

Relativamente ao **exercício inqualificado** é retratado negativamente pelos entrevistados e as suas expectativas em torno do seu combate são reduzidas pois não existe controlo profissional sobre este facto social, uma vez que a grande maioria do exercício inqualificado praticado em Portugal é essencialmente nas instituições privadas de saúde onde a fiscalização é extremamente deficiente. No entanto, Paula ressalva que o crescente ingresso de profissionais no mercado de trabalho mudará esta tendência de permanência do exercício inqualificado:

“(...) O exercício inqualificado é um cancro na nossa profissão [...] e em todas as áreas das Tecnologias da Saúde [...]. É um cancro e estamos a tentar mudar este panorama [...] mas é difícil porque esse exercício basicamente é na privada. [...] Mas este panorama vai mudar brevemente. Porque até aqui, não havia um número de Técnicos suficiente para substituir todos os inqualificados, mas daqui a um ano [...] até vai haver demais [...] e espero que comecem as denúncias (...)” (Paula).

Neste contexto, Paula com o seu relato vem dar um contributo positivo à caracterização das expectativas em torno da profissão. Ela ilustra a saturação do mercado de trabalho que se adivinha, mas não encara este fenómeno de uma forma trágica como muitos profissionais. Paula diz que o aumento de profissionais no mercado de trabalho contribuirá para a retirada de todos os profissionais inqualificados em exercício, e evitará que os TR acumulem diversos empregos na mesma área, ou seja, adoptarem o regime de *duplo* emprego. Perante o cenário da sobrelotação do mercado, Paula sublinha que terá que existir uma profunda mudança de mentalidade profissional, onde o profissional de Radiologia deve perspectivar as suas saídas profissionais para além do meio hospitalar. Existem muitas dimensões onde o TR pode intervir.

A título de conclusão Paula afirma que este fenómeno de sobrelotação vai acabar por se auto-regular por si, encontrando o equilíbrio sócio-profissional.

“(...) Abre-se o mercado de trabalho [...] se retirarmos todos os profissionais inqualificados [...] se substituírmos por profissionais, se os duplos empregos passarem a ser duplos e não triplos, quádruplos e quintos [...] o primeiro impacto nos próximos anos vai ser problemático (...)” (Paula).

“(...) Mudança de mentalidade [...] o Técnico de Radiologia pode não ir para o que pensava ir trabalhar [...] tem campos de trabalho de enormes para actuar (...)” (Paula).

“(...) O facto de virem muitos Técnicos para o mercado de trabalho. [...] O mercado vai regular isto tudo! (...)” (Paula).

Filipe lança a sua perspectiva para o combate ao exercício inqualificado em Portugal, afirmando que existe impreterivelmente a necessidade de se **constituir uma Ordem ou Colégios** onde os profissionais possam estar inscritos, possam efectuar exames periódicos a fim de garantir a garantia de credenciação profissional. Assim, estes órgãos vão poder controlar o exercício qualificado nacional e o reconhecimento da profissão:

“(...) As pessoas [...] para que sejam certificadas [...] devem existir organizações de direito público que são as Ordens ou os Colégios, em que as pessoas devem estar inscritas. [...] Nalguns países os nossos colegas quando terminam o seu curso [...] fazem mesmo um exame, o exame à Ordem ou o exame do Colégio, um exame Nacional e só depois lhes é passado um certificado e a partir daí estão habilitados para trabalhar (...)” (Filipe).

Na dimensão da **visibilidade social** da profissão os informantes-chave, na maioria alimentam expectativas negativas.

A maioria refere que ao longo dos tempos e actualmente, a profissão de Radiologia (ainda) é pouco visível aos olhos da sociedade e da comunidade de profissionais de saúde de outras classes.

Estas expectativas são negativas pois consideram que apesar da Radiologia constituir um meio fundamental para o alcance do diagnóstico e terapêutica dos pacientes, a profissão não é reconhecida pelos outros (profissionais e sociedade) como tal, ficando escondida atrás do rótulo social dos médicos e dos enfermeiros.

Tal como Miguel e Rui nos dizem:

“(...) Hoje em dia os médicos apoiam-se em quase tudo nos nossos exames [...], em termos da população [...] nem sequer estamos caracterizados.” (Miguel).

“(...) Fala-se da qualidade da saúde, sobre qualidade dos Enfermeiros, dos Médicos, [...] e nunca aparece lá Técnicos. Ninguém, nem da Radiologia nem das Análises Clínicas, não aparece nada. (...)” (Rui).

Catarina caracteriza e justifica este cenário social de ausência de reconhecimento atribuindo a responsabilidade aos próprios profissionais de Radiologia, que não possuem nem fomentam uma **maturidade profissional**. Assim, ela espera que no futuro todos os profissionais consigam essa mesma maturidade profissional:

“(...) Falta-nos maturidade profissional. Falta-nos consciência de classe profissional e espero que o futuro da profissão seja que as pessoas ganhem essa maturidade (...)” (Catarina).

Esta maturidade profissional encontra-se associada actualmente, por exemplo segundo Isabel, os profissionais (e não só) que saem para o mercado de trabalho com título de doutores, mas cujos cuidados de saúde possuem uma execução técnica deficiente. Obviamente que, uma baixa qualidade na prestação dos serviços de saúde despromove a imagem e o prestígio do profissional de TR, bem como compromete a sua autonomia profissional.

Isabel acrescenta ainda que muitas das vezes a baixa qualidade técnica na prestação dos cuidados de saúde é pura e simplesmente da responsabilidade dos TR:

“Vejo muitos doutores, muitos poucos Técnicos a fazer os exames correctamente [...] isto não nos traz nada de bom à profissão [...] se aquilo passa pelo Radiologista [...] ah não sabem fazer, não sabem executar. [...] Acho que podemos ser bons, podemos ser doutores. [...] As pessoas andam a desprezar a parte técnica” (Isabel).

No entanto, Miguel encontra-se expectante relativamente às futuras mudanças no campo da formação do profissional. Esta formação possuirá um carácter mais sólido e configurará mais competências ao profissional que trará conseqüentemente uma maior segurança e reconhecimento social no seio da esfera laboral.

“(...) A formação nos dará a [...] mais reconhecimento dentro do meio hospitalar e depois muito mais competências para conseguir [...] levar a cabo o reconhecimento social (...)” (Miguel)

“(...) O futuro da nossa profissão [...] na parte académica [...] dentro de pouco tempo irá sofrer uma evolução [...] positiva. [...] E vamos ter Técnicos com uma formação mais consistente, [...] que vai favorecer que possam avançar para formações mais avançadas que antes não estavam ao nosso alcance [...] e isso contribuirá para o reconhecimento interno da equipa multidisciplinar

dentro do hospital e [...] vai contribuir dentro de pouco tempo para o reconhecimento social. (...)” (Miguel).

Mas, não é apenas a formação e a maturidade que contribuirão para o crescimento da visibilidade social da Radiologia. Filipe sublinha que cada profissional é responsável por se constituir a ele mesmo um **exemplo profissional** no seio da própria profissão, ou seja, trabalhar com responsabilidade e empenho profissional a fim de se alcançar o brio pessoal profissional que conduzirá conseqüentemente ao seu reconhecimento e ao da própria profissão na equipa e na instituição de saúde:

“(...) Temos que constituir exemplo profissional dentro da própria profissão, [...] isso só se consegue com sentido de responsabilidade e um grande empenhamento das pessoas (...)” (Filipe).

Para além da responsabilidade que cada profissional possui em prestar da melhor maneira possível os seus serviços, a reconfiguração profissional e a aquisição de **novas competências profissionais** constituem um passo essencial para o reconhecimento social da profissão. Segundo o testemunho de António, ele espera que num curto/médio prazo o TR possa ocupar lugares representativos nos Conselho de Administração, onde prevalecem as funções de gestão e consultadoria.

O mesmo entrevistado realça que para que tal aconteça os TDT poderão ter que se confrontar nas instituições de saúde com o poder social já conquistado pela classe da Enfermagem. Ou existe um esforço conjunto de reconhecimento e afirmação profissional das Tecnologias da Saúde de forma a instituímos Comissões nas organizações de saúde e até mesmo criarmos uma Ordem ou ocorrerá um travão social da progressão das Tecnologias da Saúde, correndo-se um grande risco de desprestígio e ausência de reconhecimento social das profissões em questão. É condição impreterivelmente que os TR e não só, façam cumprir todas as competências descritas na legislação actual e isso passa também pelo assumir de responsabilidades na área da gestão hospitalar. Como tal, é necessário que os Técnicos de Saúde lutem por cargos de Técnico Director nos Conselhos de Administrador para que as tomadas de decisão nas áreas de diagnóstico e terapêutica sejam mais eficazes e viáveis, tornando mais visíveis socialmente as profissões das Tecnologias da Saúde, as suas intervenções e serviços de saúde:

“(...) É uma das prioridades [...] nas carreiras de Diagnóstico e Terapêutica é lutarem por um lugar consultivo no Conselho de Administração e de um Técnico Director representativo de todas as especialidades Técnicas.” (António).

“(...) Agora a nova guerra, [...] vai ser com a Enfermagem. [...] Neste momento o poderio da Enfermagem está-se a sobrepor até ao próprio corpo médico! Porque [...] desde as Comissões que se estão a criar para se introduzirem em qualquer sector, para conseguirem controlar todas as situações é uma coisa evidente. Na minha perspectiva, é que daqui a 5, 10 anos ou há um travão muito efectivo das outras profissões, no nosso caso de Diagnóstico e Terapêutica [...] e há um acerto e uma força muito grande de dignificar a nossa profissão e saber exactamente onde é que começa e acaba as nossas responsabilidades embora estejam definidas pelo Diário da Republica, mas que na prática não estão a ser aplicadas porque eles têm e uma das coisas prioritárias às nossas carreiras é conseguir ter um Técnico Director no Conselho de Administração (...)” (António).

Mas o futuro desta realidade tão ambicionada pelos entrevistados atravessa um obstáculo social muito forte: as mentalidades e conceitos da sociedade, da comunidade laboral da área da saúde.

“(...) Foi muito difícil mudar as mentalidades e ainda hoje é difícil mudar as mentalidades, mas pouco a pouco têm-se mudado as mentalidades.” (António).

E dentro do âmbito das crenças e conceitos, a sociedade e até mesmo as outras classes sociais da organização de saúde não conhecem as profissões das Tecnologias da Saúde, incluindo a Radiologia. Facto que se constata, por exemplo, os media e os órgãos políticos quando abordam as profissões da área da saúde apenas falam nos Médicos e Enfermeiros esquecendo as restantes profissões que são igualmente importantes para o funcionamento das organizações de saúde.

Visto isto, Rui apela a importância do reconhecimento da profissão aos olhos da sociedade como sendo uma peça-chave na prestação de cuidados de saúde:

“(...) Muita gente não sabe que a Associação existe. Até mesmo dentro dos próprios hospitais, dentro dos outros estratos profissionais, [...] não aparece na televisão, quando se fala de saúde, que os nossos governantes, quando falam em hospitais, só falam em Médicos e Enfermeiros. ‘Para abrir um hospital é preciso não sei quê, Médicos e Enfermeiros’ – não [...], é preciso Médicos e Enfermeiros e é preciso Técnicos de Radiologia, de Fisioterapia, de Análises

Clínicas, etc. Porque sem os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, principalmente os de Radiologia, não há hospital para ninguém.” (Rui)

“(...) Dar a conhecer ao país que existe a nossa profissão que é fundamental num serviço de saúde.” (Rui).

As expectativas em torno da Associação dos Técnicos de Radiologia são pouco animadoras segundo a maioria dos testemunhos.

Alguns relatos descrevem que a Associação profissional neste momento assume um papel invisível aos olhos dos TR.

O grande papel invisível que a Associação tem a seu cargo actualmente é a luta pela constituição da Ordem das Tecnologias da Saúde.

A Ordem é muito esperada por todos os entrevistados pois trará uma regulação e reconhecimento social da profissão Radiologia:

“(...) Sobre o papel da ATARP [...] a criação da Ordem ou trabalhar para a construção desta [...] ou lutar para que nossa formação avance para o que deve ser, não tenho visto muito, muito trabalho. (...)” (Miguel).

“Neste momento a ATARP não se vê. Só aparece para nos pedir cotas, mas têm um trabalho invisível muito grande [...] que é a Ordem.” (Pedro).

“(...) Temos que avançar no sentido de uma única Ordem com vários colégios [...] e cada um com a sua Associação (...)” (Paula).

Intervém pouco organizando alguns cursos e congressos mas possui uma dinâmica de mobilização dos profissionais associados muito baixa levando estes a identificarem-se pouco com a organização associativa.

Também a ATARP em conjunto com as outras associações da área das Tecnologias da Saúde, deveria promover acções de sensibilização e de promoção das profissões, onde demonstrariam à sociedade a sua importância e o seu papel na prestação de cuidados de saúde.

“(...) A Associação [...] poderia mobilizar os associados, no sentido de [...] uma série de dinâmicas em acção, de saber como é que são as realidades dos vários hospitais, o que é que se conseguiu fazer, o que é que os profissionais conseguiram fazer (...)” (Catarina).

“A ATARP devia fazer, mas não faz como se calhar perceber mais as dificuldades que nós temos na nossa profissão, perceber melhor o que nós temos a nível profissional com os médicos. [...] Acho que a ATARP tinha o dever de demonstrar melhor o que fazemos o que somos dentro de uma equipa.” (Isabel).

As perspectivas futuras enunciadas pelos TR apontam para a satisfação de necessidades de mudanças no seio da profissão.

Através das suas experiências e vivências ao longo da vida profissional os profissionais entrevistados foram marcando para si as suas expectativas pessoais superadas e frustradas e projectando uma visão acerca da evolução futura da profissão.

Dentro das perspectivas futuras podemos inferir que estas têm em conta algumas das futuras tendências apontadas pelos estudos realizados no estrangeiro. Em primeiro lugar apontam a necessidade de visibilidade e reconhecimento social aos olhos da sociedade, para que tal aconteça é necessário que a associação profissional se manifeste mais presente junto dos associados, apostar na formação graduada dos TR e na conquista de novas competências profissionais.

A formação graduada não só aumentará a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados pelo profissional, como também alargará os horizontes em contexto organizacional devido à reconfiguração e conquista de novas competências. Estas competências que outrora pertenciam exclusivamente aos Médicos, com a aposta na formação académica graduada e contínua passam a ser acessíveis aos TR em áreas como a gestão, decisão clínica e elaboração de relatórios clínicos.

Apesar de poderem estar qualificados para tal é importante que haja no contexto laboral uma mudança de mentalidades que permitam a abertura das fronteiras profissionais, ou seja, que os TR não temam em apostar no seu desenvolvimento profissional e que as outras classes profissionais *abram mão* das competências que anteriormente eram do seu total domínio.

Relativamente às outras áreas perspectivadas algumas continuam a evoluir como é o caso do desenvolvimento tecnológico e os processo de formação contínua e académica. O aumento do número de profissionais no mercado de trabalho a curto prazo induzirá ao aumento do nível de competitividade entre os profissionais, mas reduzirá o fenómeno social do exercício inqualificado em Portugal.

Assim sendo, a profissão de TR é uma profissão em constante evolução onde relativamente às tendências futuras perspectivadas pelos entrevistados, algumas

ocorreram inevitavelmente como é o caso da evolução tecnológica e a lotação do mercado de trabalho, no entanto, na problemática da visibilidade social, a superação desta expectativa depende de inúmeros factores sociais acima enunciados: mudança de mentalidades, abertura das fronteiras inter profissionais, aposta na formação e numa postura exemplar como profissional. Neste sentido, a visibilidade social não depende só da implementação de uma Ordem profissional ou da maior participação da ATARP na comunidade profissional, depende também de cada política de desenvolvimento de cada instituição e de cada profissional TR.

Considerações Finais e Recomendações

1.- Técnico de Radiologia: Uma Profissão em Mudança

Desde o início do séc. XX que se têm registado mudanças acentuadas a nível da prestação de cuidados de saúde. A incorporação cada vez mais relevante da componente tecnológica exige dos profissionais uma actualização permanente e contínua de forma a actualizar-se e a garantir serviços de saúde com qualidade, eficiência e segurança para o utente. A profissão de TR é das profissões na área da Saúde onde são verdadeiramente sentidos os efeitos da evolução tecnológica, não só ao nível do quotidiano de trabalho (realização dos exames radiológicos), mas também no domínio da formação.

Os resultados do estudo realizado permitiu-me registar, em termos gerais, como é que os TR vivem e constroem a sua profissão, oferecendo-me ainda uma perspectiva dos traços característicos dos constrangimentos e factores de mudança no percurso da vida profissional.

A descoberta da RX possibilitou a aplicação da mesma na área médica, no âmbito do diagnóstico e terapêutica clínica; no início do século passado os saberes técnicos eram totalmente dependentes dos saberes e da investigação médica. Actualmente, este panorama social mudou. Hoje existem Escolas Superiores especializadas na formação destes profissionais onde se transmitem saberes médicos e não só, saberes do foro técnico também. Para além disso, os profissionais TR praticam uma cultura de formação contínua durante a sua vida profissional e começam-se a dar os primeiros passos na área da investigação. Neste sentido, os profissionais caminham para uma reconfiguração profissional a nível da sua formação, competências, identidade e género a fim de conquistarem maior reconhecimento social, autonomia e credibilidade.

Ao longo de um século de existência da profissão, esta evoluiu desde a transmissão informal de saberes durante um determinado tempo de treino, para a formação superior dos profissionais, ou seja, passando pela simples passagem de um diploma ou certificado de um programa de estudos cumprido no centro de formação hospital, hoje as instituições de ensino oferecem diplomas com graduação académica de bacharelato, aumentando assim a visibilidade social e a importância estratégica das competências dos TR face ao *corpus* teórico da profissão e da sua prestação de serviços nas instituições de saúde.

De relevar que os resultados do estudo sugerem que, ao longo da história da formação desta profissão, os TR foram conquistando o seu *status* profissional baseado na construção de um ensino de base composto por saberes sólidos, abrangentes, concisos e especializados que dão instrumentos essenciais para que estes profissionais cumpram o seu papel e cooperem com os restantes profissionais das equipas multidisciplinares, em nome de um objectivo comum: diagnóstico e terapêutica do utente.

Assim, e em síntese do que foi dito, podemos observar no quadro seguinte a evolução do ensino e as perspectivas futuras face ao mesmo na profissão:

Quadro 10. – Evolução da Formação dos Técnicos de Radiologia

Passado	Presente	Futuro
A descoberta da aplicação médica da Radiação X.		
Nomeação do 1º Técnico de Radiologia Bento Fernandes no Hospital de S. José, no dia 8 de Novembro de 1900.		
Formação pouco estruturada e específica nos serviços hospitalares (transmissão de saberes de profissional para profissional).	Existência de uma formação superior Licenciatura bi-etápica em instituições de ensino adequadas para tal, as Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde.	
Treino de curta duração e sob supervisão dos Médicos Radiologistas.	Ensino bi-etápico estruturado, grau de Bacharelato + Licenciatura, onde na primeira etapa este é subdividido na fase de ensino da componente teórica e na fase de treino (estágio de aprendizagem) sob supervisão de Técnicos de Radiologia nomeados.	Acesso dos profissionais a formações mais avançadas como graus de Mestrado, Doutoramento e pós – Doutoramento, abrindo os horizontes para novas áreas de intervenção social.
Clara dependência dos saberes médicos para exercício da profissão.	<i>Construção de um Corpus</i> de Conhecimento científico específico na área da Radiologia.	<i>Corpus</i> de Conhecimento científico na área da Radiologia – Ciência.

Mas as Escolas Superiores (públicas e privadas) ainda têm um longo caminho a percorrer no processo de reconfiguração da profissão. Parafraseando Abreu (2001), o ensino da profissão deve ser composto por dois pilares: a aquisição de conhecimentos

teóricos e a interiorização dos conhecimentos advindos da esfera prática. No entanto e segundo alguns informantes-chave, nem sempre a instituição escolar consegue direccionar a visão da componente prática como uma fonte de produção, de formalização e de transformação de saberes. A componente prática segundo Lança (2003) define e sintetiza uma actividade profissional numa forma de resolver problemas práticos através do recurso a teorias e técnicas consideradas científicas. Isto é, todo o património de saber prático é construído a partir de materiais oriundos de situações problemáticas e da aplicabilidade desses procedimentos com o maior rigor possível.

Para tal, é importante que as instituições de Ensino fomentem um *curriculum* que permita ao futuro profissional mobilizar os meios necessários para integrar na sua prestação de serviços as dimensões cognitivas como o auto-conhecimento, a auto-estima, a arte, a ética, a intuição, a estética e o conhecimento dos processos de cuidados intersubjectivos humanos.

