

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
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

EXERCÍCIO PROFISSIONAL, RECONHECIMENTO SOCIAL E IDENTIDADES: OS ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO DA PROFISSIONALIDADE DO ORTOPTISTA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luís Fernando Gaspar Salgueiro

Orientador:

Professor Doutor Domingos Afonso Braga

Évora

Novembro de 2007

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
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

EXERCÍCIO PROFISSIONAL, RECONHECIMENTO SOCIAL E IDENTIDADES: OS ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO DA PROFISSIONALIDADE DO ORTOPTISTA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luís Fernando Gaspar Salgueiro

Orientador:

Professor Doutor Domingos Afonso Braga



165-807

Évora

Novembro de 2007

EXERCÍCIO PROFISSIONAL, RECONHECIMENTO SOCIAL E IDENTIDADES: OS ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO DA PROFISSIONALIDADE DO ORTOPTISTA

RESUMO

A actividade profissional dos Ortoptistas, a nível internacional em Inglaterra no início do século XX e em Portugal na década de sessenta, começou por ser exclusivamente centrada numa única actividade, a ortóptica. Devido à evolução técnico científica da Oftalmologia, assistiu-se nos últimos anos a uma redefinição da actividade profissional dos Ortoptistas. As transformações referidas motivaram ao longo dos anos diversas mudanças das concepções adquiridas na formação de base, que conduziram a mudanças das práticas executadas pelos Ortoptistas em contexto de trabalho.

O interesse em compreender e aprofundar o referido cenário em transformação, motivou a realização de um estudo de carácter exploratório descritivo, fundado numa estratégia de abordagem dum estudo de caso pelo método qualitativo de forma a responder às seguintes questões de investigação: *Como é que Ortoptistas, com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a actual realidade profissional e de forma perspectivam o futuro da profissão? Como percebem a relação entre os saberes da formação de base e o exercício profissional? Como é que se identificam com a profissão, como percebem o reconhecimento social da profissão e o seu posicionamento no mercado de trabalho?*

Identificam-se em primeira instância como profissionais de saúde, revelam ainda uma identidade mais marcante relacionada com a sua actividade profissional mais distintiva, a ortóptica, e o indício de uma identidade visada com os técnicos superiores de saúde. Os Ortoptistas são um grupo profissional em mudança, marcado por realidades particulares a cada contexto profissional sem indícios de uma estratégia colectiva. A actividade profissional dos Ortoptistas portugueses historicamente centrada no sector público está em transformação, o mercado de trabalho é cada vez mais no sector privado. Esta mudança provocou a expansão e investimento para novas áreas de intervenção, por este facto as ópticas são cada vez mais o local de trabalho mais viável e a refração uma actividade em expansão.

Palavras-chave: Identidades profissionais, Ortóptica, Ortoptistas, Tecnologias da Saúde

PROFESSIONAL PRACTICE, SOCIAL ACKNOWLEDGEMENT AND IDENTITIES: THE AREAS FOR DEVELOPING ORTHOPTISTS' PROFESSIONALITY

ABSTRACT

The professional practice of orthoptists begun in England in the early 20th century (in Portugal: 1960s), and was then entirely centred on a single activity: orthoptics. Due to the scientific and technical progress of ophthalmology, the past few years have witnessed a redefinition of the professional practice of orthoptists. Transformations promoted, throughout the years, various conceptual changes on the content of basic training, which led to changes in the practice of orthoptists in the workplace.

An interest in understanding and probing this setting undergoing transformations led to the development of a exploratory-descriptive study, based on the strategy of approaching a case study by a qualitative method, in order to answer the following research questions: *How do orthoptists (in the public and/or private sector), educators, and orthoptics trainees see current professional realities, and how do they foresee the future of this profession? How do they see the relationship between knowledge provided in basic training and professional practice? How do they relate to the profession, how do they see the social acknowledgement of the profession and its positioning regarding employment?*

They see themselves first and foremost as healthcare professionals; they present an even more marked identity associated with their most distinctive profession - orthoptics - and there are indications of an identity aligned with advanced health care technicians. Orthoptists are a professional group undergoing change, marked by the specific realities of each professional context, without indication of a collective strategy. The professional practice of Portuguese orthoptists, which historically has been centred in the public sector, is undergoing transformations: employment is every more often in the private sector. This change has caused expansion and investment towards new intervention areas; thus, opticians are ever more often the most viable workplace, and refraction is a burgeoning activity.

Keywords: professional identities, orthoptics, orthoptists, health care technologies

AGRADECIMENTOS

À Sónia acima de tudo e todos, sem ela não teria dado o primeiro passo, sem o seu apoio nada teria sido possível, sem as suas ameaças talvez não tivesse chegado até aqui.

À memória do meu padrinho que perdi a meio desta caminhada. Foi um duro golpe que transformei em força anímica para agora lhe poder escrever este agradecimento. É o último tributo que lhe posso prestar depois de tudo o que fez por mim. Esteja onde estiver, sei que está orgulhoso.

A toda a minha família pelo apoio e compreensão, sempre me incentivaram do primeiro ao último minuto.

Ao professor Domingos Braga pela paciência e profissionalismo. Foi o orientador que necessitava, sempre disponível para me aconselhar, com calma e sabedoria, criticou justamente o que não estava correcto, mas nunca deixou de me incentivar e indicar o melhor caminho a tomar. Obrigado professor.

Aos meus colegas de trabalho porque me suportaram em momentos críticos, porque me ajudaram quando deles precisei e acima de tudo pela confiança que depositaram em mim. Sem eles não seria possível chegar aqui. A todos um profundo agradecimento.

Aos ortoptistas e alunos entrevistados, a matéria-prima deste trabalho. Nos dias agitados em que vivemos nem sempre é fácil conciliar agendas, a disponibilidade, e em alguns casos o prazer demonstrado em colaborar neste trabalho, deixam-me honrado e agradecido.

ÍNDICE

Resumo	3
<i>Abstract</i>	4
Agradecimentos	5
Índice de Quadros	9
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – <i>ESTADO DAS ARTES</i>	14
1 – Sociologia das Profissões – principais paradigmas / abordagens teórico(a)s	14
1.1 - Paradigma Funcionalista	15
1.2 - Paradigma Interaccionista	17
1.3 - Paradigma do Poder	19
1.3.1 – Desprofissionalização	22
1.3.2 - O Hospital e o Poder das Profissões	24
1.4 - Paradigma Sistémico	28
1.5 - As Identidades Profissionais	33
1.5.1 - Os processos de formação das identidades sociais e profissionais	33
1.5.2 - As transformações sociais e as identidades profissionais dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica – o caso particular dos Técnicos de Cardiopneumologia	42
2 - O Estágio Curricular – Rumo ao Mundo do Trabalho	47
CAPÍTULO II - <i>ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ORTOPTISTAS EM PORTUGAL</i>	53
1 - Origens e evolução da Ortóptica	53
2 - A Ortóptica e os Ortopistas em Portugal	54
2.1 - A evolução do processo formativo e exercício profissional dos ortoptistas em Portugal	54

2.2 - Associação Portuguesa de Ortopistas e a importância do Associativismo profissional	58
3- Enquadramento histórico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL)	63
CAPÍTULO III – METODOLOGICA	66
1 - Perguntas de Investigação	66
2 - Objectivos de Investigação	67
3 - Tipo de Estudo	68
4 – Unidade de análise	69
5 - Técnicas de recolha de dados	69
5.1 - Critérios de selecção dos entrevistados	71
6 - Técnicas de análise de dados	73
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS	76
1 – Caracterização da amostra	76
2 – Reconhecimento Social e Identidade Profissional	78
2.1 - Apresentação do Ortopista na sociedade	78
2.2 - Reconhecimento no ambiente profissional	81
2.3 – Reconhecimento na sociedade	82
2.4 – Designação do Título profissional (Ortopista)	83
2.5 – A licenciatura	86
2.6 – Actividade da APOR	87
2.7 – Argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social	88
3 – Formação e Exercício Profissional	90
3.1 – Relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional	91
3.2 – Contributo da licenciatura	95

3.3 – Actuação das diferentes gerações de profissionais	97
3.4 – Solicitações profissionais público e privado	99
3.5 – A ortóptica como área nobre	100
3.6 – Principais áreas de intervenção no futuro	102
3.7 – A intervenção dos Ortoptistas, Optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão	104
3.8 – Actividade da APOR	108
3.9 – Aspectos positivos para escolher a profissão	111
3.10 – Aspectos negativos para escolher a profissão	112
3.11 – Perspectivas para o futuro	113
4 – Poder profissional	115
4.1 – Fontes de poder profissional identificadas	116
4.2 – O poder profissional dos Ortoptistas	120
4.3 – O poder médico	121
4.4 – A influência das administrações	122
CONCLUSÕES	123
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	137
Anexo I – Guião da Entrevista	138
Anexo II – Tratamento dos dados das entrevistas	143

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Resumo dos temas, categorias e subcategorias da entrevista	74
Quadro II – Distribuição dos Ortoptistas que acumulam actividade pública e privada por hospitais	76
Quadro III – Distribuição do número de ortoptistas pelos anos de experiência Profissional	77
Quadro IV – Categorias e subcategorias do tema reconhecimento social e identidade profissional	78
Quadro V – Categorias e subcategorias do tema formação e exercício profissional	90
Quadro VI – Categorias e subcategorias do tema poder profissional	115

INTRODUÇÃO

A investigação apresentada conducente a dissertação de mestrado, insere-se no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, especialização em Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária, leccionado em parceria pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL).

O tema abordado emergiu e tomou forma a partir da experiência profissional sob duas vertentes. A primeira, devido à prática diária enquanto Ortopista e inserido no contexto profissional de um hospital público, e numa segunda vertente relacionada com formação dos Ortopistas, enquanto docente e monitor de estágio do Curso Superior de Ortóptica. A experiência pessoal e a interactividade com colegas e alunos estagiários, a partilha informal de diferentes pontos de vista e diferentes perspectivas de futuro, contribuíram de forma decisiva para a investigação efectuada.

O Ortopista é um profissional de saúde, autónomo e independente, goza de enquadramento legal próprio pelos Decretos-Lei n.ºs. 261/93 de 24 de Julho, 320/99 de 11 de Agosto e 564/99⁽¹⁾ de 21 de Dezembro, intervém na área da saúde da visão, devidamente habilitado com o Curso Superior de Ortóptica ou equivalente legal.

A actividade profissional dos Ortopistas, iniciada a nível internacional em Inglaterra no início do século XX e em Portugal na década de sessenta, começou por ser exclusivamente centrada numa única actividade, a ortóptica (Poças, 1992), ciência que estuda e reabilita a visão binocular e as suas anomalias. No entanto, como referem Manuel Oliveira, Ilda Poças e Gracinda Alves (2004) a redefinição da actividade da Ortóptica, desencadeada pela evolução técnico científica da Oftalmologia, exigiu o alargamento do ensino e da intervenção dos profissionais às novas áreas complementares de diagnóstico, deixando o Ortopista de actuar exclusivamente como

(¹) Decreto-Lei 564/99 artigo 5º alínea k de 21 de Dezembro, com a seguinte redacção: Ortopista – desenvolvimento de actividades no campo do diagnóstico e tratamento dos distúrbios da motilidade ocular, visão binocular e anomalias associadas; realização de exames para correcção refractiva e adaptação de lentes de contacto, bem como para análise da função visual e avaliação da condução nervosa do estímulo visual e das deficiências do campo visual; programação e utilização de terapêuticas específicas de recuperação e reeducação das perturbações da visão binocular e da subvisão; acções de sensibilização, programas de rastreio e prevenção no âmbito da promoção e educação para a saúde;

reeducador da visão binocular, alargando a sua actividade às novas tecnologias complementares de diagnóstico no âmbito da saúde da visão.

Graça Carapinheiro e Maria de Lurdes Rodrigues (1998) referem que o seu estudo “Profissões: Protagonismos e Estratégias” se enquadra num cenário de mudança social da sociedade portuguesa fruto da especificidade da história recente e simultaneamente da integração de Portugal na comunidade europeia em 1986. A oftalmologia portuguesa, bem como todas as restantes especializações médicas não ficaram imunes a estas transformações marcantes no decorrer das últimas décadas. Este quadro político e económico-social proporcionou uma constante inovação tecnológica, à qual a Oftalmologia e a Ortóptica se têm vindo a adaptar no sentido de responderem ao contexto de evolução.

As transformações referidas motivaram ao longo dos anos diversas redefinições das concepções adquiridas na formação de base, que conduziram a mudanças das práticas executadas pelos Ortopistas em contexto de trabalho. Ilda Poças refere especificamente sobre a actividade da Ortóptica: “tem vindo a assistir-se a um forte desenvolvimento da actividade da Ortóptica constituindo-se como coadjuvante indispensável da Oftalmologia moderna, sobretudo no tratamento das perturbações da visão binocular. Nas últimas décadas assiste-se a um grande movimento a nível mundial de redefinição da actividade da Ortóptica” (1992:15). Simultaneamente ao nível do ensino: “Os planos de estudo dos cursos de Ortóptica encontram-se na generalidade em reestruturação, tendo em atenção a evolução futura do desenvolvimento técnico e científico, as exigências cada vez maiores no âmbito profissional e bem assim a sua adequação ao estatuto de ensino superior universitário.” (Poças 1992:17).

A transformação e redefinição da actividade profissional de uma profissão por norma contemplam duas dimensões referidas por Ilda Poças, o ensino e o contexto profissional. Sobre este assunto, David Tavares (2007) considera que as mudanças da actividade profissional, das respectivas estratégias profissionais e das identidades profissionais são impulsionadas a partir do sistema de ensino, principalmente ao nível do ensino superior (Tavares, 2007). Assim sendo, o estágio de aprendizagem, integrado no curso de base, corresponde a um espaço interactivo entre duas realidades: o ensino e o exercício profissional. É no decorrer do estágio que as práticas profissionais, o corpo teórico de saberes e o exercício profissional se articulam, se confrontam e se moldam. Tal como refere Wilson Abreu (2001), as crescentes análises sociológicas dos processos de formação e socialização dos profissionais de saúde localizam-se essencialmente nas

unidades hospitalares, dado que o hospital continua a ser um espaço fundamental, “quer no que se refere à produção de cuidados quer no que concerne à formação dos profissionais de saúde” (Abreu, 2001: 59).

A escassa literatura sociológica produzida sobre profissões em Portugal (Carapinheiro e Rodrigues, 1998) tem na área da saúde, com excepção a alguns trabalhos sobre a enfermagem ou a medicina um vasto campo praticamente desconhecido na análise sociológica em Portugal, o campo emergente das tecnologias da saúde (Tavares, 2007). Investigar em terrenos pouco explorados não constituiu uma razão para desistir, foi acima de tudo um incentivo para continuar.

Face ao exposto, as questões orientadoras para a investigação foram as seguintes: Como é que Ortopistas, com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a actual realidade profissional e de forma perspectivam o futuro da profissão? Como é que Ortopistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a relação entre os saberes da formação de base e o exercício profissional? Como é que Ortopistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, se identificam com a profissão, como percebem o reconhecimento social da profissão e o seu posicionamento no mercado de trabalho?

Pretendeu-se com esta investigação de um modo global: conhecer as estratégias profissionais e identitárias nos diferentes campos/ espaços de construção da profissionalidade dos Ortopistas. Pretendeu-se ainda em particular: Identificar, que percepção têm os Ortopistas, com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, sobre as perspectivas de recomposição dos saberes da formação de base, face à relação entre estes saberes e o exercício profissional actual. Identificar que percepções têm os Ortopistas sobre o reconhecimento social da profissão e das suas implicações com o poder profissional. Perspectivar o futuro da profissão face às mudanças das políticas de saúde, aos avanços técnico-científicos na área da Oftalmologia, e identificar as suas implicações para os Ortopistas, no mercado de trabalho da saúde da visão.

Este trabalho inicia-se com esta introdução, à qual se seguem quatro capítulos de desenvolvimento. No capítulo I, intitulado o Estado das Artes, enquadra-se a

investigação através do quadro teórico dos principais paradigmas da sociologia das profissões e de uma breve abordagem teórica sobre o estágio de aprendizagem. O capítulo II contextualiza o ensino e exercício profissional da Ortóptica, ao nível nacional e internacional. O capítulo III, a Metodologia, descreve as perguntas, os objectivos da investigação, o tipo de estudo, as unidades de análise e as técnicas de recolha e análise de dados. No capítulo IV procede-se à análise e tratamento dos dados obtidos, e por último, apresentam-se as conclusões, onde são sugeridas eventuais linhas de investigação para futuros estudos e consideradas algumas limitações do trabalho efectuado.

CAPÍTULO I

O ESTADO DAS ARTES

1 - SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES – PRINCIPAIS PARADIGMAS/ABORDAGENS TEÓRICO(A)S

Ao projectar o foco de um estudo sobre uma profissão, torna-se premente a revisão dos principais paradigmas teóricos, a identificação dos autores que lhes estão associados no âmbito da sociologia das profissões, mas fundamentalmente a descrição dos principais conceitos que lhes dão corpo.

A sociologia das profissões, tal como refere João Freire (2002) pode considerar-se um “ramo” da ciência denominada sociologia, implicando o termo “ramo” uma derivação, mantendo contudo as características da sua origem. Dentro desta lógica, a sociologia do trabalho ou a sociologia das organizações entre outras, são também ramos da sociologia. A tradução de sociologia das profissões deriva do inglês *sociology of the professions*, estando a palavra *profession* em francês, associada às profissões liberais e sábias como os médicos e os juristas.

Recuando na história, a origem do termo profissão surge no ocidente na Idade Média, por volta do século XI, a partir das corporações, cujo trabalho dos seus elementos era considerado uma arte. As corporações tinham os seus regulamentos, aos quais os seus elementos emitiam a sua “profissão de fé” em rituais cerimoniosos. A cerimónia incluía um juramento com os seguintes compromissos: observar as regras; guardar os segredos e prestar honra e respeito aos jurados, controladores eleitos e reconhecidos pelo poder Real (Dubar, 1997)

Na abordagem da sociologia das profissões, as definições de profissão, profissional ou profissionalismo são o ponto de partida para a construção do debate sociológico produzido neste ramo da sociologia. João Freire (2002) define profissão como a actividade desenvolvida por um trabalhador em termos individuais. A diferenciação de uma profissão relativamente a outras actividades ou ocupações assenta sob pilares fundamentais como a especificidade, a especialização, aprofundamento e competência. A discussão sociológica em torno dos vocábulos “profissão” e “ocupação” remonta aos anos trinta, a partir de autores norte americanos (Freire, 2002). A

verdadeira demarcação de uma profissão das restantes actividades ou ocupações, aceite por diversos cientistas dedicados à sociologia das profissões, como Carr-Saunders, Parsons, E. Hughs, T. Johnson, M. Larson, M. Maurice, entre outros, pode resumir-se aos seguintes critérios (Freire, 2002:320-321)

- uma formação escolar (pós básica) prolongada e exigente;
- uma especialização aprofundada do conhecimento e o domínio técnico da sua aplicabilidade prática;
- a noção de um serviço benéfico prestado á colectividade;
- a faculdade do julgamento individual sobre os actos técnicos específicos da profissão e correspondente responsabilização legal;
- um acesso restrito e controlado ao exercício da profissão;
- um controlo colegial dos profissionais sobre esse acesso e sobre as condições do seu exercício;
- um reconhecimento oficial, público, da profissão.

A história da sociologia das profissões não se restringe a este conjunto de critérios orientadores a partir dos quais se caracterizam as diferentes profissões. Diferentes paradigmas teóricos vinculam diferentes abordagens, diferentes quadros conceptuais. A este respeito destacam-se as seguintes abordagens teóricas: Paradigma Funcionalista, Paradigma Interaccionista, Paradigma do Poder; Paradigma Sistémico e o Paradigma das Identidades Profissionais.

1.1 – Paradigma Funcionalista

Para Carr-Saunders e Wilson em 1934, uma profissão emerge quando um número definido de pessoas começam a executar uma técnica fundada sobre uma formação especializada, respondendo a necessidades sociais (Rodrigues, 1997:7). Desta abordagem, uma das primeiras do conceito de profissão, ressaltam os seguintes requisitos e características gerais para uma profissão: especialização de serviços com o objectivo de satisfazer uma clientela específica, criação de uma formação específica, de forma a conceber um corpo sistemático de teorias, permitindo a aquisição de uma cultura profissional e por último, criação de associações profissionais cujos principais

objectivos seriam a demarcação entre pessoas qualificadas e não qualificadas e fixação de códigos de conduta e de ética para as pessoas qualificadas (Rodrigues, 1997).

Estes autores podem considerar-se como percursores da abordagem funcionalista das profissões. Os seus princípios generalistas constituíram o mote para o posterior desenvolvimento de novos trabalhos no decorrer das décadas seguintes. Maria de Lurdes Rodrigues (1997:8-13) destaca os seguintes autores: Parsons (1939; 1951; 1964;1968), Goode (1957), Barber (1965), Millerson (1964), Maurice (1972) e Chapoulie (1973). Na óptica de Maria Lurdes Rodrigues (1997), de todos os trabalhos desenvolvidos pelos autores referidos, destacam-se três pressupostos que definem o conceito de profissão através do paradigma/abordagem funcionalista:

- o estatuto profissional resulta do saber científico e prático e do ideal de serviço, corporizados por comunidades formadas em torno do mesmo corpo de saber, dos mesmos valores e ética de serviço;
- reconhecimento social da competência alicerçada numa formação longa;
- as instituições profissionais como resposta a necessidades sociais.

A mesma autora refere ainda que, a existência de um conjunto de elementos estruturais ou instituições que organizam os grupos profissionais:

- as escolas e instituições de formação superior, uma vez que transmitem o corpo de conhecimentos e constituem importantes instituições de socialização dos profissionais;
- as associações profissionais, que promovem e orientam os valores da profissão para a sociedade, e desenvolvem a sua acção no sentido de manter ou aumentar a autonomia e autoridade dos profissionais;
- o sistema de licenças que protege a autoridade e prestígio profissionais e assegura o controlo social.

Mais recentemente, em 1982, Merton, citado por Maria Lurdes Rodrigues (1997:13-14) acrescenta aos três pressupostos generalistas descritos anteriormente, a distinção entre funções latentes e manifestas. As primeiras são consideradas como reproduções do grupo, as segundas como realização de um ideal de serviço, Merton

considera estas duas dimensões nas organizações profissionais, nas suas políticas de formação, nos processos através dos quais uma organização se transforma numa organização fechada, provocando a segregação social e a burocratização das carreiras. O mesmo autor considera ainda que as profissões estão enraizadas numa tríade de valores humanos: saber, fazer e ajudar (Rodrigues, 1997).

1.2 – Paradigma Interaccionista

A produção de novos estudos sobre a sociologia das profissões, que se distanciavam e reequacionavam as premissas das teorias funcionalistas, provocou a emergência de um novo paradigma: o paradigma interaccionista.

Hughes, em 1958, aplica os conceitos de licença e mandato, considerando que licença é a autorização legal de exercício de certas actividades interditas a outros, enquanto que mandato é a obrigação em assegurar uma função específica. A fixação de um mandato perante a sociedade por uma ocupação, assegura a sua transição para o estado profissional, a ocupação passa a profissão, e esta fixação ocorre através de um processo social. Estes conceitos são para Hughes, citado por Maria Lurdes Rodrigues (1997:15-16), os pontos-chave que distinguem trabalho profissional de outras actividades ou ocupações. Esta distinção compreende que as principais diferenças entre uma profissão e uma ocupação são:

- existência de autorização e mandato sobre saberes “sagrados” e secretos, confiados pela autoridade;
- existência de instituições destinadas a proteger o diploma e a manter o mandato, funcionando como intermediárias entre o Estado e os profissionais e entre estes e o público;
- existência de carreiras, cuja função é de diferenciação/hierarquização e socialização.

A profissionalização consiste no processo que afasta uma ocupação do amadorismo. Este processo pode ocorrer quando se conjugam diversos factores, como as mudanças tecnológicas e organizacionais, o aumento dos níveis de qualificação das ocupações ou a emergência e desenvolvimento de actividades que requerem um número crescente de profissionais, como a saúde ou educação, onde certas tarefas eram

desenvolvidas em regime de amadorismo, e por esse motivo, no domínio de ambas as actividades, têm surgido regularmente novas profissões (Rodrigues, 1997).

Historicamente, muitas profissões surgem a partir de mudanças institucionais e dos conflitos gerados entre os grupos ocupacionais intervenientes. Esta circunstância justifica que, para Hughes, é mais importante identificar as circunstâncias que transformam uma ocupação numa profissão, do que definir o conceito de profissão. A análise interaccionista incide nas interações e nos conflitos, nos meios e recursos mobilizados, focando-se no papel jogado pelas reivindicações e os discursos sobre o saber (Rodrigues, 1997).

O aumento dos níveis de formação é para Hughes um factor decisivo no processo de profissionalização. A centralidade de todo o processo está localizada nas instituições escolares: “Hughes identifica as escolas como instituições centrais nos processos de profissionalização, uma vez que, nos conflitos de disputa de áreas de trabalho entre grupos ocupacionais, o recurso mais importante é o aumento dos níveis de qualificação, a instituição de currículo. A formação e as escolas transformam-se efectivamente, em instituições que atribuem licenças para trabalhar numa ocupação, estabelecendo a distinção entre os verdadeiros profissionais e os leigos.” (Rodrigues, 1997: 17)

Bucher e Strauss, em 1961 e Desmarez em 1986, são para Maria de Lurdes Rodrigues (1997) exemplos de autores para os quais a relação entre o paradigma funcionalista e o paradigma interaccionista se caracteriza pela interacção e complementaridade das duas abordagens.

No entanto, estes autores não deixaram de vincar as diferenças em relação ao paradigma funcionalista, considerando que a homogeneidade, a partilha de identidades, valores, e interesses dentro das diversas comunidades, fruto dos processos de socialização sofrido nas instituições de formação, vinculadas pelo paradigma funcionalista não eram características lineares das diversas profissões. Para os autores referidos, as profissões são constituídas por grupos, cujos elementos foram formados em diferentes instituições, com diferentes metodologias, factos que determinam a existência de diferentes interesses no seio da profissão, geradores de conflitos, mudanças e redefinições dentro do grupo e fora dele (Rodrigues, 1997).

Em 1964, Wilensky, através dos seus trabalhos no âmbito da abordagem interaccionista das profissões, construiu uma das definições de profissionalização mais

frequentemente citadas no âmbito da sociologia das profissões. Este autor define assim profissionalização: “Sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até ao estágio do profissionalismo.” (Rodrigues 1997: 21).

Wilensky concebeu o seu conceito de profissionalização através da análise dos processos evolutivos de 18 ocupações que adquiriram o estatuto de profissão⁽²⁾, tendo verificado a existência das seguintes etapas (Rodrigues, 1997:21-22):

- passagem de actividade amadora a actividade a tempo inteiro;
- estabelecimento do controlo sobre a formação;
- criação de associação profissional, cujas principais funções são a definição das tarefas essenciais, a gestão dos conflitos internos entre membros com diferentes recursos de formação e a gestão dos conflitos com outros grupos que desenvolvem actividade semelhante;
- protecção legal;
- definição do código de ética.

O conceito de profissionalização de Wilensky largamente aceite e citado, seria criticado por Abbott em 1991, considerando este autor que as profissões evoluem em muitas direcções, a ritmos e com sequências diferentes ao nível local e nacional, deste modo não faz sentido o conceito de profissionalização.

1.3 – Paradigma do Poder

A abordagem das profissões através da perspectiva do paradigma do poder iniciou-se nos anos 70, pela introdução na linha analítica do estudo das profissões de conceitos como peritagem (*expertise*), autonomia profissional, credencialismo, monopólio ou controlo (Freire, 2002).

Johnson, em 1972, seria o primeiro autor a defender a abordagem do estudo das profissões pelo paradigma do poder (Rodrigues, 1997). O conceito de profissionalismo,

(²) Para além da importante definição de profissionalização, Wilensky definiu também profissão do seguinte modo: “profissão como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que os seus serviços são os únicos aceitáveis.” (Rodrigues, 1997: 20).

desenvolvido por Johnson, é definido como um particular tipo de controlo ocupacional, considerando o autor, a existência de três tipos de controlo ocupacional: colegial, patrocinato e mediado.

O controlo profissional do tipo colegial, o produtor/profissional possui a capacidade de definir as necessidades do consumidor e de as satisfazer. No que concerne ao controlo profissional do tipo patrocinato, é o próprio consumidor que define as suas necessidades e a forma de as resolver. O controlo profissional mediado caracteriza-se pela relação produção/consumo ser mediada, por norma pela intervenção do Estado, onde a definição das necessidades e a forma de as resolver poderá assumir diferentes modalidades (Rodrigues, 1997).

Para este autor, o principal recurso ou fundamento do poder profissional, consiste no contributo que cada profissão confere às funções globais do capital, como a produção de lucro, a realização de capital, ou a reprodução de relações sociais que assegurem a manutenção do modo de produção de capital.

Johnson contribuiu de forma determinante para o alargamento do campo de observação das profissões. Através das suas teorias, o estudo das profissões foi alargado, deixou de ser visto de uma forma estritamente interna, passando a integrar o estudo das interacções externas, nomeadamente com a estrutura de classes da sociedade envolvente e acima de tudo com o Estado (Rodrigues, 1997).

Freidson, é um autor incontornável quanto à abordagem do paradigma do poder, uma vez que através dos seus trabalhos, desenvolvidos desde a década de setenta até aos anos noventa, foi introduzindo ao debate no âmbito da sociologia das profissões uma série de conceitos fundamentais na abordagem do poder profissional (Rodrigues, 1997; Carapinheiro, 1993; Freire, 2002). Para Freidson, o conceito de profissionalização, é concebido da seguinte forma:

“...processo pelo qual uma ocupação - organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado;” (Rodrigues, 1997:50-51).

O modelo de análise concebido por este autor, coloca o poder profissional no centro do triângulo formado pelos três principais recursos ou fontes de poder

profissional, *expertise* (monopólio de conhecimentos), autonomia técnica e credencialismo.

A autonomia técnica, dentro de uma esfera de actividade, potencia a soberania individual do trabalhador, permitindo-lhe em diferentes situações controlar informações importantes, conferindo-lhe mais poder profissional, uma vez que possui um monopólio de conhecimentos, tornando-se assim um *expert* numa determinada área de actividade.

O credencialismo, ou *gatekeeping*, constitui a segunda maior fonte de poder profissional para Freidson (Rodrigues, 1997), e consiste no mecanismo que permite às profissões deter posições e controlar os domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que os clientes/público pretendem ver resolvidos.

O modelo teórico, subjacente à análise do poder profissional de Freidson, é estruturado a partir da ligação entre determinadas tarefas para as quais existe procura num mercado, e a formação fornecida pelos sistemas de educação que conferem credenciais, permitindo assim o acesso privilegiado dos trabalhadores ao mercado de trabalho. A combinação das credenciais, ocupacionais ou institucionais ⁽³⁾ e a formação permitem o acesso a um mercado de trabalho profissional protegido (Rodrigues, 1997).

A definição do mercado de trabalho protegido obtém-se a partir de um processo de negociação complexo. Este processo compreende na óptica de Freidson, os seguintes pontos (Rodrigues, 1997:53):

1. definição como essencial de uma particular tarefa/actividade na divisão do trabalho;
2. reivindicação de que uma dada tarefa/actividade só pode ser realizada adequadamente por trabalhadores com particulares competências(*expertise*);
3. negociação com outros grupos ocupacionais que realizem tarefas/actividades situadas em zonas de fronteira ou sobreposição;
4. desenvolvimento de estruturas formais que envolvam instituições de formação e de credenciação.

Freidson, em 1994, define o poder das profissões da seguinte forma: “ uma capacidade para realizar determinadas espécies de trabalho. (as profissões) distinguem-

(3) Freidson distingue as credenciais ocupacionais, as que envolvem licenças, graus, diplomas e certificações, das credenciais institucionais, conferidas por instituições de educação superior ou outras instituições profissionais que fornecem formação teórica ou prática (Rodrigues, 1997)

se a si próprias de outras ocupações pelas tarefas particulares de que se reclamam e pelo carácter especial do conhecimento e aptidão requeridos para as executarem. A autoridade do saber é central para o profissionalismo e isso é expressado e veiculado por vários agentes e instituições: não é meramente contingente na relação cliente-profissional ou nas actividades oficiais das associações” (Rodrigues, 1997: 53)

No final dos anos setenta, 1977, Larson, na sua perspectiva do poder das profissões, desenvolve alguns conceitos fundamentais na obtenção de poder profissional. Temos assim, a aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado e a obtenção de credenciais através da educação universitária. Nos seus trabalhos, a ênfase do poder profissional é colocada sobretudo no controle de mercado, no monopólio e no fechamento sobre um mercado de serviços profissionais (Rodrigues, 1997).