Mas a formação do profissional TR não termina aqui. É nos contextos organizacionais não escolares que o desenvolvimento de estudos e conhecimentos através de processos de formação impera com a finalidade do profissional se adaptar às necessidades do local de trabalho, ao mesmo tempo que desenvolve o seu *curriculum* profissional, fomenta o desenvolvimento profissional e conseqüentemente progride na carreira. Abreu (2001) esclarece que a construção curricular visa alcançar uma organização do pensamento, delimitando definições e conceitos, demonstrando-se uma sintetização da visão sobre os fenómenos da formação. O indivíduo através do modo como percebe a realidade que o rodeia e se vê como pessoa e enquanto profissional na organização, controla e faz processar o seu trabalho e selecciona a sua formação não só com a finalidade de colmatar uma necessidade, mas ao construir um *curriculum* está também a alimentar a sua auto-realização.

Sendo a profissão de Radiologia uma profissão onde a evolução tecnológica dos equipamentos radiológicos é permanente, esta evolução permite inovar os processos de trabalho do TR, aumentando o conforto do utente, diminuindo as doses de RX e os tempos de realização do exame, mas ao mesmo tempo torna-se cada vez mais complexo “manusear” os equipamentos. Perante esta problemática, o profissional TR deve estar consciente que a formação contínua é importante, não só por uma questão de *sobrevivência* profissional, mas porque irá actualizar-se, otimizar a sua prestação de

serviços, credibilizar a imagem da classe profissional e ampliar o seu horizonte de conhecimentos. Tudo isto culminará num reconhecimento social do profissional atribuindo-lhe um certo *status* a nível da cadeia de prestação de cuidados de saúde nas instituições.

Mas esta formação não deve ser feita apenas porque se tem que fazer. Os profissionais devem escolher perante o leque de oferta de formação profissional o que será melhor e mais pertinente para a sua evolução profissional, ou seja, a sua decisão deve ser baseada consoante os seus interesses pessoais e profissionais, os interesses da instituição, as relações inter profissionais etc..

Actualmente o TR possui inúmeros tipos de formação que vão desde cursos a congressos, jornadas, seminários, estágios, etc.. mas nem sempre foi assim. Nos primórdios da profissão, os conhecimentos na área de Radiologia eram muito poucos, não existiam escolas de formação nem a própria associação que garantisse a fomentação da cultura da formação contínua entre os profissionais. Só a partir do momento em que surge a ATARP é que a actividade formativa é intensificada no seio da comunidade de TR até à actualidade.

Hoje em dia, a ATARP é apenas uma entidade que contribui nas actividades formativas. As Escolas, as Empresas e as próprias Instituições de Saúde são motores de desenvolvimento de formação contínua.

No futuro os TR entrevistados perspectivam a continuação das políticas de formação contínua, pois a evolução tecnológica continuará a ser uma constante.

A formação académica e a contínua possuem uma finalidade em comum que é garantir o *saber* – *saber*, *saber fazer* e o *saber ser* do profissional em qualquer circunstância do dia-a-dia. E ao contribuir para a reconfiguração e aperfeiçoamento das competências, o profissional através da sua formação contínua aumentará o seu campo de intervenção podendo até ultrapassar a esfera social da Radiologia, ou seja, num futuro muito próximo o TR que invista na sua formação contínua profissional e académica na área da gestão, encontra-se apto a ocupar cargos de gestão, não só a nível da directoria do Serviço, mas também ocupar cargos de gestão nos órgãos de Administração Hospitalar.

Quadro 11. – Tendências e Mudanças nos Saberes e Competências

Passado	Presente	Futuro
Saberes confundidos com os saberes médicos.	Actualização de saberes através de livros, cursos, congressos, jornadas, seminários e estágios.	Actualização de saberes através de livros, cursos, congressos, jornadas, seminários e estágios.
Poucos conhecimentos na área da Física e protecção contra as radiações ionizantes.	Diversas entidades patrocinadoras de formação contínua.	Desenvolvimento do status profissional através da aplicação dos saberes obtidos através da formação contínua.
Competências profissionais indiferenciadas.	O profissional trabalha sob prescrição do médico com doentes que necessitam de exames de diagnóstico, mas inicia a sua especialização em algumas áreas.	Maior especialização e um papel mais activo nas equipas multidisciplinares.
Ausência de Código Deontológico.	Existência de Código Deontológico.	Existência de Código Deontológico.
Ausência de Legislação referente às competências do profissional Técnico de Radiologia.	Legislação referente às competências do Profissional Técnico de Radiologia. (Dec. – Lei 320/99, de 11 de Agosto)	Adaptação da Legislação face às novas competências profissionais adquiridas.
Profissional definido como auxiliar do acto médico.	Profissional da área dos TDT definido no Dec. – Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.	Adaptação da Legislação face às novas competências profissionais adquiridas.

Fazendo uma retrospectiva do passado, o TR que apenas possuía saberes dependentes dos saberes que os médicos detinham e que executavam os seus exames única e exclusivamente por prescrição médica. Hoje em dia, este profissional, com a evolução da formação académica e o aumento da oferta da formação contínua, possui um saber abrangente e específico que lhe permite executar o exame que melhor evidenciará o diagnóstico ou a terapêutica, conforme a situação clínica do paciente. *Quiçá*, se no futuro o TR poderá prescrever qual o melhor exame para estudo de determinada patologia ou até mesmo prescrever a administração do contraste endovenoso.

Face ao exposto, os resultados do estudo sugerem que a formação no contexto da trajectória profissional dos TR realizam-se com o intuito de melhorar as suas performances, competências e qualificações. Na verdade, trata-se de situações que parecem conduzi-los à reflexão sobre as transformações identitárias que experimentaram nos diversos contextos (escolares, sociais e profissionais) e também

acerca do significado atribuído no geral a estas mudanças no seu contexto socio-organizacional.

Perspectiva-se que a formação contínua possua uma componente fortemente premeditada uma vez que esta acarreta para o profissional mudanças sociais a nível do conteúdo e qualidade das práticas da profissão como induz mudanças nos processos de trabalho e nas relações inter profissionais porque o TR que garanta uma formação profissional contínua poderá para além de aperfeiçoar as suas práticas, conquistar novos conhecimentos que lhe abrirão portas para a reconfiguração de novas competências profissionais e para um aumento do reconhecimento social da profissão.

A reconfiguração das competências trará conseqüentemente uma nova perspectiva individual do actor social enquanto profissional, contribuindo para a reconstrução identitária da profissão.

Nesta dimensão a identidade para o indivíduo, isto é, a imagem que tem de si e o seu sentimento de pertença, e a identidade para o outro, inscrevem um reconhecimento identitário construído ao longo de todo um percurso formativo tomado pela vida toda. Silva (2003) sublinha que este reconhecimento identitário não é mais do que a incorporação no seu património conceptual dos novos saberes, as experiências e as retrospectivas e prospecções da vida profissional.

No entanto, o processo de formação contínua é algo que muitas vezes descurado é pelos próprios profissionais, que muitos vivem profissionalmente a cultura do duplo emprego e cujo tempo é escasso ou até mesmo inexistente para investir na formação. Mas a frequência de uma variedade de locais de trabalho em simultâneo permite ao profissional não só adquirir experiência com diferentes realidades de trabalho, como também aprender tecnologias e práticas diferentes contribuindo para o enriquecimento pessoal profissional como também para a sua formação contínua.

Assim, a formação contínua é um motor de desenvolvimento do profissional e da Radiologia também. O ambicioso desenvolvimento tecnológico não só garante práticas radiológicas mais confortáveis e rápidas para o utente como também exige do profissional maior destreza e abertura à mudança da sua bagagem de conhecimentos a fim de poder prestar os melhores serviços à comunidade. Para que tal aconteça, é imprescindível que o profissional assuma a responsabilidade profissional de garantir e cultivar a sua formação permanente.

Face ao exposto, a formação intervém intensamente na construção biográfica (social, profissional e afectiva) dos TR inserindo-os “num processo global da pessoa (reajustamento das identidades e das representações sociais) procurando, ao mesmo tempo, a desalienação do sujeito e a sua inserção social (Silva 2003: 98).

Efectivamente, quando um TR aposta na sua formação em contextos laborais está a desenvolver as suas competências no seu local de trabalho. Esta articulação entre o trabalho e a formação conduz à necessidade de se efectuar um balanço interior do que se sabe, do que não se sabe, do que é preciso saber e para que é preciso saber. Retira-se como ilação dos resultados do estudo, uma certa concordância simétrica com a tese de Silva (2003) que, para que a articulação trabalho/formação se processe, é fulcral que exista o seguinte:

- Um espaço de negociação intra e inter-individual.
- Desenvolvimento da capacidade de reflexão em torno da dimensão da acção.
- Reabilitação dos saberes oriundos das práticas mediante as representações e identidades sociais e profissionais.
- O desenvolvimento da actividade comunicacional entre os indivíduos que lhes permita mostrar socialmente as suas maneiras de ser (pensar, agir e sentir), tanto no contexto da execução das tarefas como no contexto da comunicação entre todos os elementos.

Importa ainda acrescentar que a dimensão identitária no âmbito da realidade complexa das trajectórias de vida captadas nos discursos dos TR sobre as suas histórias de vida, que as identidades dos profissionais da saúde, tal como foram reveladas, são resultado de um longo processo histórico, marcado de profundos avanços e recuos enquadrados devidamente nos contextos sociais em que se desenvolvem.

O estudo realizado revela ainda que a formação identitária dos TR é transversal à dinâmica da identidade doutros profissionais de saúde, entre os quais os médicos, na medida em que as suas representações sócio-profissionais se estruturam em torno dos médicos e das tecnologias que lhe são interdependentes, e, *quiçá*, determinadas através da divisão do trabalho médico. É pelas razões expostas que a dinâmica da evolução e consolidação identitária dos TR parecem passar pela necessidade de uma forte

autonomia profissional e controlo das actividades, em que para a sua realização se tomam como insubstituíveis.

Neste contexto, contextualiza-se então para além da necessidade de reforço da autonomia na profissão, os TR necessitam de transformar o saber em poder no interior das organizações de saúde e até na própria sociedade.

Porém, a reconfiguração identitária das TR pode trazer dilemas e conflitos sociais nas instituições de saúde. A progressiva tomada de consciência que as formações que detêm não correspondem na actualidade com a realidade dos contextos socio-organizacionais, potencia um certo questionamento profissional sobre as razões lógicas da continuidade da grande dependência face aos Médicos. Porém, apesar da procura da autonomia, os TR parecem não se libertar do dilema social de afastamento/aproximação. Em suma, os TR ao reivindicarem mais autonomia e o direito de não se responsabilizarem por actividades periféricas, recusadas pelos Médicos, procuram em concreto uma nova independência na hierarquia de poderes nos contextos de trabalho e simultaneamente, buscam uma forma de fuga ao controlo da divisão médica do trabalho.

Apesar da existência de uma certa reconfiguração identitária, os resultados recolhidos sobre as expectativas em torno da profissão sugerem ainda uma outra crise na mudança profissional, pois devido à criação nos últimos anos de mais Escolas Superiores (públicas e privadas) o número de profissionais qualificados aumentará em grande escala no mercado de trabalho, substituindo-se assim os inqualificados que teimam em persistir em certas organizações de serviços de saúde do sector privado. Na verdade, a problemática do exercício inqualificado seria mais bem gerida se, segundo os relatos, existisse no nosso país uma Ordem profissional implementada que colaboraria nos processos de homologação de cursos, fiscalização de instituições, actualização e reciclagem dos profissionais nela inscritos, e sobretudo para dinamizar a promoção, a valorização e reconhecimento social da profissão de Técnico de Radiologia.

Quadro 12 - Expectativas e perspectivas profissionais dos Técnicos de Radiologia

Dimensões	Expectativas Pessoais Frustradas	Expectativas Pessoais Superadas	Perspectivas Futuras da Profissão
Exercício Profissional	Choque com a realidade profissional	Exercício Profissional com qualidade.	Novas competências
		Responsabilidade Profissional	Afirmação profissional
		Rigor Profissional	Aumento da Competitividade
	Cansaço Profissional		Novos Projectos Profissionais
Formação		Formação Contínua	Formação Contínua
		Evolução Tecnológica	Evolução Tecnológica
	Limitações na Formação Académica		Formação Académica Graduada
Mercado de Trabalho			Lotação do Mercado de Trabalho
	Luta contra o Exercício Inqualificado		Reajuste Social Redução do Exercício Inqualificado
Visibilidade Social			Aumento da visibilidade social
			Evolução dos cuidados de saúde primários
			Aumento da participação da ATARP
			Reconhecimento social da profissão
			Instituição de uma Ordem profissional e de Colégios de Radiologia

Um outro traço saliente do estudo diz respeito à temática do desenvolvimento da Carreira Profissional do TR, pode-se confirmar que o modelo proposto por Huberman para a vida profissional dos professores é adequado para a análise das diversas etapas da vida profissional do TR.

Analisou-se etapa a etapa e observa-se que nos primeiros cinco anos de vida profissional, o TR passa por inúmeras experiências onde testará as suas capacidades e conhecerá o meio sócio-laboral que o envolve. Depois desta fase, o profissional procurará direccionar os seus esforços para projectos e propostas que o façam crescer enquanto profissional, que lhe tragam reconhecimento e prestígio e se possível regalias em termos monetários, conquistando e mantendo o seu *status quo* na profissão. Passados alguns anos, se o profissional permanecer a trabalhar em torno do que outrora

considerou vantajoso profissionalmente, o TR poderá entrar num período de reflexão onde fará um balanço da sua vida profissional. Desta crise o profissional poderá sair com novos projectos e investimentos *na manga*, como poderá cultivar dentro de si um sentimento de desinteresse na profissão. Aqui dá-se a entrada na etapa seguinte, onde o Técnico de Radiologia sente mais serenidade em relação à vida profissional e um maior distanciamento em relação aos utentes e aos colegas de profissão mais novos. Esta postura culminará (na maioria das vezes) com a adopção de um comportamento profissional de conservadorismo.

No final da Carreira Profissional o TR sente a necessidade de dedicar cada vez menos tempo à profissão e investir mais em actividades do foro pessoal. Existe normalmente um sentimento de realização profissional e uma aceitação da sua condição de veterano na profissão.

Mas esta construção da Carreira nem sempre se processa nesta forma tão linear. Há que ter em conta que cada indivíduo possui uma vida pessoal, experiências, valores, ideais e projectos diferentes uns dos outros, o que contribuirá de certeza para que o processo de construção social da Carreira Profissional seja diferente de profissional para profissional.

No que aos resultados do estudo na problemática do género, a profissão TR é caracterizada essencialmente por ser uma profissão feminina. No entanto, esta realidade não foi sempre assim. Nos primórdios da profissão os primeiros TR nomeados eram homens e aquando a formação da comissão organizadora da ATARP a grande maioria era composta por TR homens. Actualmente observamos que a maioria dos profissionais da área são mulheres, mas quem ocupa a maioria dos cargos de supervisão e chefia são os colegas homens. Este fenómeno social projecta a realidade da profissão para a sociedade patriarcal em que se encontra inserida.

Nos testemunhos obtidos, os TR homens no seu percurso profissional demonstraram muitas dificuldades em conciliar a sua vida profissional com a vida familiar. Apesar dos problemas que daí surgissem, não abdicaram do seu desenvolvimento profissional. As mulheres entrevistadas manifestaram intensamente as suas dificuldades em conciliar as duas vidas, no entanto, no caso da família precisar da

sua presença abdicavam ou até mesmo paravam a sua evolução profissional até a vida familiar se encontrar estabilizada.

É neste contexto social patriarcal que encontramos eventualmente a razão porque os TR homens têm acesso mais fácil aos processos de desenvolvimento profissional que as suas colegas mulheres. Em termos da dimensão da identidade profissional onde o Género se encontra assinalado nas características ligadas ao estereótipo de masculinidade como o salário, o estatuto elevado, a criatividade, os postos de liderança e as oportunidades de carreira. Já a juventude e a subordinação são características associadas ao estereótipo de feminilidade.

O que demonstra na esfera da Radiologia é que apesar da sensação de igualdade de oportunidades que os homens possuem, a prestação das mulheres e a sua experiência na maioria das situações diverge da dos homens em situações semelhantes como sendo: menos privilegiada e desigual; o sentimento de exercício de poder directo dos homens (opressão e subordinação) e a experiência derivada das próprias mulheres sobre a desigualdade e opressão que varia de acordo com a sua ubiquidade dentro dos dispositivos sociais de opressão estrutural ou vectores de opressão e privilégio (classe, raça, estado civil e localização geográfica).

De uma forma geral, a essência comum subjacente à diversidade do feminismo reside no esforço histórico, individual e colectivo, formal ou informal, de modo a reforçar e redefinir o género feminino em oposição clara e directa ao patriarcalismo que persiste em predominar.

Perante a desigualdade de oportunidades profissionais em prol dos deveres familiares é impreterível a formulação de políticas de género que promovam a igualdade de desenvolvimento profissional. No entanto estas políticas onde se possibilita a mulher se libertar de um estatuto inferior para se transformar num ser semelhante ao homem movimentaria não só o universo laboral, mas também implicaria a modificação das fronteiras e conceitos sociais da família.

No entanto, esta igualdade produziria modificações no seio do processo evolutivo da profissão e quem sabe, dos meandros da identidade da profissão de TR.

Aqui se segue um quadro de evolução temporal que visa sintetizar os principais resultados do estudo, ilustrando de forma clara e evidente a presença de um processo de

reconfiguração identitária da profissão nos últimos 40 anos, moldadas de lógicas diversas de reconhecimento e de constrangimentos ao nível da autonomia profissional.

Quadro 13. – Aspectos Identitários da Profissão de Técnico de Radiologia

Identidade da Profissão no Passado	Identidade da Profissão no Presente
Doenças Profissionais por exposição à radiação. Ausência de conhecimento dos efeitos biológicos das radiações ionizantes.	Conhecimentos em vastas áreas, sobretudo na área das Ciências Radiológicas.
Profissão com componente tecnológica.	Profissão com forte componente tecnológica.
Profissão feminina	Profissão feminina
Elitismo na execução das valências.	Formação académica em todas as valências.
Cultura do <i>Duplo Emprego</i> .	Cultura do <i>Duplo Emprego</i> .
Remuneração profissional baixa.	Remuneração profissional baixa.
Exercício profissional totalmente dependente da classe médica.	Exercício profissional menos dependente da classe médica.
Desconhecimento total da profissão na sociedade.	Melhoria da Visibilidade Social da profissão.
Ausência de Reconhecimento da profissão por parte dos órgãos administrativos.	Reconhecimento da profissão por parte dos órgãos administrativos.
ATARP como símbolo de visibilidade social da profissão.	ATARP com trabalho invisível.

Assim sendo e sintetizando, os Gestores devem infundir uma cultura de aprendizagem contínua nos locais de trabalho, de modo a inovar os processos de formação contínua, promover as inter relações profissionais e garantir um acompanhamento constante da evolução tecnológica nos cuidados de saúde. Porque a profissão de TR é essencialmente uma profissão feminina, os gestores devem também fomentar uma política de género nas gestão dos recursos humanos, ou seja, deverão promover a implementação de políticas que trarão à classe igualdade de oportunidades de desenvolvimento profissional. Um bom profissional pode ser homem ou mulher e numa sociedade patriarcal a igualdade de oportunidades de formação, de investigação, de argumentação, de desenvolvimento profissional, não só contribuirá para o crescimento pessoal de cada um e para o crescimento da profissão.

O próprio SNS deverá ser um agente que elabore diversos programas que apelem à modernização e que reconheçam os TR com profissionais importantes no processo de diagnóstico e terapêutica dos pacientes.

Mas antes de tudo isto que foi mencionado os TR necessitam de estar conscientes das mudanças que estão a ocorrer dentro do SNS e precisam de querer estar envolvidos activamente no processo de mudança. Para tal, é importante que estejam

sensibilizados relativamente à importância da investigação como fonte de teoria e desenvolvimento da base de conhecimentos, pois quanto mais empenho e dedicação for mostrada à profissão pelos TR, maior será o seu reconhecimento social e o *status* profissional.

Todas estas mudanças reflectir-se-ão no trabalho em equipas multidisciplinares na prestação dos cuidados de saúde ao utente. Para que os conflitos sociais sejam reduzidos inúmeras barreiras deverão ser demolidas, os serviços serão integrados e promover-se-á entre os diversos profissionais uma postura de trabalho em equipa em nome dos utilizadores dos serviços prestados nas instituições de saúde. Assim sendo, os TR têm um leque de conhecimentos e experiência profissional especializada a oferecer à equipa de trabalho, mas precisam de estar dispostos a trabalhar num molde flexível e a desenvolver em conjunto com os outros profissionais novas competências e aptidões. Mas acima de tudo precisam de encarar esta mudança como uma oportunidade e não como uma ameaça se desejam manter-se profissionais com status e reconhecimento social no séc. XXI.