A autora considera que a manutenção da segmentação monopolista é conseguida através de dois aspectos fundamentais: o controlo de acesso à profissão, através do controlo do sistema de ensino e pela protecção de mercado, devido ao sistema de licenças.

Larson concebe a profissionalização como um processo que visa construir um monopólio de saberes e competências, garantindo um mercado de clientela para a sua aplicação, requerendo apoio e protecção do estado (Carapinheiro, 1993:72). A profissionalização ou controlo de mercado encontra-se alicerçada na ordem de recursos escassos, de conhecimentos e competências próprias, de forma a conservar a escassez e o fechamento, obtendo deste modo recompensas económicas e sociais (Rodrigues, 1997).

1.3.1 - Desprofissionalização

A partir do debate suscitado pelas diferentes abordagens teóricas do poder das profissões, surgiram também trabalhos questionando o poder dos profissionais (Haug e Oppenheimer ambos em 1973), nomeadamente a verdadeira capacidade de exercerem ou influenciarem a vida política e as instituições.

Em contraponto às teorias da profissionalização, Haug, em diversos trabalhos (1973, 1975 e 1977) considera a desprofissionalização como uma tendência crescente. Considera assim que as profissões têm tendência a perder poder, autonomia, e autoridade, justificando esta tendência pela menor passividade dos consumidores, a par

da crescente escolarização e informação. O contexto para a desprofissionalização ocorre devido á convergência de vários factores, dos quais se destacam: os processos de codificação da informação, representados pelo crescimento exponencial do uso do computador; o ataque de paraprofissionais à existência do credencialismo; a tendência crescente para que os profissionais se tornem menos humanistas e liberais mais burocratas e tecnicistas; crescente crítica e responsabilização social. A este contexto, Haug acrescenta ainda a massificação de diplomados e a conseqüente perda de qualidade do ensino, o desenvolvimento e aplicação de novas tecnologias associado aos processos de codificação do conhecimento anteriormente referidos, o aumento da participação política, a aproximação dos níveis de conhecimento entre profissionais e cliente, e por último, as reacções da sociedade à autoridade baseada no conhecimento, com o intuito de exercer cada vez mais controlo sobre as profissões (Rodrigues, 1997). O conceito de desprofissionalização é definido por Haug do seguinte modo:

“a perda pelas ocupações profissionais das suas qualidades únicas, particularmente do seu monopólio de conhecimento, da crença pública do *ethos* de serviço e das expectativas de autonomia no trabalho e de autoridade sobre o cliente” (Rodrigues, 1997: 70)

Segundo a autora, a desprofissionalização, ou desaparecimento das “profissões”, não significa o desaparecimento dos *experts*. Haug considera a existência de uma diferença conceptual entre profissional e *expert*, em termos de autonomia e poder. Ao *expert* são solicitadas a opinião, o parecer e as recomendações, ficando a decisão de tomar o parecer recomendado ao cliente/consumidor. Relativamente ao profissional as suas considerações, devido á pressão social, são consideradas a última palavra. A autora considera que no futuro existirão cada vez mais *experts*, e menos profissionais, cabendo a selecção das alternativas ao cliente, tendencialmente com um papel mais activo e menos expectante (Rodrigues, 1997).

As críticas aos trabalhos de Haug e às suas teses da desprofissionalização foram surgindo progressivamente nos anos oitenta, Chauvenet (1988), considera que mais do que a desprofissionalização, é a hierarquia e *status* dentro de cada grupo profissional que afectam a organização do trabalho. Greer (1982) e Couture (1988) criticam os trabalhos de Haug, considerando que sobrequalificação e desqualificação são duas faces da mesma moeda. Freidson estabelece também algumas críticas às teses de Haug, considerando que a autora ignora os fenómenos económicos e organizacionais, centra demasiado as atenções nos movimentos e expectativas dos consumidores, esquecendo a

análise e observação do trabalho dos profissionais. Considera ainda que não é tão próxima a distância entre os níveis de conhecimento dos profissionais e consumidores, uma vez que o conhecimento do público é geral e não especializado, mantendo-se a distância entre profissionais e consumidores dado o aumento elevado dos conhecimentos especializados dos profissionais (Rodrigues, 1997).

1.3.2 - O Hospital e o Poder das Profissões

Nas profissões de saúde, o conceito de poder surge invariavelmente conotado com a profissão médica, de igual modo o hospital surge como o campo mais propício para o estudo do poder nos profissionais de saúde. Graça Carapinheiro (1993), em *“Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares”* delimita o campo para a sua investigação ao hospital, visto tratar-se de uma organização moderna e complexa, onde interagem doentes e inúmeros profissionais de saúde, constituindo-se assim um campo de extrema importância social.

Turner em 1987, refere que o hospital é uma instituição central nos sistemas de saúde modernos, referindo ainda que simboliza o poder social da profissão médica. Larson, em finais dos anos setenta, considerava que hospitais e universidades conferiam um elevado poder social à profissão médica, levando a um aumento do impacto social da tecnologia médica nas sociedades (Carapinheiro, 1993).

Para Goss e Smith, dentro de uma organização hospitalar, existe um sistema dual de autoridade, baseado por um lado no poder e autonomia profissional que os médicos detêm, e por outro na existência de uma estrutura administrativa burocrática. Temos assim a autoridade racional/legal da administração *versus* a autoridade carismática dos médicos (Carapinheiro, 1993:46).

Weber classifica os diferentes tipos de autoridade, considerando a autoridade racional/legal como característica das sociedades modernas, e apresenta como principais características: obediência às regras formais; existência de uma máquina judiciária e administrativa; a autoridade dos superiores hierárquicos não depende da tradição nem do carisma; a função, a autoridade, a hierarquia e a obediência são concebidas e organizadas através da aplicação da razão organizacional. Quanto à autoridade carismática caracteriza-se por ser exercida por quem é capaz de demonstrar que detém carisma, o líder surge como o detentor desse carisma, é simultaneamente uma autoridade instável, transitória e revolucionária, o conflito entre o líder carismático e a

autoridade tradicional e racional é inevitável (Carapinheiro, 1993). Smith, citado por Carapinheiro (1993: 46-47) considera que os médicos usam a sua autoridade carismática alicerçada no saber, que cura doenças, salva vidas e simultaneamente nas competências técnicas que lhes permitem defender e exigir privilégios profissionais.

Na década de sessenta, Perrow citado por Carapinheiro (1993:59), ao estudar os objectivos de uma organização e dos diferentes grupos, profissionais, ou não profissionais que a integram, identificou diferentes objectivos entre a organização e os diferentes grupos particulares existentes. Aos objectivos oficiais da organização, Perrow denominou *official goals*, enquanto os objectivos de grupos particulares, foram denominados de objectivos operatórios (*operative goals*). O hospital enquanto organização de saúde, traduz de uma forma bastante evidente esta realidade, se por um lado se podem considerar como objectivos oficiais, o tratamento, a cura ou a recuperação da doença, coexistem em simultâneo os objectivos particulares dos diferentes grupos profissionais, que nem sempre contribuem para atingir os objectivos oficiais (Carapinheiro, 1993:59).

Ainda o mesmo autor considera que os diferentes grupos profissionais, que controlam uma organização num dado momento, são os que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas. As tarefas difíceis, são as tarefas que não podem ser rotineiras e não podem ser executadas por pessoas com baixos níveis de qualificação. Por outro lado as tarefas críticas são as tarefas sem as quais a organização não consegue trabalhar, são as que representam o principal problema a ultrapassar por uma organização num determinado momento da sua história (Carapinheiro, 1993:59). Nesta lógica, Perrow, considera que o poder de controlo inerente a cada grupo profissional de uma organização, depende das tarefas difíceis e críticas que executam num dado momento da história da organização, e cuja influência, ajuda a determinar as decisões correspondentes aos objectivos racionais da organização (Carapinheiro, 1993).

Considerando as prerrogativas de Perrow, Graça Carapinheiro (1993), identifica na organização hospitalar portuguesa os médicos e administradores como detentores das tarefas mais difíceis e críticas. Desta forma, definem objectivos operatórios de poder, desenvolvendo projectos de especialização médica e técnica no caso dos médicos, e projectos de racionalização para controlo e coordenação da gestão do hospital por parte dos administradores. Em suma, as características dos grupos, que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas, determinam as políticas hospitalares e os objectivos organizacionais (Carapinheiro, 1993:59-60).

Freidson em 1970, tal como Hall no início dos anos oitenta, consideravam que o conceito de profissionalismo da literatura anglo-saxónica integrou na sua construção o conflito com o conceito de burocracia racional/legal de Weber (Carapinheiro, 1993:51). Freidson (1986), considera que o conflito não é um conflito de racionalidade, mas um conflito de autoridade, uma vez que na burocracia, a autoridade dos superiores assenta na sua posição formal, em detrimento das suas competências ou qualidades, tal facto origina um choque com os profissionais, uma vez que estes só aceitam como fonte de autoridade a competência, gerada pelo saber formal e pela especialização técnica.

Existe assim uma dicotomia de autoridade para uma organização hospitalar, tal como consideram Goss e Smith, a autoridade administrativa “arbitrária”, e a autoridade com origem na especialização técnica e no poder profissional. Deste modo, profissionais com elevado estatuto profissional e social tendem a dominar mais uma organização social do que a autoridade administrativa. Simultaneamente, algumas características dos serviços de saúde como a rigidez, o mecanicismo, o autoritarismo e a coordenação inadequada, provêm essencialmente da organização profissional em detrimento das características burocráticas (Carapinheiro, 1993:52-53).

Na óptica de Graça Carapinheiro (1993), através das diversas contribuições de Freidson, pode afirmar-se que a única profissão verdadeiramente autónoma no domínio da saúde é a profissão médica, sendo esta autonomia sustentada no saber e competência técnica, em consequência, os médicos dirigem e avaliam o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem serem objecto de direcção e avaliação de ninguém (Carapinheiro, 1993:53-54).

Parkin em 1979, referia que a exigência de requisitos educacionais que muitas vezes não têm correspondência com as necessidades profissionais, servem como estratégias de exclusão, de modo a restringir o acesso às profissões e aos privilégios que lhes estão associados. Estas estratégias são garantidas pelo Estado, uma vez que este confere às profissões a possibilidade de conceder licenças profissionais (Carapinheiro, 1993).

Turner, citado por Carapinheiro (1993:72-73), distingue três modos de dominação médica: subordinação, limitação e exclusão.

Como exemplo de subordinação temos a natureza do trabalho da enfermagem, uma vez que esta é definida a partir da natureza do trabalho médico.

A limitação é exercida de modo a conter e restringir os domínios de acção profissional, de grupos que não têm os mesmos conhecimentos de medicina mas têm competências equivalentes, obtidas em circuitos fora das universidades, como os oculistas e os odontologistas que rivalizam com os respectivos profissionais com formação de medicina. As posições de poder e influência política detidas pelos médicos em todos os órgãos que registam e atribuem licenças, são determinantes para limitar e eliminar a possível concorrência na obtenção de clientelas.

A exclusão manifesta-se sobre todas as práticas médicas que se praticam e se definem em alternativa à medicina oficial. Todos os procedimentos baseados na tradição são rejeitados pelo corpo legítimo das ciências médicas.

Em qualquer um destes três modos de dominação, ressalta o exercício do espírito corporativo, a conservação da autonomia profissional e social e o desenvolvimento de um corpo sistemático de conhecimentos, permitindo manter os doentes num estado de dependência e simultaneamente de distância social.

Nos estudos publicados em 1976 e 1980, Foucault debruçou-se sobre o que designou de “regime do saber”, mais particularmente, sobre como circula o saber, como funciona e quais as suas relações com o poder (Carapinheiro, 1993). Para este autor, citado por Carapinheiro (1993:77-78), poder e saber funcionam numa relação de correlação e não de causalidade, implicando-se mutuamente, sugerindo que o poder é produtivo e só pode ser compreendido na sua materialidade e no seu funcionamento quotidiano. A compreensão das relações de poder exige uma análise das formas de resistência que lhes são oferecidas e os esforços produtivos para decompor essas relações. Ainda o mesmo autor referindo-se às instituições, considera-as como campos de análise privilegiados das relações de poder, dado que concentram várias e diversificadas formas de relações de poder.

A existência de um corpo de conhecimentos científicos constitui a base do poder das profissões, que quando sujeitas a um processo de rotinização e desqualificação pode provocar uma perda ou diminuição de poder de uma profissão. No campo da saúde, mais precisamente nos aspectos relativos ao poder médico, esta situação pode verificar-se pela lógica de desenvolvimento dos saberes, ou quando há uma extrema especialização das práticas médicas assentes no manuseamento de tecnologia.

O poder médico, tal como afirma Graça Carapinheiro (1993) pode considerar-se um poder-saber, que face às diferentes especializações se podem considerar diferentes saberes-poderes médicos (Carapinheiro, 1993:75). Ainda a mesma autora e relativamente ao sistema de saúde português, afirma que o saber dos enfermeiros pode ser considerado como um saber periférico, restringindo assim o seu poder a um subpoder, cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico (Carapinheiro, 1993: 79).

1.4 - Paradigma Sistémico

Maria de Lurdes Rodrigues (1997) e João Freire (2002) consideram que Abbott contribuiu de uma forma importante para o debate da sociologia das profissões através da sua obra: *The Sistem of Professions: An Essay on Division of Expert Labour*. Os autores referidos consideram tratar-se de uma obra decisiva na construção de um novo paradigma teórico-metodológico, que incorpora os anteriores paradigmas. O trabalho de Abbott anteriormente referido analisa o processo através do qual as ocupações ganham, mantêm, ajustam ou perdem a sua jurisdição exclusiva sobre determinadas tarefas, e os factores funcionais envolvidos nesse mesmo processo (Freidson, 2001:6).

Abbott estabelece cinco pressupostos assentes na crítica aos conceitos de profissão e profissionalização tradicionalmente aceites no âmbito da sociologia das profissões, a partir dos quais formula o novo paradigma (Rodrigues, 1997: 94-95):

1. o estudo das profissões deve centrar-se nas áreas de actividade sobre as quais detêm o direito de controlar a prestação de serviços – jurisdições -, isto é, no tipo de trabalho que desenvolvem e nas condições de exercício da actividade, e não apenas nas suas características culturais e organizacionais.
2. as disputas, os conflitos e a competição em áreas jurisdicionais constituem a dinâmica de desenvolvimento profissional, pelo que a história das profissões é a história das condições e consequências da apresentação de reclamação de jurisdição, por parte dos grupos ocupacionais, sobre áreas de actividade que já existem, são criadas ou estão sob o domínio de qualquer grupo.

3. as profissões existem no conjunto do sistema ocupacional e não como entidades isoladas, pelo que a sua abordagem deve considerar o sistema de interdependência que caracteriza as relações entre os grupos profissionais.
4. o principal recurso na disputa jurisdicional e a característica que melhor define profissão é o conhecimento abstracto controlado pelos grupos ocupacionais: a abstracção confere capacidade de sobrevivência no competitivo sistema de profissões, defendendo de intrusos, uma vez que só um sistema de conhecimento governado por abstracção permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas.
5. os processos de desenvolvimento profissional são multidireccionais, não se podem sustentar as teses de tendência (profissionalização ou desprofissionalização).

Abbott desenvolve **três níveis de análise**. Num primeiro nível, a análise centra-se no processo e nas condições do estabelecimento e manutenção de jurisdição, as estruturas que suportam as pretensões de jurisdição através das quais estas são apresentadas, avaliadas e discutidas; num segundo nível, as fontes de mudança no interior do sistema, a partir de mudanças na composição interna de cada profissão, determinam transformações de poder e legitimidade nessas mesmas profissões; por último as fontes de mudança exteriores ao sistema, como as mudanças macrossociais no conhecimento, nas tecnologias e nas organizações (Rodrigues, 1997).

Relativamente ao primeiro nível, Abbott considera que a natureza de um dado trabalho sofre interferências dos grupos competidores, provocando vulnerabilidade das jurisdições. As diferentes actividades profissionais actuam de modo a resolver problemas humanos, problemas cuja resolução compete ao grupo de *experts/peritos*. Os problemas assumem um carácter objectivo caso surjam a partir de imperativos naturais e tecnológicos, ou subjectivos, quando são impostos culturalmente. A principal diferença entre um problema objectivo e subjectivo é estabelecida pela possibilidade da sua resolução através do trabalho cultural (Rodrigues, 1997).

O diagnóstico, inferência e tratamento, são três actos da prática profissional que corporizam o trabalho cultural de uma profissão (Rodrigues, 1997:95). O diagnóstico e

o tratamento, são actos de mediação e de gestão da informação, que clarificam e simplificam o trabalho profissional, tornando-o mais compreensível, as suas características podem provocar vulnerabilidades na jurisdição profissional.

A inferência é um acto puramente profissional, ocorre quando a conexão entre o diagnóstico e o tratamento é obscura. A influência sobre a vulnerabilidade jurisdicional é exterior a esta, determinada por factores como a emergência de grandes clientes, a transferência de trabalho profissional para grandes organizações, mas acima de tudo pelo desenvolvimento do conhecimento académico. O conhecimento académico constitui o elemento chave, sobrevalorizando a consistência lógica e a racionalidade face à clareza prática e a eficácia, deste modo, são os académicos que ditam o saber-fazer profissional.

Abbott considera que o saber académico realiza três tarefas: legitimação, investigação e instrução. No entanto a definição de jurisdição não se encerra na construção de actos de *expertise*, de saber-fazer e da sua justificação cognitiva, torna-se premente o reconhecimento social da estrutura cognitiva através de direitos exclusivos, como: o monopólio da prática profissional, o pagamento público dos serviços, o direito de autodisciplina, o controlo da formação e recrutamento das licenças (Rodrigues, 1997:97).

A enorme inconsistência entre a realidade pública e as situações de trabalho implica o atingimento da vida profissional e a estrutura de jurisdição. A fixação de jurisdição, ou seja a proibição legal de outros grupos ou indivíduos desenvolverem o trabalho pode atingir diferentes níveis, a jurisdição total, por subordinação, interdependência de grupos ou controlo de parte do trabalho do outro grupo.

A jurisdição total é baseada no poder do conhecimento abstracto. A subordinação apresenta grandes vantagens para o grupo com jurisdição total, uma vez que permite delegar e/ou transferir trabalho de rotina, no entanto a gestão torna-se difícil, uma vez que os subordinados ao assimilarem os modos de execução do grupo dominante tendem a subverter a fixação de jurisdição. Deste modo, o sucesso depende de uma simbólica complexa, como o uso de títulos, uniformes, actos de exclusão e de coerção. A interdependência de grupos é um reflexo da divisão de jurisdição e ou divisão do trabalho, é um reflexo do complexo desenvolvimento de tarefas tornando-se a sua manutenção difícil devido aos processos de assimilação entre grupos.

A organização social de uma profissão compreende três componentes: os grupos, as instituições de controlo, como as escolas ou códigos de ética e as situações de trabalho.

A fixação de jurisdição por parte dos grupos profissionais visa o controlo social e o controlo cognitivo. O controlo cognitivo é legitimado pelo conhecimento formal no trabalho através do desenvolvimento das tarefas. O controlo social “joga-se” nas reivindicações activas no local de trabalho ou nos campos de opinião pública.

Abbott propõe ainda um segundo e terceiro níveis de análise, nomeadamente as forças internas ao sistema, corporizadas pelo desenvolvimento de novos conhecimentos ou de saberes-fazer, e as forças externas, decorrentes de alterações tecnológicas, nas organizações ou ainda devido a factores naturais ou culturais. As forças externas são geradoras de perturbações/distúrbios no sistema provocando mudanças no seu interior, são absorvidas pela profissionalização ou desprofissionalização ou através da estrutura interna de grupos já existentes (Rodrigues, 1997:99).

As diferenças internas constituem mecanismos muito importantes na dinâmica do sistema. Abbott considera a existência de quatro grandes tipos de diferenças internas: estatuto intraprofissional; por clientes; organização do trabalho; padrões de carreira (Rodrigues, 1997:99).

Sintetizando cada uma das diferenças internas anteriormente citadas, o estatuto intraprofissional, caracteriza-se pelo facto dos profissionais com mais alto estatuto trabalharem no mais puro ambiente profissional, mais próximos do conhecimento (académicos, consultores, etc.), inversamente surgem os profissionais mais afastados do conhecimento. são profissionais mais próximos dos clientes com os quais são necessários compromissos.

A diferenciação por clientes, caracteriza-se pela distinção (intraprofissional) criada a partir do alto estatuto do cliente, tornando mais fácil para o profissional o diagnóstico e tratamento, afectando deste modo a prática profissional.

As situações de trabalho podem variar face á dimensão e ao tipo de organização, devido à relação profissional ou estatuto jurídico estabelecido ou devido à distribuição de tarefas “impuras” a determinados segmentos da profissão, que podem provocar a degradação do grupo profissional, diferenciando-o com diferentes posições de *status* e de poder.

Os padrões de carreira, podem ser oficiais, ou não oficiais, no essencial os padrões de carreira são um mecanismo de resposta às flutuações na procura e gestão demográfica, os grupos dividem-se assim entre a administração e gestão, serviços de governo ou no ensino.

No seu modelo, Abbott refere que o fortalecimento ou enfraquecimento de jurisdição consideram a influência da estrutura, os actos de abstracção do conhecimento e o grau de diferenciação interna. O poder é considerado apenas um recurso e não um factor essencial, papel esse atribuído ao sistema de conhecimento, particularmente na “eficácia e eficiência das suas aplicações, com base nas quais se fundamentam as escolhas dos clientes” (Rodrigues, 1997:102).

Abbott conceptualiza o poder profissional a partir de fontes diversas como a jurisdição subjectiva, a protecção do Estado ou a aliança com diversas classes profissionais. Considera ainda o exercício do poder nos campos de jurisdição, legal, público e situação de trabalho, no entanto refere que nunca é um poder absoluto visto que durante algum tempo as profissões têm diferentes graus de dominação, cuja influência ajuda nos conflitos jurisdicionais, no entanto não é um poder impenetrável.

Abbott propõe uma abordagem dinâmica das profissões, enquadrando o seu modelo na crescente especialização e divisão do trabalho, onde idealmente cada ocupação realiza determinadas tarefas, considerando uma realidade pautada por inúmeros conflitos na disputa de áreas de actividade. As relações entre as ocupações são “reguladas” a partir da resolução dos conflitos que vão surgindo.

Dentro do sistema de profissões, Abbott, estabelece as condições gerais e os recursos usados nos processos de fixação e de mudança jurisdicional, considerando o processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção das áreas jurisdicionais das ocupações (Rodrigues, 1997:104):

- a natureza das tarefas (diagnóstico, tratamento e inferência) e a estrutura intelectual que articula diagnóstico e tratamento, que é o centro da aprendizagem profissional;
- as estruturas que suportam as reclamações e através das quais são desenvolvidas ou avançadas, avaliadas e fixadas as jurisdições;
- factores históricos e culturais que podem fazer variar as características do sistema ocupacional e afectar a extensão da competição.

Relativamente às fontes de mudança no sistema, Abbot considera (Rodrigues, 1997:104):

- diferenciação interna, mudanças tecnológicas e organizacionais que criam e destroem novas actividades sobre as quais as profissões pretendem exercer o controlo;
- mudanças culturais que afectam a forma pela qual a pretensão jurisdicional é avançada e legitimada.

Em última análise, os diversos paradigmas da sociologia das profissões encontram-se integrados na abordagem da Abbott. Das teorias funcionalistas Abbott retém a importância do conhecimento como traço característico das profissões. Do paradigma interaccionista, Abbott recupera primordialmente o interaccionismo simbólico de Hughes, os conceitos de segmentação intraprofissional e de processo, constituintes fundamentais na percepção da base social dos conflitos intraprofissionais. Do paradigma do poder Abbott recupera conceitos essenciais para a análise de resolução de conflitos, a ênfase atribuído ao poder torna-se mais evidente na análise da fixação do poder nas arenas pública e legal (Rodrigues, 1997).

1.5 - As Identidades Profissionais

1.5.1 – Os processos de formação das identidades sociais e profissionais

Claude Dubar considera que a partir da década de oitenta se verificou o reaparecimento das identidades como objecto de estudo privilegiado das ciências sociais (Tavares, 2007: 23). António Firmino da Costa, relativamente ao uso recorrente do termo identidade, afirma que a problemática da identidade se tornou invasora no âmbito das ciências sociais, nos círculos de produção intelectual erudita ou nos discursos correntes do quotidiano. Para este autor, em muitos casos faz-se do vocábulo identidade “uma utilização expedita, apriorística e reitificada, como se tivesse significado evidente, inequívoco e partilhado, e como se a expressão fosse em si mesma auto-explicativa, bastando introduzi-la num argumento para produzir de imediato elucidação de qualquer coisa.” (Tavares, 2007: 24). João Freire (2002) enaltece também o desenvolvimento do

estudo dos grupos profissionais através da dimensão das identidades, referindo ainda tratar-se de um paradigma recente e importante na investigação sociológica das profissões.

A construção das identidades deve ser entendida numa perspectiva plural, uma vez que se faz através de processos de integração e diferenciação, unidade e diversidade próprias do contexto onde são produzidas. Tal como refere David Tavares, parece ser um dado adquirido que as identidades sociais são definidas pelo facto dos atributos e afinidades comuns a um grupo se sobreporem às diferenças observáveis no interior desse mesmo grupo, no entanto não pode ser considerada a associação entre identidade e homogeneidade, porque a construção da identidade social de um grupo se gera a partir da diferenciação interna inerente a esse mesmo grupo (2007: 25)

Dentro da problemática das identidades, a identidade profissional é estruturada a partir de aspectos comuns que se colocam de forma semelhante a todos os elementos de um grupo sócio profissional, no entanto a diferenciação interna, devida por exemplo à hierarquia, produz formas múltiplas de identidade. As identidades profissionais não constituem, tal como as identidades sociais blocos homogéneos, uma vez que congregam no seu interior grupos heterogéneos devido: às diferentes áreas em que é desenvolvida a actividade profissional, às diferentes técnicas e metodologias utilizadas, às diferentes concepções acerca do modo de exercer a actividade profissional, às diferentes condições de trabalho, às relações interprofissionais ou às diferentes inserções na forma como se processa a divisão do trabalho (Tavares, 2007).

Os processos de identificação são sempre situacionais e históricos, os actores constroem as suas percepções e representações sociais em determinados lugares históricos e institucionais específicos (Tavares, 2007). Neste sentido, Dubar (1997) considera que as identidades sociais e profissionais não são mais do que um produto de sucessivas socializações.

A socialização inicial ocorre, tal como Piaget afirma, durante a infância e é determinante na construção e desenvolvimento de regras, valores e sinais. Esta socialização contribui também para a atribuição de referências culturais, a partir das quais os grupos identificarão o seu grupo de referência e de pertença.

As socializações ulteriores sucedem-se com base nas disposições adquiridas no decurso da socialização inicial. Berger e Luckmann, afirmam que a socialização contínua, “é inseparável, das mudanças estruturais que afectam os sistemas de acção e

induzem reconversões periódicas das identidades previamente constituídas das construções mentais que lhes estão associadas” (Dubar, 1997: 239).

A construção das identidades profissionais ocorre predominantemente em duas instâncias socializadoras, as instituições escolares de ensino superior e as instituições onde decorre o exercício profissional. Relativamente aos domínios mencionados, escolar e profissional, Dubar considera-os centrais nas sociedades contemporâneas, uma vez que através da formação adquirida no ensino superior (bacharelato ou licenciatura), se obtém peso e legitimidade social, enquanto o domínio profissional atribui estatuto social (Tavares, 2007).

As instituições escolares de ensino superior iniciam o processo de construção social da identidade profissional e inequivocamente representam um papel de suma importância, onde se difundem e reproduzem importantes componentes da cultura e identidade profissional. Nas instituições escolares são transmitidos sentimentos e valores sociais fundamentais para o desempenho futuro da actividade profissional, como os aspectos morais, éticos e deontológicos, a adopção de determinada postura de apresentação ao público, e a postura perante outros profissionais, perante os colegas ou perante os doentes (Tavares, 2007: 35). Tal como afirma Dubar (1997), a formação das instituições de ensino superior intervém nas dinâmicas identitárias muito para além do período escolar.

O período de formação na instituição escolar de ensino superior define, segundo Anne Van Haecht, um “mínimo de pré identidade profissional”. Posteriormente em contexto de trabalho ocorre uma redefinição de valores relacionados com os preceitos éticos e relacionais, como a aquisição de valores sociais, as atitudes julgadas apropriadas entre os utentes e colegas, a relação com as hierarquias e o desempenho de papéis sociais. A redefinição de valores em contexto profissional origina frequentemente rupturas com a aprendizagem escolar. As referidas rupturas foram verificadas em diversos estudos sociológicos, que constataram que as práticas largamente adoptadas pelos profissionais são descoincidentes com as representações práticas defendidas pelos professores, evidenciando a dicotomia entre o “modelo prático” do mundo do trabalho e o “modelo ideal” das instituições de ensino (Tavares, 2007: 37-38).

Dubar defende o seu ponto de vista sociológico relativamente às identidades sociais e profissionais, afirmando que: “as identidades sociais e profissionais, típicas não são nem expressões psicológicas de personalidades individuais, nem produtos de

estruturas de políticas económicas que se impõem a partir de cima, elas são construções sociais que implicam a interacção entre trajectórias individuais e sistemas de emprego, sistemas de trabalho e sistemas de formação.” (Dubar, 1997: 239).

David Tavares refere que os processos de identificação de um grupo profissional, “não se restringem às representações subjacentes à forma como os membros desse grupo se (auto) identificam (relativamente a um “nós”), mas articulam-se igualmente com o modo como o grupo é representado por “outros” que não se inserem nesse grupo e pelas formas como o grupo é identificado do ponto de vista institucional.” (2007: 29). Relativamente aos diferentes ângulos de identificação apresentados, José Madureira Pinto citado por David Tavares (2007: 30), considera que existe a auto identificação e a identificação feita por outros, esta última poderá causar um efeito de produção de identidade a partir de uma projecção de identidades alheias, sobretudo quando a essa projecção resulta da influência dos meios de comunicação social.

Dubar (1997) classifica os processos mencionados em dois processos heterogéneos que concorrem para a produção de identidades profissionais, o processo biográfico, a identidade para si, e o processo relacional, comunicacional, a identidade para o outro, ambos os processos se interferem mutuamente, isoladamente não são suficientes para a análise das identidades profissionais.

Sobre o **processo identitário biográfico**, é importante referir que um indivíduo, antes de se identificar com um grupo profissional, vai desde criança assimilando uma série de identidades, como a identidade sexual, a identidade étnica, e uma identidade de classe social, todas estas dimensões de identidades, são provenientes dos seus pais, ou dos respectivos educadores.

Cronologicamente, a relação com a mãe é a primeira identidade vivida pela criança, segue-se a escola primária, um momento decisivo para a construção de primeira identidade social. Os professores e pares, as *performances* escolares, assim como, as pertenças étnicas, religiosas, profissionais e culturais dos seus pais determinam a profundidade desta primeira identidade social.

Importa no entanto realçar que um dos acontecimentos mais importantes para a identidade social é o momento da saída do sistema escolar e o confronto com o mercado de trabalho, constituindo-se como uma fase essencial na construção da identidade autónoma (Dubar, 1997: 113). O confronto com o mercado de trabalho constitui um

verdadeiro desafio identitário, a primeira identidade profissional para si, não é definitiva, visto ser frequentemente confrontada com as transformações tecnológicas, organizacionais ou de gestão de emprego das administrações. O emprego é cada vez menos considerado estável, refutando-se cada vez mais a estabilidade, os jovens necessitam de desenvolver estratégias pessoais de apresentação de si, têm de aprender a vender-se, procurando a melhor forma de sobreviver no mundo volátil do trabalho (Dubar, 1997; Tavares, 2007).