Neste contexto de mudança é pertinente salientar a importância da constituição uma entidade reguladora, por exemplo uma Ordem das Tecnologias da Saúde e os respectivos Colégios de especialidade em Portugal de forma a garantir o controlo dos processos de formação profissional e académico de maneira a qualificar os profissionais com novas competências que contribuam conseqüentemente para o crescimento da profissão não só relativamente ao seu saber, mas também relativamente ao seu status e reconhecimento social. A presença destes órgãos é importante na esfera da saúde porque orientariam a integração dos Técnicos às mudanças sociais, (como por exemplo, a conquista de novas competências), fomentariam uma cultura e identidade profissional que incentivaria os profissionais a desenvolverem-se profissionalmente e não temerem as futuras tendências da profissão.

2.- Recomendações

I.- Considerações preliminares

Através do trabalho desenvolvido, é chegada a altura de perspectivar algumas propostas que na minha óptica julgo serem facilitadoras do processo de promoção e valorização da profissão de TR nas organizações de saúde portuguesas como para a sociedade em geral, de forma a dar resposta ao último objectivo específico deste estudo. Optei por construir um esboço dum plano de intervenção sócio-organizacional que pretende servir a realidade estudada neste trabalho.

Ao observarmos os resultados do estudo deparamo-nos com uma série de lacunas a diversos níveis no processo de caracterização da profissão. Em primeiro lugar evidenciou-se uma lacuna ao nível do reconhecimento social da profissão, não so por parte das outras classes profissionais, como também por parte da sociedade em geral. Depois notou-se falhas sociais no âmbito da igualdade de oportunidades de desenvolvimento profissional entre os TR homens e os TR mulheres e também dos próprios mecanismos adoptados de conciliação da vida profissional e familiar.

Neste sentido, ficou praticamente demonstrado que seria pertinente a adopção de medidas que permitissem uma maior visibilidade do papel do TR e reconhecimento social da profissão a nível da cadeia de prestação de cuidados de saúde. Tal como é impreterivelmente importante que as oportunidades de desenvolvimento profissional sejam iguais tanto para TR homens como mulheres, uma vez que não faz sentido que numa profissão essencialmente feminina sejam os profissionais do sexo masculino que detenham mais oportunidades de investimento na área da formação e que acedam maioritariamente aos cargos de supervisão e de chefia. Facto este que se deve essencialmente aos mecanismos de conciliação da vida profissional com a vida familiar diferirem entre os dois sexos.

As estratégias adoptadas consistem na promoção da imagem e valorização do papel dos TR nas instituições de saúde e a nível da faixa etária estudantil e inovar os processos de formação introduzindo acções de formação em torno do Género e das igualdades de crescimento profissional e formas de conciliação da vida profissional com a vida familiar, de modo a alcançar-se um processo de reconfiguração que vise o

reconhecimento social e a equidade de oportunidades profissionais nos diversos contextos laborais.

A presente proposta de plano de acção é composta por três áreas de intervenção, para as quais foram definidos objectivos específicos cuja implementação é proporcionada por um conjunto de actividades propostas no próprio plano.

II.- Metodologia

Depois de identificadas as lacunas sociais, a estratégia que proponho baseia-se numa metodologia participativa onde o objectivo reside, tal como referi anteriormente, na promoção da imagem e valorização do papel dos TR nas instituições de saúde e a nível da faixa etária estudantil e inovar os processos de formação introduzindo acções de formação em torno do Género e das igualdades de crescimento profissional e formas de conciliação da vida profissional com a vida familiar, de modo a alcançar-se um processo de reconfiguração que vise o reconhecimento social e a equidade de oportunidades profissionais nos diversos contextos laborais.

Para facilitar a observação e interpretação do plano de intervenção sócio - organizacional subdividi a acção interventiva em três áreas:

A - Promoção do profissional TR nas instituições de saúde.

B – Divulgação da profissão na faixa etária estudantil.

C – Acções de formação sobre o efeito social do género na profissão de TR.

Relativamente à primeira área de intervenção: Promoção do profissional TR nas instituições de saúde – o objectivo geral reside na promoção da imagem e valorização do papel dos TR nas instituições e serviços de saúde. Assim sendo, os objectivos específicos que constituem esta área serão a promoção da imagem e reconhecimento do profissional TR e a demonstração e valorização do seu papel activo no âmbito do diagnóstico e terapêutica do utente.

Com o intuito de se alcançarem estes objectivos proponho as seguintes actividades:

- Sessões de clarificação acerca do profissional TR dirigidas às restantes classes profissionais das instituições de saúde.

- Elaboração de folhetos informativos dirigidos aos utentes, disponíveis nos Serviços de Imagiologia.
- Elaboração e distribuição de cartazes ilustrativos nas instituições hospitalares acerca do que consiste a profissão de TR.
- Maior divulgação de eventos associados à dinâmica profissional do TR.

Nesta área de intervenção, tal como referimos acima pretendo lançar propostas de actividades que permitam valorizar a profissão ao olhos das restantes classes profissionais das instituições de saúde.

Como tal, é pertinente relevar que isto pode ser possível através da elaboração de folhetos informativos que para além de informarem o utente sobre o exame que vêm realizar descrevem e ilustram quem executa os mesmos, o TR.

Ao mesmo tempo poderão ser construídos cartazes que serão distribuídos e fixados em locais estratégicos das instituições de saúde visando demonstrar de uma forma simplificada as práticas. Estes serão simples, de modo a demonstrarem de uma forma simplificada no que consiste a actividade profissional do TR. Através destes meios, a informação chegará não só aos profissionais de saúde como a todo o público em geral que recorre às instituições de saúde.

A ATARP enquanto movimento associativo deverá ter um papel de apoio e incentivar os Serviços de Radiologia a aderirem a estas iniciativas, mas também devem estimular os mesmos a realizarem sessões de esclarecimento em torno da profissão de TR, nas instituições de saúde dirigidas aos restantes profissionais das outras classes.

Uma maior divulgação na comunicação social dos eventos relativos à dinâmica profissional dos TR é importante e, mais uma vez a ATARP deverá intervir, divulgando não só para a comunidade de TR, mas também às outras restantes classes profissionais em território nacional.

O objectivo geral da segunda área de intervenção tem em vista a divulgação da profissão na faixa etária estudantil, onde podemos definir como objectivos específicos: sensibilizar a comunidade estudantil sobre a importância dos TR e dos restantes TDT na cadeia de prestação de cuidados de saúde, informar os mesmos das condições de acesso

ao Curso Superior. Para colocar em prática os seguintes objectivos estão previstas as seguintes acções:

- Criação de um manual que caracterize a profissão de TR
- Sessões Plenárias de esclarecimento em Fóruns para Estudantes.
- Promoção da profissão e do Curso de TR via Internet.

Para que seja possível atingir os objectivos propostos nesta área de intervenção é necessário que exista uma interação entre a ATARP e as Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (públicas e privadas) junto da população alvo.

Neste sentido, estas duas entidades em conjunto deverão elaborar um manual onde explique e clarifique as práticas profissionais, o papel do TR e qual a sua importância nas organizações de saúde. Este manual encontrar-se-á disponível em Gabinetes de Orientação Escolar, nas Escolas Secundárias, nas Juntas de Freguesia, Centros de Saúde, Ministérios da Saúde e da Educação e Direcção Geral de Saúde.

Pelo país existem diversas iniciativas enquadradas em Fóruns para Estudantes onde se procura mostrar as ofertas que as universidades possuem a nível de cursos superiores e de formação profissional. É nestes eventos que as Escolas Superiores e a Associação Profissional podem-se unir em nome da promoção e divulgação da profissão. Neste contexto, para além de folhetos e cartazes informativos, a exposição de vídeos, jogos interactivos e de testemunhos de profissionais da área, constituem estratégias de divulgação eficazes junto da comunidade juvenil.

Visto que os jovens actualmente têm um fácil acesso às telecomunicações como a Internet, estas mesmas organizações devem intensificar a informação em torno da profissão em páginas virtuais situadas em vários portais de informação, nas páginas das instituições e em *blog's*, com o intuito de conseguir cativar o público amante das tecnologias da informação.

Assim sendo, através destas estratégias de intervenção em diversas vertentes que se pretende divulgar e captar o interesse da população juvenil a fim de, para além de ficarem com um conceito da profissão em si, apostarem na sua formação superior nesta área, garantindo futuros profissionais conscientes das práticas profissionais e com paixão pela profissão de TR.

A última área de intervenção deste plano de acção refere-se à promoção e desenvolvimento de acções de formação sobre o efeito social do género na profissão de TR.

Os resultados deste estudo demonstraram que a profissão é maioritariamente constituída por TR mulheres, no entanto foi revelado que existem diferenças de oportunidades profissionais entre os TR homens e as mulheres, situação esta que se confirma com o facto das profissionais mulheres, durante a sua trajectória profissional, abdicarem de oportunidades de formação e desenvolvimento profissional em prol da colmatação de necessidades do foro familiar.

Neste sentido torna-se pertinente, face aos resultados obtidos, implementar estratégias que, em primeiro lugar, perante uma profissão feminina pudessem-se adoptar políticas de serviço que contribuíssem para um desenvolvimento profissional onde dominasse a equidade de oportunidades profissionais entre homens e mulheres. Para que tal possa acontecer é necessário:

- Promover acções de formação aos TR acerca do Género da profissão, as questões de igualdade profissional e formas de conciliação da vida profissional com a vida familiar.

Assim, através destas acções de formação, cada Serviço de Imagiologia sensibilizado poderá adoptar novas políticas de gestão como por ex., flexibilização dos horários, rotatividade entre os profissionais não só nas valências profissionais mas também relativamente às oportunidades de formação, de forma a contribuir para o desenvolvimento de todos os profissionais, como da própria profissão.

III.- Recursos

Para que este plano de intervenção se possa desenvolver através da concretização das actividades previstas é importante contar com a colaboração das Instituições Escolares (públicas e privadas), da ATARP e das próprias Organizações de Saúde. Especificamente em relação à segunda área de intervenção para além da intervenção desta é necessário que as restantes entidades e gabinetes se mostrem

cooperantes perante os objectivos a cumprir para que o plano de acção se concretize com sucesso.

Para além dos grupos de profissionais que daqui possam surgir para por em prática o plano de acção é necessário que existam recursos materiais e meios logísticos que viabilizem este.

Notas Finais

Esta proposta de Plano de Intervenção tem como finalidade implementar de forma estratégica a promoção e valorização do profissional TR nos contextos de trabalho, como as instituições de saúde; dar a conhecer a profissão de TR à população juvenil, e ainda formar os profissionais TR para fomentar políticas de género e equidade de oportunidades profissionais entre todos os TR (homens e mulheres), em nome do desenvolvimento da profissão.

Para que tal aconteça, foi efectuada uma relação de actividades que serão posteriormente analisadas e avaliadas por instrumentos específicos de modo a ter uma percepção da eficácia da estratégia seleccionada e, em caso de necessidade reconfigurá-la, para que se possam cumprir os objectivos do plano.

Os objectivos seleccionados têm em vista a união dos grupos de profissionais TR (que aceitaram o desafio da concretização deste projecto) com as outras entidades apelando ao desenvolvimento da profissão, à criação e inovação de estratégias de formação e ainda ao aumento da visibilidade social da profissão de TR.

Em síntese, apresento de seguida um quadro resumo das diversas etapas constituintes do plano de acção, que demonstra os objectivos para cada área de intervenção, as actividades revistas, os recursos materiais necessários e os métodos de verificação da aplicabilidade do plano de intervenção sócio – organizacional.

Quadro 14 - Quadro resumo do Plano de Acção

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Recursos
Promoção da profissão nas instituições de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Sessões de clarificação acerca do profissional TR dirigidas às restantes classes profissionais das instituições de saúde. - Elaboração de folhetos informativos dirigidos aos utentes, disponíveis nos Serviços de Imagiologia. - Elaboração e distribuição de cartazes ilustrativos nas instituições hospitalares acerca do que consiste a profissão de TR. - Maior divulgação de eventos associados à dinâmica profissional do TR. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sessões de esclarecimento sobre as práticas da profissão. - Divulgação de eventos associados à dinâmica profissional do TR 	<ul style="list-style-type: none"> - Registos das reuniões e sessões. - Recolha das opiniões dos profissionais formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da visibilidade social da profissão aos olhos da instituição hospitalar e dos restantes profissionais de outras classes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brochuras, cartazes e folhetos de divulgação e promoção
Divulgação da profissão no seio na comunidade estudantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um manual que caracterize as profissão de TR - Sessões Plenárias de esclarecimento em Fóruns para Estudantes. - Promoção da profissão e do Curso de TR via Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do manual didáctico sobre os TR. - Participação em Fóruns de Estudantes. - Utilização de meios de transmissão de informação inovadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha das opiniões dos estudantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da visibilidade social da profissão de TR. - Aumento dos conhecimentos em torno da formação de base do curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brochuras, cartazes e folhetos de divulgação e promoção. - Suporte informático e audiovisual.
Implementação de políticas de género na profissão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover acções de formação aos TR acerca do Género da profissão, as questões de igualdade profissional e formas de conciliação da vida profissional com a vida familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à concretização de acções de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha das opiniões dos profissionais que frequentam a formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adopção de novas políticas de género . - Equidade a nível das oportunidades de desenvolvimento profissional. - conhecimento a nível dos meios de conciliação da vida profissional com a vida familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico para o decorrer das acções de formação.

BIBLIOGRAFIA:

- ABBOTT, Pamela; MEERABEAU, Liz. (1998). "Professional, Professionalization and the Caring Professions", *The Sociology of the Caring Professions* (2ª ed.); Londres: UCL Press, 1, 1-19.
- ABREU, Wilson Correia. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho*. Lisboa: Educa Editores.
- ADAMS, J.; SMITH, T. (2003). "Qualitative Methods in Radiography Research: a Proposed Framework", *The College of the Radiographers*, 9, 93-99.
- ALBARELLO, Luc. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*; Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- ALMEIDA, Luísa. (2003). *Eu, os outros e as Competências*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; Coimbra (policopiado).
- ALVESSON, M. (1998). *Gender relations and identity at work: a case study of masculinities and femininities in an advertising agency*. London, Thousand Oaks, CA e New Delhi: Sage. USA.
- AMÂNCIO, Lúcia. (1994). *Masculino e Feminino – A construção social da diferença*. (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento
- BARDIN, Laurence. (2005). *Análise de Conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- BERGER, Peter.e LUCKMANN, Thomas. (1999). *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- BOURDIEU, Pierre. (1999). *A Dominação Masculina*. (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- BURNIE, David. (org.). (1998). *As conquistas da Medicina*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Reader's Digest, SA.
- CANÁRIO, Rui. (org.). (2003). *Formação e Situações de Trabalho*. (2ª ed.). Porto: Porto Editora.
- CARAPINHEIRO, Graça. (1989). *Saberes e Poderes no Hospital – Estudo Sociológico de dois Serviços Hospitalares*. Dissertação de Doutoramento. ISCTE: Lisboa.

- CASTELLS, Manuel. (2003). *O Poder da Identidade – A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*. (vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- DAVIES, Célia. (1996). *The sociology of professions and the profession of gender*. London, Thousand Oaks, CA e New Delhi: Sage. USA.
- D’ESPINEY, Luísa. (2003). “Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho” in R. Canário, (org.); *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 169 - 188.
- DUBAR, Claude. (1997). *A Socialização*. Porto: Porto Editora.
- (2003). “Formação, Trabalho e Identidades Profissionais”, in R. Canário, (org.). *Formação e Situações de Trabalho*. (2ª ed.). Porto: Porto Editora, 43 – 52.
- ELY, Robin J. e MEYERSON, Debra E. (2000). *Advancing Gender Equity in Organizations: The Challenge and Importance of Maintaining a Gender Narrative*. (Vol. 7), London, Thousand Oaks, CA e New Delhi: Sage. USA.
- ERICKSON, Frederick. (1986). “Qualitative methods in research on teaching, in M.C. Wittrock”. *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, 162 – 213.
- ESCOBAR, Lucília. (2004). *O Sexo das Profissões – Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento.
- ESTRELA, Maria Teresa. (org.) (1997). *Viver e Construir a Profissão Docente*. Porto: Porto Editora.
- ÉTTIENNE, Jean. (1998). *Dicionário da Sociologia*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- FORBES, Tom.; PRIME, Neil James. (2000). “Moving domains: radiographers as managers in NHS”, *The College of the Radiographers*, 6, 101–110.
- FORTIN, Marie – Fabienne. (1999); *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltd.
- FRIEDSON, Eliot. (1994). *Renascimento do Profissionalismo*. Teoria, profecia e política. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- GIL, António Carlos. (2002). *Como elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- HOGG, D. (2003). “Radiographer prescribing: lessons to be learnt from the community nursing experience”, *The College of the Radiographers*, 9, 263 – 265.

- KREITNER, R.; KINICKI, A. (2004). "Influence Tactics, Empowerment, and Politics" in *Organizational Behavior*. (6ª ed.). New York: Irwin – McGraw Hill, 6, 556 – 583.
- LANÇA, Luís. (2003). *O Ambiente Educacional no Estágio de Aprendizagem em Radiologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina (policopiado).
- LENGERMANN, Patricia M.; NIEBRUGGE-BRANTLEY, J. (2002). "Teoria Feminista Contemporânea" in G. Ritzer. *Teoria Sociológica Moderna*. (5ª ed.). Madrid: Ed. Mc Graw Hill/Interamericana, 379 – 440.
- LESSARD-HÉBERT, Michelle. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- LOPES, Noémia Mendes. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- LOVEGROVE, M. J.; PRICE, R. C. (2002). "Recruitment, training and retention of healthcare professionals in clinical ultrasound", *The College of the Radiographers*, 8, 211 – 214.
- MACHADO, L.R. (1998). "O Modelo de Competências e a regulamentação da base curricular nacional e de organização do ensino médio" in *Trabalho e Educação*, nº4. Belo Horizonte, 79 – 95.
- MACMILLAN, James; SCHUMACHER, Sally. (1997). *Research in Education. A conceptual Introduction*. United States: Addison – Wesley Education Publishers.
- MAIA, Rui Leandro. (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora, Lda.
- MUÑOZ, Juan José Pugadas (1992); *El Método Biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*, Colección 'Cuadernos Metodológicos', Nº 5, Madrid: CIS.
- NIXON, S. (2001). "Professionalism in radiography", *The College of the Radiographers*, 7, 31–35.
- NÓVOA, António. (org.). (1995); *Vidas de Professores*. (2ª ed.). Porto: Porto Editora.
- PERRENOUD, P. (1998). "Construir competências é virar as costas aos saberes?" In *Pátio. Revista pedagógica*, nº 11, Novembro 1999. Porto Alegre: Brasil, 15-19.
- PISCO, João Martins; SOUSA, Luís Aires. (1999). *Noções Fundamentais de Imagiologia*. Lisboa: Lidel Editora.
- POIRIER, Jean. (1999). *Histórias de Vida* (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.

- PONTE, João P. (1998); *Da formação ao desenvolvimento profissional* - Conferência plenária apresentada no Encontro Nacional de Professores de Matemática ProfMat 98, realizado em Guimarães. Publicado In *Actas do ProfMat 98*. Lisboa, 27 - 44.
- (s.d.); "Perspectivas de desenvolvimento profissional de professores de Matemática" in projecto *O Saber dos Professores* do Centro de Investigação na Educação da Faculdade de Ciências Universidade de Lisboa; Lisboa.
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- RAMOS, Francisco. (s.d.). *Reflexões sobre o Trabalho de Campo Antropológico*. Évora: Universidade de Évora.
- RISKA, Elianne; WEGAR, Katarina. (1993). *Gender, Work and Medicine – Women and the Medical Division of Labor*. London: Sage.
- ROCHER, Guy. (1999). *Sociologia geral – A acção Social*. Lisboa: Editorial Presença.
- RODRIGUES, L. (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri – Apifarma.
- RODRIGUES, M^a de Lurdes. (1994). *Sociologia das Profissões*. Lisboa: Edições Celta.
- SANTOS, Joaquim F. Mateus. (1968). "Para os Anais da História das Profissões Auxiliares da Radiologia Médica em Portugal" in *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa*. vol. 32, nº ¼; Lisboa.
- SARAGOÇA, José Manuel Leal. (2003). *Aprender e ensinar com as novas tecnologias da informação e da comunicação*, Dissertação de Mestrado. Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, Ana Maria Costa. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Editora Quarteto.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. (org.). (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. (11^a ed.). Porto: Afrontamento.
- SILVA, Carlos Alberto da. (1997). *Centros de Saúde: a cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo do caso dos três centros do distrito de Beja*, Dissertação de Mestrado. Évora: Universidade de Évora, 29 - 36.
- (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. (1^a ed.). Lisboa: Edições Colibri.