O **processo identitário relacional**, sistemático, comunicacional ou tal com considera Dubar (1997) a identidade para o outro, realiza-se através da participação dos indivíduos nas actividades colectivas das organizações. Sainsaulieu, situa esta identidade na experiência social e relacional do poder, considerando as relações de trabalho um terreno movediço, complexo, local de confronto de desejos de reconhecimento. Desta forma, as designações formais definidas pelo Estado no âmbito da regulamentação das carreiras profissionais, são também importantes para a identidade feita por outros, da mesma forma que o modo como são designados formal e informalmente nos locais de trabalho, por outros mas também por si próprios traduzem-se em processos específicos de identificação e identização (Tavares, 2007)

Sainsaulieu define a construção da identidade profissional, do seguinte modo: “forma como os diferentes grupos de trabalho se identificam com os pares, com os chefes, com outros grupos, a identidade no trabalho baseia-se em representações colectivas diferentes, que constroem actores no sistema social da empresa” (Dubar, 1997: 115). Sainsaulieu considera que “a identidade, mais que um processo biográfico de construção do eu, é um processo relacional de investimento do eu” (Dubar, 1997: 115). Para o mesmo autor, a noção do “actor do eu”, remete para um investimento essencial em relações duráveis questionando o reconhecimento recíproco dos parceiros, esta transacção é objectivamente verificável na análise das situações de trabalho, Sainsaulieu distingue três dimensões identitárias pertinentes desta transacção, analisada com relação de poder: o campo de investimento, as normas de comportamento relacional e os valores provindos do trabalho.

O campo de investimento, ou de acesso ao poder, distingue os modelos de investimento no trabalho, negociador, promocional e de afinidade, o modelo de acesso ao poder fora do trabalho, refúgio e o modelo misto que corresponde a um não acesso a nenhum destes campos.

As normas de comportamento relacional são definidas da seguinte forma: individualismo (modelo de refúgio), unanimismo (modelo de fusão), solidariedade e rivalidade democrática (modelo de negociador), separatismo (modelo de afinidade) e integração e submissão (modelo de promocional).

Quanto aos valores provindos do trabalho são os seguintes: económico, estatutário, criatividade, e um misto dos três anteriormente enunciados.

Sainsaulieu, em 1987, construiu quatro identidades típicas, estruturando-as pela dupla oposição individual/colectivo e oposição/aliança (Dubar, 1997: 115):

- a identidade de refúgio - combina a preferência individual com a estratégia de oposição;
- a identidade de fusão – combina a preferência colectiva com a estratégia de aliança;
- a identidade negociadora – alia a polarização no colectivo com uma estratégia de oposição;
- a identidade de afinidade – alia a preferência individual com a estratégia de aliança.

O investimento privilegiado num espaço de reconhecimento identitário está intimamente dependente das relações de poder nesse espaço. O espaço de reconhecimento das identidades é inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e competências associados às identidades.

Dubar (1997) identificou **quatro identidades profissionais** típicas, construídas em consonância com outros estudos previamente realizados. Em treze desses inquéritos realizados foram tipificadas quatro identidades profissionais, como o exemplo de Sainsaulieu, noutros quatro inquéritos foram tipificadas três ou cinco identidades. As identidades encontradas foram interpretadas a partir dos modos de articulação entre as transacções objectivas e transacções subjectivas, bem como dos processos biográfico e relacional.

As **transacções objectivas** referem-se a um compromisso externo, entre o indivíduo e os outros significativos que visam acomodar a identidade para si à identidade para o outro, ou seja entre a identidade atribuída por outro e a identidade incorporada por si. A transacção objectiva pode ainda conduzir a um reconhecimento, ou a um não reconhecimento. O reconhecimento existe quando uma instituição legitima

a identidade visada, pode ser a empresa, a organização profissional, a instituição escolar ou o organismo de formação de base que atribuiu o diploma. O não reconhecimento, acontece quando o futuro da instituição não coincide com o futuro do indivíduo, resulta de interações conflituais entre identidades virtuais e reais (Dubar, 1997: 107;235-236).

As **transacções subjectivas**, referem-se a um compromisso interno ao indivíduo, situam-se entre a necessidade de salvaguardar uma parte das identificações anteriores (identidades herdadas), e o desejo de construção de novas identidades no futuro, as identidades visadas (Dubar, 1997: 107).

Este tipo de transacção pode ainda ser analisada em termos de continuidade, entre identidade herdada e identidades visada, ou pela ruptura entre a definição do eu oriunda da trajectória anterior e a projecção do eu no futuro. As identidades construídas em continuidade implicam um espaço potencialmente unificado de realização, o que corresponde a um sistema de emprego, no interior do qual os indivíduos desenvolvem trajectórias contínuas. As identidades construídas pela transacção subjectiva de ruptura implicam uma dualidade entre dois espaços, tornando-se impossível construir uma identidade de futuro, no interior do espaço produtor de uma identidade passada, a identidade projectada, está em ruptura com a identidade herdada, pode ser sobrevalorizada ou desvalorizada (Dubar, 1997: 108;235-236). A continuidade e descontinuidade dependem dos valores transmitidos pelas instâncias socializadoras, que ora se complementam ora se contradizem (Tavares, 2007). Com base nestas premissas teóricas, são tipificadas quatro identidades profissionais da seguinte forma (Dubar, 1997: 108;236-237):

- **identidade de empresa:** transacção subjectiva de continuidade e transacção objectiva de reconhecimento. A progressão visada é reconhecida, e confirmada, encontramos-nos num processo de promoção. A construção da identidade ocorre num espaço único, a empresa;
- **identidade de ofício:** transacção subjectiva de continuidade e transacção objectiva de não reconhecimento. A progressão visada é invalidada, recusada, encontramos-nos num processo de bloqueamento. A construção da identidade ocorre num espaço único, o espaço profissional do ofício;

- **identidade de rede:** transacção objectiva de reconhecimento e transacção subjectiva de ruptura, sendo que, a ruptura é acompanhada por confirmações legítimas do outro, da identidade para si, encontramos num processo de conversão;
- **identidade de fora do trabalho:** transacção objectiva de não reconhecimento e transacção subjectiva de ruptura, sendo que, esta ruptura é acompanhada por conflito entre a identidade visada pelo indivíduo, e a identidade atribuída pela instituição, encontramos num processo de exclusão.

Para cada configuração identitária, Dubar (1997) determina que estas podem ser esclarecidas pelo tipo de relações profissionais ou pelos actores que intervêm nos espaços de interacção profissional, actores relacionados com a formação, internos à empresa ou relacionados com a gestão social do desemprego. A construção de identidades profissionais é deste modo inseparável da existência de espaços de emprego formação. Dubar associa cada identidade profissional a momentos privilegiados na biografia pessoal:

- formação profissional inicial;
- consolidação da identidade – inserção e aquisição progressiva da qualificação;
- reconhecimento da identidade – acesso a responsabilidades na empresa;
- envelhecimento da identidade – passagem progressiva à reforma.

No entanto, os diferentes momentos nunca aparecem reunidos nos vários tipos de carreiras profissionais associados a cada configuração identitária típica. Para cada uma das configurações, Dubar considera existirem espaços-tempos, que se combinam com os tipos de carreira e com os momentos anteriormente considerados (Dubar, 1997: 238). Deste modo, o espaço da formação associa-se à construção incerta da identidade, o espaço do ofício está ligado à consolidação, no espaço da empresa desenha-se o reconhecimento de uma identidade confirmada, fora do trabalho é onde se estrutura uma identidade de exclusão.

Cada configuração elementar típica está associada a um tipo de saber privilegiado que estrutura a identidade profissional. Temos quatro tipos de saber: saberes práticos, saberes profissionais, saberes da organização e saberes teóricos (Dubar, 1997: 238).

Os saberes práticos são oriundos da experiência do trabalho, são essencialmente estruturantes de uma identidade actualmente ameaçada de exclusão, associam-se ainda a uma lógica instrumental do trabalho (ter) para o salário.

Os saberes profissionais implicam uma articulação entre os saberes práticos e os saberes técnicos, centrais na identidade estruturada pelo ofício, está associada a uma lógica de qualificação no trabalho (fazer), está na actualidade a ser reestruturada, em função das novas regras de competência.

Os saberes da organização implicam a articulação entre saberes práticos e saberes teóricos, e estruturam a identidade de empresa que implica mobilização e reconhecimento, estão associados a uma lógica de responsabilidade (ser), constituindo uma identidade valorizada pelo modelo da competência, e depende das estratégias das organizações.

Os saberes teóricos estruturam um tipo de identidade onde se destacam a incerteza e a instabilidade, caracterizando-se ainda pela autonomia e acumulação de distinções culturais (saber), está associada a uma lógica de permanente reconversão e incitamento à mobilidade.

As identidades tipificadas são para Dubar produtos precários, que devem obrigatoriamente ser enquadrados em cada geração e em cada sociedade. As identidades anteriormente descritas são fruto de uma investigação realizada em França no final dos anos oitenta, a partir da qual, o autor considera a possibilidade de continuidade e alargamento do trabalho realizado (Dubar, 1997: 238).

David Tavares (2007), em sintonia com Dubar, refere que as identidades sociais não são produtos acabados, fazem parte de um processo inacabado em constante estado de construção, produção, reprodução, e transformação, são dinâmicas provisórias passíveis de serem analisadas num dado tempo e espaço, conforme refere Manuel Castells, a construção das identidades está subordinada a um contexto social e deve ser situada historicamente (Tavares, 2007: 30).

1.5.2 – As transformações sociais e as identidades profissionais dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica – o caso particular dos Técnicos de Cardiopneumologia

Tem vindo a assistir-se nas últimas décadas a um cenário de mudança global da sociedade que transversa todos os sectores de actividade onde se inclui também a saúde. Bell em 1977 referia que no sector económico se assistia à crescente produção de serviços, em prol da produção de bens, e ao crescente número de empregos a exigir habilitações literárias ao nível do ensino superior (Tavares, 2007: 40). Nas mudanças progressivas no sector económico estão directamente implicadas as instituições escolares do ensino superior, influenciando decisivamente a mudança social, nos domínios organizacionais e profissionais.

Em Portugal, nos últimos trinta anos, ocorreram profundas mudanças sociais, motivadas por diferentes factores dos quais se destacam o 25 de Abril de 1974 e a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, hoje União Europeia, cujo reflexo determinou alterações espaciais, demográficas e sócio profissionais (Machado e Costa, 1998:17). Algumas das principais transformações deste período ocorreram ao nível dos profissionais de saúde (Tavares, 2007)

No pós 25 de Abril assistiu-se em Portugal à implementação de políticas sociais, cujo reflexo é possível de constatar através de diversos dados estatísticos apresentados por David Tavares (2007: 42-44), dos quais se destacam a massificação da escolaridade, o conseqüente aumento dos níveis médios de habilitações literárias, e a massificação do ensino superior a partir de finais da década de oitenta. Estas transformações produziram uma alteração radical entre o ensino superior e o mercado de trabalho.

As transformações referidas na sociedade portuguesa tiveram um impacto profundo na área da saúde, das quais Mozzicaffredo destaca três vectores inter-relacionados entre si: o aumento da procura de serviços de saúde em resultado da universalização do acesso; o aumento da esperança de vida da população; o alargamento da complexidade científica e técnica dos actos médicos, que resulta num aumento dos recursos humanos qualificados e de equipamentos técnicos cada vez mais sofisticados (Tavares, 2007: 45).

A complexificação e alargamento das formas de intervenção na saúde provocaram profundas mudanças nas respectivas organizações e profissões. Devido a factores inerentes à própria medicina, à expansão dos sectores de cuidados de saúde, à

renovação tecnológica e à crescente especialização e divisão do trabalho, tem-se verificado em Portugal a emergência de novos grupos sócio profissionais na área da saúde. Graça Carapinheiro e Maria de Lurdes Rodrigues (1998) consideram que a criação de novos grupos profissionais não só na saúde mas na sociedade portuguesa em geral, resultaram da terciarização da economia portuguesa, que provocou a emergência de novas actividades, mudança das actividades tradicionais, crescimento das profissões científicas e técnicas em resultado do crescimento da complexidade e descentralização do ensino superior, em universidades, politécnicos, ensino público e privado.

O quadro de mudança social traçado desencadeou diferentes processos e projectos de expansão, qualificação e profissionalização de grupos da área da saúde não médicos (Tavares, 2007), processos que podem caracterizar-se pela aquisição progressiva de atributos profissionais dos grupos ocupacionais (Rodrigues, 1997). Os processos relativos aos diferentes grupos profissionais emergentes implicaram a reconfiguração das identidades profissionais, conforme refere Rui Canário, a emergência de um importante sistema de ensino superior, desencadeou a reconstrução ou afirmação dos grupos profissionais não médicos (Tavares, 2007: 49).

O ensino superior politécnico projectou os grupos sócio profissionais ⁽⁴⁾ não médicos para processos de profissionalização, principalmente devido à legitimação fornecida através dos conhecimentos da categoria dos saberes analíticos da concepção.

Conforme refere Pinto, todas as dinâmicas sociais são importantes para a análise das identidades profissionais, deste modo o estudo das identidades profissionais num grupo sócio profissional da área da saúde carece sempre de um estudo mais alargado ao sector de actividade em que está inserido (Tavares, 2007).

Relativamente ao sector da saúde, pode dizer-se resumidamente que se assiste em Portugal a um domínio médico da estrutura social do trabalho nesta área, assente no pressuposto de que aos actos médicos, executados por outros não médicos, estão sob delegação, controlo e responsabilidade médica, desta forma estão criadas as bases para a jurisdição que legitima o monopólio deste grupo profissional (Carapinheiro, 1993). Assiste-se no entanto a uma crescente qualificação e especialização de grupos sócio

(4) David Tavares designa os técnicos de cardiopneumologia e outros grupos com características semelhantes por “grupos sócio profissionais” uma vez que considera ser a melhor forma de identificar um grupo que se encontra num processo de profissionalização, e que progressivamente tem adquirido atributos do modelo profissional, considerando as correntes teóricas da sociologia das profissões (2007: 61-62). Por outro lado, relativamente à análise da identidade o termo “profissão” pode ser aplicado uma vez que “è independente das características do grupo a que respeita pois está-se a analisar uma das dimensões da identidade, a dimensão profissional” (2007: 63)

profissionais não médicos na área da saúde, este facto potencia a transferência de legitimidade em alguns campos de actividade, da medicina para a enfermagem ou para as técnicas de diagnóstico e terapêutica, possibilitando-lhes o desenvolvimento de espaços profissionais mais autónomos. Existe assim uma relação estreita entre as identidades profissionais de grupos qualificados na área da saúde não médicos, devido aos contextos de reconfiguração social e respectivos projectos de profissionalização (Tavares, 2007: 58-59).

Dentro dos grupos sócio profissionais não médicos em transformação, David Tavares (2007) investigou os técnicos de cardiopneumologia, um 18 dos grupos sócio profissionais que englobam um agrupamento designado por técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT). O referido estudo constitui uma obra de referência uma vez que como o próprio David Tavares refere, incidiu sobre uma área inexplorada pela investigação sociológica, os técnicos de diagnóstico e terapêutica. Os vários pontos de contacto existentes na transformação e respectivos processos de profissionalização entre os técnicos de cardiopneumologia e os Ortopistas, principalmente ao nível do desenvolvimento académico, tornam obrigatório enunciar e reflectir sobre as conclusões do referido estudo.

O trabalho de investigação desenvolvido por David Tavares sobre a influência da escola na identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia, confirma segundo o autor, o saber adquirido das ciências sociais, considerando os técnicos de cardiopneumologia um grupo heterogéneo, com acentuada diversidade interna, com uma identidade plural e segmentada, formada nas instituições de educação formal e nas instituições onde decorrem as práticas profissionais (2007: 271). David Tavares encontrou três dimensões que determinam as principais formas de identificação dos técnicos de cardiopneumologia, dimensões de escalas distintas e que decorrem em simultâneo.

A primeira, de grande escala, diz respeito à identificação com o grupo alargado dos profissionais de saúde, é produzida no decorrer do processo de socialização profissional em contexto de trabalho. Conforme refere David Tavares “suporta-se em representações interprofissionais do sector da saúde, cuja principal expressão se refere a orientações sociocentradas e altruístas organizadas em torno da valorização do trabalho centrado no doente.” (2007: 272)

A segunda, de escala intermédia, respeita à identificação com as tecnologias da saúde e tem origem no processo de socialização escolar, mas engloba a instituição escolar e o contexto profissional. Os primeiros sentimentos colectivos de pertença são formados na instituição escolar, devido à partilha dos estudantes dos diferentes cursos, do mesmo espaço físico, de unidades curriculares ou de órgãos associativos transversais, decorrendo deste processo uma demarcação em relação a outros grupos sócio profissionais na área da saúde. O contexto profissional reforça esta forma de identificação, uma vez que há uma carreira comum aos dezoito grupos sócio profissionais do universo das tecnologias da saúde, reflectindo-se em interesses e estratégia comuns. No entanto, ao contrário do efeito aglutinador do contexto escolar, o contexto profissional provoca segundo David Tavares “uma separação e um distanciamento devido ao facto do trabalho dos diferentes grupos das tecnologias da saúde se realizar frequentemente em espaços físicos distintos e a sua organização dispensar a articulação interprofissional neste domínio” (2007: 272)

Por último, a terceira dimensão numa escala mais reduzida diz respeito à identificação com o grupo mais restrito dos técnicos de cardiopneumologia.

As conclusões do trabalho de investigação de David Tavares, (re)confirmam segundo o próprio a tese verificada noutros trabalhos, em que as instituições de ensino superior influenciam a produção da identidade profissional e que essa influência é limitada, uma vez que os valores produzidos nas instituições escolares são redefinidos e alterados em contexto de trabalho. A redefinição em contexto de trabalho provoca muitas vezes formas de ruptura com a aprendizagem escolar, provocando a diluição do processo de socialização escolar. Verificam-se assim lógicas contraditórias entre a socialização escolar e profissional, num dos pólos situam-se as concepções teóricas relativas à socialização escolar, no outro as concepções pragmáticas da socialização profissional. No estudo de caso sobre os técnicos de cardiopneumologia, tal como é referido na literatura sociologia, verificam-se representações assimétricas dos docentes relativamente aos técnicos de cardiopneumologia e vice-versa.

A última década operou profundas transformações na área da saúde, o processo e projectos de profissionalização durante este período, fazem com que a identidade dos técnicos de cardiopneumologia seja uma identidade em transformação. David Tavares salienta que a instituição escolar “influenciou de forma significativa a produção e transformação da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia” (2007:275). Afirma que esta influência se manifestou devido a dois factores

interligados, as orientações estratégicas definidas para o ensino da cardiopneumologia e os parâmetros de legitimação produzidos pelo aumento dos níveis de qualificação formais. O aumento da componente teórica, a crescente multidisciplinaridade e o alargamento do conhecimento a novas áreas de actividade, foram determinantes para as transformações ocorridas nos traços identitários. Os saberes cada vez menos práticos e de execução e cada vez mais analíticos e de concepção, juntamente com o alargamento a novas áreas de actividade e especialização, estimularam a diversidade interna do grupo, deixando a identidade de estar tão centrada em torno de uma área de actividade passando a incorporar um conjunto variado de áreas de intervenção.

Do trabalho de referência de David Tavares destacam-se mais algumas conclusões fundamentais. Relativamente à legitimação social, o autor refere que há uma tendência geral para o maior reconhecimento nos respectivos locais de trabalho da aptidão para o desenvolvimento de trabalho especializado. David Tavares verificou ainda a existência de diferentes graus de autonomia/reconhecimento profissional. Verificou a existência de uma relação entre autonomia e reconhecimento profissional e a complexidade das tarefas inerentes a determinadas áreas de actividade, no entanto considera que esta relação não é directa, uma vez que a atribuição das mesmas é muitas vezes uma questão de oportunidade conferida ou não pelas formas de organização do trabalho. Ainda sobre a autonomia, constatou que esta é superior sempre que há menor interacção entre os técnicos de cardiopneumologia e os médicos, no entanto, paradoxalmente como o próprio autor refere, a menor autonomia corresponde a maior prestígio, uma vez que a inclusão em equipas multidisciplinares que exige grande interacção com os médicos, onde se trabalha com menor autonomia, são as mais prestigiadas no seio dos técnicos de cardiopneumologia devido à presença de tecnologia de ponta (2007: 277).

Está a decorrer uma redefinição da posição na sociedade dos técnicos de cardiopneumologia alicerçada no capital escolar, que constitui nas palavras do autor “principal recurso mobilizado como argumento e base de legitimação para a obtenção e/ou expectativa de aquisição de uma posição social e profissional diferente da actual.” (Tavares, 2007: 278). Os projectos profissionais dos técnicos de cardiopneumologia, centram-se na conquista progressiva de novas funções e competências relacionadas com o desempenho de tarefas analíticas de concepção, na menor dependência relativamente aos médicos, no controlo do acesso à profissão, na maior autonomia para controlar e

regular as actividades e na maior delegação das prerrogativas dos médicos em relação ao diagnóstico.

David Tavares sublinha que o seu trabalho destaca um aspecto pouco estudado sociologicamente em relação às profissões de saúde, “a forma como a instituição escolar influencia a transformação da identidade de um grupo sócio profissional pela sua acção impulsionadora do processo e dos projectos de profissionalização, em função quer das orientações do ensino ministrado quer dos parâmetros de legitimação produzidos” (2007: 279).

A enunciação um pouco exaustiva da obra de David Tavares, justifica-se uma vez que tal com o próprio refere, entre os grupos que integram o universo das tecnologias da saúde, existem traços sociológicos distintos e simultaneamente comuns entre si, que o autor, principalmente no domínio das identidades profissionais e processo de profissionalização estudou e aprofundou pela primeira vez.

2 – O ESTÁGIO CURRICULAR – RUMO AO MUNDO DO TRABALHO

A definição de estágio: “tempo de tirocínio; aprendizagem profissional; situação transitória”(in Dicionário da Língua Portuguesa) evidencia a perspectiva de limbo entre o estudante e o profissional. As vivências da transição de estudante para profissional são inquestionavelmente uma fase fundamental da formação e preparação para a entrada no mundo profissional (Caires, 2001). A definição de estágio como uma experiência de formação estruturada (Caires, 2001:15), é largamente aceite por inúmeros autores (Alarcão, 1996; Ryan et al, 1996; Caires e Almeida, 1997; Veale, 1989). O estágio ou ensino clínico, pode ainda definir-se pela presença de um técnico ou futuro técnico, numa organização á qual não está ligado de forma permanente, com o objectivo de complementar ou aprofundar a respectiva formação (Carvalho, 2003: 24). Pospel, citado por Rosa Carvalho (2003: 25), define estágio da seguinte forma: “ ...uma actividade profissional que se exerce no local de trabalho e que tem por base uma formação teórica que foi adquirida num estabelecimento de formação ou em qualquer outro estabelecimento”. Ainda o referido autor, considera o período de estágio como um tempo de descoberta sobre as características reais da profissão

Enquadrado na formação de base ou inicial, o estágio desempenha um papel importante no *transfert* das aprendizagens realizadas na Escola/Universidade para as

situações reais de trabalho (Canário, 1997). Conforme afirma Bernardou citado por Rui Canário (1997: 131) acerca da formação dos médicos, a aquisição de conhecimentos teóricos não garante por si só que estes sejam usados para resolver problemas e modificar o real. Sobre a formação dos enfermeiros, Carvalho (2003), refere que as dificuldades em operar o referido *transfert* dos saberes teóricos para as situações reais de trabalho, exprimem a ineficácia da matriz conceptual da formação inicial, que encara a prática como um mero momento previsível de aplicação dos saberes teóricos. Sobre este aspecto Rui Canário (1997) considera que se trata de uma situação de descontinuidade entre a situação de formação e a situação de trabalho, o que no seu entender faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência.

Deste modo, a ênfase do processo formativo dos enfermeiros em particular e dos profissionais de saúde no geral, tem vindo a ser progressivamente dirigida para a aquisição e desenvolvimento de novas competências e para o desenvolvimento global da pessoa. A escola enquanto responsável pela organização da formação tem o dever de preparar os seus estudantes para o mundo do trabalho (Carvalho, 2003). A formação e a profissão influenciam-se reciprocamente, tal como considera Santos citado por Carvalho (2003: 5), o que se faz na formação tem uma consequência directa na profissão, da mesma forma que o exercício profissional tem repercussão sobre a formação. Rui Canário (2007) ⁽⁵⁾ reforça a reciprocidade entre a instituição escolar e o local de trabalho afirmando: “ A importância crescente da incorporação, nos sistemas de formação inicial, de dispositivos pedagógicos de alternância, esbate as fronteiras entre a escola e o local de trabalho enquanto instâncias de socialização que, longe de estarem separadas por barreiras temporais ou físicas, cada vez mais se interpretam e se influenciam de forma recíproca”

O período de estágio não está circunscrito ao teste das aprendizagens teóricas, compreende uma abrangência de aprendizagens e experiências, emocionais e sociais em ambiente de trabalho, deste modo um estágio curricular pretende alcançar outras dimensões, tal como considera Daresh (1990), citado por Caires (2001:17-18):

- Aplicação das competências e conhecimentos adquiridos ao longo do curso a um contexto prático;

(⁵) in prefácio: David Tavares (2007), *Escola e Identidade Profissional – O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri

- Alargamento do repertório de competências e conhecimentos do aluno através da sua participação numa série de experiências práticas;
- Ensaio de um compromisso com uma carreira profissional;
- Identificação das áreas (pessoais e profissionais) mais fortes e aquelas que necessitam de algum aperfeiçoamento; ou ainda, o desenvolvimento de uma visão mais realista do mundo profissional em termos daquilo que lhe é exigido e que oportunidades lhe poderá oferecer.

As diversas formas de formação que alternam aprendizagens na escola com aprendizagens em contexto de trabalho são designadas por autores como Pospel e Cabrita formações em alternância. Para os autores referidos, a formação em alternância apresenta duas perspectivas, formação em alternância centrada na prática e formação em alternância centrada no ensino (Carvalho, 2003).

A **formação em alternância centrada na prática**, caracteriza-se pela dominância dos locais onde decorre o ensino clínico ou estágio, o poder de decisão e a orientação do estudante são pertença dos locais onde decorrem as práticas. Por sua vez a **formação em alternância centrada no ensino**, caracteriza-se pela centralização do poder de decisão na escola.

A formação em alternância engloba dois espaços aos quais correspondem dois contextos específicos, a escola e os locais de trabalho. Neves e Pedrosa citados por Carvalho (2003: 23) consideram que a formação em alternância pode considerar-se **justaposta**, quando os dois espaços de formação se sucedem alternadamente ou **associativa** quando a alternância nos dois espaços decorre em simultâneo.

Malgaive, considera que existem duas fases da formação em alternância, e que cada uma tem sua lógica própria, tornando-se por isso inútil tentar fazer depender uma da outra. Exemplifica com os professores, que gostariam que os seus alunos aplicassem na prática aquilo que lhes foi ensinado, no entanto tal não se verifica sempre, uma vez que nem tudo o que é ensinado tem aplicação imediata. Na outra face temos as organizações de saúde, que gostariam que os saberes teóricos dos alunos lhes fosse directamente útil e lhes servisse para o trabalho, o que na prática também não se verifica. Para este autor as duas fases têm uma lógica própria, são autónomas, desta forma Malgaive considera fundamental a existência de uma linha de coerência, facto que constitui o verdadeiro desafio pedagógico numa formação em alternância (Carvalho, 2003: 24).

O formato dos estágios curriculares, atendendo aos seus aspectos estruturais (duração, objectivos e racional subjacente), podem considerar-se na óptica de Susana Caires (2001), em três tipos de estágio: em exclusividade ou de longa duração, múltiplos e de curta duração e os estágios em tempo parcial.

O **estágio em exclusividade** e de longa duração, é realizado nos anos terminais do curso e tem a duração de um ano lectivo. Para além das horas estipuladas de permanência na instituição de estágio, os alunos têm de assistir a seminários, cuja função é fornecer alguns suplementos teóricos na área da investigação e da intervenção, assegurados por profissionais na área. No decorrer deste ano de estágio os alunos têm ainda de desenvolver um projecto de investigação. Este modelo é adoptado pela maior parte dos cursos em Portugal (Caires, 2001: 23)

A superioridade deste modelo, tal como refere Susana Caires (2001), citando Ryan (1996) não foi ainda investigada, no entanto, a possibilidade do aluno vivenciar a realidade de uma organização como um todo, e experimentar diferentes realidades relativas à sua área de trabalho constituem um aspecto vantajoso.

Os **estágios múltiplos** e de curta duração caracterizam-se pela alternância entre períodos de permanência nas instituições de estágio e períodos de formação na Escola/Universidade. A defesa deste modelo, compreende que a integração de componentes teóricos com a experiência da prática, por períodos curtos e espaçados no tempo, será mais adequado do que um estágio único em bloco. Os níveis de confiança ganhos pelos alunos, com a introdução progressiva na realidade do trabalho, proporcionam-lhes um desempenho cada vez mais eficiente e autónomo. As aprendizagens são focalizadas de modo a proporcionarem tempo de reflexão sobre os problemas encontradas, desenvolvendo competências para a resolução de problemas e avaliação de possíveis resultados das medidas tomadas(Caires, 2001).

O modelo de estágio em **tempo parcial** estende-se ao longo de um semestre, ou de um ano lectivo, caracterizando-se pela existência de vários blocos de estágio de curta duração, ocorrendo em simultâneo. Nas duas primeiras semanas de cada semestre os alunos permanecem na instituição de estágio, passando no tempo restante do semestre a visitá-la um vez por semana.

Este modelo possibilita maiores oportunidades de articulação entre a teoria e a prática, uma vez que a experiência imediata dos alunos pode ser utilizada nas aulas, simultaneamente, há um contacto mais regular dos alunos com os professores, existindo

assim um maior acompanhamento dos projectos dos alunos. Os professores beneficiam com este modelo, uma vez que ganham mais contacto com a prática a partir das incursões dos seus alunos no mundo do trabalho (Caires, 2001).

O estágio em tempo parcial apresenta algumas desvantagens, nomeadamente o elevado ritmo exigido aos alunos, devido ao sistema de alternância, provoca “disfunções” na rotina da Escola/Universidade, motivadas pela divisão dos alunos em grupos (uns estão a frequentar as aulas enquanto outros se encontram nas instituições de estágio), e por último, segundo trabalhos de Pienaar citado por Caires (2001), a adaptação ao mundo do trabalho é vivenciada de uma forma mais intensa e difícil.

A formação dos futuros profissionais de saúde, e a realização do respectivo estágio curricular ocorre predominantemente em unidades hospitalares onde se encontram as fontes de aprendizagem, os doentes e os diferentes profissionais (Abreu, 2001). A formação em contexto de trabalho compreende uma lógica interactiva de construção e mobilização de saberes, implicando o indivíduo no seu todo. O estágio, extravasa a sua importância para uma dimensão sócio-emocional(Caires, 2001), enquanto complexos sociais, as unidades hospitalares congregam diferentes tecidos sócio-culturais, diferentes racionalidades e ideologias(Abreu, 2001), e deste modo propiciam aos futuros profissionais de saúde a apropriação e interiorização de valores estruturantes da cultura profissional, a incorporação de sentimentos de pertença, de afiliação e de identificação a um grupo (Canário, 2007)⁽⁶⁾. Ao estudante no decorrer do ensino clínico/estágio é-lhe permitido imitar, rejeitar, e experimentar, e dessa forma criar progressivamente os seus sistemas de valores, as suas normas de comportamento profissional e o seu sentido ético, conforme afirma Martin citado por Rosa Carvalhal (2003: 28) O saldo final, em função dos diferentes contextos, revela aspectos mais positivos e outros mais negativos, no entanto, é de salientar a contribuição do estágio para uma visão mais realista do mundo do trabalho e das perspectivas de carreira dos futuros profissionais, bem como o contributo para o aumento do diálogo entre o ensino superior e o mundo do trabalho (Caires, 2001).

A dimensão da importância que estágio/ensino clínico pretende alcançar fica bem patente nas palavras de Schon citado por Wilson Abreu (2001: 140): “Existe um

(6) in prefácio: David Tavares (2007), *Escola e Identidade Profissional – O caso dos Técnicos de Cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri

saber oculto no agir profissional que só a prática permite formalizar”, ou como refere Rui Canário citado por Carvalhal (2003: 31): “ para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício do trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados”.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ORTOPTISTAS EM PORTUGAL

Neste capítulo procede-se ao enquadramento histórico da Ortóptica e dos Ortopcionistas, em particular da realidade portuguesa, e uma descrição das principais fases do processo formativo dos Ortopcionistas, com incidência para o Curso Superior de Ortóptica da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL).