- (2005a). *Reencontro com o mundo organizacional*. Évora: Universidade de Évora.
- (2005b). "Ser Técnico de Radiologia: Constrangimento e Factores de Sucesso?", *Economia e Sociologia* (no prelo).
- SILVESTRE, Célia. (2001). *Família e Trabalho Como Valores: O Imaginário De Mulheres Jovens Sobre Sucesso Profissional e Maternidade* – Tese de Mestrado da UNESP. São Paulo.
- TARTUCE, Gisela Lobo. (2002). *O que há de novo no debate da Qualificação do trabalho? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas. São Paulo – Brasil (policopiado).
- TAVARES, David. (2004). apontamentos da disciplina de "Sociologia das Organizações" no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional da Saúde, UE/ESTeSL.
- TENNANT, D. (2000). "New tasks for old: a broader view of radiographer reporting", *The College of the Radiographers*, 6,149 – 150.
- VALA, Jorge. (2001). "A Análise de conteúdo" in *Metodologia das Ciências Sociais* (11ª ed.). Porto: Afrontamento, 101 – 128.

LEGISLAÇÃO:

Regulamento do Exercício Profissional: Decreto – Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.

Tratado de Bolonha 2004 – Processo de Implementação na área de conhecimento das Tecnologias da Saúde.

OUTROS DOCUMENTOS:

Historial da ATARP - <http://www.atarp.pt/historical.html>

Código Deontológico da profissão de TR - <http://www.atarp.pt/coddeont.html>

**Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia
O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

ANEXOS

**Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia
O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

ANEXO 1

Guião de Entrevistas

**Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia
O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

Dimensão	Objectivos	Questões Principais	Questões Secundárias
Caracterização dos Informantes-chave.		1) Idade 2) Sexo 4) Categoria Profissional 5) Exerceu alguma actividade antes de ser Técnico de Radiologia. 6) É sócio da ATARP? 7) Quais são as suas habilitações literárias?	4.1.) Anos de Serviço (enquanto Técnico de Radiologia) 7) Tem outra formação académica e/ou profissional? 7.1) Qual a sua duração? 7.2) Como decorreu? 7.3) Onde decorreu?
	Caracterizar as formas de conciliação familiar e profissional.	8) Possui duplo emprego? Ou teve em alguma altura da sua vida profissional?	8.1) Onde? 8.2) Em que valências? 8.3) Quais as vantagens/desvantagens que teve com esta situação? 9) Como é que concilia os seus empregos entre si e com a sua vida familiar? 9.1) Que implicações tem (ou teve) na sua vida?
Trajectória Profissional	- Caracterizar o perfil profissional.	10) O que é para si ser Técnico de Radiologia?	10.1) Como teve conhecimento desta profissão? 10.2) Quando é que teve o primeiro contacto com a profissão? 10.3) Quais os aspectos que considera mais importantes que caracterizam o Técnico de Radiologia?
	- Definir as qualificações e competências do profissional Técnico de Radiologia.	11) Na sua opinião, quais as competências do Técnico de Radiologia numa Equipa de Saúde? 12) O que pensa acerca do exercício inqualificado na profissão de Técnico de Radiologia?	11.1) Para se ser um "bom" Técnico de Radiologia está associado ao facto de se ser Homem/Mulher na profissão? 12.1) Na sua opinião, este panorama mudou ou manteve-se igual em Portugal?
Profissão	- Conhecer as formas de desenvolvimento da profissão	13) Assistiu a evoluções tecnológicas no seio da profissão?	13.1) Em que circunstâncias ocorreram essas evoluções no seu local de trabalho? 13.2) Estas evoluções modificaram os seus objectivos profissionais? Se Sim; em que sentido?
		14) Qual a importância da formação para o desenvolvimento da profissão?	14.1) Que tipos de actualizações/formação realizou na sua vida profissional até à actualidade? 14.2) Esse investimento foi por motivos de auto-realização profissional ou por questões de necessidade do Serviço?
Expectativas e perspectivas da profissão		15) Quais as suas actuais expectativas profissionais?	15.1) As suas expectativas profissionais mantiveram-se ou alteram-se desde que é/foi Técnico de Radiologia? (Se sim, diga de que forma.)
		16) Como perspectiva o futuro da profissão Técnico de Radiologia em Portugal?	16.1) Qual tem sido o papel da ATARP ao serviço do desenvolvimento da profissão Técnico de Radiologia?

ANEXO 2

Quadros Resumo das Entrevistas

- **Quadro Resumo da Entrevista de António**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Bernardo**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Catarina**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Filipe**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Isabel**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Leonor**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Miguel**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Paula**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Pedro**
- **Quadro Resumo da Entrevista de Rui**

**Viver e Construir a Profissão de Técnico de Radiologia
O Caso dos Técnicos de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

Quadro Resumo da Entrevista de António

Categorias do Estudo

Dimensão

Identidade e Perfil Profissional

-“Nós conseguimos perceber como é que se criavam os protocolos e modificar o sistema e modificámos! Mas devido a um médico que ficou muito indignado porque os Técnicos utilizaram coisas que deviam ser só da sabedoria deles, participou em relação à Directora de Serviço”.
 - “A carreira [...] terminava em Técnico Principal, não havia mais!”
 - “ Fizemos valer os nossos direitos e estou-me a reportar há 15 anos atrás, que isto é muito importante em que havia um poderio quer médico, quer de outras especialidades, ou seja, dalguns elementos do Conselho de Administração. Foi uma guerra muito diferente do que poderia ser agora. Agora são mais abertos, são obrigados a estar mais abertos, mas naquela altura foi uma guerra muito difícil.”
 - “Conseguimos realizar os padrões mínimos aceitáveis e começou a exercer-se a actividade com dignidade humana!”
 - “Era humilhante ver o modo como os Técnicos de Radiologia se relacionavam com os Ortopedistas! [...] Só faltava baterem com a cabeça no chão! Uma pessoa deve ser educada, mas a humilhação perante outras classes profissionais é uma coisa que eu nunca suportei durante a minha vida”
 - “O conjunto de Diagnóstico e Terapêutica [...] pode dar a opinião sobre os nossos sectores [...] no Conselho de Administração [...] como existe um Enfermeiro Director.”
 - “Um representante de toda a classe [...] Há alguns Hospitais que já têm, que já são ouvidos nos Conselhos de Administração [...] outros menos e outros se calhar nem têm autorização para abrir a boca!”
 - “O Conselho de Administração [...] vem aqui ao meu gabinete discutir assuntos”.
 - “É uma das prioridades [...] nas carreiras de Diagnóstico e Terapêutica é lutarem por um lugar consultivo no Conselho de Administração e de um Técnico Director representativo de todas as especialidades Técnicas.”
 - “Ser Técnico de Radiologia é [...] uma missão virada às tecnologias e para o doente”.
 - “A ATARP [...] passa pela disponibilidade da luta, a disponibilidade de um grupo de pessoas interessadas com os mesmos objectivos [...] mas nem todos a... mostravam [...] o interesse geral, também pecavam por interesses particulares!”.
 - “Os Técnicos têm que respeitar muito com quem trabalham, mas têm que ser muito respeitados!”

Competências e Qualificação

- “ Deixou de haver os encarregados de câmara escura, portanto [...] foi uma coisa a extinguir. [...] Para deixar de haver encarregados de câmara escura, os auxiliares passaram a fazer o que os encarregados de câmara escura faziam”.
 - “Nós conseguimos perceber como é que se criavam os protocolos e modificar o sistema e modificámos! Mas devido a um médico que ficou muito indignado porque os Técnicos utilizaram coisas que deviam ser só da sabedoria deles, participou em relação à Directora de Serviço”.
 - “O Director da Urgência, em relação ao curriculum que eu tinha teve que me admitir como responsável da Urgência”.
 - “ Era humilhante ver o modo como os Técnicos de Radiologia se relacionavam com os Ortopedistas! [...] Só faltava baterem com a cabeça no chão! Uma pessoa deve ser educada, mas a humilhação perante outras classes profissionais é uma coisa que eu nunca suportei durante a minha vida”.
 - “ Queria implementar a funcionalidade e [...] a profissionalização da Urgência, já era pensado há 15 anos atrás, não foi agora.”
 - “ O conjunto de Diagnóstico e Terapêutica [...] pode dar a opinião sobre os nossos sectores [...] no Conselho de Administração [...] como existe um Enfermeiro Director.”
 - “ Um representante de toda a classe [...] Há alguns Hospitais que já têm, que já são ouvidos nos Conselhos de Administração”
 - “ O Conselho de Administração [...] vem aqui ao meu gabinete discutir assuntos [...] porque houve a demonstração da profissionalização em relação aos objectivos a atingir”.
 - “ É uma das prioridades [...] nas carreiras de Diagnóstico e Terapêutica é lutarem por um lugar consultivo no Conselho de Administração e de um Técnico Director representativo de todas as especialidades Técnicas.”
 - “ Trabalhar-se por objectivos, cumprio os objectivos e levo um incentivo, que serão distribuídos por toda a equipa.[...] É uma maneira de premiar quem, quem tem bons desempenhos e penalizar quem tem maus desempenhos”
 - “ Sou mais um gestor”
 - “ Não quero acreditar que, neste momento [...] continuem a haver pessoas inqualificadas.”
 - “ Os Técnicos têm que respeitar muito com quem trabalham, mas têm que ser muito respeitados!”

Género da Profissão

- “ O duplo emprego é muito [...] particular porque uma pessoa na vida [...] tem que fazer opções. Uma pessoa faz a opção de quer casar, uma pessoa faz uma opção, no caso das mulheres se quer ter filhos, uma pessoa faz uma opção se quer comprar casa, [...] é tudo uma questão de opção na vida. [...] Se as pessoas porventura optam pelo duplo emprego, quero acreditar [...] que têm dificuldades financeiras [...] porque o nosso pagamento não é milionário”.
 - “ Se uma pessoa se casa e nem sempre a esposa ou o esposo, no caso de ser Técnico ou Técnica, muitas vezes o outro lado às vezes não tem um rendimento económico que a gente gostava que ele tivesse. E alguém vai ter que pagar isso se quisermos atingir objectivos na vida.”
 - Quando uma pessoa faz a opção [...] do duplo emprego [...] há os que se viciam em ganhar dinheiro também há outros que não tem nada a ver com isso, que conseguem cumprir os objectivos, mas e depois habituaram-se a nível de vida que não querem prescindir.”
 - “ No meu caso, [...] precisei porque a minha primeira mulher morreu. [...] Fiquei com 2 filhos e sem mãe, tive que optar por ir trabalhar para outro lado.”
 - “ A acumulação do público com o privado [...] é estar a trabalhar num lado e noutro, [...] é uma pessoa chegar a casa mais cansado”

Trajectória Profissional

Quadro Resumo da Entrevista de António (cont.)

Categorias do Estudo				
Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “ Desenvolvi o conhecimento e determinadas aptidões [...] em relação à <i>Angio</i> ”.</p> <p>- “ Quería implementar a funcionalidade e [...] a profissionalização da Urgência, já era pensado há 15 anos atrás, não foi agora.”</p> <p>- “ A formação tem que ser uma constante! ”</p> <p>- “ O processo de investigação [...] que se está a desenvolver nas Escolas [...] é burocrático e pouco realista ”.</p> <p>- “ No caso da Radiologia há muita coisa para investigar [...] por exemplo, a aquisição da imagem, a digitalização da imagem [...] e as Escolas podem incentivar [...] e ir juntos às firmas [...] e criarem grupos de trabalho ”.</p> <p>- “ Nos grandes hospitais [...] como o Santa Maria ou S. José [...] há vários tipos de equipamentos, várias especialidades, [...] e isso comprometeria que as pessoas tivessem atualizadas [...] não era preciso ir em para os privados para se atualizarem em qualquer coisa. [...] Neste momento no público, [...] com excepção da Ressonância porque aí os Públicos ainda não têm muita Ressonância. [...] E a acumulação do público com o privado para uma pessoa ter um bem acrescido de conhecimento de Ressonância seja importante, porque não existe no público! ”</p> <p>- “ Uma pessoa trabalhar neste regime [...] de estar a trabalhar em 2 lados [...] é obrigado a continuar a sua a actividade formativa. [...] Os Técnicos são um pouco disponíveis. ”</p>	<p>- “Houve a nível nacional as reestruturações das carreiras [...] porque isto terminava em Técnico Principal, não havia mais! ”.</p> <p>- “Desenvolvi conhecimentos e determinadas aptidões ”.</p> <p>- “Tenho trabalhos feitos e apresentados ao Conselho de Administração acerca do que era uma profissionalização da Urgência e da sua necessidade ”.</p> <p>- “ Eu há muito tempo que não faço radiografias, neste momento sou mais um gestor, a nível de gestão do que radiografias. ”</p> <p>- “Acusam-me às vezes de andar com velocidade a mais [...] às vezes sinto que me falta tempo para as coisas ”.</p>	<p>- “A humilhação perante outras classes profissionais é uma coisa que eu nunca suportei durante a minha vida ”</p> <p>- “Trabalhar-se por objetivos, cumprio os objetivos e levo um incentivo, que serão distribuídos por toda a equipa. ”</p> <p>- “ Eu há muito tempo que não faço radiografias, neste momento sou mais um gestor, a nível de gestão do que radiografias. ”</p> <p>- “As minhas actuais expectativas profissionais é melhorar [...] o processo de aceleração técnica, social e financeira deste Hospital e desta Radiologia.</p> <p>- “Acusam-me às vezes de andar com velocidade a mais [...] às vezes sinto que me falta tempo para as coisas ”.</p> <p>- “Eu gostava que as coisas ainda avançassem muito mais depressa, só que às vezes damo-nos com portas que são muito difíceis de abrir e é a pouco a pouco a empurrar, é que eu acho que uma pessoa as consegue abrir. ”</p> <p>- “Conseguir orientar os Médicos do Serviço a deixarem de ser prepotentes! Em relação ao modo como dialogam com os Técnicos. [...] Os Técnicos têm que respeitar muito com quem trabalham, mas têm que ser muito respeitadios! ”</p>	<p>- “Foi muito difícil mudar as mentalidades e ainda hoje é difícil mudar as mentalidades, mas pouco a pouco têm-se mudado as mentalidades. ”</p> <p>- “Agora a nova guerra, [...] vai ser com a Enfermagem. [...] Neste momento o poderio da Enfermagem está-se a sobrepor até ao próprio corpo médico! Porque [...] desde as Comissões que se estão a criar para se introduzirem em qualquer sector, para conseguirem controlar todas as situações é uma coisa evidente. Na minha perspectiva, é que daqui a 5, 10 anos ou há um travão muito efectivo das outras profissões, no nosso caso de Diagnóstico e Terapêutica [...] e há um acerto e uma força muito grande de dignificar a nossa profissão e saber exactamente onde é que começa e acaba as nossas responsabilidades embora estejam definidas pelo Diário da República, mas que na prática não estão a ser aplicadas porque eles têm e uma das coisas prioritárias às nossas carreiras é conseguir ter um Técnico Director no Conselho de Administração ”.</p> <p>- “As atitudes podemos nós mudar ”.</p> <p>- “É uma das prioridades [...] nas carreiras de Diagnóstico e Terapêutica é lutar por um lugar consultivo no Conselho de Administração e de um Técnico Director representativo de todas as especialidades Técnicas. ”</p> <p>- “ No caso da Radiologia há muita coisa para investigar ”.</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Bernardo

Categorias do Estudo

Dimensão

Identidade e Perfil Profissional

- "O que nos move realmente é a evolução da tecnologia".
- "Nós somos quase uma família de Radiologistas e foi por causa disso que eu vim para a Radiologia. Foi influência familiar."
- "Quando comecei na profissão, gostava muito dela."
- "O profissional, primeiro deve ser uma pessoa competente [...], é fundamental que goste da profissão [...] e que seja tolerante [...] para os doentes".
- "As condições de um Técnico são fundamentais [...] numa equipa multidisciplinar".
- "O Técnico de Radiologia começa agora a ser falado [...], pelos médicos, quer pelas pessoas [...] (pois) muitas vezes nós ou somos médicos ou somos enfermeiros, não somos Técnicos de Radiologia."
- "Quando [...] alguém precisa de abrir um hospital, é médicos e enfermeiros, o resto todas as outras profissões são postas de parte. Penso que isso agora já não é assim."
- "Inclusivamente ouvi uma vez a Ministra Manuela Arcanjo sair do Hospital de Cascais e disse: *O que me preocupa agora são os Técnicos de Radiologia*. Pela primeira vez ouvi dizer isso, sobretudo a um governante e lembro-me de ouvir isso."
- "Hoje não se faz nada sem a Radiologia [...] até se exagera um pouco nos pedidos radiológicos (...)"
- "Na altura quando eu comecei, o Técnico de Radiologia era ignorado em todas as coisas."
- "Nós hoje elaboramos as escalas, o trabalho e os postos, [...] já não é o Director de Serviço como era antigamente. (...)"
- "A Radiologia é uma profissão desgastante."
- "Os Técnicos ou os falsos Técnicos (...)"
- "A ATARP [...] (faz) umas entrevistasinhas que aparecem na televisão não resolvem nada (...)"

Competências e Qualificação

- "O profissional, primeiro deve ser uma pessoa competente [...], é fundamental que goste da profissão [...] e que seja tolerante [...] para os doentes".
- "As condições de um Técnico são fundamentais [...] numa equipa multidisciplinar (...)"
- "Hoje não se faz nada sem a Radiologia [...] até se exagera um pouco nos pedidos radiológicos, mas isso é um problema médico. [...] Nos temos que (fazer) muitas vezes um pouco contrariados, mas contrariados porque achamos que às vezes não é necessário."
- "Hoje a nossa carreira, [...] não é o Director [...] que dá falta, que dá folga aos Técnicos ou que diz que o Técnico vai para ali é o Coordenador de Serviço. [...] Nós hoje elaboramos as escalas, o trabalho e os postos, [...] já não é o Director de Serviço como era antigamente. O Director de Serviço era realmente dono e senhor no Serviço de Radiologia, hoje já não é assim, o Director de Serviço não tem, não é achado para qualquer decisão que a gente possa tomar em relação aos Técnicos de Radiologia."
- "Antigamente existia (exercício inqualificado) porque havia sempre certos Médicos de Radiologia que gostavam das pessoas a trabalharem ao gosto deles. Os Técnicos ou os falsos Técnicos adaptaram-se ao gosto deles. [...] E às vezes saíam [...] excelentes Técnicos porque faziam aquilo que realmente o Médico gostava e queria e às vezes eram excelentes Médicos Radiologistas. [...] Hoje já não são moldados ao gosto do Radiologista."

Género da Profissão

- "É evidentemente que com o duplo emprego, uma pessoa não ganha muito. [...] Eu ganhei porque [...] fui pioneiro de muita coisa [...] por exemplo, da Xerorradiografia, das Pielografias [...] e tive possibilidades na Radiologia privada."
- "Porque [...] a gente trabalhar no duplo emprego anda sempre à pressa, [...] nunca se pode dedicar porque uma pessoa tem de ir aqui ou porque deixou o doente pendente ou porque àquela hora de nos irmos embora".
- "Se pudesse hoje optar e voltar à minha vida, optava ou pelo público ou pelo privado".
- "Geri muito mal (o duplo emprego) [...] na altura em que fazia urgências chegava a estar 36 horas por semana sem ir a casa. [...] E tive uma mulher muito compreensiva. [...] Hoje acho que isso não é conciliável ter uma família com uma criança pequenina e estar 36 horas sem ir a casa, [...] mas isso hoje ainda acontece com os nossos colegas."
- "Na nossa profissão predominam as mulheres não sei muito bem porquê (...)"
- "Eu conheço algumas colegas Técnicas muitíssimo boas Técnicas como conheço também homens ou rapazes que também são muitíssimo bons Técnicos".
- "É realmente desgastante para uma pessoa que depois vêm os filhos e por aí fora, é capaz de ser uma profissão desgastante."

Trajectoria Profissional

Quadro Resumo da Entrevista de *Bernardo* (cont.)

Dimensão		Categorias do Estudo		
	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “Em Espanha [...] tive uma formação de TAC, [...] dos primeiros TAC's que apareceram no país.”</p> <p>- “Com o duplo emprego, fui pioneiro de muita coisa [...] por exemplo, da Xerorradiografia, das Pielografias pilotadas, das Nefrotomografias na Angiografia Digital de subtração, o próprio TAC, [...] que apareceu nos Hospitais Privados a partir de 1981 e nos Hospitais deve ter aparecido 10 anos depois... [...] e tive estas possibilidades na Radiologia privada.”</p> <p>- “(Os alunos) chegam ao 3º ano [...] com uma formação um bocadinho diminuta no que respeita à anatomia descritiva e depois à Radiológica.”</p> <p>- “A formação contínua é importante.”</p> <p>- “Mesmo que vá a um Congresso [...] a gente deve seleccionar. [...] Há sempre qualquer coisa, mesmo já ao fim destes anos todos, [...] aprende-se sempre qualquer coisinha quando se vai.”</p> <p>- “(A formação) foi por iniciativa própria [...] para evoluir, para ver, [...] para aprender novas tecnologias.”</p> <p>- “A ATARP pouco mais tem feito que apresentar as Jornadas e os Congressos, [...] mas faz mais para ganhar dinheiro do que propriamente para ensinar. [...] Hoje já se fazem tantas Jornadas que penso que neste momento a ATARP pouco utilidade tem no ensino.”</p>	<p>- “Fui pioneiro de muita coisa [...] Xerorradiografias, das Pielografias pilotadas [...] na Angiografia Digital de subtração, o próprio TAC [...] eu sabia de outras técnicas que a maioria dos Técnicos não sabiam.”</p> <p>- “Eu hoje ao fim dos anos que disse de profissão sinto-me cansado.”</p> <p>- “Sinto-me cansado. Há certas coisas que vão aparecendo novas que nos vão estimulando, [...] porque se nós estivermos 30 anos sempre a fazer a mesma coisa cansa. [...] Sobretudo quando se faz 12 horas por dia a trabalhar durante este tempo todo.”</p> <p>- “O que nos move realmente é a evolução da tecnologia”.</p> <p>- “A Radiologia é uma profissão desgastante.”</p> <p>- “As evoluções só dão ânimo para continuar e depois também a juventude que [...] também nos dá ânimo.”</p> <p>- “Tenho talvez umas 300 a 400 horas [...] em jornadas e congressos [...] Tenho 12 publicações feitas”.</p> <p>- “O que me falta é dedicar-me ao ensino.”</p>	<p>- “Com 30 anos de profissão, [...] há certas coisas que vão aparecendo novas que nos vão estimulando, [...] tecnologia nova, que nos vai estimulando porque se nós estivermos 30 anos sempre a fazer a mesma coisa cansa... [...] O que nos move é a evolução da tecnologia”</p> <p>- “A tecnologia nova que vai aparecendo que nos dá ainda um ânimo para a gente continuar mais tempo”.</p> <p>- “Quando comecei na profissão, gostava muito dela. [...] Hoje não desgosto”.</p> <p>- “As evoluções só dão ânimo para continuar e depois também a juventude [...] também nos dá ânimo, estamos aqui rodeados hoje com colegas de vinte e poucos ano [...] dá-nos um certo ânimo para continuarmos.”</p> <p>- “Eu hoje ao fim deste tempo todo não sei tudo [...], até inclusivamente as novas tecnologias, apesar de tudo, não as conheço tão bem como conhecia as antigas [...] e acho que a formação que é importante”.</p> <p>- “O que me falta é dedicar-me ao ensino”.</p> <p>- “Embora agora esteja um bocadinho mais desiludido, mas talvez já seja uma forma de cansaço”.</p>	<p>- “Toda a evolução da tecnologia foi melhorada e tudo isso melhorou os trabalhos, melhorou a qualidade. Não só a qualidade de vida porque os Técnicos apanhavam muita radiação nessa altura, como [...] os exames radiológicos melhoraram.”</p> <p>- “Os nossos colegas que chegam aos hospitais vêm mais mal preparados. [...] Devia de haver uma estruturação e certas cadeiras, [...] as nucleares, serem um bocadinho mais alongadas no tempo de estudo.”</p>

Quadro Resumo da Entrevista da Catarina

Dimensão	Categorias do estudo
<p>Trajectória Profissional</p>	<p>Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Ser um profissional de saúde, numa área extremamente especializada com uma componente tecnológica cada vez mais avançada” - “Ser Técnico de Radiologia é ser um Técnico de Saúde que põe todas as suas competências e o seu humanismo ao serviço de um utente, de um bem maior, que é a Saúde.” - “Nem sabia o que era a profissão [...] já tinha tido um contacto com a profissão enquanto utente, mas não conhecia o lado profissional, [...] não houve conhecimento da minha parte, não sabia que profissão era aquela”. - “Atitudes que se têm que ter em termos da afirmação da nossa profissão, saber [...] qual o nosso papel no seio da equipa.” - “Deve ter uma predisposição grande para aprender e para ensinar, no fundo partilhar informação.” - “Tenho aquela Técnica que não é Técnica, mas porque já trabalhava”. - “Ir para TC, que na altura era um sítio [...] elitista, mas que só duas ou três pessoas é que trabalhavam”. - “A pessoa tem que ser pró-activa em termos profissionais”. - “Falta-nos maturidade profissional. Falta-nos consciência de classe profissional e espero que o futuro da profissão seja que as pessoas ganhem essa maturidade”. - “A associação como uma entidade que organiza eventos, iniciativas e pouco activa [...] na forma como poderia mobilizar os associados [...] uma entidade no qual eu não me revejo completamente.”
<p>Género da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Eu resisti muito tempo a ter um segundo emprego [...] porque sou casada, tenho uma filha, porque queria qualidade de vida e estava muito dedicada à minha área profissional no Hospital”. - “A vantagem do segundo emprego a primeira foi económica [...] envolvia uma forte componente de formação, com nomes de referência [...], com um tipo de exames variados com patologia completamente diferente do que tinha aqui na Instituição.” - “O duplo emprego é uma questão de organização [...] e nessa altura tive de me organizar [...] fazia as manhãs na privada e as tardes no Instituto, depois impus como condição para continuar na instituição privada passar [...] a trabalhar a meio tempo [...], a fazer só 2 manhãs [...] porque precisava de tempo para mim e estava a ser extenuante, [...] a ser cansativo [...] estava a reflectir-se a nível pessoal e eu parei.” - “Eu acabei por deixar a privada [...], não dava porque de facto ou fazia bem feito ou não fazia... era demasiado na altura. [...] O tempo faltava-me para tudo.” - “Ser bom Técnico de Radiologia [...] não acho que [...] tenha a ver com o sexo. [...] Embora sendo uma profissão maioritariamente feminina são concedidos aos homens eventualmente mais facilidades em termos de progressão na carreira. Que não tem que ver com competência!” - “As mulheres ficam com a gravidez [...], normalmente dedicam mais tempo à família, que acompanha mais as crianças, [...] em termos de oportunidade de carreira [...] é talvez mais difícil.” 	
	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Ter competências relacionais [...], das atitudes que se têm que ter em termos da afirmação da nossa profissão, saber exactamente qual o nosso papel no seio da equipa, temos de ter também uma série de competências técnicas, de conhecimentos muito seguros, [...] precisos e sempre uma predisposição grande para aprender e para ensinar, no fundo partilhar informação.” - “O exercício inqualificado atenuou-se, mas mantém-se de uma forma escondida [...] no entanto há bons profissionais que pactuam com este tipo de situação [...] trabalhar com pessoas que não têm qualificações [...] independentemente de serem [...] bons ou maus executantes, não são Técnicos!”



Quadro Resumo da Entrevista da Catarina (cont.)

Categorias do estudo				
Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “ Não fazia sentido com uma actualização constante a nível tecnológico, que nós não tirássemos partido desse avanço tecnológico e porque tudo isso implica [...] a actualização de conhecimentos”.</p> <p>- A formação é sempre importante. [...] Não pode ser formação por formar, [...] de coleccionar diplomas. [...] Devemos fazer opções, [...] ser coerentes [...] e procurar formação adequada, rigorosa e credível. E que essa formação tenha de facto impacto [...] na prestação e em termos de imagem do Serviço onde estamos”.</p> <p>- Fui trabalhar para uma tecnologia que não conhecia [...] então todo o meu primeiro esforço foi no sentido de [...] dominar a tecnologia, saber trabalhar com o equipamento [...] e formação que fiz [...] rigorosa e vocacionada para a área em que estava a trabalhar”.</p> <p>- “ Aprendi em cursos, [...] livros, ir aos congressos, às jornadas, aos seminários, livros que adquirir, formação que fiz, estágios que procurei noutros hospitais [...] comecei a procurar formação na área de gestão quando assumi a coordenação”.</p> <p>- “ A formação é [...] porque quero saber como é que se faz, mas estou a fazê-lo porque a própria dinâmica do Serviço me proporcionou que chegasse a determinado lugar.”</p>	<p>- “ Foi mais o projecto em si”.</p> <p>- Fazer publicações de determinados casos clínicos onde eu participava também... a isso caiu um bocadinho na rotina. Já não era também aquele desafio que representava quando eu fui trabalhar”</p> <p>- Gostei do curso e nunca mais pensei em Medicina”.</p> <p>- “ Os Técnicos mais velhos, de uma geração mais velha, que nunca tinham sequer mexido num computador, portanto, passaram [...] a trabalhar com um equipamento digital”.</p> <p>- “ Temos que ir procurar formação adequada, formação rigorosa e formação credível”</p> <p>- “ Tive um convite da então Chefe de Serviço [...] Foi um convite e foi um desafio. [...] Era para ir para TC, que na altura ainda era um bocadinho [...] elitista.”</p> <p>- “ Fui colocada a trabalhar na TC. [...] Depois a formação que eu fiz [...] foi muito vocacionada para TC. [...] Fui monitora na Escola e comecei a sentir necessidade, [...] de ter conhecimentos na área de formação pedagógica. [...] Depois colocaram cá a Ressonância Magnética, comecei a investir mais em formação em termos de Ressonância Magnética. [...] Depois com a Licenciatura fiquei alerta para a questão da Qualidade e para o Controlo de Qualidade. [...] Comecei a procurar formação na área da gestão e [...] assumi a coordenação”.</p>	<p>- “ Os objectivos [...] são algo que parte de um plano de desenvolvimento profissional pessoal que nós fazemos. Ao mudar toda uma série de tecnologia, ao mudar até relações de trabalho, [...] alteram-se.”</p> <p>- “ A formação é realização, porque quero saber como é que se faz, mas estou a fazê-lo porque a própria dinâmica do Serviço me proporcionou que chegasse a determinado lugar e porque a pessoa tem que ser pró-activa em termos profissionais”.</p> <p>- “ As minhas expectativas profissionais, é que de facto, a orientação para o utente seja [...] algo interiorizado em todos os grupos profissionais e que o utente que aqui entra sintá isso, que estamos a trabalhar para ele.”</p>	<p>- “ Nunca se falou tanto na humanização dos cuidados de saúde e na importância do utente e também ao mesmo tempo isso se está a esquecer tanto [...]. Começou-se a falar de indicadores e resultados”.</p> <p>- “Não estamos a conseguir articular muito bem todo o conjunto de informações, de formações, de autonomia, de papéis [...], de pessoas que se foram afirmando na profissão”.</p> <p>- Falta-nos maturidade profissional. Falta-nos consciência de classe profissional e espero que o futuro da profissão seja que as pessoas ganhem essa maturidade”.</p> <p>- “ A Associação [...] poderia mobilizar os associados, no sentido de [...] uma série de dinâmicas em acção, de saber como é que são as realidades dos vários hospitais, o que é que se conseguiu fazer, o que é que os profissionais conseguiram fazer”.</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Filipe

Categorias do Estudo

Dimensão	Identidade e Perfil Profissional	Competências e Qualificação	Gênero da Profissão
<p>Trajectoria Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Os nossos colegas que iniciaram esta profissão, [...] muitos sofreram as consequências das radiações que todos nós conhecemos". - "Hoje, esta tudo muito facilitado sob o ponto de vista do desenvolvimento da actividade porque a tecnologia evoluiu, a ciência evoluiu". - "Ser Técnico de Radiologia é uma actividade que tem de ter presente três dimensões [...] o saber-saber, o saber estar e o saber-fazer [...] sem estas não poderá ser profissão". - "O Técnico de Radiologia [...] deve ser um indivíduo que contribui com todo o seu saber para uma prestação de cuidados de saúde [...] com elevado nível de exigência, conviver com a tecnologia existente [...] e estando isso facilitado, a outra dimensão [...] tem de estar disponível é a do bem-estar, [...] do atendimento". - "O Técnico de Radiologia tem hoje [...] um papel cada vez mais importante [...] no que diz respeito à tecnologia [...] é com isso que ele trabalha, sem [...] perder de vista aquilo que é científico". - "A parte tecnológica, hoje é da inteira responsabilidade do Técnico de Radiologia. Ele domina essa tecnologia. (...) Se formos competentes, eles (os outros profissionais) aprendem a respeitar-nos." <ul style="list-style-type: none"> - "A associação não tinha grandes mecanismos, digamos assim, para impor às instituições que substituíssem as pessoas inqualificadas que tinham lá por pessoas qualificadas". - "Uma pseudo-técnica que foi retirada do secretariado para executar Mamografias". - "São os Técnicos de Radiologia, que hoje, mais sabem do efeito das radiações, da interacção das radiações com a matéria e, só tendo esse conhecimento se podem defender a eles próprios, defender os doentes e defender os outros profissionais que trabalham integrados na equipa e que não têm conhecimento para isto." <ul style="list-style-type: none"> - "Tenho que elevar, preocupar-me com a identidade profissional dos Técnicos de Radiologia". - "(A profissão) está francamente melhor em termos de visibilidade social". 	<ul style="list-style-type: none"> - "Além das minhas funções de Técnico de Radiologia tinha [...] funções de coordenação na clínica". - "A ligação ao ensino foi muito cedo no [...] hospital [...] apoiando os alunos da Escola". - "Ser Técnico de Radiologia é uma actividade que tem de ter presente três dimensões [...] o saber-saber, o saber estar e o saber-fazer [...] sem estas não poderá ser profissão". - "O Técnico de Radiologia [...] deve ser um indivíduo que contribui com todo o seu saber para uma prestação de cuidados de saúde [...] com elevado nível de exigência, conviver com a tecnologia existente". - "Hoje a responsabilidade é muito maior porque a tecnologia está muito mais evoluída e estando isso facilitado, a outra dimensão [...] tem de estar disponível é a do bem-estar, [...] do atendimento". - "Exerci durante o tempo que estive no hospital com [...] responsabilidade e [...] com alguma qualidade". - "O Técnico de Radiologia tem hoje [...] um papel cada vez mais importante [...] no que diz respeito à tecnologia [...] é com isso que ele trabalha, sem [...] perder de vista aquilo que é científico". - "A parte tecnológica, hoje é da inteira responsabilidade do Técnico de Radiologia." - "Como na área da Radiologia é a tecnologia que funciona, ele domina essa tecnologia." - "Tem que saber o seu limite de competências [...], não deve interferir com profissões que estão muito próximas [...] no entanto, ele, ele tem hoje um papel que, no futuro me parece ainda mais decisivo naquilo que é tanto o diagnóstico radiológico como a intervenção terapêutica que cada vez mais se faz na Radiologia". - "As pessoas [...] precisam de ter uma atitude de humildade, não [...] de subserviência, [...] porque quanto mais sabemos, [...] devemos ter uma relação de tão próxima quanto possível, respeitando as autonomias, [...] com os outros profissionais que estão ao lado; é com eles que aprendemos, eles certamente aprendem alguma coisa conosco e sobretudo se formos competentes, eles aprendem a respeitar-nos." - "Não faz sentido continue a graçar neste país a actividade inqualificada, [...] sobretudo na área em que trabalhamos, o problema das radiações, que [...] são tão benéficas quanto maléficas, isto é, nós temos que tirar delas o partido que nos interessa, que é no diagnóstico, obter melhor imagem possível com o mínimo de dose. [...] Para isto, é preciso ter conhecimentos." - "A ATARP não tinha grandes mecanismos, digamos assim, para impor às instituições que substituíssem as pessoas inqualificadas que tinham lá por pessoas qualificadas" - "Uma pseudo-técnica que foi retirada do secretariado para executar Mamografias". - "As pessoas [...] para que sejam certificadas [...] devem existir organizações de direito público que são as Ordens ou os Colégios, em que as pessoas devem estar inscritas. [...] Nalguns países os nossos colegas quando terminam o seu curso [...] fazem mesmo um exame, o exame à Ordem ou o exame do Colégio, um exame Nacional e só depois lhes é passado um certificado e a partir daí estão habilitados para trabalhar". - "São os Técnicos de Radiologia, que hoje, mais sabem do efeito das radiações, da interacção das radiações com a matéria e, só tendo esse conhecimento se podem defender a eles próprios, defender os doentes e defender os outros profissionais que trabalham integrados na equipa e que não têm conhecimento para isto. Ora se não há este conhecimento, as pessoas não podem... não devem assumir responsabilidades de actividades mais complexas." - "É da responsabilidade de qualquer Técnico de Radiologia, estar permanentemente a actualizar-se". - "Não podia ficar indiferente a esse método de estudo [...] instalado no meu Serviço, portanto tinha de acompanhar esse progresso [...] tenho que aprender para fazer! Era quase obrigação." 	<ul style="list-style-type: none"> - "O meu local principal era o hospital e [...] trabalhei numa clínica a meio tempo. [...]" Naturalmente que sob o ponto de vista familiar algumas coisas não tiveram mesma presença, [...] o mesmo acompanhamento de que poderiam ter se só tivesse uma actividade". - "Consegui sempre [...] fazer uma gestão do tempo e uma utilização, uma optimização do pouco tempo que tinha livre para poder corresponder as responsabilidades da vida familiar [...] procurava no pouco tempo que tinha disponível a presença mínima". - "Não importa ser homem ou mulher para que tenha bom sucesso na profissão ou tenha inêxitos na profissão, portanto, depende apenas como as pessoas encararam a profissão [...] no dia-a-dia." 	

Quadro Resumo da Entrevista de Filipe (cont.)