1 – ORIGENS E EVOLUÇÃO DA ORTÓPTICA

A Ortóptica é uma ciência complementar da Oftalmologia, etimologicamente a palavra Ortóptica significa olhos direitos, e deriva dos vocábulos gregos *orthos*-direito e *optikos*-relativo à vista. A história da Ortóptica ao longo dos séculos é indissociável da história do estrabismo. Nesta óptica considera-se que as primeiras abordagens da Ortóptica, por volta do século VII, se focavam na correcção e alteração dos eixos visuais (Poças, 1992).

Das primeiras abordagens rudimentares até aos nossos dias passaram vários séculos. Já no século XX, em 1920 Ernest Maddox, oftalmologista, inicia a sua filha, Mary Maddox, no estudo minucioso e tratamento das alterações oculomotoras, estava encontrada a primeira Ortopcionista mundial. Uma década mais tarde, em 1930, Mary Maddox funda em Londres a primeira escola e a primeira clínica de Ortóptica do mundo, no *Royal Westminster Ophthalmic Hospital*, iniciando-se assim o ensino estruturado da Ortóptica.

O primeiro regulamento para o ensino e exercício profissional do Ortopcionista data de 1933 pelo *British Orthoptic Board*, construindo um processo profissionalizante, em torno de três eixos essenciais, um grupo de saberes próprios e específicos, uma regulamentação e um código de ética.

Em Inglaterra, nos finais dos anos trinta (1937), já se encontravam formados cerca de 100 Ortopcionistas. Neste mesmo ano é formada a Sociedade Inglesa de Ortóptica e realiza-se pela primeira vez um congresso de Ortóptica.

A internacionalização do curso e da profissão foram ocorrendo gradualmente. Em 1947, o professor Moacyr Álvaro introduz a Ortóptica no Brasil. Na década de 50, o professor Cüppers na Alemanha e o casal René e Suzanne Hugonnier em França, desenvolvem duas importantes escolas de formação de Ortoptistas.

No Reino Unido, em 1951 existiam 15 escolas de Ortóptica e, alguns anos mais tarde, em 1967 realiza-se em Londres o primeiro congresso Internacional de Ortóptica de 3 a 5 de Julho (⁷).

Ao longo dos anos o papel desempenhado pelos Ortoptistas tornou-se progressivamente mais patente e reconhecido. Em 1998 já existiam Ortoptistas em mais de uma centena de países, como os EUA, o Japão, e grande parte dos estados europeus (Reich-D'Almeida, 1998).

2 – A ORTÓPTICA E OS ORTOPTISTAS EM PORTUGAL

2.1 – A evolução do processo formativo e exercício profissional dos ortoptistas em Portugal

O primeiro Ortoptista português, Maria Teresa Trigueiros, surge em Portugal no ano de 1963, tendo efectuado a sua formação em Londres, na Escola de Ortóptica do Moorfield Eye Hospital. A partir deste momento histórico, o início da formação em Portugal começa no Hospital Escolar de S. João no Porto, dois anos mais tarde, em 1965 e teve como principal precursor Silva Pinto, professor catedrático e promotor do ensino da oftalmologia na Faculdade de Medicina do Porto (Poças, 1992).

Ao direccionar os seus estudos para o estrabismo, o professor Silva Pinto, sentiu necessidade, à semelhança do que ocorria em Inglaterra, de um Ortoptista para efectuar o estudo sensorio-motor dos seus doentes. Desta forma, e aproveitando as então recentes portarias para criação dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Clínicos, que abriam a possibilidade de serem professados todos os cursos necessários para satisfazer as exigências e necessidades dos serviços de saúde e assistência. A argumentação de Silva Pinto versava sobre a necessidade de formação de Ortoptistas, alegando, na Separata do Jornal do Médico em Agosto de 1962:

(⁷) The First International Congress of Orthoptists – Transactions of a congress held at the Royal College of Surgeons of England, July 3, 4, 5, 1967

”Em país algum se nega hoje, a necessidade de utilização das técnicas de Ortóptica, facto decorrente dos conhecimentos actuais relativos ao tratamento das posições e movimentos defeituosos dos olhos e respectivas deficiências sensoriais, suas causas e conseqüências. (Ilda Poças, sd) (⁸)

Maria Teresa Trigueiros, a primeira Ortoptista portuguesa, é integrada na formação dos primeiros Ortoptistas em Portugal, uma vez que Silva Pinto considerava inadmissível o ensino prático sem um profissional diplomado e competente. Pelo seu contributo, Silva Pinto, tal como considera Ilda Poças (1992) é apontado como o “pai” da Ortóptica em Portugal.

A formação dos Ortoptistas em Portugal, iniciada na década de 60, foi sofrendo sucessivas remodelações até aos dias de hoje, directamente influenciadas por factores económicos e políticos, como o pré e o pós 25 de Abril de 1974. Considerando estes factores Ilda Poças (Sd) (⁹), considera a existência de quatro períodos de formação distintos, desde o primeiro curso ministrado no Porto até aos dias de hoje.

O primeiro período (1963-1976) contempla o primeiro curso anteriormente referido, realizado no Hospital Escolar de S. João no Porto, iniciado em Fevereiro de 1963 terminando no mesmo mês três anos mais tarde, em 1966. Terminaram o curso sete Ortoptistas. A admissão ao curso exigia o curso secundário dos liceus, e o plano de estudos assentava numa estrutura científico/pedagógica semelhante aos cursos ingleses.

O primeiro ano do curso era composto por: Anatomia Geral e especial, Fisiologia Geral e Especial, Óptica, Vícios Refractivos e Ortóptica 1. O segundo ano: Ortóptica II parte, Patologia Ocular, Sociologia, Psicologia e Ética Profissional. O terceiro ano era preenchido pelo estágio no serviço de Ortóptica e na clínica de alterações oculomotoras.

Neste primeiro período, países como Angola e Moçambique, duas das colónias ultramarinas, pertenciam ainda ao estado português, e deste modo, no ano de 1972 o ensino da Ortóptica estende-se aos territórios de Angola e Moçambique, através das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde.

Moçambique seria a primeira colónia a iniciar a formação de Ortoptistas, em 1965 na Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques. O núcleo de

(⁸) Ortóptica – O passado. Consultado em 5 Fevereiro de 2006: <http://www.apor.com.pt>

(⁹) Ortóptica – O passado. Consultado em 5 Fevereiro de 2006: <http://www.apor.com.pt>

formação era então formado por uma Ortopista inglesa do Moorfields Eye Hospital, Susan Legg e os Oftalmologistas do Hospital Central de Lourenço Marques, sob a direcção do Dr. Sousa Lobo.

Alguns anos mais tarde, em 1971 inicia-se a formação em Angola, na Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Luanda, sob a direcção do Dr. Gomes da Cunha, Director do Serviço de Oftalmologia do Hospital Maria Pia. O núcleo de formadores incluía duas Ortopistas oriundas do Porto e professores da faculdade de Medicina de Luanda.

Em 1974, muda o regime político português, situação que “obrigou” os Ortopistas formados em Angola e Moçambique a exercerem posteriormente a sua actividade em Portugal. No final deste primeiro período de formação existiam 62 Ortopistas formados, distribuídos pelos três centros de formação da seguinte forma: 53 no Porto, 6 em Luanda e 3 em Lourenço Marques.

O segundo período (1980-1990) ocorre após o 25 de Abril de setenta e quatro, época marcante e de profundas mudanças sociais, políticas e económicas. Deste modo a formação de Ortopistas foi interrompida até 1980, ano em que são criados os centros de formação de Lisboa, Porto e Coimbra. Diferentes cursos como Análises Clínicas, Fisioterapia, Dietética, Ortóptica, entre outros, regulamentados pela Portaria 709/80 de 23 de Setembro, obedeciam a um plano de estudos que compreendia um ano de tronco comum, o segundo ano de formação técnica e o terceiro de estágio. Este plano de estudos, em oposição aos cursos até então ministrados, afastava a formação da Ortóptica dos padrões internacionais.

As Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS), de Lisboa Porto e Coimbra, surgem em substituição dos centros de formação, através do D.L.371/82 de 10 de Setembro, e constituíram um impulso determinante na implementação e difusão da Ortóptica em Portugal.

O primeiro curso de Ortóptica em Lisboa é iniciado em 1980 sob a orientação do Professor Doutor Ferraz de Oliveira em colaboração com a Ortopista Ilda Maria Poças, formada em Luanda.

A formação da Ortóptica estende-se à zona centro em 1986, através da coordenação do Professor Cunha Vaz, e com a Ortopista Maria Domitília Santiago integrada como docente. Este curso foi particularmente inovador, uma vez que integrou

no seu currículo escolar componentes práticos de aprendizagem de electrofisiologia e angiografia, abrindo as portas a novas áreas de desempenho do Ortoptista.

Integrado no XXVII congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, o I congresso Nacional de Ortóptica decorre na Póvoa do Varzim em Dezembro de 1984, organizado pela comissão instaladora da Associação Portuguesa de Ortóptica (APOR), que viria a ser constituída no ano seguinte, em 1985. A implementação da associação profissional constituiu um importante passo na afirmação dos Ortoptistas enquanto profissionais de saúde. Hoje a associação mantém a mesma sigla mas designa-se por Associação Portuguesa de Ortoptistas.

O terceiro período (1990-1995) fica marcado pelo retorno do Curso Superior de Ortóptica a padrões próximos dos internacionais, devido à Portaria 18/90 de 4 de Julho que acaba com o tronco comum, individualizando os cursos.

Em 1993 são criadas as Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde (ESTES) de Lisboa (ESTESL) Porto e Coimbra, pelo ao Decreto-lei 415/93 de 23 de Dezembro que integra os cursos até então tutelados pelo Ministério da Saúde no Ensino Superior Politécnico, atribuindo-lhes o grau de bacharel. São estabelecidos novos planos de estudo adequados ao grau académico de bacharel (Portaria 371/95).

O ano de 1995 marca uma viragem na formação dos Ortoptistas, até então formados nas ESTES de Lisboa, Porto e Coimbra, passando desde este ano até hoje a formação em instituições públicas, a ser exclusiva e ininterrupta na ESTES de Lisboa.

Em 1998 inicia-se o quarto período de formação, marcado pela aprovação dos planos de estudo dos cursos bietápicos de licenciatura, em 28 de Novembro de 2000, pela Portaria nº 1128/2000. O Ortoptista passa a partir deste data a poder obter o grau académico de licenciado.

O número de Ortoptistas em Portugal no ano 2000 aproxima-se das duas centenas, cerca de 180 profissionais formados e 68 alunos em formação na ESTESL. No final do ano lectivo 2004/05 existiam cerca de 108 Ortoptistas licenciados.

Actualmente os Ortoptistas portugueses estão integrados em equipas multidisciplinares de saúde, actuando em complementaridade com a Oftalmologia. Os tempos da intervenção quase exclusiva como reeducadores da visão binocular, actuando

numa única área de intervenção, a Ortóptica, em consonância com a realidade de outros países nomeadamente os países anglo-saxónicos, faz parte do passado (Poças, 1992).

A evolução tecnológica no seio da Oftalmologia e a reestruturação dos planos de formação dos Ortoptistas transformaram o seu campo de acção, alargando a sua actividade às novas tecnologias complementares de diagnóstico no âmbito da saúde da visão.

De um passado não muito longínquo, onde a intervenção dos Ortoptistas se resumia primordialmente à Ortóptica e em certos casos pontuais às Técnicas Complementares de Diagnóstico, hoje o desempenho profissional dos Ortoptistas abrange cinco grandes áreas: Ortóptica, Optometria/Contactologia, Técnicas Complementares de Diagnóstico, Reabilitação do Deficiente Visual e Cuidados de Saúde Primários (Oliveira; Poças e Alves 2004).

2.2 – Associação Portuguesa de Ortoptistas e a importância do Associativismo profissional

O associativismo profissional constitui um passo fundamental num processo de profissionalização, dado que representa um papel importante nas relações de trabalho. Uma associação profissional pode considerar-se como uma “associação de iguais”, e tem como principais objectivos a defesa dos seus interesses morais e materiais, visando garantir as características distintivas da profissão relativamente a uma ocupação comum. As associações profissionais representam um papel importante na promoção de negociações, e compatibilização de interesses, por norma não são impulsionadoras de conflitos ou rupturas sociais (Freire, 2002). As diferentes regras de conduta codificadas, como os códigos deontológicos, os valores éticos e as orientações relativas às relações entre os profissionais e outros actores sociais, também são atributos das associações profissionais (Tavares, 2007)

A intervenção de uma associação profissional encontra-se no entanto limitada, não estando habilitada, por exemplo, a substituir ou representar os seus membros nas relações económicas de contratação e prestação de serviços, quer isto dizer que não tem interferência directa na fixação de preços e remunerações. A actividade sindical integra

normalmente estas negociações, como nos Estados Unidos, em que a distinção entre associações profissionais e sindicatos se deve ao facto de os sindicatos negociarem contratos colectivos de trabalho, enquanto que as associações profissionais estão incumbidas da defesa e reconhecimento público da profissão e do seu estatuto. Conforme refere Freire (2002), em Portugal a situação é semelhante à dos Estados Unidos, com a particularidade da Constituição Portuguesa atribuir aos sindicatos o direito exclusivo da contratação colectiva.

Em Portugal distinguem-se juridicamente as associações profissionais públicas, vulgarmente designadas por ordens, e as associações profissionais de direito privado, ambas assumem de forma distinta um papel de extrema importância nos processos de profissionalização. A grande distinção entre ambas consiste no facto de uma associação de estatuto público ter autoridade para certificar e controlar o acesso ao mercado profissional, assim como regulamentar as questões relacionadas com a deontologia e a disciplina (Lousada, 2004) ⁽¹⁰⁾, as associações não constituídas em ordens, funcionam enquanto grupo de interesse ou *lobby*, consubstanciando-se em instrumentos de influência das decisões de governos ou administrações (Rodrigues, 2004).

Segundo Freire (2004), o número de associações profissionais rondava, em Portugal no ano de 2004, as 431 associações. No entanto, e tal como o autor refere, trata-se de um valor que já não corresponderá à realidade, uma vez que são formadas com regularidade novas associações.

Um amplo estudo sobre associações profissionais em Portugal, realizado por diferentes investigadores nos anos de 2001/2002, com incidência em cerca de 140 associações de profissões (entre as quais se encontra associação portuguesa de Ortoptistas), revelou que a grande maioria destas associações foi fundada depois de 1974, ou seja, após a mudança de regime político neste mesmo ano (Freire, 2004).

O ritmo regular de formação de novas associações profissionais, no pós 25 de Abril de 1974, foi ainda mais significativo no sector da saúde após o ano de 1980. O enquadramento para o surgimento de novas associações de profissionais relativos à saúde foi motivado, no caso das diferentes categorias dos técnicos de saúde, onde se encontravam os Ortoptistas, pelo processo de recomposição de trabalho na saúde e

(¹⁰) Tradição e Renovação das Associações Profissionais, capítulo 2 do livro organizado por João Freire em 2004: *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora

ainda devido à envolvimento em estratégias activas de profissionalização, organizadas segundo a lei sindical e a lei das associações (Carapinheiro, 2004) ⁽¹¹⁾.

Em Dezembro de 1984, a Associação Profissional dos Ortopistas deu os primeiros passos, ainda como comissão instaladora, realizando o I Congresso Nacional de Ortóptica. A formação oficial da Associação Portuguesa de Ortóptica (APOR), ocorreu no ano de 1985, tratou-se inequivocamente de um marco importante na construção e consolidação da profissão em Portugal. Hoje a associação mantém a mesma sigla, APOR, mas designa-se por Associação Portuguesa de Ortopistas.

Tal como a maioria das associações de profissionais de saúde em Portugal, a APOR é uma associação profissional de direito privado, que juntamente com as associações profissionais provenientes das profissões dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), pretendem o estatuto de associação pública (Lousada, 2004). Entre as associações referidas, encontram-se a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, e a Associação de Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear conforme refere Lousada (2004), visam com o estatuto de associação pública, e deste modo poder certificar e controlar o acesso ao mercado profissional.

Graça Carapinheiro (2004), considera que nas profissões como os ortoptistas, dietistas e audiologistas, as respectivas associações criadas sob a alçada da lei das associações, correspondem a um processo de emergência de novas categorias profissionais ligadas à actividade da saúde, que têm vindo a exigir especialização técnica e funcional.

As diferentes direcções da APOR contribuiriam de forma marcante ao longo dos anos para as diferenças substanciais entre os Ortopistas do século XXI e os Ortopistas do século XX. À data da sua formação, existia em Portugal um reduzido número de Ortopistas, com uma formação profissional não reconhecida ao nível do ensino superior e com uma formação profissional complementar praticamente inexistente. Os primeiros anos de actividade da APOR foram por isso intensos, estava tudo por fazer.

Em Julho de 1990, a direcção da APOR publica no nº 2 da sua revista “Ponto Próximo”, um relatório das suas actividades ao longo de ano e meio ⁽¹²⁾. Destacam-se

⁽¹¹⁾ O Sector da Saúde – formas de hierarquização interna, capítulo 3 do livro organizado por João Freire em 2004: *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora

os cursos de formação complementar realizados no Porto e em Lisboa, o II congresso Nacional de Ortóptica, considerado o momento alto da direcção, a publicação do 1º número da revista Ponto Próximo ou a constituição da APOR como pessoa colectiva e a atribuição do respectivo número de contribuinte. Ainda do mesmo relatório se destacam os contactos estabelecidos com as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde com associações de técnicos de outras especialidades, com os sindicatos, e a nível internacional, devido aos contactos efectuados a APOR já pertencia como membro à OCE (*Comité de Liaison des Orthoptistes de la Communauté Européene*), e desenvolvia contactos para a entrada na IOA (*International Orthoptic Association*).

Em 1990 Portugal pertencia à CEE (Comunidade Económica Europeia), hoje UE (União Europeia) e novos desafios para os Ortoptistas e para os portugueses em geral se vislumbravam no horizonte. As baterias da APOR, segundo Luis Lopes (1991) teriam de ser apontadas para a integração do curso de Ortóptica no Ensino Superior Politécnico, uma vez que a não concretização deste facto era impeditivo da livre circulação dos Ortoptistas portugueses nos países da comunidade, conforme relatam Maria José Esteves e Maria Júlia Valente (1991), acerca da reunião da OCE realizada em Nuremberga a de 7 de Junho de 1991.

No ano seguinte, no relatório anual da APOR, a direcção comunicava aos associados a constituição de uma comissão executiva, representativa das associações de diagnóstico e terapêutica, constituída pela APOR, a Associação dos Técnicos de Radiologia de Portugal (ATARP), a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), o SINDITE (Sindicato Democrático dos Trabalhadores de Diagnóstico e Terapêutica) e o Sindicato dos Técnicos Paramédicos. O grande objectivo desta comissão, tal como a direcção já havia anunciado um ano antes, visava a integração do ensino dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica no sistema educativo nacional.⁽¹³⁾

Como se pode verificar, a APOR não lutou isolada, mas procurou estar na linha da frente em momentos chave para o desenvolvimento da profissão em Portugal, e com o passar dos anos foi ganhando importantes batalhas.

(¹²) Relatório de actividade da APOR, publicado pela direcção, na revista Ponto Próximo nº2 em Julho de 1990

(¹³) Relatório de actividade da APOR, publicado pela direcção, na revista Ponto Próximo nº4 em Outubro de 1992

Pode destacar-se o contributo da APOR na integração do curso no Ensino Superior Politécnico, conforme pretendia a comissão anteriormente apresentada, o que acabou por suceder em 1993. A definição do perfil profissional dos Ortopcionistas, conforme se encontra legislado em Diário de República, desde 1999 ⁽¹⁴⁾, as licenciaturas bietápicas e a articulação com Ortopcionistas provenientes dos países que integram a EU são os exemplos mais marcantes das suas duas décadas de história.

A transição para o novo século continuou a exigir da APOR uma actividade atenta e constante, porque muito já havia sido conquistado é um facto, mas as mudanças inerentes ao processo de Bolonha introduziram recentemente novas directrizes na formação dos Ortopcionistas e as respectivas consequências ao nível do perfil profissional.

Por este motivo em 1994, a APOR integrou um grupo de trabalho juntamente com a ESTESL e a Escola Superior de Saúde Egas Moniz, representadas pelos respectivos coordenadores pedagógicos do Curso Superior de Ortóptica, e elaboraram um documento que contempla a visão das três entidades referidas sobre o perfil dos diplomados em Ortóptica e as respectivas competências profissionais. O documento intitulado “A Formação em Ortóptica: implementação do processo de Bolonha”, apresenta ainda as reflexões do grupo de trabalho acerca dos requisitos gerais para programas educativos em Ortóptica (Oliveira, Poças e Alves 2004).

Actualmente a APOR integra o Fórum das Tecnologias da Saúde ⁽¹⁵⁾, constituído pelo Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, e doze associações profissionais de saúde. Criado em 1992, o Fórum tem como prioridade a criação de condições para a auto-regulação, certificação e controlo do exercício profissional, totalmente controlada e dirigida pelos profissionais, pretende assim tornar-se numa organização de direito público, vulgo ordem profissional.

(¹⁴) Decreto-Lei 564/99 artigo 5º alínea k de 21 de Dezembro, com a seguinte redacção: Ortopcionista – desenvolvimento de actividades no campo do diagnóstico e tratamento dos distúrbios da motilidade ocular, visão binocular e anomalias associadas; realização de exames para correcção refractiva e adaptação de lentes de contacto, bem como para análise da função visual e avaliação da condução nervosa do estímulo visual e das deficiências do campo visual; programação e utilização de terapêuticas específicas de recuperação e reeducação das perturbações da visão binocular e da subvisão; acções de sensibilização, programas de rastreio e prevenção no âmbito da promoção e educação para a saúde;

(¹⁵) Consultado no página *on line* da APOR em 30 de Maio de 2007: <http://www.apor.com.pt>

A nível internacional, a APOR é membro da OCE e da IOA, estabeleceu recentemente, em 2007, um protocolo de cooperação com o Conselho Brasileiro de Ortóptica (CBort)

3 – ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA (ESTESL) (¹⁶)

A actual ESTESL tem as suas origens na Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa (ETSSL), criada em 1980 e regulamentada pela Portaria nº709 de 23 de Setembro. Recuando na história, a génese da aplicação das tecnologias no diagnóstico clínico terá ocorrido em 1987, quando João Ferraz de Oliveira Enfermeiro-mor solicita ao ministro do reino a criação de um serviço de radiologia no Hospital Real de S. José. Não há no entanto unanimidade quanto há real génese das tecnologias da saúde, uma vez que em 1902, e sob proposta do Enfermeiro-mor José Curry da Câmara Cabral, foi criado também no Hospital Real de S. José, o *Laboratório Geral de Analyse Clínica*, cujo principal objectivo era observar, diagnosticar e intervir clinicamente nos utentes.

Regressando ao século XXI, e olhando para os 25 anos da ESTESL, podem destacar-se algumas datas marcantes, momentos chave, no percurso entre a ETSSL e a ESTESL, que podem resumir-se da seguinte forma:

- Dos anos lectivos 1980/81 a 1993/94, a então ETSSL foi tutelada pelo Ministério da Saúde. Leccionou 14 cursos, nos quais se incluía o curso de Ortóptica, que integram a carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).
- No ano lectivo 1993/94, surge oficialmente a ESTESL, devido à integração da escola no ensino superior politécnico, pelo decreto-lei nº 415/93. Seria no entanto no ano lectivo 1994/95 que a escola passaria a ter dupla tutela,

(¹⁶) Todas as informações que constam neste ponto, são uma breve resenha histórica cujo conteúdo foi retirado do livro: *Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Um breve olhar sobre os 25 Anos de Ensino e Formação* (2007)

Ministério da Saúde e Ministério da Educação, passando a partir deste ano a estar autorizada a ministrar cursos de bacharelato.

- **Em 1995, após a criação do seu primeiro Conselho Científico, são aprovados os planos de estudo de 10 cursos de bacharelato, estando o curso de Ortóptica integrado neste grupo.**
- **Em 1998, a ESTESL, com recurso a financiamento comunitário iniciou um plano de formação permanente destinado aos TDT, em particular aos diplomados pela escola.**
- **No ano lectivo de 1999/2000, a escola passa a estar autorizada a ministrar cursos bietápicos de licenciatura em tecnologias da saúde a todos os seus cursos, através da introdução do 2º ciclo, que confere o grau de licenciado.**
- **Em 2001, a ESTESL deixa o regime de dupla tutela e passa em exclusividade para a dependência do Ministério da Educação.**
- **No ano de 2003 teve início o primeiro curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, que envolve a ESTESL em parceria com a Universidade de Évora.**
- **Em Julho de 2004, a ESTESL passa a integrar o Instituto Superior Politécnico de Lisboa (IPL) terminando o longo período de regime de instalação. A homologação e publicação dos estatutos ocorreriam em Outubro do mesmo ano.**

Após a conquista dos diferentes marcos históricos relatados, foi possível à ESTESL, ainda recentemente, em 2004 e 2005 respectivamente, eleger pela primeira vez, a 1ª Assembleia de Representantes e o 1º Conselho Directivo, presidido pelo Prof. Coordenador Manuel Correia que se mantém em funções.

Em relação ao curso de Ortóptica, no período compreendido entre os anos lectivos de 1980/1983 e 2002/2005, segundo dados da ESTESL (¹⁷), foram ministrados 15 cursos, tendo sido formados nestes mesmos cursos 156 bacharéis em Ortóptica. O número de licenciados desde ano lectivo de 1999/2000, o primeiro ano das licenciaturas bietápicas, até ao ano lectivo de 2004/2005, a ESTESL atribuiu o grau de licenciado a 108 Ortoptistas.

Face ao actual quadro, ao nível do ensino/formação promovido pelo processo de Bolonha, a ESTESL propõe a realização de ciclos de formação, que permitam conferir um conjunto de competências para o perfil adequado às exigências do mercado de trabalho no actual espaço europeu. O desenvolvimento dos ciclos será efectuado através da própria escola, ou através de parcerias com outras instituições do ensino politécnico ou universitário. A projecção para o futuro contempla ainda o desenvolvimento da área da investigação, de modo a consolidar saberes que reforcem as identidades profissionais, e que simultaneamente, produzam e projectem conhecimento científico nas perspectivas da terapêutica, diagnóstico e tecnologias, em Portugal e no espaço europeu.

(¹⁷) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Um breve olhar sobre os 25 Anos de Ensino e Formação (2007)

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

1 – PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

A génese de uma investigação surge quando uma situação causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e por consequência, exige uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado. A prática diária levanta frequentemente inúmeras questões, e revela-se uma importante fonte de domínios de investigação a explorar (Fortin, 1999).

O trabalho apresentado, tal como foi referido, emerge de alguma inquietação, e simultaneamente da necessidade compreender melhor alguns fenómenos observados diariamente no local de trabalho. O contributo da experiência profissional foi fundamental sob duas perspectivas. Em primeiro lugar no decorrer da actividade profissional do dia a dia enquanto Ortoptista, inserido no contexto profissional de um Hospital, um segundo aspecto motivado pela experiência de formador, enquanto docente e monitor de estágio do Curso Superior de Ortóptica.

Os aspectos da experiência pessoal do dia a dia, não estão isolados do mundo exterior, toda a conjuntura do passado e mais vincadamente o presente e o futuro são geradoras das dúvidas, e dos fenómenos a esclarecer ou a conhecer melhor. Os Ortoptistas em Portugal são uma profissão cuja formação e implementação no mercado de trabalho se pode considerar relativamente recente ⁽¹⁸⁾, em paralelo, há que considerar as rápidas mudanças económico sociais das últimas décadas, às quais se associam ainda a evolução técnico científica da Oftalmologia e a consequente redefinição da actividade da Ortóptica. Tem vindo a assistir-se ao alargamento do ensino e da intervenção dos profissionais às novas áreas complementares de diagnóstico, deixando o Ortoptista de actuar exclusivamente como reeducador da visão binocular (Manuel Oliveira, Ilda Poças e Gracinda Alves, 2004)

(¹⁸) Capítulo II: ponto 2 – A Ortóptica e os Ortoptistas em Portugal; ponto 3 – Enquadramento histórico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL)

A partir desta conjuntura e da referida experiência profissional sob as vertentes hospitalar e de formador, o contacto com colegas e alunos estagiários, assim como a partilha informal de diferentes pontos de vista e diferentes perspectivas de futuro, contribuíram para a formulação de dúvidas, ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho de investigação.

A(s) pergunta(s) de partida ou de investigação deverão tentar exprimir segundo Quivy e Campenhoudt (1995) o que o investigador procura saber, elucidar ou compreender melhor. Os referidos autores consideram que a pergunta de partida deve ser clara, exequível e pertinente, para ser funcional. As perguntas de partida que se pretendem responder, ou compreender melhor são as seguintes:

Como é que Ortopistas, com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a actual realidade profissional e de que forma perspectivam o futuro da profissão?

Como é que Ortopistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a relação entre os saberes da formação de base e o exercício profissional?

Como é que Ortopistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, se identificam com a profissão, como percebem o reconhecimento social da profissão e o seu posicionamento no mercado de trabalho?

2 – OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Objectivo geral:

- Conhecer as estratégias profissionais e identitárias nos diferentes campos/ espaços de construção da profissionalidade dos Ortopistas.

Objectivos específicos:

- Identificar que percepção têm os Ortopistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, sobre as perspectivas de

recomposição dos saberes da formação de base, face à relação entre estes saberes e o exercício profissional actual.

- Identificar que percepções têm os Ortoptistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, do reconhecimento social da profissão e das suas implicações com o poder profissional.
- Perspectivar o futuro da profissão, face às mudanças das políticas de saúde, aos avanços técnico científicos na área da Oftalmologia, e identificar as suas implicações para os Ortoptistas, no mercado de trabalho da saúde da visão.

3 – TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo de carácter *exploratório-descritivo*, fundado numa estratégia de abordagem dum estudo de caso pelo método qualitativo. A opção pelo método qualitativo justifica-se a partir das questões de investigação, que remetem para a exploração da experiência humana, neste caso dos Ortoptistas (Fortin, 1999). O estudo de caso, tal como refere Fortin (1999), visa obter mais informações acerca das características da população, e simultaneamente informações sobre fenómenos acerca dos quais existem poucos trabalhos de investigação.

Os Ortoptistas são um grupo profissional sobre o qual sociologicamente pouco se sabe, para além dos factos concretos da sua história, das áreas de intervenção ou dos aspectos da formação. Nestas circunstâncias e tal como refere Yin (1994), o estudo de caso é empreendido para: “responder às interrogações sobre um acontecimento ou um fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo” (Fortin, 1999: 165).

As vantagens apontadas a este tipo de estudo, como a obtenção de informação detalhada sobre um fenómeno novo e a possibilidade de extrair ideias e ligações entre variáveis, são claramente compensadoras face às limitações apontadas, como a obtenção de dados incompletos ou dificilmente comparáveis (Fortin, 1999), dado que, tal como foi referido, não existem estudos sobre os fenómenos investigados relativos aos Ortoptistas.

Os resultados provenientes deste estudo exploratório, integrado num contexto histórico, fornecerão dados importantes que poderão servir de ponto de partida para a formulação de hipóteses em futuros estudos ou mesmo de ponto de partida para pesquisas mais profundas e elaboradas (Gil, 1994)

4 – UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise de um estudo de caso, tal como considera Fortin (1999: 165), pode ser um fenómeno, um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma unidade social. Os Ortoptistas são a unidade de análise desta investigação, e tal como reitera Fortin (1999), uma unidade de análise pode subdividir-se em subunidades com o fim de aprofundar a investigação. Consideraram-se assim Ortoptistas em exercício, formadores e alunos estagiários do Curso Superior de Ortóptica como subunidades de análise.

5 – TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo aos objectivos traçados a partir das perguntas de investigação, optou-se pela utilização da *Entrevista semi-directiva* como instrumento de recolha de dados. Fortin (1999) refere que num estudo exploratório-descritivo, em que o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, de modo a abarcar os diversos aspectos do fenómeno, devem ser utilizadas as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, às quais Quivy e Campenhoudt (1995) designam por semi-directivas.

A utilização desta técnica de recolha de dados visa a interacção directa investigador/entrevistado de forma a obter informações mais profundas e úteis para os objectivos do estudo. É uma técnica que fornece elementos de reflexão muito ricos e matizados (Quivy e Campenhoudt, 1995), trata-se de um processo planificado e de um instrumento que exige grande disciplina da parte de quem a executa (Fortin, 1999).

A entrevista semi-directiva é a variante da entrevista mais usada em investigação social, conforme referem Quivy e Campenhoudt (1995). Nesta técnica são usadas perguntas fechadas e directas e perguntas abertas, de forma a dar alguma liberdade de

expressão ao entrevistado, permitindo ao investigador a abordagem de todos os pontos cruciais para a investigação (Bell, 1993; Quivy e Campenhoudt, 1995; Fortin, 1999). Tal como referem Ghiglione e Matalon (1992) este tipo de entrevista permite ao entrevistador/investigador estabelecer os seus critérios quanto à ordem e forma das perguntas. Em consonância, Quivy e Campenhoudt (1995) referem que o investigador deve dispor de perguntas guias, que não colocará exactamente pela ordem que as anotou e sob a formulação prevista, tanto quanto possível, “deixará andar”, permitindo ao entrevistado falar abertamente. Ao investigador cabe a tarefa de reencaminhar a entrevista, sempre que o entrevistado se afastar dos objectivos pretendidos.

As vantagens apontadas a esta técnica consistem na profundidade dos elementos de análise recolhidos (Quivy e Campenhoudt, 1995), na maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção (Fortin, 1999), a adaptabilidade, permitindo ao entrevistador explorar respostas, investigar motivos e sentimentos (Bell, 1993).

As limitações ou desvantagens são consideráveis e foram sentidas no decorrer desta investigação. É uma técnica que exige muito tempo para o investigador e para o entrevistado (Bell, 1993; Fortin 1999), como consequência, o número de entrevistas terá de ser relativamente pequeno. É uma técnica com grande subjectividade e que corre o risco de ser parcial (Bell, 1993). A flexibilidade da técnica poderá causar dificuldades, por um lado aos investigadores que não conseguem trabalhar sem directivas técnicas precisas, ou numa perspectiva inversa outros investigadores poderão pensar que podem conversar de qualquer maneira com os interlocutores (Quivy e Campenhoudt, 1995). As relações pessoais entre os intervenientes das entrevistas necessitam de ser devidamente elucidadas, uma vez que dada a relação próxima, as perguntas do investigador, relação de troca e o âmbito da entrevista, podem induzir determinadas formulações no entrevistado (Quivy e Campenhoudt, 1995).

Considerando as vantagens e desvantagens deste instrumento, o mais importante é obter “boas entrevistas” junto das pessoas certas (Ferreira 1986), não sendo por isso necessário um número exagerado de entrevistas.

Tendo em conta as premissas teóricas apresentadas, foi elaborado o guião para as entrevistas, com perguntas formuladas de forma a atingir os objectivos traçados, explorando os temas dominantes do quadro teórico da investigação, como o

reconhecimento social e identidade profissional dos Ortoptistas, a formação e exercício profissional e questões relativas ao poder profissional.

Numa primeira fase, e de modo a testar e reajustar o guião das entrevistas, foram entrevistados dois Ortoptistas e um aluno estagiário. As três entrevistas referidas fazem parte da amostra do estudo. O guião foi ajustado, foram reformuladas algumas perguntas de modo a tornarem-se mais compreensíveis e mais objectivas. Foi retirada uma pergunta-guia e acrescentadas duas novas perguntas, e foram ainda introduzidas algumas questões de apoio, que tal como é referido nos manuais de investigação foram usadas de forma explorar e complementar as respostas dos entrevistados.

Após esta fase, foi possível confirmar e distinguir com mais clareza a necessidade de diferenciar as perguntas-guias para os Ortoptistas e formadores, e as perguntas-guias para os alunos estagiários. Foi também possível perceber nesta fase que as respostas obtidas a algumas perguntas-guias forneciam matéria de análise a mais do que um tema (Anexo1).

Todas as entrevistas foram registadas em gravação áudio digital, com consentimento informado dos entrevistados e a todos foi assegurada a confidencialidade das informações prestadas.

Todos os entrevistados foram previamente informados do tempo médio de duração da entrevista, 45 minutos a 1 hora e meia para Ortoptistas e/ou formadores e 30 a 40 minutos para os alunos estagiários. Foram acertados os dias, as horas e o local de cada entrevista.

O espaço físico onde decorreram as entrevistas foi variado, nos Hospitais, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL), numa casa particular e num estabelecimento comercial público. Em todos os casos existiu a preocupação de proporcionar o ambiente propício para que as entrevistas decorressem da melhor forma possível, sem pressa e num ambiente calmo (Bell, 1993)

5.1 - Critérios de selecção dos entrevistados

A população sobre a qual a investigação foi efectuada foram os Ortoptistas e os estudantes estagiários do curso superior de Ortóptica. A amostra foi intencional ou estratégica, uma vez que foram seleccionados elementos considerados indicados para atingir os objectivos propostos pela investigação.

A escolha dos Ortopistas, que integraram a amostra desta investigação, foi condicionada por algumas das características desta técnica de recolha de dados, nomeadamente o tempo dispendido para cada entrevista e os custos associados, dado o entrevistador e o investigador serem a mesma pessoa. Atendendo a estes aspectos foram escolhidos três Hospitais públicos da cidade de Lisboa, e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL), como Instituições às quais foram enviados pedidos de autorização para a realização das entrevistas aos respectivos órgãos máximos, Conselhos de Administração nos Hospitais e ao Conselho Directivo da ESTESL. Os três Hospitais públicos referidos foram escolhidos devido ao facto de serem local de estágio dos alunos do 3º ano do Curso Superior de Ortopia da ESTESL, e nos quais exerciam funções Ortopistas formadores do respectivo curso.

As quatro Instituições referidas responderam positivamente, duas responderam por escrito, e duas autorizaram a realização das entrevistas através de um contacto telefónico, em representação do respectivo órgão máximo administrativo.

O passo seguinte foi escolher os Ortopistas a entrevistar seguindo os seguintes critérios:

- Ortopistas com experiência profissional distinta, mais precisamente profissionais a exercer há poucos anos e profissionais com largos anos de experiência profissional;
- Ortopistas com experiência profissional em Instituições públicas e/ou privadas;
- Ortopistas com actividade de formadores, docentes ou monitores de estágio do Curso Superior de Ortopia.

Posteriormente e porque se revelou importante para o estudo, foi entrevistado um Ortopista com actividade exclusiva no sector privado. O contacto foi estabelecido pessoalmente, dado o investigador ter um conhecimento pessoal da situação profissional deste Ortopista. A escolha do Ortopista em causa deveu-se ainda ao facto de, à data da realização das entrevistas, o número de Ortopistas a exercer em exclusivo actividade privada ser reduzido.

Os alunos estagiários entrevistados foram escolhidos com o critério de frequência do estágio curricular relativo ao 3º ano do Curso Superior de Ortopia, que decorria num dos Hospitais escolhidos.

6 – TÉCNICAS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados obtidos através das entrevistas semi-directivas, foi efectuado através da análise de conteúdo, conforme referem Quivy e Campenhoudt: “em investigação social, o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo” (1995: 195), ou como refere Bardin, dentro de uma infinidade de análises de conteúdo possíveis, esta oferece a possibilidade de pôr em evidência a “respiração” de uma entrevista não directiva (1977:27).

Esta técnica de análise de dados visa a dedução lógica de conhecimentos sobre quem emite a mensagem, ou seja as inferências que o investigador faz das mensagens recebidas, (Bardin 1977; Vala, 1986), trata da desmontagem de um discurso, e da produção de um novo discurso, através de um processo de localização-atribuição de traços de significação (Vala, 1986).

Bardin (1977) considera que a análise de conteúdo é composta por três fases: a pré análise, a exploração do material e o tratamento de dados.

Na pré-análise, que corresponde à fase da organização, as entrevistas gravadas em registo áudio digital, foram transcritas para suporte informático/papel, constituindo-se assim o *corpus* de análise. A cada entrevistado foi atribuído um código, constituído por uma letra E (Entrevistado), e um número de 1 a 11, correspondentes a cada um dos entrevistados (E1; E2; E3; E4; E5; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11). As referências dos entrevistados a nomes próprios, foram substituídas por letras maiúsculas, que não correspondem às iniciais dos nomes referidos. Foi seleccionada a título de exemplo, a transcrição completa, e a respectiva segmentação em unidades de análise de uma entrevista.

Após as transcrições e constituição do corpus de análise, foram aplicadas as regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência tal como refere Bardin (1977).

Na fase seguinte, procedeu-se à exploração do material, que consistiu na transformação de dados brutos, pelas regras de recorte e agregação, de forma a torná-los representativos do conteúdo (Anexo 2).

Efectuou-se em primeiro lugar o recorte, foram então definidas as unidades de registo. A escolha das unidades de registo procurou, tal como considera Bardin (1977),

responder de forma pertinente em relação às características do material e face às características da análise.

A unidade de registo corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, com vista à categorização e contagem frequencial. As unidades de registo foram consideradas utilizando como critério o tema, que como refere Berelson, é uma afirmação acerca de um assunto, pode ser uma frase composta, ou uma frase condensada através da qual pode ser efectuada um vasto conjunto de formulações singulares (Bardin, 1977: 99). É um critério normalmente usado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências (Bardin, 1977).

Após o recorte, procedeu-se à categorização. Nesta fase foi possível atribuir sentido e ordenar as informações (Vala, 1986). Procedeu-se à classificação dos elementos por diferenciação ou por (re)agrupamento (Bardin, 1977). Jorge Vala considera que uma categoria é: “composta por um termo chave que indica a significação central de um conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.” (1986: 111)

O sistema de categorias pode ser construído *a priori* ou *a posteriori*, ou combinando os dois processos (Vala, 1986), deste modo optou-se pela combinação de categorias previamente definidas, a partir do quadro teórico e dos objectivos da investigação, e categorias que foram sendo definidas através da análise do *corpus* das entrevistas.

O quadro (I) resume as categorias e subcategorias definidas neste estudo:

Quadro I – Resumo dos temas, categorias e subcategorias da entrevista

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Reconhecimento social e identidade profissional	Apresentação do Ortoptista na sociedade	Facilidade
		Dificuldade
		Caracterização do Ortoptista
	Reconhecimento no ambiente profissional	
	Reconhecimento na sociedade	
	Designação do Título profissional (Ortoptista)	Identificação com o título profissional
		Rejeição
		Necessidades de alteração ao título profissional
		Aspectos positivos
		Indiferente para o reconhecimento social

		Contribuição negativa para o reconhecimento social
	A licenciatura	Contributo positivo Indiferente
	Actividade da APOR	
	Argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social	Complementaridade Importância da prática Importância da teoria
Formação e exercício profissional	Relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional	Desenquadrados a necessitar de reformulação
		Enquadramento positivo
		Acrescentar novos conteúdos
		Retirar alguns conteúdos
	Contributo da licenciatura	Irrelevante
		Contributo positivo
	Actuação das diferentes gerações de profissionais	Coordenadores
		Profissionais no exercício a mais tempo
		As gerações mais novas e as Áreas de intervenção recentes
	Solicitações profissionais público vs privado	Semelhantes
		Distintas
	A ortóptica como área nobre	Sim
		Não
	Principais áreas de intervenção no futuro	
	A intervenção dos ortoptistas, optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão	Intervenções distintas
Áreas de sobreposição/ indefinição		
Actividade da APOR		
Aspectos positivos para escolher a profissão		
Aspectos negativos para escolher a profissão		
Perspectivas para o futuro	Especialização	
	Preocupações económicas	
	Sugestões e comentários	
Poder profissional	Fontes de poder profissional identificadas	Competência
		Reconhecimento social
		Número de profissionais
		Funções globais do capital
		Autonomia
		Monopólio de conhecimentos
		Credencialismo /licença/mandato
	Estratégias/controlo de mercado	
	O poder profissional dos Ortoptistas	
	O poder médico	
A influência das administrações		

Após a pré análise e exploração do material descritos, realizou-se a análise e interpretação dos dados, e posteriormente a discussão dos resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS

1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade

As idades dos onze entrevistados variaram dos 21 aos 54 anos. Não considerando os três alunos estagiários, a idade mínima dos Ortoptistas/formadores sobe para os 25 anos. Considerando toda a amostra, oito dos onze entrevistados tinham idades compreendidas entre os 21 e os 31 anos. Os restantes três entrevistados tinham idades claramente superiores, 45, 48 e 54 respectivamente, o que traduz uma amostra onde estão presente diferentes gerações de profissionais.

Sexo

Dos onze entrevistados, apenas 2 são do sexo masculino e 9 do sexo feminino. Os três alunos entrevistados são todos do sexo feminino.

Actividade profissional

Analisando 8 dos entrevistados, uma vez que não são contabilizados os três alunos estagiários, 1 exercia actividade exclusivamente privada e 7 acumulavam actividade pública e privada. Estes 7 Ortoptistas estavam distribuídos, como é possível verificar pela observação do Quadro II, 2 no Hospital X, 4 no Hospital Y e 1 no Hospital K.

Quadro II – Distribuição dos Ortoptistas que acumulam actividade pública e privada por hospitais

Ortoptistas que acumulam	Hospital X	Hospital Y	Hospital K
actividade pública e privada	2	4	1

Experiência profissional

A experiência profissional dos 8 Ortoptistas entrevistados, contabilizada em anos completos, variou entre 3 e 31 anos. Cinco tinham menos de 10 anos de experiência profissional, 2 tinham 23 anos de experiência profissional e 1 tinha 31 anos de experiência profissional, como é possível verificar pela observação do Quadro III. Uma vez mais é possível verificar a presença de diferentes gerações de profissionais na amostra.

Quadro III – Distribuição do número de ortoptistas pelos anos de experiência profissional

Anos de experiência profissional	Número de Ortoptistas
3	2
5	1
7	1
8	1
23	2
31	1

Actividade de Formação

Dos 8 Ortoptistas entrevistados apenas 1 não tinha ou nunca teve qualquer actividade de formação no âmbito do Curso Superior de Ortóptica. O coordenador pedagógico de Curso Superior de Ortóptica foi também entrevistado e encontra-se nos 8 Ortoptistas acima referidos.

Actividade associativa

Todos os onze entrevistados eram sócios da APOR. O envolvimento nas actividades associativas era no entanto distinto, 5 entrevistados eram apenas sócio(a)s, 4 eram sócio(a)s e ex-membros da APOR, e 2 pertenciam à associação em exercício.

Um dos entrevistados, membro da associação em exercício, possuía ainda um passado de intensa actividade associativa, dado ter sido sócia fundadora e ex-presidente.

2 – RECONHECIMENTO SOCIAL E IDENTIDADE PROFISSIONAL

A análise das entrevistas determinou para o tema Reconhecimento Social e Identidade Profissional, a emergência das seguintes categorias: *Apresentação do Ortoptista na sociedade, Reconhecimento no ambiente profissional, Reconhecimento na sociedade; Designação do Título profissional (Ortoptista), A licenciatura, Actividade da APOR e Argumentos teórico/práticos e exercício profissional.*

Quadro IV – Categorias e subcategorias do tema reconhecimento social e identidade profissional

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Reconhecimento Social e Identidade Profissional	Apresentação do Ortoptista na sociedade	Facilidade
		Dificuldade
		Caracterização do Ortoptista
	Reconhecimento no ambiente profissional	
	Reconhecimento na sociedade	
	Designação do Título profissional (Ortoptista)	Identificação com o título profissional
		Rejeição
		Necessidade de alteração ao título profissional
		Aspectos positivos
		Indiferente para o reconhecimento social
		Contribuição negativa para o reconhecimento social
	A licenciatura	Contributo positivo
		Indiferente
	Actividade da APOR	
	Argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social	Complementaridade
Importância da prática		
Importância da teoria		

2.1 - Apresentação do Ortoptista na sociedade

Na categoria *apresentação do Ortoptista na sociedade* foram consideradas três subcategorias: facilidade; dificuldade; caracterização do Ortoptista. Da análise das subcategorias, facilidade e dificuldade, verifica-se que maioritariamente os entrevistados referem ter dificuldades na apresentação do Ortoptista na sociedade.

E1 relaciona a facilidade com que apresenta socialmente o Ortoptista com a sua experiência profissional e a familiarização com a profissão: “actualmente não tenho dificuldades, quando acabei o curso tinha mais”, E8 e E5 respectivamente apontam o

contacto prévio com um Ortopista, ou uma apresentação/argumentação que enquadre o Ortopista na área da oftalmologia, como facilitadores para a apresentação do Ortopista: “pessoas no fundo, acabam (...) ou ter familiares ou ter amigos ou ter filhos que já procuraram e já tiveram um contacto”E8; “o que elas mais entendem é que é uma área ligada à oftalmologia”E5

Na subcategoria dificuldade, apenas E1 e E2 e E11 não registam nenhuma afirmação neste sentido. Da análise desta subcategoria, verifica-se a manifestação de uma dificuldade generalizada, da apresentação do Ortopista na sociedade, por parte dos entrevistados. Os motivos apontados são tendencialmente centrados no desconhecimento da actividade profissional do Ortopista, e na dificuldade de compreensão do público da explicação apresentada: “Torna-se difícil porque é uma área completamente alheia às pessoas”E3, E9; “é preciso usar termos muito básicos para explicares o que é que tu és”E6; “as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo [caracterização de um Ortopista]”E4, E5.

O recurso a uma explicação prática é apontado com possível solução para ultrapassar as dificuldades: “se uma pessoa conhece minimamente o trabalho do Ortopista torna-se mais fácil”E3; “teria de ir especificando ponto a ponto, o que é a Ortóptica clássica, a contactologia, a triagem, a angiografia (...)”E8.

Para E10, as dificuldades são generalizadas perante tudo e todos, conforme refere: “Sendo o público em geral, uma pessoa mais diferenciada ou mesmo um profissional de saúde é complicado fazê-los perceber o que é um Ortopista”E10

A subcategoria caracterização do Ortopista, revela o discurso que os entrevistados produziram num ambiente social, para caracterizar o Ortopista. As respostas obtidas revelam alguma simetria relativamente às conclusões de David Tavares (2007) sobre os técnicos de cardiopneumologia. Tratando-se de dois grupos profissionais diferentes, a análise sobre o trabalho referido justifica-se uma vez que Ortopistas e Técnicos de Cardiopneumologia pertencem à mesma carreira profissional, com processos de profissionalização semelhantes, mais concretamente nos aspectos impulsionados pela escolarização ao nível do ensino superior. A caracterização generalista que os entrevistados mais referem prende-se com a identificação abrangente com os profissionais de saúde: “É um profissional de saúde na área da visão, actua de forma complementar ao médico oftalmologista”E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9. Como se

pode verificar, oito, dos onze entrevistados, identificam-se e identificam o Ortoptista, com uma dimensão de grande escala (Tavares, 2007: 272) dos profissionais de saúde, especificando que actua na área da visão em complementaridade com o oftalmologista.

De uma forma mais particular, os entrevistados caracterizam os Ortoptistas pela sua actividade, destacando os exames complementares de diagnóstico, ou métodos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), referidos por todos os entrevistados à excepção de E9, e a ortóptica, à qual se referem por “estrabismo” ou “reabilitação da visão binocular”, dado serem aspectos técnicos que caracterizam a intervenção do ortoptista nesta área. As representações e práticas específicas referidas pelos entrevistados revelam a identificação mais restrita aos ortoptistas e à sua actividade profissional, tal como David Tavares (2007) considera relativamente aos técnicos de cardiopneumologia, é um tipo de identificação que tende a gerar sentimentos colectivos de pertença mais intensos.

A Ortóptica constitui uma área de intervenção marcante na identidade profissional dos Ortoptistas, considerada a “área principal” onde o Ortoptista tem mais autonomia. As respostas obtidas parecem sugerir por parte dos entrevistados que acima de todas as outras áreas de actividade, só a ortóptica confere um carácter distintivo e identificativo da actividade profissional do Ortoptista. Destacam-se as unidades de registo: “faz reabilitação visual de crianças que têm estrabismo que entortam os olhos”E1; “tem um campo mais autónomo que é o estrabismo, que é a o origem desta profissão [estrabismo]”E2, E3; “trata os distúrbios óculo-motores ou perturbações da visão binocular”E3; “a área de eleição é ortóptica, daí o seu nome profissional Ortoptista”E4. O entrevistado E10 merece particular destaque, uma vez que dá grande ênfase à ortóptica, referindo em quatro unidades de registo que a actividade profissional do Ortoptista se caracteriza pela reabilitação da visão binocular, como se pode verificar: “é um profissional que está ligado aos cuidados de saúde da visão com intervenção na área do diagnóstico complementar, da terapêutica da visão binocular (...)”; “o nosso papel é tentar reabilitar essa visão binocular ou mantê-la e depois os exames complementares de oftalmologia, para diagnóstico de determinadas patologias (...) e ainda na reabilitação do indivíduo sub visual”.

De uma forma mais dissonante, os entrevistados E8 e E11, referem-se à caracterização do Ortoptista apontando aspectos que se afastam dos anteriormente referidos.

O entrevistado E8, caracteriza o Ortoptista como um técnico superior de saúde, apesar de na realidade o Ortoptista pertencer à carreira dos TDT, conforme refere, “é um técnico superior de saúde, um técnico com um curso superior, na nossa carreira ainda não somos considerados técnicos superiores de saúde, somos técnicos de diagnóstico e terapêutica”. Por este motivo E8, não apresenta dúvidas, e perante um “leigo” caracterizaria o Ortoptista da seguinte forma: “a alguém que não estivesse dentro do assunto ou que não fosse um oftalmologista, diria que é um técnico superior de saúde que actua em todas as áreas dos meios complementares em oftalmologia.”. A análise às respostas deste entrevistado é particularmente interessante, uma vez que simultaneamente revela a identificação e a rejeição com as tecnologias da saúde, e os técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), que David Tavares (2007) identificou como a segunda dimensão de identificação dos técnicos de cardiopneumologia. Para E8, o Ortoptista deveria pertencer à carreira dos técnicos superiores de saúde, e sustenta a sua convicção na formação superior que os profissionais necessitam para exercer a profissão. Pode considerar-se que o E8 se encontra entre a necessidade de salvaguardar uma parte da identificação anterior, a identidade herdada, relativa aos TDT e o desejo de uma nova identidade futura, a identidade visada, os técnicos superiores de saúde, processo que Dubar (1997) designa por transacção subjectiva.

O entrevistado E11, destaca as características da actividade profissional do Ortoptista no sector privado, nomeadamente as diferenças em relação ao sector público. No sector privado, para além dos oftalmologistas, o Ortoptista trabalha com optometristas e vendedores. As constantes saídas profissionais para as ópticas, proporcionam ao Ortoptista um contacto profissional com outros intervenientes, que não existem nas unidades públicas de saúde.

2.2 - Reconhecimento no ambiente profissional

A categoria *reconhecimento no ambiente profissional* regista duas perspectivas, por um lado a noção que existe reconhecimento no ambiente profissional, simultaneamente a noção que profissionais próximos do Ortoptista, mais precisamente administradores e futuros oftalmologistas (internos da especialidade), não identificam o Ortoptista pela sua actividade profissional. Estes factos, conforme afirma David Tavares (2007), confirmam que as processos inerentes à produção de identidades sociais e profissionais são dinâmicas, passíveis de serem analisadas num dado tempo e espaço.

E8 considera assim: “Nós podemos ter um reconhecimento na oftalmologia (...)”, no entanto, o mesmo entrevistado associa esse reconhecimento não a um trabalho do “grupo” mas a uma circunstância particular: “a Ortóptica também é reconhecida aqui no hospital, porque eu sou presidente do conselho técnico há 4 anos”E8.

O fraco reconhecimento na área da saúde em geral é apontado por E6 e E11: “mesmo dentro da área da saúde há profissionais que não fazem ideia do que é um Ortoptista”. De uma forma mais particular são referidos os internos de oftalmologia como o exemplo de E10: “não sei até que ponto os oftalmologistas mais novos nos conhecem e vêm o nosso trabalho”. Também o fraco reconhecimento por parte dos administradores da área foi apontado: “há uns anos atrás houve administradoras da minha área que me perguntaram o que era um Ortoptista”E8.

Conforme versa a literatura sociológica, o contexto de trabalho é determinante na formação das identidades profissionais (Dubar, 1997; Abreu, 2001; Tavares, 2007), neste sentido, as diferentes formas como os ortoptistas são identificados de um ponto de vista que podemos considerar institucional, representam a “identidade para o outro” integrando o processo identitário relacional (Dubar, 1997). Os diferentes locais de trabalho são terrenos movediços locais de confronto de desejos de reconhecimento. Fundamentalmente a identificação feita pelos outros, tal como considera José Madureira Pinto citado por David Tavares (2007), pode produzir um efeito de produção de identidade a partir da produção de identidades alheias. As diferentes circunstâncias referidas pelos entrevistados, o reconhecimento ou não reconhecimento do Ortoptista, ou a associação do título à actividade profissional, revelam que a transacção entre a identidade atribuída para si e a identidade atribuída são distintas.

2.3 – Reconhecimento na sociedade

Tal como o reconhecimento no ambiente profissional, o reconhecimento fora do contexto de trabalho, na sociedade, contribui para a produção da “identidade para o outro”. Mais uma vez os contextos sociais formados por espaços e tempos diferentes produzem diferentes discursos dos entrevistados.

As referências a um reconhecimento positivo na sociedade pertencem somente a um entrevistado, para o qual há uma relação directa entre reconhecimento e o uso prévio dos serviços do Ortoptista: “conhecem-nos quem já nos procurou, e quem já usou os

nossos serviço”E8; “os pais das crianças estrábicas, quase todas conhecem o Ortoptista”E8.

Maioritariamente, os entrevistados consideram que há um fraco reconhecimento social dos Ortoptistas, há excepção de E3, E4, E5 e E11, que não fazem referências nesse sentido. O fraco reconhecimento social dos Ortoptistas é referenciado por alguns entrevistados de uma forma generalista: “não somos conhecidos em termos sociais”E6, E7,E9, no entanto, E1 e E8 associam a confusão com outros profissionais, oftalmologistas e optometristas, como uma causa para o fraco reconhecimento: “somos muito confundidos com oftalmologistas e optometristas”E1; “muitas vezes quando nos procuram ficam na dúvida, não sabem bem quem nós somos, se somos médicos, se somos doutores, técnicos (...)”E8.

Registam-se também manifestações de inconformismo, por parte de E8, E9 e E10, que admitem que a situação não é a ideal e consideram urgente a tomada de medidas, particularmente mais “divulgação”, como está exemplificado nas unidades de registo: “a Ortóptica está sempre numa situação de uma fraca divulgação, há muito, muito a fazer sobre o que é um Ortoptista”E9; “penso que somos reconhecidos mas não conhecidos (...) é uma questão de marketing e de número, ainda somos poucos”E10. A projecção através da comunicação social, pode representar uma das formas de projecção da identidade para o outro com influência directa no processo identitário biográfico (Tavares, 2007), nesta caso a ausência de projecção mediática na comunicação acaba também por influenciar a identidade biográfica do entrevistados E8, E9 e E10.

2.4 – Designação do Título profissional (Ortoptista)

Após a análise das entrevistas, para a categoria designação do *título profissional*, foram consideradas 5 subcategorias: identificação com o título profissional; rejeição; necessidade de alternativas ao actual título profissional; aspectos positivos; indiferente para o reconhecimento social; contribuição negativa para o reconhecimento social.

A rejeição do título profissional e a indiferença deste para o reconhecimento social são as subcategorias que contabilizam um menor número de unidades de registo. Relativamente à subcategoria rejeição, os entrevistados E1 e E7 referem um simples “Não gosto”, já os entrevistados E4 e E5 consideram que o título profissional não interfere com o reconhecimento social dos Ortoptistas como é exemplificado pela

unidade de registo: “não acho que seja por isso que somos mais ou menos reconhecidos”E4.

Na subcategoria identificação com o título profissional 7 dos 11 entrevistados, referem identificar-se com o título profissional, manifestando-o de forma distinta. E4 entende que é um título adequado, os entrevistados, E3, E5, E6, E8, E10 e E11, referem apenas “gosto”. E10 reforça a sua identificação invocando o seu passado, refere-se ao título profissional com algum sentido de propriedade, como é possível verificar pela unidade de registo: “Acha que me deve fazer essa pergunta? eu é que exigi este título profissional”E10.

Na subcategoria necessidade de alternativas ao actual título profissional, sobressaem diferentes pontos de vista sobre a necessidade de mudança. Uma das perspectivas é a desadequação do título à actividade profissional, nomeadamente ao facto dos Ortoptistas, cada vez mais, estarem direccionados para outras áreas e menos para a Ortóptica: “uma vez que não fazemos só Ortóptica também se podia mudar, para quê não sei”E6; “já não está de acordo com o Ortoptista na sua actividade profissional, era tempo de nós mudarmos”E9.

Quatro dos entrevistados, E6, E8, E9 e E11, entendem que uma mudança seria útil, mas simultaneamente reconhecem a dificuldade em encontrar alternativas, conforme é possível exemplificar através da unidade de registo: “se houvesse outro nome... não sei qual, parece que nunca há um ideal” E9, E11.

Os entrevistados E1, E7 e E9 apontam, como alternativa “técnico de oftalmologia” que no seu entendimento, ajudaria a identificar melhor o Ortoptista perante a sociedade: “preferia que fosse técnico de oftalmologia, talvez técnico nos identifique melhor”E1, E9; “se dizer que sou técnica de oftalmologia já não me fazem questões estranhas”E7.

Em relação à subcategoria aspectos positivos, E5 e E10 respectivamente referem que Ortoptista estabelece uma ligação directa com actividade profissional: “classificamos pela área principal (...) reflecte o que fazemos maioritariamente”E5; “é uma ligação do profissional à actividade profissional”E10.

E6 e E8 apontam como positivo o título de Ortoptista uma vez que se afasta do título profissional anterior (Técnico de Ortóptica), E8 considera ainda que este título

profissional permite aos profissionais uma identidade, referindo que tal não acontece com outros profissionais da carreira de TDT (Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica): “(...) não é o técnico de, temos um nome, os nossos profissionais têm um nome, nas outras áreas não acontece”E8.

Também E10, refere que o título profissional de Ortopista, contribui para a identidade profissional, diferenciação e reconhecimento dos profissionais, como se pode constatar pelas unidades de registo: “devemos continuar a chamar-nos ortoptistas nem que seja para termos uma identidade profissional”; “Contribui para uma diferenciação, agora tenho na bata doutora e por baixo Ortopista”; “penso que é um avanço para o nosso reconhecimento”E10.

Dos entrevistados que manifestaram identificação com o título profissional, E8 e E10 são os que contabilizam mais unidades de registo na subcategoria aspectos positivos do título profissional.

As unidades de registo na subcategoria contribuição negativa para o reconhecimento social realçam a confusão entre o Ortopista e o Ortopedista, o entendimento de que Ortopista é uma palavra confusa, que “não entra no ouvido”, e que não associa o profissional à actividade em si.

E2, não referindo nenhum exemplo concreto, considera que Ortopista contribui negativamente para o reconhecimento social, uma vez que “entra em conflito com outros profissionais”, enquanto que E1, E6, E10 e E11, consideram mais objectivamente “confunde-se com Ortopedista”.

Os entrevistados E2, E8 e E11 consideram que “não entra no ouvido das pessoas”, no mesmo sentido, E8 aponta a complexidade da palavra em si, não só na a sociedade em geral mas também no ambiente profissional do Ortopista, como se pode verificar pela unidades de registo: “Já ouvi chamar desde *ortópticos* (...) pessoas que trabalham lado a lado connosco”E8; “quando fui para o curso de Ortóptica nunca tinha ouvido falar em tal palavra, e era uma estudante, e como eu muita gente”E8

Relativamente ao desfazamento entre o título e actividade são contabilizadas unidades de registo aos entrevistados, E1, E2, E7, E9, como por exemplo: “ as pessoas não ligam o termo Ortopista à actividade em si” E3, E9.

E4 e E5 ambos alunos estagiários destacam-se dos onze entrevistados uma vez que, na subcategoria contribuição negativa para o reconhecimento social, foram os únicos que não contabilizaram unidades de registo.