Categorias do Estudo

Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>-“O meu local principal era o hospital e [...] trabalhei numa clínica a meio tempo. [...] A desvantagem é [...] não nos deixar tanto tempo liberto para [...] aprofundar os conhecimentos, manter uma formação sistemática contínua, chamada formação ao longo da vida que esta profissão tanto exige. [...] Mas teve vantagens [...] no desenvolvimento técnico e científico, [...] foi útil [...] e potenciou a minha actividade no próprio hospital”</p> <p>-“Ele (O Técnico de Radiologia) [...] na sua formação, teve aprendizagens nas várias áreas do saber [...] que lhe permitem entender o contexto em que actua dentro de uma equipa [...] mas como na área da Radiologia é a tecnologia que funciona, ele domina essa tecnologia.”</p> <p>-“As pessoas [...] todos os dias precisam de aprender mais”.</p> <p>-“Até à década de 60, do século passado, era uma formação muito rudimentar. [...] feita dentro das próprias instituições de saúde, naquele processo quase de reprodução de saberes, isto é, o indivíduo observa o que o outro faz e depois reproduz o que ele faz. [...] Porque não havia ensino estruturado [...] não haviam estruturas, não haviam instituições”.</p> <p>-“Em 1960, através da Portaria 18523, [...] continuando a ser administrada nos hospitais, estruturou-se uma formação que, no caso da Radiologia, tinha uma duração de 9 meses para os chamados encarregados de câmara escura, e uma formação de cerca de 15 meses para os Técnicos de Radiologia. [...] É a partir só desta altura que existe alguma formação estruturada e assim que vamos até 1980. Só nesta data são criados em Portugal, três centros de formação que mais tarde viram dar origem às Escolas Técnicas de Serviços de Saúde, que era de Lisboa, Porto e Coimbra.”</p> <p>-“A instalação [...] do equipamento digital que era dos primeiros, obrigou-me a outros desenvolvimentos e a outras responsabilidades”.</p> <p>-“É da responsabilidade de qualquer Técnico de Radiologia, estar permanentemente a actualizar-se, caso contrário, ele fica ultrapassado.”</p>	<p>-“Na minha carreira [...] as coisas foram acontecendo [...] a minha visão era trabalhar no dia-a-dia, preocupava-me em fazer naturalmente no dia seguir um pouco melhor do que tinha feito no dia, no dia anterior.”</p> <p>-“Só tenho que fazer o meu melhor, que posso e sei.”</p> <p>-“Não podia ficar indiferente a esse método de estudo [...] instalado no meu Serviço, portanto tinha de acompanhar esse progresso [...] tenho que aprender para fazer! Era quase obrigação.”</p> <p>-“A minha carreira nesta altura, [...] já estou noutra carreira, no entanto, a génese é esta e continuo a ser Técnico de Radiologia e tenho que ver a Radiologia nesta perspectiva e não tanto, apenas como docente e sobretudo com um cargo de gestão que eu tenho”.</p>	<p>-“Exerci durante o tempo que estive no hospital com [...] responsabilidade e [...] com alguma qualidade.”</p> <p>-“A instalação [...] do equipamento digital que era dos primeiros, obrigou-me a outros desenvolvimentos e a outras responsabilidades”.</p> <p>-“Na minha carreira [...] as coisas foram acontecendo [...] a minha visão era trabalhar no dia-a-dia, preocupava-me em fazer naturalmente no dia seguir um pouco melhor do que tinha feito no dia, no dia anterior.”</p> <p>-“Só tenho que fazer o meu melhor, que posso e sei.”</p>	<p>-“Hoje, esta tudo muito facilitado sob o ponto de vista do desenvolvimento da actividade porque a tecnologia evoluiu, a ciência evoluiu”.</p> <p>-“Temos que constituir exemplo profissional dentro da própria profissão, [...] isso só se consegue com sentido de responsabilidade e um grande empenhamento das pessoas”.</p> <p>-As pessoas [...] para que sejam certificadas [...] devem existir organizações de direito público que são as Ordens ou os Colégios, em que as pessoas devem estar inscritas. [...] Nalguns países os nossos colegas quando terminam o seu curso [...] fazem mesmo um exame, o exame à Ordem ou o exame do Colégio, um exame Nacional e só depois lhes é passado um certificado e a partir daí estão habilitados para trabalhar”.</p> <p>-“Uma boa parte dos Serviços não sabe fazer a gestão, nem tirar partido dos saberes que os estudantes levam da Escola.”</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Isabel

Categorias do Estudo	
Dimensões	Competências e Qualificação
<p align="center">Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Ser Técnico de Radiologia... é muito importante! [...] porque somos nós que executamos todas as técnicas. O médico não consegue fazer o diagnóstico [...] sem o nosso saber” - “Saber fazer... ter os conhecimentos de diagnóstico” - “É preciso que os outros também vejam em nós aquilo que nós sabemos” - “A ATARP como associação não consegue dar a conhecer a nossa profissão, ao público, aos utentes” - “Somos as meninas, somos os meninos, somos ela, eles, as enfermeiras, os doutores, nós somos tudo” <p align="center">Trajectória Profissional</p>	<p align="center">Género da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Tive duplo emprego em Radiologia Convencional e Mamografia.” - “Difícil conciliar... tinha empregada em casa... não trouxe problemas para a minha vida de casa” - “Duplo emprego [...] aquilo que eu sou devo a tudo isso [...] se não tivesse feito sentia-me mal” - “Não. Homem ou Mulher pode fazer tão bem Radiologia”
<p align="center">Profissão e Expectativas Profissionais</p> <p align="center">Formação Contínua</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Aplicar, estudar manuais, trabalhar para se conseguir... continuar nessa evolução” - “É totalmente importante... sem formação as pessoas estancam... alguns dos nossos colegas mais idosos...” - “Na nossa profissão há uma constante aprendizagem” - “Interessa-me muito mais coisas, mais a nível de gestão, de organização [...] aquilo que eu necessito de fazer no hospital” - “Auto-realização [...] se eu puder estar um bocadinho acima” - “A ATARP faz uns cursos, vai fazendo congressos” <p align="center">Carreira Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Sempre que há evolução [...] os profissionais têm medo!” - “Têm que adquirir novos conhecimentos, [...] acontece a todos os níveis.” - “Eu sou muito positiva” - “Eu sempre tive muitos objectivos profissionais!” - “Eu se puder estar um bocadinho acima do normal, eu estou!” - “Se calhar podia ter estudado um bocadinho mais a nível académico” <p align="center">Expectativas Pessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Sempre pensei vir a ser líder [...] sempre pensei em ser considerada uma óptima técnica” - “As coisas não se alteraram” - “Eu não acompanhei o nível académico junto com o profissional e isso está-me a trazer dificuldades e um certo nº de problemas” <p align="center">Expectativas para a Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Vejo muitos doutores, muitos poucos Técnicos a fazer os exames correctamente [...] isto não nos traz nada de bom à profissão [...] se aquilo passa pelo Radiologista [...] <i>ah não sabem fazer, não sabem executar</i>” - “As pessoas andam a desprezar a parte técnica” - “Acho que podemos ser bons, podemos ser doutores” - “A ATARP devia fazer, mas não faz como se calhar perceber mais as dificuldades que nós temos na nossa profissão, perceber melhor o que nós temos a nível profissional com os médicos.” - “Acho que a ATARP tinha o dever de demonstrar melhor o que fazemos o que somos dentro de uma equipa.” 	

Quadro Resumo da Entrevista da Leonor

Dimensão	Categorias do Estudo	Gênero da Profissão
<p>Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ser um Técnico de Radiologia [...] é ajudar as pessoas, é tentar dar um diagnóstico". - "Acabamos por fazer um bocadinho de psicólogos". - "Nós somos [...] um dos principais porque sem o nosso trabalho, muitas das coisas não seriam descobertas, nós muitas vezes a damos ajuda ao médico, para eles saberem o que é que o doente tem ou não". - "É um trabalho [...] com muita responsabilidade". - "Uma vez fui fazer um tórax de rotina e achei que isto era capaz de ser engraçado e fui investigar e lá estava a nossa escola e candidatei-me." - "O nosso trabalho de Técnicos [...] é o posicionamento do doente, mexer nos aparelhos, [...] dar a imagem, [...] a protecção do doente, tudo isso é da nossa competência." - "Ir junto da administração outra [...] escolha (de equipamento) de modo a que consigam entender que [...], por eles punham uma coisa mais barato, [...] mas (o Técnico) consegue transmitir a ideia que [...] pode-se apostar numa coisa melhor porque não estamos só a trabalhar, podemos trabalhar de outra maneira e as coisas evoluem." 	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - "É um trabalho [...] com muita responsabilidade". - "Saber conhecimentos daquilo que estamos a fazer, os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e temos que [...] manter sempre esses conhecimentos actualizados porque se é uma coisa que evolui temos que procurar sempre acompanhar essas evoluções". - "Saber ouvir e saber falar porque muitas vezes os doentes que chegam [...] já diagnósticos feitos vêm muito debilitados e às vezes precisam de uma palavra amiga." - "(Numa equipa de saúde) Cada um deve ter bem definidas as competências e não deve avançar para as competências do vizinho do lado." - "O nosso trabalho de Técnicos [...] é o posicionamento do doente, mexer nos aparelhos, [...] dar a imagem, [...] a protecção do doente em termos de radiação, tudo isso é da nossa competência." - "No TAC o puncionar o doente, [...] a administração do contraste devemos ser nós [...], mas não por nossa ordem [...] não devemos calhar nesses campos, devemos fazer apenas aquilo que nos compete e não avançar mais [...] já basta por vezes porem-nos responsabilidades que [...] não nos competem". - "É injusto porque nós estudamos e sabemos os cuidados que devemos ter e as condições que devemos praticar o exercício da nossa profissão, e as pessoas (inqualificadas) não tiveram o mesmo ensinamento que nós e acabam por fazer as coisas à toa porque não tiveram (formação) foi alguém que chegou e que lhes disse: <i>carregas aqui, mexes ali, fazes assim</i>, [...] Trabalhar com as radiações não é a mesma coisa que trabalhar com água e implica muitos cuidados e precauções que [...] essas pessoas desconhecem". - "O trabalho inqualificado diminuiu um pouco, [...] porque cada vez há mais pessoas licenciadas [...] e acaba por se tentar tirar do mercado essas pessoas inqualificadas [...] pois o mercado começa a escassear e as mentes hoje [...] estão mais abertas, o que é ter uma pessoa que não sabe muito bem lidar com o que está a fazer, é só carregar no botão e fazer o exame." - "Ir junto da administração outra [...] escolha (de equipamento) de modo a que consigam entender que [...], por eles punham uma coisa mais barato, [...] mas (o Técnico) consegue transmitir a ideia que [...] pode-se apostar numa coisa melhor porque não estamos só a trabalhar, podemos trabalhar de outra maneira e as coisas evoluem." 	<p>Idade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ser um Técnico de Radiologia [...] é ajudar as pessoas, é tentar dar um diagnóstico". - "Acabamos por fazer um bocadinho de psicólogos". - "Nós somos [...] um dos principais porque sem o nosso trabalho, muitas das coisas não seriam descobertas, nós muitas vezes a damos ajuda ao médico, para eles saberem o que é que o doente tem ou não". - "É um trabalho [...] com muita responsabilidade". - "Uma vez fui fazer um tórax de rotina e achei que isto era capaz de ser engraçado e fui investigar e lá estava a nossa escola e candidatei-me." - "O nosso trabalho de Técnicos [...] é o posicionamento do doente, mexer nos aparelhos, [...] dar a imagem, [...] a protecção do doente em termos de radiação, tudo isso é da nossa competência." - "Ir junto da administração outra [...] escolha (de equipamento) de modo a que consigam entender que [...], por eles punham uma coisa mais barato, [...] mas (o Técnico) consegue transmitir a ideia que [...] pode-se apostar numa coisa melhor porque não estamos só a trabalhar, podemos trabalhar de outra maneira e as coisas evoluem." - "A formação é muito importante! [...] Se a ciência está em evolução nós temos que acompanhá-la [...] fazendo novos cursos, sobre determinadas áreas ou até áreas paralelas que possam ajudar a nossa profissão". - "Antes de começarmos a trabalhar há muitas coisas que não temos noção, por exemplo, não temos a noção da dificuldade que é alcançar esses passos (da Carreira)". - "A ATARP [...] vai dando alguns cursos, [...] e sempre é mais uma mais valia de aprendizagem, mas quanto à carreira em si eu acho que eles falam e muitas vezes não fazem nada" - "Também não participo activamente na vida da ATARP e das reuniões deles"
<p>Trajectoria Profissional</p>	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - "É um trabalho [...] com muita responsabilidade". - "Saber conhecimentos daquilo que estamos a fazer, os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e temos que [...] manter sempre esses conhecimentos actualizados porque se é uma coisa que evolui temos que procurar sempre acompanhar essas evoluções". - "Saber ouvir e saber falar porque muitas vezes os doentes que chegam [...] já diagnósticos feitos vêm muito debilitados e às vezes precisam de uma palavra amiga." - "(Numa equipa de saúde) Cada um deve ter bem definidas as competências e não deve avançar para as competências do vizinho do lado." - "O nosso trabalho de Técnicos [...] é o posicionamento do doente, mexer nos aparelhos, [...] dar a imagem, [...] a protecção do doente em termos de radiação, tudo isso é da nossa competência." - "No TAC o puncionar o doente, [...] a administração do contraste devemos ser nós [...], mas não por nossa ordem [...] não devemos calhar nesses campos, devemos fazer apenas aquilo que nos compete e não avançar mais [...] já basta por vezes porem-nos responsabilidades que [...] não nos competem". - "É injusto porque nós estudamos e sabemos os cuidados que devemos ter e as condições que devemos praticar o exercício da nossa profissão, e as pessoas (inqualificadas) não tiveram o mesmo ensinamento que nós e acabam por fazer as coisas à toa porque não tiveram (formação) foi alguém que chegou e que lhes disse: <i>carregas aqui, mexes ali, fazes assim</i>, [...] Trabalhar com as radiações não é a mesma coisa que trabalhar com água e implica muitos cuidados e precauções que [...] essas pessoas desconhecem". - "O trabalho inqualificado diminuiu um pouco, [...] porque cada vez há mais pessoas licenciadas [...] e acaba por se tentar tirar do mercado essas pessoas inqualificadas [...] pois o mercado começa a escassear e as mentes hoje [...] estão mais abertas, o que é ter uma pessoa que não sabe muito bem lidar com o que está a fazer, é só carregar no botão e fazer o exame." - "Ir junto da administração outra [...] escolha (de equipamento) de modo a que consigam entender que [...], por eles punham uma coisa mais barato, [...] mas (o Técnico) consegue transmitir a ideia que [...] pode-se apostar numa coisa melhor porque não estamos só a trabalhar, podemos trabalhar de outra maneira e as coisas evoluem" 	<p>Gênero da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Sim. [...] Na Mamografia e na Radiologia Convencional." - "A vantagem (do duplo emprego) é nítida! É o dinheiro. A desvantagem é que [...] andamos sempre a correr de um lado para o outro e acabamos por vezes pecar um bocadinho aqui, um bocadinho ali devido à pressão e à correria com que estamos, mas acabamos por trabalhar em duas situações [...] completamente distintas, um particular de um público e [...] é vantajoso por esse lado". - "Procuro que o meu duplo emprego não me ocupe a semana inteira. [...] Mas há alturas em que ocupa e torna-se muito complicado porque fica-se sem tempo [...] trabalhar num central é diferente se fosse em urgência [...], mas no central como é o meu caso e fazer o duplo emprego todos os dias é impossível! tratar de assuntos pessoais como ir ao banco ou aos correios". - "Fala-se da Mamografia, dos homens não fazem porque as pessoas ficam mais envergonhadas, [...] por vezes os homens acabam por ter mais cuidado com as questões femininas do que a própria mulher, acho que desde que saibam o estêio a fazer e que consigam por uma pessoa à vontade, acho que depende muito da pessoa ser talhada ou não para o que faz."

Quadro Resumo da Entrevista da Leonor (cont.)

Categorias do estudo				
Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “Saber conhecimentos daquilo que estamos a fazer, os conhecimentos teóricos, os conhecimentos práticos e temos que [...] manter sempre esses conhecimentos actualizados porque se é uma coisa que evolui temos que procurar sempre acompanhar essas evoluções”.</p> <p>- “Há que acompanhar minimamente a evolução e adaptar as coisas [...] para uma evolução ainda maior”.</p> <p>- “Com os melhores equipamentos acaba-se por se conseguir [...] um exame e trabalhar a imagem [...] em computadores [...] e ir buscar mais informação e [...] temos que apostar todos na nossa evolução, tentar aprender novas coisas”.</p> <p>- “A formação é muito importante! [...] Se a ciência está em evolução nós temos que acompanhá-la [...] fazendo novos cursos, sobre determinadas áreas ou até áreas paralelas que possam ajudar a nossa profissão”.</p> <p>- “Eu já fiz algumas actualizações. [...] E foram todas porque eu achei por bem fazê-las, por achar que preciso de me actualizar e de aprender [...] mais porque há coisas que se esquecem. Acaba-se trazer uma mais valia ao Serviço se nós tivermos mais conhecimentos e maior destreza em determinadas áreas, mas nunca foi nada imposto pelo Serviço ou que tenha sido sugerido pelo Serviço. [...] Foram cursos”.</p> <p>- “Quando começamos a trabalhar no mercado [...] começamos a ter noção que as coisas não são tão fáceis como isso e que temos que nos aplicar e estudar muito mais e apostar na carreira, [...] temos que apostar nos novos conhecimentos para conseguirmos subir”.</p> <p>- “A ATARP [...] vai dando alguns cursos, [...] e sempre é mais uma mais valia de aprendizagem”.</p>	<p>- “Procurar aprender mais e tentar acompanhar a evolução”.</p> <p>- “Quando começamos a trabalhar começamos a ver também não são tão bem assim”.</p> <p>- “Eu basicamente gostava de subir na carreira, de evoluir. [...] não me estou a ver assim com grandes cargos de chefias e de burocracias que é uma coisa que não gosto muito. [...] E seguir os passos da carreira em si”.</p>	<p>- “Temos que apostar todos na nossa evolução, tentar aprender novas coisas”.</p> <p>- “Na Escola é nos incutido muita coisa, que temos muito trabalho, vamos ganhar muito, mas quando começamos a trabalhar começamos a ver as coisas não são bem assim, e [...] também temos que escolher [...] se queremos passar a vida a trabalhar e nunca ir a casa, se queremos ter vida e se queremos trabalhar”.</p> <p>- “Eu gostava de subir na carreira, de evoluir, [...] não me estou a ver assim com grandes cargos de chefias e de burocracias que é uma coisa que não gosto muito”.</p> <p>- “A minha ambição [...] é seguir os passos da carreira em si”.</p>	<p>- “Temos que apostar todos na nossa evolução, tentar aprender novas coisas”.</p> <p>- “Se a ciência está em evolução nós temos que acompanhá-la”</p> <p>- “Temos que apostar nos novos conhecimentos para conseguirmos subir”.</p> <p>- “Hoje em dia [...] há uma grande quantidade de Técnicos, um excedente! [...] Isso muitas vezes acaba por não dignificar tanto a profissão porque em vez de [...] estarmos unidos, formarmos uma profissão unida, concisa e com objectivos, acabamos por andar todos a lutar uns com os outros e [...] passar a perna uns aos outros porque [...] eu quero o lugar que tu tens, mas tu até ganhas muito eu chego lá e faço por metade. [...] Devia de haver limites e depois é como em todas as profissões, acabam por chegar a um ponto que é tudo uma luta para a sobrevivência.”</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Miguel

Categorias do Estudo	
Dimensão	Competências e Qualificação
<p>Trajectória Profissional</p> <p>Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - “ (...) não dar-mos o máximo, leva a algum descrédito na imagem profissional do Técnico de Radiologia (...)”. - “ (...) é um elemento de uma equipa que esta inserida numa instituição [...] um elemento que contribui [...] para a saúde e para o bem-estar geral da população.” - “ (...) a nossa profissão é [...] um meio para que os outros consigam atingir os seus fins, para os médicos por exemplo, [...] os fins de diagnóstico e terapêutica. (...)” - “ (...) Hoje em dia os médicos apoiam-se em quase tudo nos nossos exames [...], em termos da população [...] nem sequer estamos caracterizados.” - A nossa função está [...] nos exames que nós desempenhamos [...], conseguir imagens para fazer diagnóstico [...] mas nós não podemos contribuir efectivamente para [...] estabelecer um diagnóstico [...] devendo a nossa colaboração ser feita em conta pelos outros membros da equipa - “ (...) Eu não estou ainda muito dentro do [...] dos meandros da profissão (...)”. 	<p>Género da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - “O duplo emprego [...] é uma situação que faz com que nós nos apliquemos pouco numa forma geral [...] devíamos dar o máximo em todos os sfítios, mas como temos de cumprir horários e devido a outras razões [...] não acontece [...] mas que em termos monetários hoje em dia é muito importante (...)”. - “ (...) A qualidade de se ser bom ou mau Técnico de Radiologia, homens e mulheres têm capacidade para o atingir [...], o sexo [...] não interfere. (...)”
	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - “ (...) devíamos dar o máximo em todos os sfítios, mas como temos de cumprir horários e devido a outras razões [...] não acontece (...)”. - “ (...) não dar-mos o máximo, leva a algum descrédito na imagem profissional do Técnico de Radiologia (...)”. - “A nossa função está [...] nos exames que nós desempenhamos [...], conseguir imagens para fazer diagnóstico [...] mas nós não podemos contribuir efectivamente para [...] estabelecer um diagnóstico [...], devendo a nossa colaboração ser feita em conta pelos outros membros da equipa (...)”. - “ (...) O exercício inqualificado [...] foi o primeiro passo para o crescimento da nossa profissão [...] pois trabalho com pessoas que tiraram o curso há muito tempo e na altura as qualificações foram evoluindo, já não são iguais, mas tenho de pensar que essas pessoas foram [...] o potencial que deu origem ao que nós somos agora e que havemos de ser, ou seja, [...] as primeiras formações de Técnicos de Radiologia, Técnicos ou pessoas que trabalhavam em Radiologia tiveram qualificações primárias direccionadas para a Radiologia Convencional [...] se considerar isso exercício inqualificado fico [...] na dúvida. [...] Em relação a pessoas que não têm formação nenhuma no curso obviamente que não concordo. (...)”. - “ (...) Sobre o papel da ATARP [...] tenho visto algumas [...] denúncias de exercício inqualificado (...)”. - “ (...) A formação é o elemento mais importante para o desenvolvimento da nossa profissão (...)”.