Os três alunos entrevistados referem identificar-se com o título profissional, e dois deles não apontam nenhum contributo negativo para o reconhecimento social, estes factos podem em parte ser justificados devido ao forte contacto existente com o contexto escolar, e simultaneamente devido ao contacto com o contexto profissional estar ainda cingido ao estágio de aprendizagem. Tal como refere Susana Caires (2001) o estágio de aprendizagem permite uma visão mais realista do mundo do trabalho e das perspectivas de carreira dos futuros profissionais, ou como afirma Rui Canário (2007) permite a incorporação de sentimentos de pertença, de afiliação e de identificação a um grupo. No entanto, relativamente aos três alunos entrevistados, não foram considerados aspectos importantes, sem os quais não é possível estabelecer uma análise mais profunda, como a duração do estágio, o local ou locais de estágio, os monitores de estágio ou orientadores clínicos, os aspectos sócio organizacionais da instituição onde decorreu o estágio e o “trabalho” desenvolvido por cada aluno.

Numa análise sintética das várias subcategorias, verifica-se que há uma identificação dos entrevistados com o título profissional de 7 dos 11 entrevistados. Verifica-se ainda que na subcategoria aspectos positivos, são os entrevistados mais velhos (E8 e E10) que enfatizam o valor do título profissional, justificando que é muito importante para a identidade profissional o afastamento do anterior título profissional “técnico de Ortóptica”. Destaca-se E10 que revela uma forte identificação uma vez que se considera a responsável pelo actual título profissional.

As subcategorias necessidade de alteração do título profissional e contribuição negativa para o reconhecimento social, demonstram que os entrevistados de forma abrangente entendem que seria importante um título mais sonante, menos confuso e com melhor interligação entre a actividade profissional e o profissional em si. Seria benéfica a alteração do título profissional para a identidade formada por outros sobre os Ortopistas, conforme refere David Tavares (2007), as designações profissionais definidas pelo Estado, no âmbito da regulamentação das carreiras profissionais, são importantes para a identidade feita por outros.

2.5 – A licenciatura

Nesta categoria consideraram-se duas subcategorias, o contributo positivo e a indiferença da licenciatura para o reconhecimento social.

Na subcategoria indiferente, foram contabilizadas apenas duas unidades de registo, aos entrevistados E6 e E7, que manifestam de uma forma explícita que a licenciatura não proporcionou mais visibilidade nem reconhecimento social aos Ortopistas: “na parte social também está tudo igual”E6; “a visibilidade não foi nenhuma”E7

Na subcategoria contributo positivo, E1, E8 e E10 realçam o peso do doutor na sociedade portuguesa: “para a nossa sociedade o doutor conta muito”, E8 sublinha esta convicção desvalorizando os conhecimentos adquiridos, em prol dos ganhos sociais do grau académico: “Não é pelo conhecimento, é pela aceitação social, nem que a pessoa aprenda a mesma coisa”. Tal como David Tavares (2007) conclui relativamente aos técnicos de cardiopneumologia, o capital escolar constitui o principal alicerce para a redefinição destes profissionais na sociedade, possibilitando-lhes a expectativa de uma posição social e profissional diferente da actual. Da mesma forma, os entrevistados E1, E8 e E10 consideram que a licenciatura, mais precisamente o grau académico, representa um importante factor legitimador social. Também os entrevistados E2, E3, E4, se referem à licenciatura como potenciadora de mais prestígio e reconhecimento social da profissão.

Noutra perspectiva, a que a condição de aluno não é indiferente, E5 manifesta o contributo positivo da licenciatura no momento da entrada no mercado de trabalho: “(...) quando nos candidatamos a um emprego, entre um bacharelato e uma licenciatura há uma diferença”E5. Mais uma vez o capital escolar/grau académico adquirido através da licenciatura é apontado como um trunfo importante na aquisição de uma posição social e profissional.

O entrevistado E10 contextualiza o contributo positivo da licenciatura na equipa de trabalho, referindo que contribui para: “o reconhecimento da profissão na própria equipa”.

2.6 – Actividade da APOR

As unidades de registo da categoria *actividade da APOR* reflectem por parte dos entrevistados uma bipolarização das respostas.

Por um lado os entrevistados reconhecem a actividade da APOR no sentido de projectar ou melhorar a imagem social dos Ortopistas, como podemos verificar pelas

unidades de registo: “Tem feito o que está ao seu alcance nos últimos 3/4 anos, rastreios mostras de saúde (...)”E2, E11; “faz um esforço para que cada vez mais sejamos reconhecidos, fazendo um pouco publicidade, divulgando o nosso desempenho e quão ele é importante”E5, E11

No entanto as mesmas actividades referidas como positivas por E2, E5 e E11, rastreios, congressos ou mostras de saúde, são também consideradas insuficientes ou com pouco impacto como referem E2 e E9: “a divulgação ao longo dos anos tem sido extremamente fraca, restringimo-nos muito a congressos e rastreios”E9; “nunca houve grande pressão para pôr a Ortopédia com outro tipo de movimentos a esclarecer as pessoas”E9.

Da análise global de todas as unidades de registo desta categoria, ressalta a noção de que reconhecendo como positivas ou insuficientes as actividades da APOR, os entrevistados referem a necessidade de mais e melhores actividades de promoção da profissão para tornar os Ortopedistas mais reconhecidos socialmente, apontando como solução o recurso a órgãos de comunicação: “devia ter outro impacto, até usando os órgãos de comunicação, a associação não tem grande força para isso”E9.

Mais uma vez e em consonância com as unidades de registo da categoria 2.3, a reclamação de mais projecção através da comunicação social, pode representar uma necessidade de a APOR contribuir para melhorar o reconhecimento social dos ortopedistas e simultaneamente transformar e melhorar a “identidade para o outro” ou relacional (Dubar, 1997) que tal como já foi referido produz uma influência directa no processo identitário biográfico.

2.7 – Argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social

Da análise da categoria *argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social*, emergem três subcategorias: complementaridade; importância da prática; importância da teoria.

Na subcategoria complementaridade, verifica-se que todos os entrevistados à excepção de E5, consideram não ser possível atribuir maior importância a um dos argumentos, consideram que os dois são indissociáveis, como é possível verificar pelo exemplo das unidades de análise: “não sou capaz de distinguir um do outro”E4, E6, E7, E9,E10; “só com conhecimento é que se realiza a prática na perfeição”E4, E6, E7, E9, E10.

Os entrevistados E1, E3 e E8, consideram a complementaridade como o mais importante, no entanto na subcategoria importância da prática consideram que esta pode assumir maior grau de importância para o reconhecimento social do Ortopista: “os aspectos de natureza prática têm mais força, são mais relevantes”E1.

Na subcategoria importância da teoria, os entrevistados E5, E8 e E10, estabelecem uma relação entre argumentos teóricos e a investigação científica, na óptica dos entrevistados, os dois aspectos são primordiais para a afirmação profissional dos Ortopistas: “neste momento da nossa vida, como profissionais (...) penso que são os de natureza científica, a investigação”E8; “temos de crescer essencialmente como grupo é na investigação, é isso que nos vai dar credibilidade”E8; “se não for a base da natureza científica não somos uns licenciados, somos apenas uns técnico profissionais”E10;

O entrevistado E11, com actividade profissional exclusiva no ramo privado, realça a importância dos aspectos teórico científicos, para os Ortopistas nestas circunstâncias: “o científico é mais importante ainda no ramo privado”E11

As respostas obtidas enquadram-se na história dos últimos 25 anos das profissões dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, mais precisamente no aumento dos níveis de conhecimento acompanhado pelo acesso a graus académicos superiores (licenciatura, mestrado e doutoramento). Este facto parece estar implícito na importância que os entrevistados atribuem às concepções teóricas, associadas e impulsionadas através das instituições de ensino. No entanto, a importância atribuída a qualquer um dos argumentos é julgada por cada entrevistado a partir do seu contexto profissional.

Tal como Bourdieu, citado por Rodrigues (1997), os entrevistados consideram que a posse de um corpo de saberes teóricos, com maior ou menor grau de complexidade, pode abrir as portas ao mercado de trabalho e conceder um determinado estatuto e posição social aos profissionais.

Os Entrevistado E5, E8 e E11 demonstram, através das suas respostas relativamente aos Ortopistas, que valorizam mais o que Dubar designa por “modelo ideal”, que caracteriza a dignidade da profissão, a sua imagem de marca e a sua valorização simbólica, em detrimento do “modelo prático” que diz respeito às tarefas quotidianos e aos trabalhos pesados. Os factos relatados, tal como estão referidos na literatura sociológica reflectem-se na reconfiguração das identidades profissionais, em

muitas situações devido às diferenças de fundo entre as concepções teóricas do contexto escolar e as concepções práticas do contexto profissional. David Tavares (2007) refere relativamente aos técnicos de cardiopneumologia, com um desenvolvimento académico muito semelhante ao dos Ortoptistas, a instituição escolar influenciou de forma significativa a identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia produzindo um efeito impulsionador do processo e projectos de profissionalização, situação que pode considerar-se sobreponível aos Ortoptistas.

3 – FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O tema formação e exercício profissional inclui as seguintes categorias: *relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional, contributo da licenciatura, actuação das diferentes gerações de profissionais, solicitações profissionais público vs privado, a Ortóptica como área nobre, principais áreas de intervenção no futuro, intervenção dos Ortoptistas, Optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão, actividade da APOR, aspectos positivos para escolher a profissão, aspectos negativos para escolher a profissão e perspectivas para o futuro.*

Quadro V – Categorias e subcategorias do tema formação e exercício profissional

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Formação e exercício profissional	Relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional	Desenquadrados a necessitar de reformulação
		Enquadramento positivo
		Acrescentar novos conteúdos
		Retirar alguns conteúdos
	Contributo da licenciatura	Irrelevante
		Contributo positivo
	Actuação das diferentes gerações de profissionais	Coordenadores
		Profissionais no exercício a mais tempo
		As gerações mais novas e as Áreas de intervenção recentes
	Solicitações profissionais público vs privado	Semelhantes
		Distintas
	A ortóptica como área nobre	Sim
		Não
	Principais áreas de intervenção no futuro	
	A intervenção dos ortoptistas, optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão	Intervenções distintas
Áreas de sobreposição/ indefinição		

	Actividade da APOR	
	Aspectos positivos para escolher a profissão	
	Aspectos negativos para escolher a profissão	
	Perspectivas para o futuro	Especialização Preocupações económicas Sugestões e comentários

3.1 – Relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional

Para esta categoria foram consideradas as subcategorias: desenquadrados a necessitar de reformulação; enquadramento positivo; acrescentar novos conteúdos; retirar alguns conteúdos.

Enquadramento positivo e retirar alguns conteúdos, são as subcategorias que menor número de unidades de registo contabilizam.

Apenas três unidades de registo foram contabilizadas na subcategoria retirar alguns conteúdos, distribuídas pelos entrevistados E3 e E4, ambos alunos estagiários. Os dois entrevistados identificam o que entendem estar “a mais”. Para E3 a formação é excessiva face à oferta de actividade profissional na área da sub-visão: “na sub-visão temos demasiada formação e pouco exercício profissional”. Por seu lado, E4 considera existir um peso excessivo de unidades curriculares provenientes das ciências sociais, particularmente Sociologia e Psicologia: “cadeiras como sociologia era importante termos 1 não 3, talvez psicologia um pouco mais mas não três também”E4

O enquadramento positivo é referido também em três unidades de registo pelos entrevistados E4, E8 e E10. As unidades de registo dos entrevistados E8 e E10 são referências globais ao enquadramento positivo dos planos de estudo: “em termos de conteúdo programático não está mau”E8. De forma mais objectiva, E4, um dos alunos entrevistados, identifica o estágio como um bom exemplo do enquadramento positivo dos planos de estudos do curso de base, com o exercício profissional: “acho que o estágio está super adequado”

Relativamente à subcategoria, desenquadrados a necessitar de reformulação, contabilizam-se unidades de registo a praticamente todos os entrevistados, à excepção de E3 e E11, o que revela uma quase unanimidade no que concerne à necessidade de

proceder a mudanças. Da análise das unidades de registo desta subcategoria é possível verificar algumas tendências, apontadas pelos entrevistados que justificam a necessidade de reenquadramento. Os entrevistados, E2, E7 e E9, sugerem uma rutura com o passado, referem que o curso Superior de Ortóptica terá de ser menos clássico e focado na Ortóptica, e mais virado para o futuro: “seria importante focar o plano de estudos no que o Ortopista pode vir a fazer e não no que antigamente fazia, ter os olhos abertos para o que pode vir aí”E2; “o curso continua a ser muito clássico muito virado para a Ortóptica”E7; “há coisas que caíram em desuso principalmente na área da Ortóptica (...) se calhar não faz sentido estarem no plano”E9.

Em consequência da necessidade de tornar o curso menos clássico, os exames complementares são apontados como um exemplo a rever: “há uma desactualização da teoria dada no curso e os exames complementares”E1. O entrevistado E7 reforça esta visão, referindo-se à tendência para o afastamento da actividade profissional da Ortóptica clássica e aproximação aos exames complementares: “já não somos tanto ortoptistas, somos mais técnicos de oftalmologia”.

A importância que os entrevistados atribuem aos exames complementares tem a sua origem na inovação da formação dos Ortopistas, desencadeada pelo curso de 1986 ministrado em Coimbra. Neste curso foram introduzidos pela primeira vez componentes práticos de aprendizagem de electrofisiologia e angiografia, abrindo a partir desta data novas áreas de intervenção para o Ortopista, facto que Ilda Poças (1992) salientava alguns anos mais tarde, referindo que a actividade da Ortóptica estava em expansão para as técnicas de diagnóstico complementar em toda a oftalmologia.

A evolução tecnológica no seio da Oftalmologia moderna, acompanhada pelos planos de estudo revistos em 2000, “afastou” o Ortopista da sua actividade quase exclusiva, a ortóptica, e deste modo transformou e alargou em definitivo a intervenção do Ortopista para os exames complementares de diagnóstico, nos quais se incluem: perimetria, angiografia, electrofisiologia, ecobiometria, contactologia, triagem, tomografia ocular, optometria e rastreio (Ilda Poças, sd)⁽¹⁹⁾

Apontando noutro sentido, os entrevistados E5 e E6 consideram que deveriam existir mais horas de prática, E5, um aluno, refere especificamente: “só acho que alguns

(¹⁹) Ortóptica – O passado. Consultado em 5 Fevereiro de 2006: <http://www.apor.com.pt>

estágios deviam ter mais tempo como o de ortóptica”. O facto de E5 se encontrar a efectuar o estágio de aprendizagem, tal como refere Susana Caires (2001), permite-lhe a identificação de áreas pessoais e profissionais mais fortes e/ou aquelas que necessitam de algum aperfeiçoamento, nesta situação o aluno parece manifestar a necessidade de maior aperfeiçoamento relativamente ao módulo de estágio de ortóptica.

Os docentes são referidos pelos entrevistados E2 e E9 como uma causa, que justifica em parte o desenquadramento entre a teoria das aulas e a prática da actividade profissional: “quem lecciona algumas cadeiras ou módulos do curso por vezes não é Ortoptista, por vezes têm um desconhecimento total do que é a nossa profissão e do desempenho profissional”E2; “é preciso ponderar os conteúdos programáticos (...) até os docentes que estão a leccionar (...)”E9. De uma forma mais directa, E2 aponta responsabilidades aos médicos docentes do curso superior de Ortóptica, considerando o facilitismo das suas aulas prejudicial á formação dos Ortoptistas: “quando são médicos a matéria é dada de forma muito ligeira”E2.

Os entrevistados E2 e E10 dirigem as necessidades de reformulação a disciplinas como a física, a bioquímica ou a anatomia, considerando que devem ser mais focadas nos aspectos relativos à visão: “queríamos as físicas as bioquímicas mais dirigidas para a visão (...) mais exigência a nível da anatomia, da patologia”E10. O entrevistado E8 aponta ainda as deficiências do quarto ano, que no seu entendimento deveria ser mais vocacionado para a investigação e para a comunidade.

Uma análise global da subcategoria, acrescentar novos conteúdos, permite verificar que os entrevistados apontam ser necessária mais formação em farmacologia, mais formação sobre os diferentes tipos de cirurgia, e mais formação sobre as novas tecnologias em que o Ortoptista intervém.

O entrevistado E11, considera fundamental um investimento nos conhecimentos sobre fármacos oftalmológicos, sistémicos e homeopáticos: “faltam conhecimentos de farmacologia, sistémicos e principalmente dos fármacos oftalmológicos”; “também devemos ter conhecimentos sobre fármacos homeopáticos”. A referência a fármacos homeopáticos, que não são prática corrente a medicina tradicional, apesar de parecer descontextualizada, enquadra-se na actividade profissional deste entrevistado, uma vez que trabalha numa óptica. Poder-se-á sugerir que está latente alguma vertente comercial imprimida pela sua actividade profissional.

Sobre as necessidades de formação nas novas tecnologias, apontadas por E1, E3, E6 e E10, as referências incidem mais concretamente sobre o OCT (Tomografia de Coerência óptica), ou sobre as novas técnicas de estudo do glaucoma como o FDT (Frequency Doubling Technology) e o GDx: “investir mais em áreas onde o Ortopista actua mais, o OCT, as novas tecnologias ligadas ao glaucoma, o FDT”E3.

As novas técnicas referidas como deficitárias, OCT, FDT e GDx, constituem três exemplos concretos das mais recentes tecnologias em métodos de diagnóstico e terapêutica. Como é possível verificar são carências apontadas por um aluno, e por profissionais com 5 anos de experiência profissional no caso de E1, 8 anos de E6 e 31 anos no caso de E10. Há no entanto que distinguir os exames referidos, o GDx e o FDT, são exames para o estudo do glaucoma e/ou alterações do campo visual, conteúdos que há largos anos integram os planos de estudo do curso de Ortóptica na disciplina de perimetria ou campimetria (Poças, sd). Os entrevistados parecem sugerir a complementaridade de conhecimentos teórico/práticos na cadeira de campimetria com a introdução nos planos de estudo dos exames complementares mais recentes nesta área, FDT e GDx (²⁰).

O OCT é também um exame complementar de diagnóstico relativamente recente na exploração clínica em oftalmologia, distingue-se dos exames referidos anteriormente, uma vez que tem um vasto campo de utilização em oftalmologia. Pode ser usado no estudo da patologia da interface vítreo retiniana, neuroretina, epitélio pigmentar e nervo óptico (Figueiredo, 2006). A vasta utilização deste novo meio complementar de diagnóstico, justifica os anseios demonstrados pelos entrevistados, uma vez que profissionalmente os exames complementares são historicamente uma fonte de empregabilidade para os Ortopistas.

O entrevistado E1 aponta carências de formação sobre os diferentes tipos de cirurgia, não especificando a que carências se refere.

A análise global da categoria *relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional*, das suas diferentes subcategorias, revela que tendencialmente os entrevistados consideram ser necessário reformular o plano de estudos, ou acrescentar conteúdos inexistentes ou manifestamente insuficientes.

(²⁰) Os alunos que integram a amostra deste estudo pertencem ao curso de bacharelato 2002/2005

3.2 – Contributo da licenciatura

Após a análise das entrevistas, consideraram-se na categoria *contributo da licenciatura* duas subcategorias, irrelevantes e contributo positivo.

Na subcategoria irrelevante, os entrevistados E1, E2, E6, E7 e E8, manifestam alguma decepção, uma vez que enquanto profissionais, não sentiram diferenças na transição do grau de bacharel para licenciado, principalmente ao nível das carreiras hospitalares, como se pode verificar na unidades de análise: “ao nível dos técnicos de saúde tanto faz sermos bacharéis como licenciados”E7; “a nível prático não se nota nenhuma alteração (...) não existe o reconhecimento hospitalar dessa licenciatura”E2.

O descontentamento manifestado justifica-se devido ao não reconhecimento do grau académico de licenciado pela carreira dos TDT, onde se incluem os Ortoptistas. Conforme a resenha apresentada no capítulo II, acerca da formação e exercício profissional dos Ortoptistas em Portugal, as licenciaturas bietápicas iniciaram-se no ano lectivo 1999/2000, precisamente no mesmo ano que é publicado o Decreto-Lei 564/99 que regulamenta os perfis profissionais das 18 profissões dos TDT, aos quais são exigidos para ingresso na carreira o curso superior ministrado nas escolas de tecnologias da saúde, conforme o previsto no artigo 14º do referido decreto lei. À data da publicação do decreto-lei, decorria o primeiro curso de licenciatura, no entanto a publicação quase simultânea da legislação só previa a distinção entre bacharéis e licenciados na pontuação dos concursos de ingresso ou de acesso, na prática a carreira para um bacharel ou um licenciado era exactamente igual.

O descontentamento dos entrevistados significa, na prática, que os Ortoptistas licenciados no final ano lectivo 2004/2005, cerca de 108 ⁽²¹⁾, ainda não viram reconhecida essa licenciatura ao nível da carreira hospitalar, tal facto significa que o investimento no 4º ano não trouxe quaisquer benefícios aos Ortoptistas. As respostas obtidas, confirmam as conclusões de David Tavares (2007) sobre os técnicos de cardiopneumologia (ambos os profissionais pertencem á mesma carreira), referindo-se a este aspecto como um indicador contraditório relativamente às tendências do processo de profissionalização, uma vez que o capital escolar adquirido na última década, é

⁽²¹⁾ Cf. capítulo II - Enquadramento histórico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL)

desvalorizado enquanto factor na definição dos critérios de progressão na carreira que favorecem a antiguidade em detrimento das qualificações escolares.

Ao nível dos conhecimentos, os entrevistados E6, E7 e E8 consideram que não existiram ganhos: “Para mim absolutamente nenhuma, estou exactamente na mesma (...) não me acrescentou nem saberes”E6, E7; “mas não é por mais um ano que as pessoas ficam a saber...não, evoluem (...)”E8

O contributo positivo da licenciatura é apontado pelos três alunos entrevistados, E3, E4 e E5, e ainda pelos entrevistados E2, E10 e E11.

Os alunos entrevistados apontam o quarto ano correspondente à licenciatura, como uma mais valia na formação e uma possibilidade de adquirir mais saberes teóricos e práticos. Noutra perspectiva E5 e E11 referem a licenciatura como uma mais valia no momento da candidatura a um emprego. O entrevistado E11 destaca como o contributo da licenciatura foi determinante para conseguir o seu emprego, uma vez que exerce actividade exclusiva no sector privado, “no privado há muitas diferenças, como bacharel não iria entrar nunca (...)”.

Outros contributos positivos da licenciatura são referidos por E2 e E10, que apontam a possibilidade de continuação da formação para graus académicos superiores: “permite-nos continuar a nossa formação (...) aceder a mestrados e doutoramentos, é bom para a valorização profissional”, E10 destaca ainda o contributo para a paridade com os profissionais que trabalham mais próximos do Ortopista: “paridade com os diferentes profissionais, enfermeiros e médicos”E10.

Dos entrevistados, que contabilizam unidades de registo na subcategoria contributo positivo, não pertencem à carreira dos TDT, E3, E4 e E5 porque ainda não são profissionais e E11 porque exerce actividade exclusivamente no sector privado. Conforme se pode verificar estes quatro entrevistados, consideram que o contributo positivo se centra nos conhecimentos adquiridos, ou acesso mais fácil a um emprego como destaca E11.

Noutra vertente E2 e E10, que trabalham em hospitais públicos, destacam a possibilidade de acesso a outros graus académicos, e a paridade com os outros profissionais. Para estes entrevistados, a mais valia não se encontra nem nos saberes adquiridos, nem na progressão na carreira e nos respectivos aumentos de remuneração, a grande vantagem consiste apenas no currículo, factor que Hughes considera

determinante num processo de profissionalização, a instituição do currículo em momentos de conflito ou disputa de áreas de trabalho (Rodrigues, 1997).

3.3 – Actuação das diferentes gerações de profissionais

Relativamente à categoria *actuação das diferentes gerações de profissionais*, foram determinadas três subcategorias: coordenadores; profissionais no exercício há mais tempo; as gerações mais novas e as áreas de intervenção recentes.

Na subcategoria, coordenadores, os entrevistados associam a figura do coordenador a um profissional “mais velho”, como pode ser exemplificado na unidade de registo: “temos a terrível sensação que o coordenador tem de ser o mais velho, está errado”E9. Por este motivo, os entrevistados referem em inúmeras unidades de registo, que a formação de base destes profissionais é distinta dos profissionais que terminaram o curso mais recentemente, determinando que dentro das áreas de intervenção dos Ortoptistas, os coordenadores dominem essencialmente a ortóptica e a campimetria, conforme referem os entrevistados E1, E2, E6, E7 e E10.

A análise da função de coordenação em si, faz com que os entrevistados E6, E8 e E10 apontem a gestão como a área que os coordenadores dominam, em contraponto, E2 considera que os coordenadores: “pecam por falta de conhecimento na área da coordenação”. O entrevistado E10 caracteriza a actuação do coordenador, atribuindo-lhe as tarefas de dominar em termos gerais a actuação do Ortoptista e conquistar mais áreas de intervenção, considerando que não lhe sobra tempo para muito mais, devendo por isso concentrar-se na gestão.

Na subcategoria profissionais no exercício há mais tempo, diferentes entrevistados como E1, E2, E6 e E8 consideram que estes profissionais, partindo de uma formação de base diferente da actual, não se actualizaram, acomodaram-se e não se preocuparam em evoluir: “estão bem instalados e acomodam-se”E2,E6; “pararam, estancaram”E1; “não se preocuparam se actualizar”E6. Deste modo, a actividade destes profissionais é baseada na Ortóptica e em alguns exames complementares de diagnóstico, conforme é apontado por E1.

E8 reconhecendo a tendência para a actuação restrita dos profissionais há mais tempo em actividade, refere no entanto que caso fosse necessário, não teriam

dificuldades em começar a intervir em novas áreas: “ (...) se um mais velho quiser ir para a angiografia (...) com a informação que há, com o conhecimento que já tem, com a sua experiência em oftalmologia...tem é que se dedicar e treinar”E8. Para este entrevistado, que divide os profissionais no exercício há mais tempo, nos pré anos oitenta e pós anos oitenta, situando-se na geração dos anos oitenta, refere que a geração anterior à sua, pré anos oitenta, é “mais parada”.

Da leitura da análise das duas subcategorias referidas, verifica-se que os entrevistados globalmente reconhecem que os coordenadores e profissionais no exercício há mais tempo pertencem a gerações sobreponíveis, ou seja os coordenadores são Ortoptistas com uma larga experiência profissional e com muitos anos de exercício profissional. Em ambos os casos, os entrevistados consideram que dentro do campo de intervenção dos Ortoptistas, estes profissionais, condicionados pela sua formação de base, ou são coordenadores e dedicam-se em exclusivo a esta actividade, ou actuam em ortóptica e campimetria.

A viragem na formação dos Ortoptistas em Portugal começou em 1986 (Poças, sd), até então, não existia formação prática em exames complementares de diagnóstico à excepção da campimetria. Levando em conta que em 1974 existiam 62 Ortoptistas formados, serão os profissionais que E8 denomina pré anos oitenta, e que a formação se reiniciou a partir de 1980 na ESTESL, depois de um interregno de seis anos, os profissionais que E8 denomina pós anos oitenta. Este conjunto de factos, juntamente com uma insuficiente formação complementar, justificam a actuação dos profissionais “mais velhos” ou com mais anos de exercício profissional na ortóptica e campimetria.

Os mesmos factos enquadram as unidades de registo da subcategoria, as gerações mais novas e as áreas de intervenção recentes, uma vez que de um modo global os entrevistados consideram que as novas áreas de intervenção pertencem quase em exclusivo às gerações mais novas: “não são exclusivas mas são mais atribuíveis [mais novos]”E7“precisavam de novas aprendizagens e eram os mais novos que vinham da escola e seguiam isso no hospital”E10. O entrevistado E2 sugere que a estabilidade profissional dos profissionais “mais velhos” cingida às áreas profissionais referidas, abre espaço aos mais novos para aproveitar as oportunidades que vão surgindo: “as necessidades criam novas oportunidades (...) aproveitadas pelos mais novos”.

As respostas obtidas são concordantes com as diferenças geracionais encontradas por David Tavares relativamente aos técnicos de cardiopneumologia, concluindo que “nas diferenças geracionais existentes no interior do grupo, as gerações formadas mais recentemente tendem a defender concepções e a desempenhar práticas profissionais inovadoras mais próximas das tendências verificadas no decurso do processo de profissionalização.” (2007: 275).

3.4 – Solicitações profissionais público e privado

Após a análise das entrevistas, para a categoria *solicitações profissionais público e privado* foram estabelecidas duas subcategorias: semelhantes e distintas.

Na subcategoria semelhantes, os entrevistados consideram que as solicitações profissionais no sector privado e no sector público começam a ser iguais, nomeadamente ortóptica e exames complementares, conforme refere E10. E6 associa esta tendência às motivações económicas e à crescente exigência da relação custo efectividade: “seja público ou privado querem que trabalhes mais com menos”E6

Na subcategoria distintas, os entrevistados apontam diferentes motivos porque consideram serem distintas as solicitações profissionais entre público e privado. Para os entrevistados E6 e E11, as diferenças encontram-se na relação com o doente. E6 considera que no privado o profissional tem de ser submisso perante o doente, porque este está a pagar: “no privado pedem-te que sejas mais submisso em relação ao doente”; “se a outra pessoa te disser está mal tem sempre razão, está a pagar tem sempre razão [privado]”. A perspectiva apresentada por este entrevistado enquadra-se no conceito de desprofissionalização de Haug, uma vez que este autor considera que a perda de autoridade perante o cliente, e o seu papel cada vez mais activo e menos expectante fazem parte do processo de desprofissionalização. Convém no entanto lembrar que as teses da desprofissionalização são perspectivas teóricas que por exemplo Freidson critica, sublinhando que Haug não considerava os factores económicos e organizacionais, centrando-se demasiado nas expectativas do cliente/ consumidor, atribuindo à tese da desprofissionalização alguma falta de sustentabilidade (Rodrigues, 1997).

O entrevistado E11 refere que a diferença na relação com o doente se deve à maior proximidade Ortoptista-doente que existe no sector privado. E8 distingue público e privado, referindo que “nos públicos nós conseguimos fazer tudo”, sugerindo que no sector privado tal não acontece devido à não existência de um coordenador dos Ortoptistas, o que faz com que os profissionais fiquem mais isolados e com menor capacidade reivindicativa ou de pressão sobre as administrações: “nos privados as pessoas estão muito mais isoladas (..)lá não há uma coordenação às vezes é preciso uma coordenação...para mexer com as instituições”.

É importante realçar que dos oito Ortoptistas entrevistados, sete acumulavam actividade pública e privada e um exercia actividade exclusiva no sector privado, esta amostra não representativa, acaba por estar enquadrada nos números avançados no último relatório da OCE ⁽²²⁾ sobre a prática profissional nos diferentes países membros. Cerca 98% dos Ortoptistas em Portugal exerciam a sua actividade no sector público, e 2% actuavam em exclusividade no sector privado. Salienta-se que dos 98% referidos 50% acumulavam a actividade a tempo inteiro no sector público com trabalho extra no privado. Esta chamada de atenção serve para realçar que sete dos entrevistados respondem com experiência pessoal sobre as solicitações profissionais no sector público e no sector privado

3.5 – A ortóptica como área nobre

Relativamente a esta categoria verifica-se uma bipolarização das unidades de registo, emergindo assim duas subcategorias, sim e não.

A discussão sobre a ortóptica enquanto área nobre é suscitada por Ilda Poças (sd)⁽²³⁾, ao considerar o importante papel do Ortoptista no diagnóstico e na terapêutica do estrabismo, refere ser esta a área nobre de actuação, a área de excelência dos Ortoptistas. Neste contexto, o termo nobre sugere a importância e destaque que Ilda Poças atribui a esta área de intervenção.

Os três alunos entrevistados, E3, E4 e E5, juntamente com E10, consideram a ortóptica a área nobre de intervenção dos Ortoptistas. Para os alunos a ortóptica é a área

(²²) Orthoptics in the European Union(2000)

(²³) Ortóptica – O passado. Consultado em 5 Fevereiro de 2006: <http://www.apor.com.pt>

nobre de intervenção dos Ortoptistas, porque é a área onde o Ortoptista tem um papel mais activo, é a área para a qual o oftalmologista mais o solicita e onde menos interfere com o seu trabalho, como é possível verificar nas unidades de registo: “ortóptica é ortóptica, é onde o Ortoptista tem mais manobra (...) é onde tem um papel mais activo”E4; “o oftalmologista dá-nos total abertura para actuarmos consoante nós achamos, consoante os nossos conhecimentos”E5; “é sem dúvida a área nobre, a Ortóptica acaba por ser aquela em que a maior parte das vezes só nós é que intervimos”E5.

Para E10, a ortóptica é a área nobre porque foi a abordagem inicial da profissão, o motivo do seu surgimento, e sob a qual assenta todo o conhecimento científico: “é na Ortóptica que assenta todo o conhecimento científico, é a base, a profissão surgiu para tratar a visão binocular”.

Salienta-se assim o facto de os quatro entrevistados que consideram a ortóptica a área nobre de intervenção dos Ortoptistas, serem três alunos e a coordenadora pedagógica do Curso superior de Ortóptica, o que revela que ao nível da formação de base existe um forte vinculação com esta área de intervenção.

Os motivos referidos nas diferentes unidades de registo centram-se na importância e o no domínio que o Ortoptista detém perante o oftalmologista nesta área. A autonomia e autoridade, referidas pelos entrevistados, sugerem que se trata de uma área onde os saberes dos Ortoptista mais se aproximam do conceito de “monopólio de conhecimentos”, vinculado em diferentes paradigmas da sociologia das profissões, particularmente no paradigma do poder.

Freidson aponta o “monopólio de conhecimentos” como um dos principais recursos ou fontes de poder profissional, ao qual denomina de *expertise* (Rodrigues, 1997). Também Larson caracteriza o processo de profissionalização a partir da construção de um monopólio de saberes e competências que garantam aos profissionais um mercado de clientela para a sua aplicação (Carapinheiro, 1993).

As perspectivas apresentadas pelos entrevistados, sugerem que o Ortoptista é um *expert* relativamente na área da ortóptica, uma vez que possui um o corpo de saberes próprio, por esse motivo trata-se da área nobre para os ortoptistas, uma vez que no seu exercício o Ortoptista tem mais poder profissional.

A subcategoria não, revela que os entrevistados consideram a ortóptica mais uma área, em igualdade com outras em que o Ortoptista intervém. As solicitações cada



vez mais frequentes para a intervenção dos Ortoptistas nos exames complementares, retiraram na óptica dos entrevistados alguma importância à ortóptica, tornando-a “mais uma área”: “cada vez mais é necessária a nossa intervenção em áreas complementares de oftalmologia”E1,E7; “nobre já não, uma das grandes áreas”E6; “actualmente é uma área como outra”E8.

As perspectivas dos entrevistados reflectem o alargamento do ensino do curso superior de Ortóptica acompanhando a evolução tecnológica no seio da oftalmologia. Ilda Poças (1992) no início da década de noventa, referia que estava em curso uma redefinição da actividade do Ortoptista, uma década depois, é um facto consumado, o Ortoptista alargou a sua actividade às novas tecnologias complementares de diagnóstico no âmbito da saúde da visão (Oliveira; Poças e Alves 2004).

O destaque atribuído à ortóptica tem vindo a ser progressivamente diluído. Para E8, a mudança na envolvimento profissional dos Ortoptistas, como as oportunidades de intervenção em novas áreas, têm motivado o desinteresse e o afastamento crescente desta área, não só dos profissionais, mas também dos alunos em processo de formação, retirando-lhe a importância de outrora.

O alargamento do conhecimento a novas áreas de actividade e especialização estimulou a diversidade interna do grupo, tal como David Tavares (2007) considera relativamente aos técnicos de cardiopneumologia, cuja identidade deixa de estar tão centrada numa área de actividade profissional, neste caso a ortóptica, passando a identidade a incorporar um conjunto variado de áreas de intervenção.

3.6 – Principais áreas de intervenção no futuro

As unidades de registo da categoria *principais áreas de intervenção no futuro*, revelam um leque variado de respostas, que podem sintetizar-se nas principais áreas referidas:

- Exames complementares de diagnóstico. De uma forma global, oito dos onze entrevistados, consideram que os exames complementares de diagnóstico serão, num futuro próximo, a saída profissional com mais oferta no mercado de trabalho.
- Acções de rastreio. Uma das possibilidades referidas é a possível reestruturação dos centros de saúde, que permitirá aos Ortoptistas actuar nos cuidados de saúde

primários, e participar em acções de promoção e educação para a saúde, nas quais se incluem o rastreio.

- Refracção (²⁴). A presença de um número crescente de profissionais a trabalhar nas ópticas, parece estar relacionada com as opiniões manifestadas por alguns entrevistados, dos quais se destacam os três alunos, possivelmente vislumbrando uma possível saída profissional. A título ilustrativo, o peso desta área na actividade profissional dos Ortoptistas tem vindo a crescer gradualmente nos países da OCE. Em 1992, Ilda Poças referia que dos onze países estudados, os Ortoptistas intervinham na refracção em quatro (Dinamarca, Holanda, Irlanda e RFA), destes quatro países, apenas na Dinamarca o Ortoptista prescrevia lentes (²⁵). O último relatório da OCE (²⁶) datado no ano 2000, descreve a actividade profissional de 13 países membros, aponta para a intervenção dos Ortoptistas na refracção em onze países, no entanto em três desses países, nos quais se inclui Portugal, a refracção é efectuada pelos Ortoptistas sob “determinadas condições”. Relativamente à prescrição de lentes, Holanda e Dinamarca são os únicos países onde o Ortoptista pode prescrever.
- A ortóptica. Mesmo considerando o seu peso decrescente ao longo dos últimos anos, a ortóptica continua a ser referida como uma área importante no futuro, devido ao facto de ser exclusiva do Ortoptista: “A ortóptica vai continuar a ser uma área muito importante, porque é uma área só nossa”E3, E4, E5, E10. E11 sublinha que a importância da ortóptica no futuro será ainda mais notória no sector privado.

(²⁴) A refracção consiste na aplicação de testes, objectivos ou subjectivos para quantificar o poder refractivo adicional para produzir uma imagem nítida na retina (Lang, 2000). De uma forma mais simples, são os testes que permitem quantificar a graduação (dioptrias) que uma determinada pessoa necessita para tornar as imagens nítidas na retina.

(²⁵) A prescrição ou receita de lentes, envolve aspectos burocrático/ legais, como a licença e o reconhecimento de entidades como o estado, subsistemas de saúde ou companhias de seguros.

(²⁶) Orthoptics in the European Union(2000)

No essencial são os exames complementares, os rastreios, a refração/optometria e a ortóptica que os entrevistados mais destacam e que contabilizam grande parte das unidades de registo desta categoria. No entanto, também são apontadas as áreas da subvisão e da ergofthalmologia.

O entrevistado E10 relativiza um pouco a questão, referindo que as áreas com mais ou melhor futuro para o Ortoptista, também dependem das áreas nas quais os médicos se mostrarem mais interessados em investir, principalmente em relação aos exames de diagnóstico e terapêutica: “é uma questão de modas, consoante aquilo em que oftalmologistas estão mais interessados em investir (...) assim é a necessidade dos exames complementares” A perspectiva deste entrevistado remete mais uma vez para a evolução técnico científica da oftalmologia, facto que motiva o “arrasto” da formação e exercício profissional do Ortoptista para as áreas ou técnicas de diagnóstico em expansão.

Na leitura da unidade de registo de E10, está subjacente que actividade profissional do Ortoptista está sob domínio médico, tal como Graça Carapinheiro (1998) afirma sobre o trabalho da enfermagem, também o trabalho do Ortoptista em relação aos exames complementares de diagnóstico é definido em função do trabalho médico. Esta pode considerar-se uma das formas de domínio médico que Turner citado por Graça Carapinheiro (1993) denomina por subordinação.

3. 7 – A intervenção dos Ortoptistas, Optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão

Da análise das entrevistas para a categoria, *a intervenção dos Ortoptistas, Optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão*, foram encontradas duas subcategorias, intervenções distintas e áreas de sobreposição/indefinição.

Em relação à subcategoria intervenções distintas, os entrevistados referem que o oftalmologista é o profissional com as funções mais clarificadas, como se pode verificar nas unidades de registo: “a distinção mais fácil é com o médico oftalmologista”E2; “oftalmologistas são oftalmologistas não há comparação possível”E10.

Por outro lado, os entrevistados justificam a distinção da intervenção dos diferentes profissionais através dos aspectos legais, como referem E9 e E10, “Que há uma distinção das áreas de intervenção há, temos uma função muitíssimo bem definida e legislada em Diário da República (DR)”, ou devido ao bom relacionamento dentro da equipa de trabalho, como refere E11, “nos sítios onde trabalhei tive a sorte de não haver sobreposição de papéis, perceberam bem qual é a função de cada um”.

Em grande maioria, à excepção de E1, E4 e E11, os entrevistados referem a existência de áreas de sobreposição ou indefinição entre os profissionais da saúde da visão. Os Ortoptistas e os Optometristas são apontados como as duas classes profissionais onde se manifestam de forma mais evidente áreas de sobreposição ou indefinição. Trata-se de uma situação que não se pode considerar recente, uma vez que no relatório de Maria Júlia Valente e Maria José Esteves (1991) sobre a reunião dos Ortoptistas da OCE de 7/6/1991, publicado na revista da APOR em Outubro do mesmo ano, um dos pontos debatidos foi precisamente o “problema” dos optometristas, uma vez que a sua actuação colidia com os Ortoptistas, um problema comum nos diversos países da Europa.

Os Ortoptistas entrevistados apontam aos Optometristas a apropriação de áreas para as quais, no seu entender, os Optometristas não têm competência para intervir, como os exames complementares de diagnóstico ou as avaliações de ortóptica: “(...) limitavam-se à refacção, actualmente começam a entrar em áreas abrangidas pelo Ortoptista, visão binocular (...) e a própria execução de exames complementares de diagnóstico [optometristas]”E2, E10; “de vez em quando querem entrar nas nossas áreas...mesmo de diagnóstico, de ortóptica, eu penso que eles não têm formação para isso [optometristas]”E8

Ressalta de forma evidente um clima de conflito e de luta por áreas de trabalho entre ortoptistas e optometristas: “entre ortoptistas e optometristas é uma guerra, não querem partilhar um pouco de conhecimentos que ambos têm”E5. A origem do conflito é para E9 motivada por factores comerciais, ou pela ausência ou deficiente regulamentação dos conteúdos funcionais dos Optometristas conforme sugere E2: “a não regulamentação desta profissão [optometristas] faz com que as outras duas envolventes entrem em campos da outra mas sem haver sempre certezas da legitimidade

de quem pode fazer o quê, a legitimidade que existe é a antiguidade de fazer as coisas”E2; “não sei se em Portugal as coisas estão bem definidas na teoria”E10.

Em relação aos Ortoptistas, o Ministério da Saúde, através da Secretaria Geral do referido ministério, publicou o Decreto-Lei 320/99 de 11 de Agosto, passando a emitir, após o reconhecimento oficial das habilitações, as carteiras profissionais aos profissionais da carreira de TDT⁽²⁷⁾. Deste modo pretendeu-se criar uma forma de controlar o exercício legal das 18 profissões da carreira de TDT. Atendendo à data da publicação do Decreto-Lei, as respostas dos entrevistados parecem sugerir que mesmo com a carteira profissional, se assiste a uma ocupação dos optometristas de áreas legalmente atribuídas aos Ortoptistas. A protecção da actividade profissional dos Ortoptistas, não parece estar a ser conseguida, ou por incumprimento da lei ou por uma regulamentação pouco clara relativamente à actividade dos optometristas conforme refere E2.

Também os Ortoptistas estão a desempenhar funções numa área até há relativamente pouco tempo exercida por oftalmologistas e optometristas, a refração. A refração parece representar a grande “zona cinzenta” onde na prática todos estão a intervir em simultâneo: “há áreas que coincidem, entre o optometrista e o Ortoptista, e o oftalmologista”E8; “na área da refração eu acho que entraram agora os ortoptistas”E8. Para E8, o termo “entraram”, sugere a chegada dos Ortoptistas ao “campo de batalha”, uma vez que nada mudou desde a publicação do Decreto-Lei 564/99, em termos de carreira profissional e conteúdos funcionais, ou desde o início das licenciaturas bietápicas no ano lectivo 1999/2000.

Não é possível identificar em concreto todas as justificações para a entrada recente dos Ortoptistas na refração, mas parece estar implícito nas respostas dos entrevistados por um lado uma atitude de retaliação em relação à entrada dos optometristas nos exames complementares, noutra ponta de vista a procura de novas saídas profissionais.

As questões relacionadas com as actividades de óptica ocular, particularmente a refração e prescrição de lentes, os aspectos legais que os entrevistados referem não estarem bem definidos, acabam no seu entender por proporcionar a intervenção nesta área aos três grupos profissionais referidos: “a refração é um exemplo, todos acham

(²⁷) A importância da Cédula Profissional, consultado no sítio da APOR <http://WWW.apor.com.pt> em 2/6/2007

que têm competência”E3, E7; “os médicos ainda acham que a refração é um acto médico esse é um aspecto onde ainda não há definição”E3.

Em função da análise das respostas obtidas, podemos afirmar que há uma tendência para a sobreposição de funções e competências entre Ortoptistas e optometristas que, citando Graça Carapinheiro (2004)⁽²⁸⁾, se designam como profissões vizinhas ou adjacentes. As questões relacionadas com a sobreposição de funções foram abordadas pela autora na investigação sobre as associações profissionais no sector da saúde.

Os dados obtidos na referida investigação são significativos, uma vez que das associações de saúde estudadas, 62% reconhecem existir sobreposição de funções com profissões de nível de qualificação semelhante. Os motivos apontados para a sobreposição diferem entre as associações médicas e as de outros profissionais de saúde. As associações de profissões de saúde não médicas, apontam a reformulação do sistema de ensino e formação e a sua incidência sobre a alteração das jurisdições estabelecidas, mas referem ainda a importância das conjunturas económicas e políticas, no entanto, quer para as associações médicas quer para as associações de outros profissionais de saúde, as alterações legislativas são consideradas as conjunturas mais favoráveis à sobreposição.

Conforme já foi referido, a inexistência de alterações legislativas recentes (desde 1999) do conteúdo funcional dos Ortoptistas, juntamente a sobreposição crescente de funções entre ortoptistas e optometristas, remetem-nos para um cenário onde a conjuntura económica poderá, hipoteticamente, constituir o âmago da questão. As preocupações manifestadas pelos alunos acerca das saídas profissionais no decorrer das entrevistas corroboram com esta hipótese, uma vez que as questões relacionadas com o emprego estão directamente relacionadas com as conjunturas económica e política.

As diversas referências aos aspectos jurídicos, às indefinições legislativas de quem pode e quem não pode interferir na refração, remetem-nos para o paradigma sistémico de Abbott. Para este autor, a jurisdição constitui o núcleo central do estudo das profissões, as disputas, os conflitos e a competição em áreas jurisdicionais constituem a dinâmica do desenvolvimento profissional. Abbott acrescenta ainda que a

(²⁸) O sector da saúde – formas de hierarquização interna, capítulo 3 do livro organizado por João Freire em 2004: *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora

história de uma profissão está intimamente ligada à reclamação de jurisdição pelos grupos ocupacionais (Rodrigues, 1997: 94).

A criação de nova legislação ou a aplicação efectiva da lei vigente são as soluções encontradas pelos entrevistados para a resolução das “invasões” dos Ortoptistas na refração, e dos optometristas nos exames complementares de diagnóstico, tarefa que compete ao Estado conforme refere David Tavares (2007). As perspectivas apontadas remetem-nos para a fixação de jurisdição, que Abbott considera a proibição legal de outros grupos ou indivíduos desenvolverem um determinado trabalho, visando o controlo social e o controlo cognitivo (Rodrigues, 1997).

O controlo cognitivo é legitimado pelo conhecimento formal no trabalho através do desenvolvimento de tarefas, neste aspecto os dois grupos profissionais, com maior ou menor conhecimento formal, trabalham numa luta “ombro a ombro”. Relativamente ao controlo social que se joga a partir das reivindicações activas no local de trabalho ou nos campos de opinião pública, os Ortoptistas serão o grupo profissional em desvantagem, essencialmente devido aos fracos recursos no campo da opinião pública, nomeadamente os recursos económicos e o reconhecimento social

3.8 – Actividade da APOR

Da categoria *actividade da APOR*, que contabiliza um extenso número de unidades de registo, destacam-se as respostas dos alunos entrevistados E3, E4 e E5, uma vez que consideram estar completamente desligados da actividade associativa, no caso de E4, refere que tornar-se-á mais atenta quando terminar o curso e iniciar a sua actividade profissional.

As referências positivas pertencem aos entrevistados mais velhos, “Tem contribuído bastante”E8, E10, para os quais, as grandes lutas já fazem parte do passado que marcou os momentos chave para a profissão: “a grande luta da APOR, a grande intervenção foi há alguns anos atrás na definição do perfil profissional, na luta para a integração no ensino superior”E10; “a associação teve de lutar, através de processos para que não fosse reconhecido o exercício profissional inqualificado”E10.

São no entanto apontadas diferentes críticas à APOR, com diferentes graus de frequência, que podem resumir-se à deficiente comunicação com os associados, à ausência de uma estratégia de futuro, à insuficiente promoção social da profissão, à

deficiente defesa do perfil profissional do Ortoptista e ao “clientelismo” dos membros da direcção.

Das críticas referidas, a comunicação com os associados e o desconhecimento por parte destes de acções visíveis, indiciam algum distanciamento entre os associados e a associação: “pouco se anuncia, pouco se faz anunciar”E1; “só sinto a sua presença no final do mês nas quotas e quando fazem congressos (...) não sinto a sua presença em nada”E1, E6; “não sei que perspectivas têm para o futuro”E6. Também o “clientelismo” referido por E1 parece contribuir para o distanciamento, “a nossa associação faz para os mesmos, para os que eles conhecem não para os ortoptistas em geral”.

As críticas sobre a insuficiente promoção social da profissão ou sobre a defesa e definição do perfil profissional são mais generalistas, como se pode verificar na unidade de registo: “não se sentiu por parte da APOR uma contribuição para definição das novas tarefas”E2. Os entrevistados E2 e E11 clarificam o seu ponto de vista destacando a necessidade da APOR tomar uma posição clara sobre a refacção: “não existe uma definição clara dos limites, regras e normas dos que se possam seguir e adoptar [refacção]”E2; “poderia definir melhor o papel do Ortoptista na refacção, para que não houvessem restrições às mossas prescrições”E11. O entrevistado E11 representa os anseios de uma nova geração, visto que entra no mercado de trabalho através das ópticas, onde são frequentemente solicitados para realizarem a refacção. Conforme já foi referido anteriormente na categoria *principais áreas de intervenção no futuro*, a refacção está a tornar-se uma área com importância crescente na actividade do Ortoptista a nível europeu, no entanto E11 pretende mais, pretende ainda o reconhecimento das prescrições de lentes dos Ortoptistas. O reconhecimento do acto da prescrição por parte dos Ortoptistas revela-se mais complexo, envolve interesses económicos, definição jurídica relacionada com sobreposição de funções, remetendo o problema para a “licença” que Hughes, um dos autores do paradigma interaccionista das profissões classifica como a autorização legal de exercício de certas actividades interditas a outros (Rodrigues, 1997).

Neste sentido, E11 solicita uma intervenção clara da APOR, alertando para uma das funções essenciais de uma associação profissional a promoção de negociações (Freire, 2002), ou conforme refere David Tavares (2007: 52) as associações profissionais não constituídas em Ordens profissionais podem funcionar enquanto grupos de pressão, grupos de interesse ou *lobby*, e desta forma podem influenciar as decisões dos governos ou das administrações.

Existem no entanto limites para a actuação das associações profissionais, que também são referidos por alguns entrevistados. A falta de empenhamento e motivação dos Ortopistas mais jovens é referida como um limite pelos entrevistados E8, E9 e E10, que têm uma forte ligação a um passado activo da associação: “o que podia ter era associados mais activos”E10; “só existe porque ainda tem à frente pessoas dispostas a que ela exista”E10; “tudo o que têm não foi conquistado por elas, já lhes foi dado, 90% foi conquistado por mim”E10; “é bom que os mais novos comecem a motivar-se para a associação”E8, E10. Destaca-se o cunho pessoal imprimido por E10, motivado pelo seu envolvimento em alguns momentos marcantes do passado, enquanto ex presidente da APOR.

As referências ao presidente da associação evidenciam o distanciamento entre os associados e os membros dirigentes da APOR, e sublinham a importância da dedicação e do tempo roubado à vida pessoal em prol do associativismo profissional, conforme está patente nas unidades de registo: “O presidente [APOR] é professor, tem a sua privada, está a tirar o mestrado, ainda faz privada...depois não temos dinheiro...”E8; “o presidente está muito isolado na associação”E10; “as pessoas não se motivam porquê? Falta-lhes o tempo?; “a associação é o que nos pode unir, pode motivar as pessoas, mas têm de estar lá as pessoas certas, o número de pessoas certas, e pessoas com disponibilidade”E8.

Caso os novos associados não se entusiasmem pelo associativismo profissional, estes entrevistados consideram que a própria existência da associação parece estar em causa: “um dia destes não há ninguém que pegue nela, eu já não quero, já estou cansada, já estou velha”E10; “é bom que os mais novos comecem a motivar-se para a associação”E8, E10.

A perda de consciência associativa dos mais jovens, referida por E8 e E10, é uma das causas que João Freire (2002) aponta para a estagnação ou perda de efectivos de uma associação profissional. Podem também identificar-se nas respostas do entrevistado E10, nomeadamente quando refere que as lutas mais importantes já foram ganhas no passado, uma estabilização da profissão, outro factor que pode levar à estagnação de uma associação profissional (Freire, 2002).

A análise conjunta destes factos, com as diferentes críticas dos restantes entrevistados mais jovens, parecem representar uma cisão entre os Ortopistas mais velhos, com forte ligação à APOR envolvidos no passado em importantes conquistas, e

os Ortoptistas mais jovens, distantes da vida associativa e que não se reconhecem nos membros actuais da associação.

3.9 – Aspectos positivos para escolher a profissão

Na categoria *aspectos positivos para escolher a profissão*, os entrevistados referem com frequência o dinamismo, a autonomia e a intervenção em diferentes áreas. No entanto, o contacto humano com os doentes, principalmente o contacto com crianças, surge como a característica positiva para escolher a profissão, que os entrevistados mais apontam à actividade profissional do Ortoptista.

Noutra vertente, os entrevistados E1, E9 e E10 consideram que o Ortoptista trabalha com um órgão especial, os olhos, o que torna a profissão aliciante e diferente, tal com refere E10: “tem de se sentir o olhar, olhar para as pessoas”E10.

Para E8, um dos aspectos positivos da profissão, juntamente com a autonomia, consiste na possibilidade que o Ortoptista tem de diagnosticar e tratar, à semelhança do que sucede com os fisioterapeutas: “Podemos criar, podemos diagnosticar, podemos tratar, é uma área (...) parecida com a fisioterapia”E8.

A analogia entre o Ortoptista e o fisioterapeuta, estabelecida por E8, justifica-se pela natureza dos seus conteúdos funcionais, em comparação com as restantes profissões que englobam a carreira dos TDT, na qual também estão integrados. E8 destaca o facto de das 18 profissões que integram a carreira dos TDT, legisladas pelo Decreto-Lei 564/99, o Ortoptista e o fisioterapeuta são os únicos profissionais cujos conteúdos funcionais não se encerram na execução de técnicas de análise e ou tratamento, como o técnico radiologista, o técnico de anatomia patológica ou o técnico de cardiopneumologia citando apenas alguns exemplos a título ilustrativo. O Ortoptista e o fisioterapeuta, tal como refere E8, podem diagnosticar, estabelecer e executar planos de tratamento e/ou reabilitação, no caso particular do Ortoptista estas características assentam essencialmente no diagnóstico e tratamento dos distúrbios da visão binocular, área designada por ortóptica.

As exigências visuais da sociedade em que vivemos, nomeadamente o uso generalizado do computador desde a infância, são para o entrevistado E11 motivos para acreditar que o Ortoptista será um profissional muito solicitado no futuro. Fazendo jus à

sua experiência pessoal, E11 considera que o sector privado vai oferecer um futuro profissional promissor aos Ortoptistas.

3.10 – Aspectos negativos para escolher a profissão

Os aspectos negativos para escolher a profissão mais referidos reflectem diferentes preocupações dos entrevistados, cuja origem, remete para o enquadramento da actividade profissional do Ortoptista, e para o ambiente profissional e social que o rodeia. A unidade de registo, “não sei qual é o rumo que esta profissão vai tomar, não há certezas”^{E9}, aglutina as diferentes referências negativas apontadas pelos entrevistados para escolher a profissão, a incerteza e a ausência de um fio condutor.

O mercado sobrelotado e a competitividade no meio são no geral os aspectos negativos mais referidos pelos entrevistados, particularmente pelos três alunos entrevistados, que não apontam qualquer outro aspecto negativo, manifestando claramente as suas preocupações num futuro próximo. Ainda sobre as dificuldades de emprego, E11 refere que estas manifestar-se-ão mais no sector público.

Como aspectos negativos, são ainda referidos o poder profissional, as condições de trabalho nas ópticas, o reconhecimento social e a remuneração. Sobre a remuneração, Ilda Poças (1992), citando um estudo da OCE sobre os salários dos Ortoptistas na CEE, referia que os Ortoptistas portugueses eram os que auferiam o salário médio mais baixo. Posteriormente, a insatisfação face à remuneração seria apontada no estudo realizado por Pereira Né (1999), *Avaliação da Satisfação Profissional dos Ortoptistas*, neste estudo, o autor concluiu que à excepção dos Ortoptistas com mais de 55 anos, o nível de remuneração era considerado inadequado para satisfação das necessidades básicas (²⁹). O último relatório da OCE confirma os Ortoptistas portugueses como os pior remunerados dos treze países membros incluídos no relatório, factor que poderá estar relacionado com outro dado importante que consta do mesmo relatório, que consiste no facto de, dos 98% dos Ortoptistas que exercem a sua actividade a tempo inteiro no sector público (principalmente hospitais) 50% acumulam com actividade extra privada,

(²⁹) Foi estudada toda a população dos Ortoptistas portugueses que se encontravam a prestar serviço nos Centros de Saúde, Hospitais Distritais (níveis II e III) e Hospitais Centrais (nível IV) à data da realização do estudo, 1999.

o que representa a maior taxa de acumulação dos países estudados no relatório. Não é referida qualquer indicação nesse sentido, trata-se de uma hipótese, no entanto seria pertinente estudar esta relação entre os salários mais baixos e a maior taxa de acumulação entre público e privado (³⁰).

O entrevistado E1 aponta as ópticas como um das saídas profissionais com mais mercado, no entanto considera que as condições de trabalho e o estatuto do Ortoptista enquanto profissional não serão os desejados: “as oportunidades de emprego são mais nas ópticas (...) não dá valorização profissional, fazem de ortoptistas empregados de balcão”.

3.11 – Perspectivas para o futuro

Após a análise das entrevistas consideraram-se para a categoria *perspectivas de futuro*, três subcategorias: especialização; preocupações económicas; sugestões e comentários.

Na subcategoria especialização, os entrevistados manifestam o que consideram ser uma tendência na actividade profissional dos Ortoptistas. O Ortoptista “faz tudo” dará lugar ao Ortoptista especializado num reduzido número de áreas de intervenção. As unidades de registo dos entrevistados E6, E7 E10 demonstram como os entrevistados justificam a necessidade da especialização “o Ortoptista tem que deixar de ser o faz tudo, temos que nos saber especializar, ter um conhecimento geral e sermos muito bons em 2 ou 3 áreas”E6; “cada vez mais somos empurrados a não ser tão generalistas e especializarmo-nos”E7, E10.

Para o entrevistado E7, a especialização é uma tendência que vai surgindo no decorrer da carreira profissional, uma vez que no início o Ortoptista é generalista, o que acaba por lhe facilitar a adaptação ao mundo do trabalho: “apesar de quando entramos no mercado com a parte generalista conseguimos adaptar mais facilmente, com o evoluir da carreira começamos a ficar mais *experts* em determinada área”E7

(³⁰) Orthoptics in the European Union(2000)

João Freire considera que a especialização consiste sucintamente no domínio por parte de um indivíduo de um arco limitado de intervenções ou conhecimentos. Para o referido autor a crescente especialização de determinados grupos sócio profissionais não médicos, da área da saúde, associado à legitimação adquirida pelo grau de qualificação académica, tendem a dificultar as diversas formas de dominância e monopólio médico (Tavares, 2007). A crescente especialização, que os entrevistados apontam como uma tendência de futuro, poderá potenciar a transferência de legitimidade em alguns campos de actividade da medicina para a enfermagem e para as técnicas de diagnóstico e terapêutica, possibilitando o desenvolvimento de espaços profissionais mais autónomos (Tavares, 2007).

Na subcategoria preocupações económicas, os entrevistados E2, E6, E9 e E10 referem-se aos aspectos da remuneração dos Ortoptistas e à relação entre a “indústria” da saúde da visão e as diferentes profissões.

Os entrevistados E9 e E10 estabelecem uma relação directa entre as dificuldades em conseguir emprego e os vencimentos que os Ortoptistas mais novos aceitam auferir. E9 considera que se trata de uma atitude de desespero, e simultaneamente o reflexo do fraco poder económico dos Ortoptistas: “quando há pouco tempo me diziam que um Ortoptista está a ganhar 60 contos numa óptica, isso significa que há saldos dentro da Ortoptica, os mais velhos deviam reflectir juntamente com os mais novos para encontrar alternativas”E9; “o facto de haver maior número de profissionais tenho receio que as pessoas se vendam por mão-de-obra barata”E10. O entrevistado E10, reconhecendo as dificuldades, tal como E9, refere ser necessário lutar e reflectir sobre o actual “sistema”: “muitas vezes as clínicas são de oftalmologistas que querem pagar pouco como em qualquer negócio, não podemos deixar-nos levar pelo sistema”E10

As preocupações sobre o poder económico dos optometristas e as implicações que este factor produz nos Ortoptistas, estão bem patentes nas unidades de registo: “as coisas estão a caminhar por um rumo grave, os optometristas são um potentado, eles têm muito dinheiro”E9; “pagam mais depressa 60 contos a um Ortoptista, porque não vão pôr um óptico ou um optometrista a ganhar isto”E9. Para o entrevistado E9, o poder económico dos optometristas confere-lhes alguma força corporativista, que o entrevistado receia traduzir-se numa deflação da remuneração dos Ortoptistas, uma vez que as ópticas que empregam cada vez mais Ortoptistas, são propriedade dos optometristas.

Ainda sobre a “indústria” da saúde da visão, E2 considera o Ortoptista o elo mais fraco: “devido ao dinheiro que não move tem pouco interesse para a “indústria” da saúde da visão”.

As considerações um pouco avulsas sobre as perspectivas de futuro encontram-se agrupadas nas unidades de registo da subcategoria sugestões e comentários.

As preocupações dizem respeito ao futuro profissional dos Ortoptistas, uma vez que a conjuntura do país é complexa. As saídas profissionais para os hospitais privados serão uma realidade crescente, no entanto para E8, será necessário lutar por melhores condições, próximas das que o Ortoptista tem nos hospitais públicos.

Também para E11, o futuro passará essencialmente pelo sector privado, no entanto, alerta para as dificuldades que poderão ser criadas pelos Optometristas: “os optometristas licenciados estão a negar muito a nossa actuação, acham que devemos estar limitados ao sector público”.

A sociedade em geral, e a saúde em particular, estão em constante evolução, não só ao nível organizacional mas sobretudo científico-tecnológico. O entrevistado E8 sugere que o acompanhamento dessa evolução passará pelo investimento do Ortoptista na investigação: “têm conhecimentos, vamos discutir, vamos trocar ideias, vamos apresentar, temos de evoluir nesse sentido, assim somos reconhecidos”; “transmitir conhecimentos não é só dizer eu sei, então mostre! Publique! Demonstre! Evolua! Aprofunde! Dedique-se!”.

4 – PODER PROFISSIONAL

Para o tema poder profissional foram consideradas as categorias: *fontes de poder profissional identificadas, o poder profissional dos ortoptistas, o poder médico e a influência das administrações.*

Quadro VI – Categorias e subcategorias do tema poder profissional

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Poder profissional	Fontes de poder profissional identificadas	Competência
		Reconhecimento social
		Número de profissionais
		Funções globais do capital
		Autonomia

		Corpo de conhecimentos
		Credencialismo /licença/mandato
		Estratégias de controlo de mercado
	O poder profissional dos Ortoptistas	
	O poder médico	
	A influência das administrações	

4.1 – Fontes de poder profissional identificadas

Na categoria *fontes de poder profissional identificadas*, as unidades de registo foram agrupadas em subcategorias, correspondentes às diferentes fontes de poder referidas por pelo menos um entrevistado.