Quadro Resumo da Entrevista de Miguel

		Categorias do Estudo		
Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “O duplo emprego [...] é uma situação que faz com que nós nos apliquemos pouco numa forma geral [...] devíamos dar o máximo em todos os sítios, mas como temos de cumprir horários e devido a outras razões [...] não acontece [...] mas que em termos monetários hoje em dia é muito importante (...).”</p> <p>- “(...) não dar-mos o máximo, leva a algum descrédito na imagem profissional do Técnico de Radiologia (...).”</p> <p>- “(...) As vantagens (da evolução) [...] enumeram-se [...] em termos de poupança de películas e uma menor utilização de consumíveis [...] mas isso não modificou os meus objectivos (...).”</p> <p>- “(...) A formação é o elemento mais importante para o desenvolvimento da nossa profissão, mais importante ainda que a divulgação a nível social [...] pois a formação nos dará a [...] mais reconhecimento dentro do meio hospitalar e depois muito mais competências para conseguir [...] levar a cabo o reconhecimento social (...).”</p> <p>- “(...) Formações (como) congressos, [...] estágios (...).”</p> <p>- “(...) (A formação foi) por auto-realização e [...] por necessidades do serviço. (...).”</p>	<p>- “ (...) Os meus objectivos [...] é ser um bom Técnico de Radiologia, [...] ser um bom praticante de técnica, não esquecer as relações humanas, tentar contribuir para o desenvolvimento da profissão, nomeadamente a nível académico (...).”</p> <p>- “ (...) Ser integrado no quadro do hospital a que pertença [...] e evoluir o máximo que conseguir.”</p> <p>- “ (...) Antes conhecia a realidade, mas não estando a exercer a profissão [...] e agora vi que vai ser difícil, vou ter que ter [...] e apostar na formação basicamente [...] e apesar de ter percebido que ia ser um caminho difícil, tudo isso me tem trazido mais motivação.”</p>	<p>- “ (...) Os meus objectivos [...] é ser um bom Técnico de Radiologia, [...] ser um bom praticante de técnica, não esquecer as relações humanas, tentar contribuir para o desenvolvimento da profissão, nomeadamente a nível académico (...).”</p> <p>- “ (...) (A formação foi) por auto-realização e [...] por necessidades do serviço. (...).”</p> <p>- “ (...) As minhas expectativas profissionais é [...] ser integrado no quadro do hospital a que pertença [...] e evoluir o máximo que conseguir.”</p> <p>- “ (...) Antes conhecia a realidade, mas não estando a exercer a profissão [...] e agora vi que vai ser difícil, vou ter que ter [...] e apostar na formação basicamente [...] e apesar de ter percebido que ia ser um caminho difícil, tudo isso me tem trazido mais motivação.”</p>	<p>- “ (...) Hoje em dia os médicos apoiam-se em quase tudo nos nossos exames [...], em termos da população [...] nem sequer estamos caracterizados.”</p> <p>- “ (...) o caminho é um pouco mais à frente que é a digitalização da imagem (...).”</p> <p>- “ (...) A formação nos dará a [...] mais reconhecimento dentro do meio hospitalar e depois muito mais competências para conseguir [...] levar a cabo o reconhecimento social (...).”</p> <p>- “ (...) O futuro da nossa profissão [...] na parte académica [...] dentro de pouco tempo irá sofrer uma evolução [...] positiva. [...] E vamos ter Técnicos com uma formação mais consistente, [...] que vai favorecer que possam avançar para formações mais avançadas que antes não estavam ao nosso alcance [...] e isso contribuirá para o reconhecimento interno da equipa multidisciplinar dentro do hospital e [...] vai contribuir dentro de pouco tempo para o reconhecimento social. (...).”</p> <p>- “ (...) Sobre o papel da ATARP [...] a criação da Ordem ou trabalhar para a construção desta [...] ou lutar para que nossa formação avance para o que deve ser, não tenho visto muito, muito trabalho. (...).”</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Paula

Dimensão	Identidade e Perfil Profissional	Competências e Qualificação	Gênero da Profissão
<p>Trajetória Profissional</p>	<p>- "O duplo emprego não foi uma satisfação profissional, mas uma necessidade [...] monetária [...] por os Técnicos de Radiologia não ganharem o suficiente no seu principal emprego".</p> <p>- "Sabia [...] bem o que era ser Técnica de Radiologia porque sou filha de Técnicos. [...] Não fui colocada por uma vaga [...] foi uma opção pessoal, sabia perfeitamente"</p> <p>- "Ser Técnico de Radiologia envolve várias facetas, a faceta de um conhecimento de uma ciência, das Ciências Radiológicas [...] com disciplinas de físicas e [...] matemáticas, juntamente com o lado das anatomias, das biológicas. [...] É o Conjunto das áreas todas numa única, em termos dos conhecimentos, numa única área de conhecimento. [...] É ter todo esse saber juntamente com [...] o saber-fazer".</p> <p>- "Contribuir em grande para o diagnóstico [...] através da Radiologia, conseguia mais [...] independência; é das profissões mais independentes dentro das Tecnologias".</p> <p>- "Temos muita autonomia, tirando algumas áreas, todas as outras somos completamente autônomos [...] talvez o médico o fosse acima, mas não gostava muito".</p> <p>- "É um pesquisador. Uma pessoa humana na relação com o doente [...] com brio do que faz".</p> <p>- "O factor monetário da senhora da limpeza que ganha o ordenado mínimo nacional e que no intervalo faz umas radiografias fica bem mais barato que um Técnico de Radiologia [...] o que leva a manter e a criar-se postos para pessoas inqualificadas. [...] Temos o tradicional profissional que aprendeu a fazer [...] e que até faz muito segundo o Sr. Dr. Médico Radiologista".</p> <p>- "Não tem de ser só fazer Radiologia dentro de um Hospital, há muita coisa para o Técnico de Radiologia. Ele tem de se afirmar".</p> <p>- "A Associação de um grupo profissional não é um grupo uma coisa que faça falta, é uma coisa indispensável!</p>	<p>- "O duplo emprego trouxe-me a vantagem de trabalhar em valências que não dispunha no [...] hospital [...] e lidar com outras tecnologias".</p> <p>- "Ser Técnico de Radiologia envolve [...] um conhecimento [...] das Ciências Radiológicas [...] com disciplinas de físicas e [...] matemáticas, [...] com o lado das anatomias, das biológicas. [...] É o Conjunto das áreas todas numa única, em termos dos conhecimentos, numa única área de conhecimento. [...] É ter todo esse saber juntamente com [...] o saber-fazer".</p> <p>- "O saber-fazer não é só da execução [...] tem uma envolvente [...] da forma de estar com o doente [...] momentaneamente"</p> <p>- "Contribuir em grande para o diagnóstico [...] através da Radiologia"</p> <p>- "Em relação à profissão [...] eu fui uma pessoa extremamente curiosa [...] e observava [...] bem todos os papéis dos vários intervenientes numa equipa multidisciplinar".</p> <p>- "Numa equipa multidisciplinar [...] ninguém me vem ensinar a fazer radiografias, eu também não vou ensinar a suturar uma cabeça, nem vou ensinar a fazer um penso, mas no entanto posso ajudar a fazer um penso e os outros podem-me ajudar a fazer uma radiografia".</p> <p>- "O exercício inqualificado é um cancro na nossa profissão [...] e em todas as áreas das Tecnologias da Saúde [...]. É um cancro e estamos a tentar mudar este panorama [...] mas é difícil porque esse exercício basicamente é na privada. [...] O factor monetário da senhora da limpeza que ganha o ordenado mínimo nacional e que no intervalo faz umas radiografias fica bem mais barato que um Técnico de Radiologia [...] o que leva a manter e a criar-se postos para pessoas inqualificadas. [...] Temos o tradicional profissional que aprendeu a fazer [...] e que até faz muito segundo o Sr. Dr. Médico Radiologista [...]. Isto é problemático porque não há denúncia conveniente porque a população não tem informação [...] sobre o profissional que está à sua frente, se é ou não uma pessoa creditada para o exercício. [...] Mas este panorama vai mudar brevemente. Porque até aqui, não havia um número de Técnicos suficiente para substituir todos os inqualificados, mas daqui a um ano [...] até vai haver demais [...] e espero que comecem as denúncias".</p> <p>- "Muitas vezes eu aproveitei as necessidades do Serviço para fazer a minha auto-valorização".</p> <p>- "Nós ainda temos muita coisa para fazer ainda, além de radiografias [...] como investigação nos laboratórios [...] vender cateteres, [...] contrastes iodados, [...] instalar coisas em países subdesenvolvidos"</p> <p>- "Não tem de ser só fazer Radiologia dentro de um Hospital, há muita coisa para o Técnico de Radiologia. Ele tem de se afirmar".</p>	<p>Gênero da Profissão</p> <p>- "Tive períodos que não tive duplo emprego, exactamente pela dificuldade que tinha em conciliar duplo emprego e família".</p> <p>- "Um duplo emprego cada vez menos absorvente em termos de horário, mais flexível [...], menos idas [...] exactamente pela conciliação com a família, [...] podendo jogar entre a necessidade monetária e a necessidade da vida do dia-a-dia".</p> <p>- "O duplo emprego foi muito difícil [...] faz-se com um grande esforço, muitas vezes esquecemo-nos de nós próprios [...] vivendo muito mais em função das necessidades da família e as minhas necessidades pessoais, muitas vezes postas em 2º ou 3º ou inexistentes plano. [...]</p> <p>Abdi quei de muita coisa pessoal, que gostava de fazer [...] não havia tempo, mas consegui de certa maneira conciliar a vida familiar, principalmente a nível dos filhos, com o duplo. Tenho a vantagem de ter um marido que também é Técnico de Radiologia que [...] entende perfeitamente bem este tipo de horários, este tipo de vida e que não levanta objeções ou problemas ao tipo de vida que forçosamente a gente tem de ter. [...] E isso facilitou-me imenso, [...] pois havia uma cumplicidade das necessidades".</p> <p>- "Em termos da realização pessoal e familiar não creio que tenha gerido [...] muito mal. [...] Tenho filhos [...] e não os vejo a queixarem-se de eu ter pouco tempo para eles. O tempo não se mede em quantidade, em qualidade e [...] a parte familiar não vejo muito prejudicada".</p> <p>- "Em algumas tecnologias [...] que é selectivamente uma área das mulheres da Radiologia e muito menos dos homens que é a Mamografia; eu discordo porque a Ecografia Mamária é realizada perfeitamente por um Médico Radiologista homem porque é que a Mamografia [...], tudo bem, a manipulação é diferente na execução da Mamografia, o Técnico manipula mais do que o Médico a fazer a Ecografia, mas é uma questão de postura [...]. Também há Ginecologistas homens".</p> <p>- "Ser Técnico [...] tanto se encontra isso no sexo masculino como no sexo feminino, não acho que nós mulheres sejamos melhores nem eles sejam melhores, [...] é indiferente."</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Paula (cont.)

Categorias do Estudo

Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>“O duplo emprego trouxe-me a vantagem de trabalhar em valências que não dispunha no hospital [...] e lidar com outras tecnologias, ter uma aprendizagem profissional mais abrangente do que teria só no hospital.”</p> <p>– “A característica de se trabalhar com tecnologias é exactamente a constante evolução.”</p> <p>– “Por causa da permanente evolução do material com que nós trabalhamos, [...] as novas tecnologias, as coisas novas, [...] ninguém pode parar a formação!”</p> <p>– “Estágios, Jornadas, Congressos, Cursos e Formação em Serviço.”</p> <p>– “Muitas vezes eu aproveitei as necessidades do Serviço para fazer a minha auto-valorização.”</p>	<p>– “Em termos pessoais realizei-me profissionalmente, [...] não posso dizer que terminei essa realização, ainda tenho muitos projectos profissionais [...] para fazer.”</p> <p>– “Sempre fui uma pessoa extremamente curiosa.”</p> <p>– “(A evolução tecnológica) é esperada, [...] bem vinda [...] e continuo a querer mais.”</p> <p>– “Porque no dia que parar é na reforma e não sei se na reforma eu não irei fazer uns cursos de formação porque não vai haver uma técnica nova que eu não saiba. Isso, eu nem questiono, nem que eu vá de bengala aprender!”</p> <p>– “Ainda tenho muitos degraus para subir [...] na carreira.”</p> <p>– “A nossa profissão vai continuar a evoluir como evoluiu nestes últimos 20 anos [...] a evolução do computador é [...] uma coisa vertiginosa [...] e nós vamos ter que continuar com esta mudança.”</p>	<p>– “O duplo emprego [...] para mim foi não uma satisfação profissional, mas sim uma necessidade [...] monetária”</p> <p>– “Em termos pessoais realizei-me profissionalmente e continuo-o, não posso dizer que terminei essa realização, ainda tenho projectos profissionais para continuar, para fazer. [...] Profissionalmente eu acho que consegui fazer aquilo, que dentro do que me era possível, dentro das limitações pessoais que todos nós temos, consegui isso.”</p> <p>– “A característica de se trabalhar com tecnologias é exactamente a constante evolução. [...] e continuo a querer mais.”</p> <p>– “Não sei se na reforma eu não irei fazer uns cursos de formação porque não vai haver uma técnica nova que eu não saiba.”</p> <p>– “Em termos de carreira, [...] ainda tenho muitos degraus para subir, [...] isto em termos curriculares, [...] em termos de posição hierárquica, isto no contexto dos Técnicos de Radiologia.”</p> <p>– “Muitos Técnicos para o mercado de trabalho [...] é mais um reforço de que eu tenho que continuar a fazer formação, [...] quando há muito profissional no mercado de trabalho tem emprego quem vale mais. [...] É estimulante [...] pode fortalecer e estabelecer ainda mais o meu valor.”</p>	<p>– “O exercício inqualificado é um cancro na nossa profissão [...] e em todas as áreas das Tecnologias da Saúde [...]. É um cancro e estamos a tentar mudar este panorama [...] mas é difícil porque esse exercício basicamente é na privada. [...] Mas este panorama vai mudar brevemente. Porque até aqui, não havia um número de Técnicos suficiente para substituir todos os inqualificados, mas daqui a um ano [...] até vai haver demais [...] e espero que comecem as denúncias”.</p> <p>– “Sei que na minha profissão daqui a uns anos estamos a dizer outras coisas e este crescimento acentuado das tecnologias, da forma de trabalhar, das potencialidades do trabalho [...] é alucinante, mas alucinante. [...] Todo este percurso é natural.”</p> <p>– “Em relação aos contextos do trabalho, [...] a nossa profissão vai continuar a evoluir como evoluiu nestes últimos 20 anos. [...] Porque nós dependemos cada vez mais do computador e [...] a evolução deste é diária e constante, uma coisa vertiginosa. Portanto, nós vamos ter que continuar com esta mudança vertiginosa.”</p> <p>– “O facto de virem muitos Técnicos para o mercado de trabalho. [...] O mercado vai regular isto tudo!”</p> <p>– “Abre-se o mercado de trabalho [...] se retirarmos todos os profissionais inqualificados [...] se substituímos por profissionais, se os duplos empregos passarem a ser duplos e não triplos, quádruplos e quintos [...] o primeiro impacto nos próximos anos vai ser problemático”.</p> <p>– “Os cuidados de saúde primários vão evoluir, vai haver cada vez mais necessidades de centros de saúde com tecnologia [...] com um Serviço de Radiologia de Análises”.</p> <p>– “Mudança de mentalidade [...] o Técnico de Radiologia pode não ir para o que pensava ir trabalhar [...] tem campos de trabalho de enormes para actuar”.</p> <p>– “Temos que avançar no sentido de uma única Ordem com vários colégios [...] e cada um com a sua Associação.”</p>

Resumo da Entrevista de Pedro

Categorias do Estudo

Dimensão	Identidade e Perfil Profissional	Competências e Qualificação	Género da Profissão
<p>Trajectória Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "A vantagem do duplo emprego é o intercâmbio do pessoal e ter conhecimento do que se passa nas outras instituições." - "Quando eu entrei para a Radiologia, este era um meio muito fechado." - "Não havia comunicação entre os profissionais dos vários hospitais [...]. só nos congressos que eram poucos na altura." - "Ser técnico de Radiologia, para mim, é uma paixão e penso que para a maioria dos técnicos. É uma área que se desconhece quando se vai para a profissão mas depois e se abraçar a profissão a maior parte das pessoas, não todos mas a maior parte acaba por apaixonar-se pelo que faz." - "É uma profissão muito linda." - "Tive conhecimento da profissão por acaso. Desconhecia totalmente e entre duas opções possíveis, tive que escolher. Ou era Farmácia ou Radiologia e não tinha outras opções." - "O técnico de Radiologia devia ser uma pessoa mais dedicada e não uma pessoa a tempo parcial e a fugir dum lado para o outro." - "O técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade." - "O papel do técnico numa equipa é um papel de igualdade em relação aos outros. [...] Somos tão necessários como os outros. O nosso papel é essencial, muitas vezes sem nós não funciona." - "Temos um papel importante no bem-estar da sociedade porque contribuimos para o diagnóstico e para a terapêutica posterior." - "Condono totalmente o exercício inqualificado. [...] Já entrei em guerras com Instituições e com médicos, como membro da ATARP durante 15 anos deu-me para isso tudo." - "O exercício inqualificado mantêm-se ou agravou-se. [...] Antigamente havia exercício inqualificado porque não havia técnicos. [...] Neste momento há pessoal qualificado e há exercício inqualificado [...] e não há fiscalização suficiente. [...] As leis existem mas não há fiscalização nem a denúncia que devia haver por parte dos técnicos qualificados que muitas vezes ensinam os não qualificados a trabalhar." - "Os sindicatos queriam o 9º ano mais um curso profissional qualquer porque era do interesse deles passar as carteiras profissionais." 	<p>Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "A vantagem do duplo emprego é o intercâmbio do pessoal e ter conhecimento do que se passa nas outras instituições." - "Quando eu entrei para a Radiologia, este era um meio muito fechado." - "Não havia comunicação entre os profissionais dos vários hospitais [...]. só nos congressos que eram poucos na altura." - "Ser técnico de Radiologia, para mim, é uma paixão e penso que para a maioria dos técnicos. É uma área que se desconhece quando se vai para a profissão mas depois e se abraçar a profissão a maior parte das pessoas, não todos mas a maior parte acaba por apaixonar-se pelo que faz." - "É uma profissão muito linda." - "Tive conhecimento da profissão por acaso. Desconhecia totalmente e entre duas opções possíveis, tive que escolher. Ou era Farmácia ou Radiologia e não tinha outras opções." - "O técnico de Radiologia devia ser uma pessoa mais dedicada e não uma pessoa a tempo parcial e a fugir dum lado para o outro." - "O técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade." - "O técnico de Radiologia devia ser uma pessoa mais dedicada e não uma pessoa a tempo parcial e a fugir dum lado para o outro." - "O técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade." - "O papel do técnico numa equipa é um papel de igualdade em relação aos outros. [...] Somos tão necessários como os outros. O nosso papel é essencial, muitas vezes sem nós não funciona." - "Temos um papel importante no bem-estar da sociedade porque contribuimos para o diagnóstico e para a terapêutica posterior." - "Condono totalmente o exercício inqualificado. [...] Já entrei em guerras com Instituições e com médicos, como membro da ATARP durante 15 anos deu-me para isso tudo." - "O exercício inqualificado mantêm-se ou agravou-se. [...] Antigamente havia exercício inqualificado porque não havia técnicos. [...] Neste momento há pessoal qualificado e há exercício inqualificado [...] e não há fiscalização suficiente. [...] As leis existem mas não há fiscalização nem a denúncia que devia haver por parte dos técnicos qualificados que muitas vezes ensinam os não qualificados a trabalhar." - "Os sindicatos queriam o 9º ano mais um curso profissional qualquer porque era do interesse deles passar as carteiras profissionais." 	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - "...trabalhei em Santa Maria [...] e fiz tudo o que lá havia para fazer." - "...fiz a radiologia convencional, a urgência [...] nunca passei pela ressonância magnética." - "O técnico de Radiologia devia ser uma pessoa mais dedicada e não uma pessoa a tempo parcial e a fugir dum lado para o outro." - "O técnico de Radiologia é uma pessoa que, devido ao contacto que tem com o doente, tem que ser uma pessoa extremamente humana, extremamente atenta aos aspectos sociais, familiares das pessoas inclusive ... a tudo. [...] É uma pessoa virada para a parte sociabilizante da sociedade." - "O papel do técnico numa equipa é um papel de igualdade em relação aos outros. [...] Somos tão necessários como os outros. O nosso papel é essencial, muitas vezes sem nós não funciona." - "Temos um papel importante no bem-estar da sociedade porque contribuimos para o diagnóstico e para a terapêutica posterior." - "Condono totalmente o exercício inqualificado. [...] Já entrei em guerras com Instituições e com médicos, como membro da ATARP durante 15 anos deu-me para isso tudo." - "O exercício inqualificado mantêm-se ou agravou-se. [...] Antigamente havia exercício inqualificado porque não havia técnicos. [...] Neste momento há pessoal qualificado e há exercício inqualificado [...] e não há fiscalização suficiente. [...] As leis existem mas não há fiscalização nem a denúncia que devia haver por parte dos técnicos qualificados que muitas vezes ensinam os não qualificados a trabalhar." - "Os sindicatos queriam o 9º ano mais um curso profissional qualquer porque era do interesse deles passar as carteiras profissionais." 	<p>Género da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Nenhuma vantagem no duplo emprego. [...] é um bocado ilusão. A pessoa trabalha, pensa que ganha muito dinheiro, e ganha-se muito dinheiro! Mas é uma vida não boa. [...] não faz ninguém feliz, de certeza absoluta." - "O duplo emprego [...] levou quase à ruptura do meu casamento. Não é fácil porque se passa muitas noites fora, todos os fins-de-semana ocupados, não é fácil não ter tempo para a família, não ver crescer os filhos." - "Implicações negativas a nível de família [...] houve uma fase da minha vida que levou quase à ruptura do meu casamento [...] depois uma pessoa tem que reorganizar tudo [...] relativamente ao meu filho, estive muitas vezes ausente quando devia estar mais presente." - "Tanto homens como mulheres, podemos desempenhar todos da mesma forma, embora eu aceite que há algumas limitações que são as normais de uma mulher quando tem filhos, quando está grávida. [...] Na nossa profissão não se pode engravidar, porque ficamos fora de tudo o que é lei, fora de tudo o que é norma, fora de tudo o que é leis laborais. [...] devia-se criar uma legislação muito própria para isso. [...] Inclusivamente de paragem absoluta sem perda de direitos."

Resumo da Entrevista de Pedro (cont.)

Categorias do Estudo

Dimensão				
	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- "...Trabalhei em Santa Maria [...] e fiz tudo o que lá havia para fazer." - "No início [...] para nós a TAC era um tabu, nem nos falavam dela no curso. [...] Inclusive não nos deixavam entrar nas salas de TAC. Mas agora, e eu assisti à evolução, os técnicos foram ganhando muito terreno e ganhando poder porque ganharam o <i>know-how</i>. [...] Só evoluíram porque ganharam conhecimentos. E quanto mais conhecimentos adquirirem mais poder vão ganhar a todos os níveis. [...] Por exemplo, neste momento, na Ecografia. Um dia quando nós soubemos fazê-la, seremos nós a fazê-la." - "[...] A rotação dos técnicos começou por causa da aprendizagem de novas técnicas." - "Sem formação é impossível, somos uma profissão em movimento. Se não tivermos uma formação contínua constante paramos e não há hipótese porque a nossa profissão foi das que mais evoluiu nas últimas duas décadas." - "Sem formação contínua somos ultrapassados em pouco tempo e pelas circunstâncias." - "Eu estive na vanguarda da formação contínua. Em tempos estive minimamente ligado à escola mas foi pouco tempo. [...] Sempre estive ligado a cursos, estágios, a congressos, inclusive estive na génese da aplicação em Portugal do Programa ERASMUS." - "Fiz formação apenas por auto-realização. O serviço nunca precisou de mim." - "Os sindicatos queriam o 9º ano mais um curso profissional qualquer porque era do interesse deles passar as carreiras profissionais."</p>	<p>- "Reformei-me mas não parei. [...] Eu reformei-me devido à minha situação militar. Nenhum técnico de Radiologia se reforma com a minha idade." - "Tive uma ascensão na carreira fulgurante, foi diferente de toda a gente devido à minha condição de militar." - "[...] Mas não quero parar, inclusive tenho uns projectos na Radiologia. Projectos de investimento pessoal em áreas do país onde não existe serviços de Radiologia." - "Sempre que fui a tudo na vida, nunca me contentei como número dois. Para mim ou o um ou nada. Foi sempre o meu objectivo."</p>	<p>- "[...] Ser técnico de Radiologia, para mim, é uma paixão." - "As evoluções na profissão modificaram os meus objectivos profissionais. [...] Porque a partir de um momento a pessoa deixa de se acomodar num determinado local de trabalho porque não tem mais evolução, estagnou, e vishumbra noutros locais de trabalho uma evolução tecnológica que não vê no seu próprio local de trabalho. Portanto a pessoa acaba por ter objectivos de mudança, de evolução para outros sítios e uma procura constante." - "Reformei-me mas não parei. [...] Eu reformei-me devido à minha situação militar. Nenhum técnico de Radiologia se reforma com a minha idade." - "Tive uma ascensão na carreira fulgurante, foi diferente de toda a gente devido à minha condição de militar." - "[...] Mas não quero parar, inclusive tenho uns projectos na Radiologia. Projectos de investimento pessoal em áreas do país onde não existe serviços de Radiologia." - "Sempre que fui a tudo na vida, nunca me contentei como número dois. Para mim ou o um ou nada. Foi sempre o meu objectivo."</p>	<p>- "Quando eu entrei para a Radiologia, este era um meio muito fechado." - "É uma profissão muito linda." - "Quando acabámos o curso, em 1983, [...] decidimos conquistar a ATARP." - "Se não tivermos uma formação contínua constante paramos e não há hipótese porque a nossa profissão foi das que mais evoluiu nas últimas duas décadas." - "Perspectivo o futuro da nossa profissão como muito bom em termos de utilidade para a sociedade. Em termos laborais, vamos ter problemas, e muito graves que com o 'boom' da formação, com o aparecimento de novos cursos e Universidades de técnicos vai haver problemas e já em 2005." - "Neste momento a ATARP não se vê. Só aparece para nos pedir cotas, mas têm um trabalho invisível muito grande [...] que é a Ordem."</p>

Quadro Resumo da Entrevista de Rui

Dimensão	Categorias do Estudo	Competências e Qualificação	Género da Profissão
<p>Trajectória Profissional</p>	<p>Identidade e Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - "A profissão é uma paixão" (antigamente) o Serviço de Radiologia do Hospital [...] tinha lá alguns Técnicos cheios de mazelas [...] - "Na prática eles (os Técnicos) eram extraordinários [...] mas teoricamente [...] era mais difícil." - "O estágio era feito juntamente, o curso [...] com uma duração de cerca de 2 anos. [...] O curso era praticamente era o estágio. Depois era avaliado, o Dr. Martins da Silva" - "Escolhi a Radiologia porque dentro de todas elas [...] tem Física, Química [...] e uma série de disciplinas que as outras não têm, que me animaram [...]. A única coisa [...] que me deu mais que pensar foi as radiações, porque o Serviço de Radiologia do Hospital [...] tinha alguns Técnicos cheios com mazelas. - "O quadro do pessoal técnico dos Hospitais Civis de Lisboa era assim: Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e depois é que era os Enfermeiros, e depois os Empregados Auxiliares. Isto depois deu uma reviravolta. [...] eles organizaram-se". - "A minha mulher era Técnica de Cardiologia e eu era empregado de escritório [...]. Trabalhávamos nos Hospitais, íamos para os Hospitais, íamos para o trabalho juntos. [...] Ela levou-me ao Médico de Fisioterapia [...] e mandou-me fazer um RX aos seios perinais [...] e aquele dedo a apontar para a radiografia, conquistou-me". - "Entre para os Hospitais para a Secretária, para tentar fazer o curso. E consegui." - "O Técnico quando está a trabalhar na urgência ou seja onde for, é o dono da sala. [...] Mas Colaborar com os outros extractos profissionais é fundamental." - "Chamei a atenção a toda a gente que a nossa profissão tinha uma palavra a dizer, [...] era calada mas não era uma profissão qualquer. Não era substituível como as outras. Não éramos os melhores do mundo [...]. Mas há certas situações, [...] em que o Médico e o Técnico são insubstituíveis. Num grupo de uma geração, que eu chamo a geração de 60, a pouco e pouco fomos injectando em doses maciças prestígio. Não fui só eu, foram todos, prestígio que evoluiu muito. Foi uma revolução." - "(Os médicos) não fazem nada sem nós. Eles não prescindem de nós de maneira nenhuma." - "Nada (os hospitais) funciona sem Radiologia e Análises." - "(O Técnico deve) Arranjar ambiente para ser sempre um consultor, porque quando se gosta e quando transmite, [...] e que a pessoa receba e que aprendeu, é uma coisa muito bonita." - "(No tempo da formação da) nossa Associação, nos consultórios e clínicas onde trabalhavam os Médicos de Radiologia, onde quase todos eram meus amigos, mas não posso deixar de não dizer isso, porque acabaram por me dar razão mas têm sido um trabalho, fizeram apostas, na altura tivemos conhecimento disso, que a nossa Associação não ia ser uma realidade. [...] Eles não tinham nenhum interesse que a gente fosse para a frente. Viram o perigo. A Associação foi um grito, como é que hei-de dizer, de alarme. Um grito [...]: <i>Estamos aqui, a gente não é aquilo que vocês pensam.</i>" - "A nossa Associação foi a primeira a aparecer, depois é que apareceram as Análises Clínicas e os outros a fazerem associações porque viram que nós estávamos a ter uma projecção muito grande." - "(Um dos artigos da ATARP referia), o artigo dois: <i>"competia à Associação promover cursos documentados e com referências culturais; criar e manter publicações periódicas de carácter informativo e cultural; fomentar o intercâmbio cultural e o convívio social entre técnicos portugueses e os de países com quem Portugal mantinha relações culturais; promover a criação de uma biblioteca; estudar as melhores condições de protecção contra as radiações ionizantes no trabalho dos seus associados"</i>." - "(A ATARP segundo os estatutos devia) agir como órgão informativo ou consultivo, sempre que solicitada pela entidades competentes, a pronunciar sobre assuntos profissionais." - "Muita gente não sabe que a Associação existe. Até mesmo dentro dos próprios hospitais, dentro dos outros estratos profissionais, [...] não aparece na televisão, quando se fala de saúde, que os nossos governantes, quando falam em hospitais, só falam em Médicos e Enfermeiros. <i>'Para abrir um hospital é preciso não sei quê, Médicos e Enfermeiros'</i> - não [...], é preciso Médicos e Enfermeiros e é preciso Técnicos de Radiologia, de Fisioterapia, de Análises Clínicas, etc. Porque sem os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, principalmente os de Radiologia, não há hospital para ninguém." 	<p>Competências e Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Tentei dar aos outros aquilo que não me deram a mim (de formação)." - "As radiações fazem mal, [...] é preciso que [...] o Técnico que a manipula [...] ter o cuidado necessário." - "O Técnico quando está a trabalhar na urgência ou seja onde for, é o dono da sala. [...] Mas Colaborar com os outros extractos profissionais é fundamental." - "Pensei escrever a uma entidade que tomasse providências. Foi por isso que foi feita a Associação. Esse foi um dos pontos que, nós quando a criámos a Associação, nos interessava. Não tenho dúvida, não gosto da palavra denúncia, mas indicar que determinados serviços, determinadas clínicas onde não são utilizados dosímetros". - Inqualificados são aqueles que trabalham sem terem formação para isso. Isso ao tempo que já devia ter acabado. [...] Não há controle. E devia de haver, até porque de acordo com a Comunidade Europeia é obrigatório ter trabalhadores qualificados. Ora estamos na União Europeia, temos estas leis todas a nosso favor, porque é que o Técnico ou a Associação não mexe num problema tão grave como é esse?". - "(Os médicos) não fazem nada sem nós. Eles não prescindem de nós de maneira nenhuma." - "(O Técnico deve) Arranjar ambiente para ser sempre um consultor, porque quando se gosta e quando transmite, [...] e quando se vê que a pessoa recebeu e que aprendeu, é uma coisa muito bonita." 	<p>Género da Profissão</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Tive colegas minhas [...] que foram e são boas profissionais [...]. Há situações, tanto num homem ou como numa mulher, e um bocadinho difíceis para o homem e um bocadinho difíceis para a mulher." - "Há mentalidades tacanhas. Se a mulher está grávida tem de ser afastada da radiação. [...] Se estiver dentro do Serviço onde há radiação por todo o lado, ela vai mas é para casa. Agora se dentro do Serviço de Radiologia algum ou outro posto de trabalho em que ela possa dar uma ajuda, na marcação, não sei, possa dar uma ajuda, desde que não esteja em contacto com a radiação e desde que seja da vontade da própria dar essa ajuda. De acordo com a lei, tem de ser afastada de tudo o que diga Radiologia não sei quantos metros. Mas também não é bem assim. Desde que o serviço, como deve ser, bem protegido, desde que ela esteja a fazer um trabalho não em contacto com radiação".

Quadro Resumo da Entrevista de Rui (cont.)

Categorias do Estudo				
Dimensão	Formação Contínua	Carreira Profissional	Expectativas Pessoais	Expectativas para a Profissão
<p>Profissão e Expectativas Profissionais</p>	<p>- “Alguns de nós Técnicos começámos a tomar conta de salas, aquelas salas mais acessíveis. E ao mesmo tempo que trabalhávamos nas salas com os exames [...] mais fáceis, fomos vendo o que é que se passava nas outras mais difíceis, que era onde trabalhavam os Técnicos [...] do hospital.”</p> <p>- “É difícil transmitir os meus conhecimentos todos aos alunos [...] que ficam a ganhar e eu também fico [...] Quer dizer, tentei dar aos outros aquilo que não me deram a mim.”</p> <p>- “A escola [...] agora [...] é gerida por Técnicos da especialidade, as aulas são dadas por Técnicos da especialidade, tudo isso nós ambicionámos e batemo-nos e fomos trabalhar como monitores para que a escola avançasse. De certa maneira foi isso que nós fizemos.”</p> <p>- “É fundamental andarmos em todos. Eu fiz 26 cursos [...] Uns feitos pela Associação, outros por laboratórios como a ACF/A.”</p> <p>- “Por cada vez que há uma inovação, [...] deviam todos actualizarem-se. Existe a escola e a Associação que continuam a ter um papel muito importante nesse aspecto. É fundamental. Então, tem alguma graça estarmos a trabalhar num serviço e aparecer um colega novo que, entre aspas, sabe mais do que nós? É errado, a todos os níveis, incluindo a chefia.”</p> <p>- (A formação foi) primeiro pela paixão e, segundo, por necessidade.</p>	<p>- “Para subir de categoria, em Portugal, para ser Técnico tive de fazer exame, tive de dar aquelas disciplinas todas e fiz exame.”</p> <p>- “Cada vez que aparecia uma nova técnica [...]. Profissionalmente era mais uma vitória.”</p>		<p>- “Esta profissão foi a que mais avanços teve.”</p> <p>- “Fala-se da qualidade da saúde, sobre qualidade dos Enfermeiros, dos Médicos, [...] e nunca aparece lá Técnicos. Ninguém, nem da Radiologia nem das Análises Clínicas, não aparece nada.”</p> <p>- “Por mim só falta uma coisa, [...] ainda não vi um Técnico com formação a fazer relatórios.”</p> <p>- “O Técnico tem tal maneira em se valorizar que eles (os Médicos) têm receio”.</p> <p>- “Por cada vez que há uma inovação, [...] deviam todos actualizarem-se. Existe a escola e a Associação que continuam a ter um papel muito importante nesse aspecto. É fundamental.”</p> <p>“Muita gente não sabe que a Associação existe. Até mesmo dentro dos próprios hospitais, dentro dos outros estratos profissionais, [...] não aparece na televisão, quando se fala de saúde, que os nossos governantes, quando falam em hospitais, só falam em Médicos e Enfermeiros. ‘Para abrir um hospital é preciso não sei quê, Médicos e Enfermeiros’ – não [...], é preciso Médicos e Enfermeiros e é preciso Técnicos de Radiologia, de Fisioterapia, de Análises Clínicas, etc. Porque sem os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, principalmente os de Radiologia, não há hospital para ninguém.”</p> <p>- “Dar a conhecer ao país que existe a nossa profissão que é fundamental num serviço de saúde.”</p>

ANEXO 3

Quadro de Categorias

Sistemas de Categorias do Estudo					
Dimensão - Profissão e Expectativas					
Identidade e Perfil Profissional	Competências e Qualificação na Profissão	Género	Formação	Carreira Profissional	
<p>Identidade prof.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento - Ausência de... - Necessidade de Sociedade - Matrícula Prof. - Carência - Descrécio - Valências Prof. - Eufemismo (nem todos os prof. Executam todas as valências) - Feminismo (matrícula é uma valência exercida por M) - Variedade (valências) - Profissão - Influência familiar - Desprestígio Independente/Dependente. - Pátrio - Intercâmbio - Grande passado - Venturas (composição) - Medicina - Diag/Temp. - Ciênc. Nat. - Tecnologia - Remuneração - Baixa - Duplo emprego - Existência - Diminuição - Ausência - Qualificação - Ausência - Ausência - Existência - Evolução - Carreira Prof. - Lucras - Mudanças - Progresso - Categorização - Associação - Identidade - Trabalho Invisível - Papel na soc. <p>Perfil Prof.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissional - Competente - Tolerante - Humano - Gusto - Respeito - Equipa - Integração - Especializado - Responsabilidade - Gestão - Representatividade - Independente (na excepção técnicas) - Dependente (de cursos profissionais) - Técnica - Aprendizagem - Saber fazer, Saber - saber e Saber estar 	<p>Competências</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação (Saber - Saber) - Aprender - Ensinar (os colegas e alunos) - Formação Contínua - Combustivo - Profissional (Saber Fazer) - Humano - Bom Desempenho - Feminismo - Curiosidade - Cap. de Observação - Gestão - Investigação - Monitorização - Representatividade - Exames de Diag. - Alitude Profissional (Saber Ser) - Humildade - Afirmação - Trabalho de equipa - Poder de decisão - Respeito - Reconhecimento <p>Qualificação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício Qualificado - Associação - Certificação - Exercício Inqualificado - Associação (papel da mesma na luta contra a inqualificação) - Diminuição - Lei - Formação - Salário - Origen - Aplicação Radiações 	<p>Género</p> <p>Género como mecanismo de segregação entre pares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duplo Emprego + homens - Vantagens - Salário - Intercâmbio (entre profissionais) - Desvantagens - Família (conselheira trabalho família) - Profissão (essencialmente) - Feminina - (e) Desprestígio - Carreira prof. - Diferenças H/M - Oportunidades (diferentes) - Gravidez - Igualdade H/M - Violência Simbólica - Dominação masculina - Chefias homens - Oportunidades de carreira + H/M 	<p>Formação</p> <p>Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Académica - Deficiente - Estruturação - Profissional - Estágios - Jornadas - Congressos - Cursos - Estágios - ERASMUS - Contínua - Responsabilidade (do profissional) - Circunstâncias de formação profissional - Foro Pessoal - Auto-realização - Serviço - (necessidades) - Foro Profissional - Cargos Chefia - (conquista) - Reconhecimento - (social) - Carreira - (progresso) - Associação - (papel na formação) - Tecnologia - (evolução) - Estruturação - (saber) - Responsabilidade - (do profissional) - Aquisição - (novas tecnologias, novos métodos de trabalho) - Disponibilidade - (falta de disponibilidade para a formação devido à família e ao duplo emprego) 	<p>Carreira Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Início da Carreira - Influência Familiar - Choque com a realidade profissional - Ausência de perspectiva de alcance de cargo de gestão. - Curiosidade. - Desenvolvimento da Carreira - Neutralidade dos acontecimentos ao longo de todo o percurso. - Desenvolvimento de projectos. - Publicações. - Procura de formação adequada. - Optimismo. - Medo (evolução) - Docente. - Gestor. - Final da Carreira - Causo. - Auto-realização. - Condensação do Serviço. - Gestor. - Progresso rápida na carreira. - Fora da Carreira - Auto-realização. - Reforma. 	<p>Expectativas pessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Superar: - Realização pessoal. - Acompanhamento da Evolução Tecn. - Auto-realização Profissional. - Evolução na Carreira - Formação Contínua - Motivação (impulsionada pelos colegas mais jovens). - Melhorar a prestação dos cuidados de saúde e do Serviço de Imagiologia) <p>Expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frustradas: - Orientação para o Urente (dos cuidados de saúde prestados) - Evolução académicas - Duplo emprego (por necessidade monetária) - Progresso na Carreira profissional - Reforma - A realidade da Escola ser muito diferente da realidade do mercado de trabalho) - Vertente do ensino - Desânimo e cansaço da vida profissional - Ingresso no quadro hospitalar - Humilhação dos profissionais da mesma classe <p>Necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento Social - Estruturação da Carreira Profissional - Estruturação do ensino da Radiologia <p>Expectativas para a profissão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Superar: - Evolução Tecnológica - Melhorar a qualidade de vida (no trabalho) dos Técnicos <p>Frustradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanização dos Cuidados de Saúde. - A participação da Associação na Sociedade. - Exercício Inqualificado (existência) - Carência de conhecimentos por parte dos Técnicos mais jovens - Ausência de dignificação profissional - Ausência de Reconhecimento dos saberes oriundos das Escolas, dos novos profissionais que entram no mercado. <p>Necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maturidade Profissional. - Necessidades - Formação contínua e académica - Mudança de mentalidades - Reconhecimento Social - Implementação de uma Ordem e dos Colégios. - Ampliação do Mercado de trabalho. - Acompanhamento da evolução tecnológica. - Representatividade Social nos órgãos de gestão hospitalar. - Dignificação profissional. - Evolução dos cuidados de saúde primários.