Os entrevistados apontam como fontes de poder: competência; reconhecimento social; número de profissionais; funções globais do capital; autonomia; corpo de saberes; credencialismo/licença/ mandato; estratégias de controlo de mercado.

As unidades de registo da subcategoria funções globais do capital expressam de que forma os entrevistados estabelecem a relação dos factores económicos e o poder profissional. Ao relacionar o poder profissional dos optometristas e dos oftalmologistas com a sua base comercial, E9 aponta, de uma forma indirecta, as funções do capital como fonte de poder profissional.

Os entrevistados E8 e E10 consideram as funções globais do capital como fonte do poder profissional, referindo que os Ortoptistas mais novos, ao aceitarem “trabalhar a qualquer preço” estão a contribuir para a perda de poder profissional: “Eu considero (...) o tal poder, se as pessoas puderem estar autónomas, em igual circunstância com o oftalmologista, a receber de igual forma, ao nível da percentagem”E8; “eu costumo dizer-lhes vocês não podem ser mão-de-obra barata (...) venderem-se por preços tão baixos, aí perdem o poder profissional”E10.

Como é possível verificar, E8 aponta a remuneração da actividade profissional do Ortoptista com igual percentagem à do oftalmologista como uma forma inequívoca de poder profissional.

As diferentes referências apresentadas enquadram-se na perspectiva teórica do poder profissional de Johnson citado por Rodrigues (1997), que considera o principal recurso ou fundamento do poder profissional o contributo que cada profissão confere às funções globais do capital. Das referidas funções o autor considera a produção de lucro, a realização de capital, que o entrevistado E9 associa aos optometristas e oftalmologistas, e a reprodução de relações sociais que assegurem a manutenção do

modo de produção de capital. As referências às diferenças remuneratórias não estão directamente associadas às funções do capital apontadas por Johnson, no entanto não podem deixar de estar relacionadas com o poder profissional, uma vez que são simultaneamente uma consequência e uma causa da perda de poder profissional dos Ortoptistas.

Na subcategoria autonomia, os entrevistados E4, E5, E10 e E11 estabelecem uma relação directa entre autonomia e poder profissional: “quanto maior a autonomia maior é o poder profissional”E10. A referência à autonomia enquanto fonte de poder profissional, justifica-se se considerarmos de uma forma simplista que a autonomia se traduz na capacidade para definir a forma como o trabalho deve ser realizado (Tavares, 2007: 54). Trata-se de facto de um elemento chave no estudo dos processos de profissionalização e particularmente nas questões relativas ao poder profissional, os diferentes graus de autonomia dos diferentes grupos sócio profissionais estão directamente relacionados com o seu estatuto e posição, factores que dependem directamente do grau de poder adquirido por cada grupo (Tavares, 2007)

Os entrevistados referem-se à autonomia enquanto fonte de poder profissional de uma forma que pode considerar-se abrangente. Esta abrangência remete-nos para diferentes interpretações. Por um lado podemos considerar que se trata da autonomia perante o consumidor, e neste caso estaremos perante a teoria controlo ocupacional de Johnson citado por Rodrigues (1997), mais precisamente o controlo profissional do tipo colegial, caracterizado pela capacidade do produtor/profissional definir as necessidades do consumidor e de as satisfazer. Noutra ponta de vista, podemos considerar a autonomia no desenvolvimento do trabalho em si, tal como considera Freidson citado por Rodrigues (1997), a autonomia técnica dentro de uma esfera de actividade, potencia a soberania e consequentemente confere mais poder profissional.

A autonomia a que os entrevistados se referem poderá ser interpretada por cada uma das perspectivas apresentadas ou pela fusão de ambas.

Para E7 e E10, o corpo de saberes constitui uma fonte de poder profissional, que E10 manifesta da seguinte forma: “quanto maiores os conhecimentos científicos maior o poder profissional”. A afirmação dos entrevistados acima referidos enquadra-se na relação entre poder e saber conceptualizada por Foucault. Para este autor, poder e saber implicam-se mutuamente, acrescentando ainda que a existência de um corpo de

conhecimentos científicos constitui a base do poder das profissões (Carapinheiro, 1993). E7 e E10 manifestam de forma clara a relação directa entre o aumento dos níveis de conhecimentos e o poder profissional.

Freidson, considera também a existência de uma relação entre os saberes ou conhecimentos e o poder profissional, no entanto considera que o poder profissional está recluso de um monopólio de conhecimentos, não é suficiente aumentar os níveis de conhecimentos, para Freidson é determinante possuir conhecimentos inacessíveis a outros profissionais (Rodrigues, 1997).

A subcategoria credencialismo/licença/mandato inclui as unidades de registo nas quais os entrevistados apontam como fonte de poder profissional aspectos mais burocráticos e legais.

E9 e E11 referem a atribuição de licenças como uma importante fonte de poder profissional, tal conforme considera Larson (Rodrigues, 1997). Para o entrevistado E11 que afirma: “podemos prescrever óculos”, a obtenção da licença para a prescrição de óculos, constituiria uma forma de obter mais poder profissional. A obtenção de licenças confere às profissões a protecção do mercado, necessitando para tal do apoio e protecção do Estado. Ainda E11 destaca a importância do poder legal no exercício da profissão no sector privado: “no sector privado vejo mais no sentido do poder legal”.

O entrevistado E10 identifica o credencialismo como fonte de poder profissional, quando refere: “quanto maior é o grau académico maior é o poder profissional”. O credencialismo é referido como determinante para a obtenção de poder profissional por diferentes autores afectos à sociologia das profissões, como Freidson e Larson. Para Freidson o credencialismo ou *gatekeeping* é dos vértices do triângulo das fontes de poder profissional, possibilita às profissões controlar domínios da interpretação, julgar e solucionar problemas dos clientes. Larson considera que o poder profissional se obtém pelo desenvolvimento de uma estratégia de mercado ou através da obtenção de credenciais universitárias (Rodrigues, 1997), nas quais se incluem os graus académicos referidos por E10.

As estratégias de controlo de mercado, enquanto fonte de poder profissional, são apontadas unicamente pelo entrevistado E6, que situa o seu entendimento sobre poder profissional dentro do conceito profissionalismo desenvolvido por Larson citada por Rodrigues (1997), que coloca o controlo do mercado recorrendo ao monopólio e

fechamento sobre um mercado de serviços profissional como um particular tipo de controlo ocupacional. Para este entrevistado, “as pessoas têm a importância que têm porque têm o monopólio de certas actividades”, E6 refere também que o poder profissional é gerado a partir da existência de *lobby*, cuja estratégia é pressionar as administrações.

Os entrevistados distinguem ainda “fenómenos” que por si só não são considerados fontes de poder profissional na literatura da sociologia das profissões. O número de profissionais, a competência e o reconhecimento social que os entrevistados individualizam enquanto fontes de poder, não são “fenómenos” estanques, influenciando-se mutuamente, por outro lado estão implicitamente contidos com maior ou menor de presença e importância, nas fontes de poder anteriormente identificadas e presentes na literatura da sociologia das profissões, funções globais do capital, autonomia, corpo de saberes, credencialismo/licença/ mandato e estratégias de controlo de mercado.

A competência é considerada como fonte de poder profissional para E10, que associa o reconhecimento à competência. Vários autores no domínio da sociologia das profissões apontam a noção de competência como uma capacidade reconhecida socialmente (Tavares, 2007: 49). Para E10, o reconhecimento da capacidade do Ortopedista que gera poder profissional situa-se num ambiente mais “micro”, a partir do reconhecimento do seio da equipa de trabalho, conforme o entrevistado refere: “eu posso ser reconhecida na minha equipa pela minha competência pelo meu desempenho, isso é poder”.

Na subcategoria número de profissionais, os entrevistados E6, E8 e E10 consideram que o poder profissional passa por ter “um número poderoso de profissionais”, conforme refere E6, ou como refere E8, “o poder faz-se com pessoas e nós somos poucos”.

A subcategoria reconhecimento social contabiliza um número considerável de unidades de registo, o que demonstra a importância que os entrevistados conferem ao reconhecimento social como fonte de poder profissional. Os entrevistados referem que, para uma profissão ter poder profissional tem de ter um bom reconhecimento social, E11 justifica este facto comparando a realidade do Ortopedista com a realidade de um

médico. Para E11, a diferença entre o reconhecimento social do Ortoptista e do médico (oftalmologista), justifica que um acto de um Ortoptista possa ser questionado e um acto médico não: “os pacientes não questionam uma acto médico, facilmente questionam um acto nosso, possivelmente porque o médico tem um melhor reconhecimento e visualização social”.

4.2 – O poder profissional dos Ortoptistas

As unidades de registo da categoria *o poder profissional dos Ortoptistas*, reflectem as fontes de poder por eles consideradas, caracterizam o poder profissional dos Ortoptistas.

Alguns entrevistados tecem as suas considerações, a partir da sua experiência pessoal no seu local de trabalho, como se pode constatar nas unidades de registo: “eu nunca senti qualquer limitação de poder”E10; “no meu serviço o que eu disser eles reconhecem como certo, acabo por ter algum poder que é um poder profissional”E10; “somos super autónomos (...) tudo o que queremos fazer é bem aceite sem restrições”E11. Nas unidades de registo apresentadas ambos os Ortoptistas consideram ter uma situação profissional aceitável, referem ter “algum” poder profissional. Inversamente, verifica-se que nenhum entrevistado apresenta a sua experiência pessoal como negativa ou com um ambiente profissional com fraco poder profissional.

Para os entrevistados E6, E8 e E9, o Ortoptista tem um fraco poder profissional, ou de uma forma ainda mais extrema, conforme referem E6 e E8 respectivamente: “(...) não temos poder absolutamente nenhum, é exactamente igual no público e no privado”; “há pessoas na nossa profissão que não têm poder nenhum”. A proximidade com o grupo profissional dos oftalmologistas parece acentuar a afirmação negativa de E6, face ao poder profissional dos Ortoptistas, “não temos o poder dos oftalmologistas que são da classe médica”, também E4 corrobora do mesmo sentimento considerando que o poder profissional dos Ortoptistas está limitado devido aos médicos oftalmologistas.

As comparações referidas entre o sector público e privado revelam que o poder profissional dos Ortoptistas, dentro das limitações apontadas, é considerado mais visível a nível dos hospitais públicos, sustentado pela legislação que regulamenta as carreiras dos TDT. A tendência apontada pelo entrevistado E2 vai no sentido da expansão do poder profissional para fora dos hospitais públicos: “actualmente esse poder pode ser

criado fora do hospital, desde clínicas, ópticas”, para E9, o poder profissional dos Ortoptistas não se restringe aos hospitais públicos, abrange também hospitais, clínicas e consultórios privados.

4.3 – O poder médico

A categoria *o poder médico*, revela que os entrevistados unanimemente referem que os oftalmologistas têm um elevado poder profissional.

E1 aponta como exemplo a capacidade de sobreposição sobre as administrações, E3 considera que acabam por ter um maior domínio em relação às outras profissões, E2 reforça a afirmação de E3 referindo que o oftalmologista pode fazer tudo dentro da saúde da visão, enquanto que para E10 e E11 o poder profissional do médico oftalmologista e o seu reconhecimento social se influenciam mutuamente. As afirmações dos entrevistados, anteriormente apresentadas, vão de encontro às conclusões de Graça Carapinheiro (1993: 282), sobre os *saberes e poderes no hospital*, que conclui que se transferiam proporcionalmente mais poderes do poder administrativo para o poder médico. Tal como afirmam os entrevistados, Graça Carapinheiro (1993) verificou o domínio do modelo de racionalidade médico sobre o modelo de racionalidade organizativa.

Os entrevistados E1, E2 e E8 referem que as restrições criadas aos Ortoptistas são motivadas pelo forte poder profissional dos oftalmologistas. E1 refere que por vezes um Ortoptista não efectua um exame para o qual tem competência, porque um oftalmologista assim determina, ainda sobre as limitações criadas aos ortoptistas, E2 considera existir uma questão geracional, conforme refere: “as restrições podem vir ou não de alguns oftalmologistas, em princípio serão os mais antigos”.

E8 realça uma questão relativa à prática profissional do Ortoptista, nomeadamente sobre o facto do Ortoptista ter a sua intervenção legalmente limitada à prescrição médica para efectuar sessões de tratamento do seu foro profissional: “eles ainda têm um *loby* grande e vão mantendo determinadas coisas que não tiram propositadamente, como a história dos relatórios médicos e das sessões de tratamento”. Em relação à “interferência” dos oftalmologistas no exercício profissional dos Ortoptistas, pode estabelecer-se um paralelismo relativamente às conclusões que Graça Carapinheiro (1993) retira sobre o poder dos enfermeiros nos hospitais. A autora afirma que o poder no hospital dos enfermeiros pode considerar-se um subpoder, uma vez que

se encontram numa posição estrutural de subordinação ao corpo médico, ou seja, o trabalho da enfermagem é definido a partir da natureza do trabalho médico. Pode assim considerar-se a existência de algumas semelhanças entre os enfermeiros e os Ortoptistas relativamente à subordinação médica, os motivos apontados são díspares, no entanto ressalta o conceito de subpoder atribuível também aos Ortoptistas.

Os diferentes cenários apresentados pelos entrevistados corroboram com Goss e Smith citados por Graça Carapinheiro (1993:52-53), onde afirmam que os profissionais com elevado estatuto profissional e social, a que correspondem neste caso os oftalmologistas, tendem a dominar mais uma organização social do que a autoridade administrativa.

4.4 – A influência das administrações

Para esta categoria apenas os entrevistados E2 e E7 contabilizam unidades de registo, e manifestam opiniões em dois sentidos distintos.

O entrevistado E2 refere que por norma as administrações não colocam restrições à intervenção dos Ortoptistas. Já para o entrevistado E7, as administrações tomam normalmente partido dos médicos, devido ao seu poder profissional, desta forma acabam por determinar a actuação dos Ortoptistas: “normalmente as administrações estão sempre ao lado do poder médico, se eles dizem podem fazer, as administrações vão atrás”.

O entrevistado E7 refere o que Goss e Smith, citados por Graça Carapinheiro (1998), consideram a autoridade dual dentro de um sistema hospitalar, a autoridade dos médicos, baseada na autonomia técnica e poder profissional e a autoridade administrativa essencialmente burocrática. Graça Carapinheiro (1993:282-283) considera que ambos os poderes, médico e administrativo se colonizam mutuamente, uma vez que o poder administrativo dissimula a presença da dimensão administrativa do poder médico, e o poder médico dissimula a insuficiente e ineficaz intervenção médica do poder administrativo. Para a autora o saldo da negociação de falsos poderes e não poderes reverte-se sempre em ganhos para o poder médico e perdas para o poder administrativo, tal como sugere E7.

CONCLUSÕES

O trabalho de investigação desenvolvido procurou, de uma forma abrangente, conhecer como os Ortoptistas com actividade pública e/ou privada, formadores e estagiários de Ortóptica, percebem a realidade profissional e de que forma perspectivam o futuro da profissão. Os resultados obtidos revelam em traços gerais um conjunto de conclusões enquadradas nos fundamentos teóricos dos principais paradigmas preconizadas no âmbito da sociologia das profissões, nomeadamente sobre os paradigmas funcionalistas, interaccionista, sistémico, poder e identidades profissionais.

Dos resultados obtidos, sobressaem um conjunto específico de conclusões que revelam e aprofundam conhecimentos sobre as estratégias profissionais e identitárias das profissões das tecnologias da saúde, em particular dos Ortoptistas, que ajudam a estabelecer “o ponto da situação”, da realidade profissional da Ortóptica e dos Ortoptistas em Portugal. Estes últimos constituem a mais valia do tipo de estudo efectuado, uma vez que tal como afirma Gil (1994) os resultados de um estudo exploratório fornecem dados importantes que poderão servir de ponto de partida para futuros estudos ou mesmo de ponto de partida para pesquisas mais profundas e elaboradas.

Apresentam-se de seguida as conclusões sobre cada um dos temas nos quais incidiu a investigação, reconhecimento social e identidade profissional, formação e exercício profissional e poder profissional.

Reconhecimento social e identidade profissional

O cenário expresso sobre o reconhecimento dos Ortoptistas é pouco positivo, relativamente ao reconhecimento na sociedade em geral ou em relação ao reconhecimento no ambiente profissional.

Socialmente a apresentação ou explicação no que consiste a profissão de Ortoptista, não é tarefa fácil, e de uma forma geral considera-se que há um fraco reconhecimento social dos Ortoptistas. O contacto prévio com um profissional é facilitador da apresentação do profissional e contribui para melhorar o reconhecimento social da profissão.

Sobre o reconhecimento em contexto profissional, não se identificam indícios de um padrão ou de um traço homogêneo. Os diferentes contextos profissionais originam diferentes formas de reconhecimento que variam entre dois pólos opostos, desde o desconhecimento ou confusão sobre o que é um Ortopedista, até ao reconhecimento da profissão em si e da competência dos profissionais.

A actividade associativa da APOR, em prol do reconhecimento social da profissão, gera diferentes interpretações. Por um lado as acções desenvolvidas, rastreios congressos, mostras de saúde entre outras, são consideradas meritórias e representam um valor acrescentado na divulgação da profissão, no entanto as mesmas actividades referidas são também desvalorizadas e consideradas insuficientes. Há no entanto unanimidade sobre o facto da APOR estar obrigada a promover mais e melhores formas de promoção da profissão na sociedade.

A designação do título profissional de um modo global é aceite como satisfatória, no entanto não é consensual, são-lhe atribuídos características quase antagónicas, como a contribuição negativa para o reconhecimento social, e o contributo positivo para a existência de uma identidade profissional. Relativamente à contribuição negativa para o reconhecimento social, os motivos apontados são a confusão com o Ortopedista, o facto de ser uma palavra difícil que “não entra no ouvido” e de não representar a realidade da actividade profissional. Simultaneamente é considerado gerador de uma identidade profissional, uma vez que relaciona o profissional com a sua primeira e principal área de intervenção. Contudo não são avançadas propostas para uma eventual mudança, alguns entrevistados não se identificando com o actual título profissional referem não ser fácil encontrar uma alternativa.

A licenciatura é uma mais valia no reconhecimento social da profissão, porque vivemos num “país de doutores”, conforme referem alguns entrevistados, e de acordo com David Tavares (2007) que conclui acerca dos Técnicos de Cardiopneumologia, uma realidade próxima à dos Ortopedistas, que o capital escolar é o principal alicerce para a redefinição destes profissionais na sociedade. Sobre este aspecto, os alunos entendem que a licenciatura é hipoteticamente facilitadora do acesso a um emprego.

As percepções sobre as reacções externas ao grupo profissional, quer se trate ou não de um contexto profissional, bem como a forma como os entrevistados descrevem e identificam o Ortopedista num ambiente social, revelam três traços identitários distintos.

Tal como David Tavares (2007) considera sobre os Técnicos de Cardiopneumologia, também os Ortopedistas revelam em primeira instância identificar-se

autonomia e onde existe uma aproximação ao conceito de monopólio de conhecimentos referidos na literatura da sociologia das profissões por Freidson e Larson (Rodrigues, 1997).

Neste quadro de mudanças, as principais áreas de intervenção no futuro serão os meios complementares de diagnóstico, as acções de rastreio, catapultadas por uma eventual reestruturação do funcionamento dos centros de saúde, a refração, impulsionada pela crescente entrada de Ortoptistas nas ópticas, e a ortóptica porque, como referem os entrevistados, mesmo com um peso decrescente são os Ortoptistas que têm mais conhecimentos nesta área.

A especialização, o investimento e dedicação a uma ou duas áreas de intervenção é uma tendência de futuro, no entanto é um privilégio atribuído aos profissionais com alguns anos de experiência profissional, uma vez que aos profissionais recentes poderia constituir uma barreira no acesso a um emprego.

Sobre o exercício da profissão nos sectores público e privado, é notória a crescente actividade profissional no sector privado, motivada pela escassez de vagas nos serviços públicos, e pela absorção dos profissionais em ópticas, hospitais, clínicas e consultórios particulares. A actividade profissional tende a revestir-se de um carácter idêntico quer se trate do sector público ou privado, uma vez que os factores económicos, essencialmente as relações custo/efectividade são iguais. Dois aspectos ainda distinguem a actividade no sector público do sector privado, a relação com o doente e o leque de áreas de intervenção. Na relação com o doente no sector privado, o profissional tende a ser mais submisso devido ao facto de existir uma relação que podemos considerar comercial, facto que confere ao doente um maior grau de exigência. Sobre as áreas de intervenção o sector público propicia um leque mais diversificado em relação ao privado.

2 - As divergências geracionais são patentes, quando são abordadas directamente, mas também, de uma forma indirecta quanto o assunto é a actividade da APOR.

A actividade associativa é um bom exemplo da clivagem existente. Os profissionais mais velhos apontam aos mais novos desinteresse pela vida associativa e simultaneamente também referem que as grandes lutas fazem parte do passado e por isso os mais novos não as valorizam.

Sobre a APOR, são manifestas por parte dos profissionais mais jovens algumas críticas à actuação da associação, e de uma forma mais directa aos membros da direcção com largos anos de actividade associativa. Exigem mais e melhor promoção social da profissão, intervenção na definição sobre a actividade polémica da refacção, chegando a referir que a APOR tem vindo a ser usada em proveito próprio. Os profissionais mais novos consideram ainda que os seus colegas com mais anos de actividade profissional, ou são coordenadores, ou têm uma actividade profissional restrita a duas áreas de intervenção, a ortóptica e a campimetria. Esta limitação, no seu entender deve-se sobretudo ao facto de não se terem actualizado, de ficarem instalados confortavelmente em posições que por falta de concorrência lhes foram atribuídas há muitos anos.

3 – Entre Ortoptistas, Oftalmologistas e Optometristas, o quadro legal existente não estabelece na prática uma definição clara dos limites da intervenção de cada uma das classes profissionais, ou por deficiência legislativa ou por incumprimento da aplicação do que está legislado. O cenário apresentado propicia a sobreposição de áreas de intervenção, referida pela larga maioria dos entrevistados.

A refacção representa a grande zona cinzenta, todos estão a intervir, a urgência de mais legislação é a solução apontada, uma vez que os Ortoptistas, os últimos que iniciaram esta actividade, reivindicam formação teórica, prática e um quadro legal que lhes permite intervir nesta área.

Entre Ortoptistas e Optometristas, para além da refacção já mencionada, o conflito parece latente, uma vez que também recentemente o Optometristas têm vindo a intervir em áreas do domínio dos Ortoptistas, como os meios complementares de diagnóstico e a ortóptica, à qual como forma de camuflagem designam por terapia visual.

4 – De acordo com as conclusões enunciadas no ponto 1, também sobre as relações entre a formação do curso de base, o bacharelato neste caso, e o exercício profissional, são manifestas as mudanças que têm vindo a ocorrer na actividade profissional dos Ortoptistas.

Unanimemente é reconhecida a necessidade de reformular os planos de estudos, uma vez que a actividade profissional é mais alargada, o curso deverá tornar-se menos clássico, menos centrado na ortóptica e cada vez mais dirigido para os exames complementares de diagnóstico. Solicitados a enunciar que conteúdos retirar ou

acrescentar, os entrevistados, alguns evocando desconhecimento não se manifestam, acabam por ser os alunos e alguns profissionais recentes que referem que retiravam algumas cadeiras das ciências sociais e da sub visão, e acrescentavam mais conteúdos sobre farmacologia, cirurgia oftalmológica e sobre os novos exames complementares de diagnóstico.

Em relação à licenciatura, os alunos consideram importantes os novos conhecimentos adquiridos, em sentido inverso, os profissionais consideram inócuos os conteúdos do quarto ano, uma vez que não representam uma mais valia nem para a actividade profissional nem para as respectivas carreiras. Para os profissionais, a mais valia da licenciatura reside no grau académico em si, facto que permite a paridade com outros profissionais e a possibilidade de continuação dum percurso académico para mestrados e doutoramentos. Os alunos destacam ainda a importância dos conhecimentos adquiridos na conquista de um emprego.

O poder profissional

Sobre este tema foram identificadas um conjunto de fontes de poder profissional, à luz das quais os entrevistados percebem o poder profissional dos Ortopedistas, o poder médico e a influência das administrações.

As fontes de poder profissional distinguidas são maioritariamente descritas e referidas na literatura sociológica, como as funções globais do capital referidas por Johnson (Rodrigues, 1997), autonomia (Rodrigues, 1997; Tavares, 2007), corpo de conhecimentos ou saberes (Carapineiro, 1993; Rodrigues, 1997), credencialismo/licença/mandato, referido por inúmeros autores dos quais se destacam Larson e Freidson (Rodrigues, 1997) e as estratégias de controlo de mercado consideradas por Larson (Rodrigues, 1997).

São no entanto particularizadas outras fontes de poder profissional, como a competência, o reconhecimento social ou o número de profissionais, que não se encontram referidas enquanto fontes de poder profissional na literatura sociológica. A distinção da competência do reconhecimento social e do número de profissionais, revela três particularidades através das quais os entrevistados reconhecem ser determinantes para melhorar o poder profissional dos Ortopedistas.

Sobre o poder profissional dos Ortopedistas retiram-se duas conclusões, uma sobre o grupo profissional como um todo, outra sobre o poder profissional de cada Ortopedista no seu contexto profissional.

Enquanto grupo profissional, os Ortoptistas têm um fraco poder profissional, é consensual a percepção dos entrevistados sobre esta matéria. Individualmente há uma grande variabilidade, cada profissional no seu contexto de trabalho, conquista ou não o seu espaço e seu próprio poder profissional. Os profissionais com mais anos de profissão consideram ter poder profissional, no entanto é sempre um poder de carácter individual e não do grupo profissional.

Também sobre o poder médico, neste caso particular os médicos oftalmologistas, é unânime o reconhecimento do elevado peso do poder médico. O poder médico tem implicações directas na actividade profissional os Ortoptistas, uma vez que devido à relativa sobreposição da classe médica sobre as administrações, a actividade dos Ortoptistas é muitas vezes definida em função do trabalho médico, facto que já havia sido descrito por Graça Carapinheiro (1993) relativamente à enfermagem.

Os resultados obtidos nos diferentes temas abordados revelam um grupo profissional em mudança, marcado por realidades particulares a cada contexto profissional sem indícios de uma estratégia colectiva. O reconhecimento do Ortoptista em contexto profissional e o poder profissional são exemplos da profunda discrepância nos diferentes contextos profissionais onde se encontram realidades extremas.

A actividade profissional dos Ortoptistas portugueses marcadamente centrada no sector público está em transformação. Os Ortoptistas portugueses começam a enfrentar uma nova realidade, o mercado de trabalho é cada vez mais no sector privado. Esta mudança provocou a expansão e investimento para novas áreas de intervenção, por este facto as ópticas são cada vez mais o local de trabalho mais viável e a refracção uma actividade em expansão.

De modo a revelar pormenores desconhecidos da realidade da Ortóptica em Portugal sob o ponto de vista sociológico, foram traçados diferentes objectivos no início da investigação que globalmente foram atingidos. É importante salvaguardar que dos entrevistados que constituem a amostra, se encontram profissionais que acumulam actividade pública e privada e apenas um com actividade exclusiva no sector privado. Este facto constitui uma lacuna no trabalho desenvolvido, uma vez que não explora as perspectivas dos profissionais com actividade exclusiva neste sector em crescendo. A exploração da actividade profissional dos ortoptistas no sector privado, em particular nas ópticas, poderá revestir-se de particular interesse em futuras investigações.

Os resultados obtidos permitem no entanto sugerir que a melhoria do reconhecimento social e do poder profissional, vectores fundamentais no processo de profissionalização dos Ortoptistas, passa pela intervenção em três pontos fundamentais:

- Reformular e/ou criar mecanismos de formação ao nível da formação de base ou da formação complementar de forma a responder às tendências de especialização;
- Incentivar o envolvimento em projectos de investigação promovidos por instituições escolares e /ou profissionais;
- Promover o debate através da APOR no seio do grupo profissional e com os profissionais intervenientes na saúde da visão, Optometristas e Oftalmologistas de modo a promover negociações que visem a compatibilização de interesses nas áreas de sobreposição sobretudo a refração.

As conclusões apresentadas deverão ser sempre contextualizadas, uma vez que estão enquadradas num espaço físico e temporal específicos, não são por isso representativas dos Ortoptistas portugueses. Relativamente ao espaço físico, o contexto profissional dos entrevistados bem como da instituição escolar a que pertencem os alunos integrantes da amostra, está circunscrito a Lisboa e respectiva área metropolitana. Conhecidas as assimetrias de desenvolvimento no território português, ficam por explorar as estratégias profissionais e os traços identitários de outras regiões, do litoral ou do interior, urbanas ou rurais, de modo a obter resultados macro sobre a realidade dos Ortoptistas em Portugal.

Sobre o espaço temporal, é incontornável que todas as investigações são fruto do seu tempo e esta não é excepção. Acresce o facto sobremaneira importante do processo de Bolonha não estar ainda totalmente definido para os cursos das tecnologias da saúde, à data do término desta investigação. As mudanças ao nível do ensino e por inerência da actividade profissional serão certamente catalizadoras de novas estratégias profissionais e do reforço ou emergência de novos traços identitários.

Reconhecendo as limitações apontadas, o estudo desenvolvido constitui mais uma janela sobre o universo pouco explorado das tecnologias da saúde, e acima de tudo uma porta entreaberta para o conhecimento sociológico da Ortóptica em Portugal. Terá sido um pequeno passo, mas poderá constituir o ponto de partida para futuros estudos mais profundos e elaborados.

BIBLIOGRAFIA

A IMPORTÂNCIA DA CÊDULA PROFISSIONAL

Consultado no sítio da APOR em 2/6/2007: <http://www.anor.com.nt>

ABBOTT, Andrew

1988 The system of professions – an essay on the division of expert labour, Chicago: The University of Chicago Press

ABREU, Wilson

2001 Identidade, formação e trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (estudo multicaseos), Coimbra: Formasau.

BARDIN, Laurence

1977 Análise de Conteúdo, Lisboa: Edições 70

BELL, Judith

1993 Como Realizar um Projecto de Investigação, Lisboa: Gradiva.

CAIRES, Susana

2001 Vivências e Percepções do Estágio no Ensino Superior, Braga: Universidade do Minho

CANÁRIO, Rui

1995 Formação e Situações de Trabalho, Porto: Porto Editora

CARAPINHEIRO, Graça

1993 Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares, Porto: Afrontamento.

CARAPINHEIRO, Graça; RODRIGUES, Maria Lurdes

1998 “Profissões: Protagonismos e estratégias”, Portugal que modernidade? in Viegas, José Manuel e Costa, António Firmino (orgs), Oeiras: Celta Editora

CARAPINHEIRO, Graça

2004 “ O Sector da Saúde – formas de hierarquização interna” *in* João Freire (organizador), **Associações Profissionais em Portugal**, Oeiras: Celta Editora

CARVALHAL, Rosa

2003 **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectivas dos Actores**, Loures: Lusociência

DUBAR, Claude

1997 **A Socialização – Construção das Identidades Sociais e Profissionais**, Porto: Porto Editora

ESTeSL

2005 **Plano de Desenvolvimento 2006-2010**, Lisboa: ESTeSL (Policopiado)

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE LISBOA

2007 **Um breve olhar sobre os 25 Anos de Ensino e Formação**, Lisboa: ESTeSL – IPL

ESTEVES, Maria José; VALENTE Maria Júlia

1991 “Reunião das Ortoptistas da OCE”, **Ponto Próximo**. 3: 6.

FERREIRA, Virgínia

1986 “O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos.”
In Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto, **Metodologia das ciências sociais** (pp. 165- 196), Porto: Afrontamento.

FIGUEIREDO, António et all

2006 **Glaucoma – Diagnóstico**: Tipografia Belgráfica

FREIDSON, Eliot

1986 Professional Powers – A study of the institutionalization of formal knowledge, Chicago: The University of Chicago Press

FORTIN, Marie Fabienne

1999 O Processo de Investigação - da concepção à realização, Loures: Lusociência

FREIRE, João

2002, Sociologia do Trabalho: Uma Introdução, Porto: Edições Afrontamento

FREIRE, João (Organizador)

2004, Associações Profissionais em Portugal, Oeiras: Celta Editora

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin

1992 O inquérito, Teoria e Prática, Oeiras: Celta Editora.

GIL, António Carlos

1994 Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, S. Paulo: Editora Atlas

LANG, Gerhard

2000 Ophthalmology - A Pocket Textbook Atlas, Stuttgart -New Work: Thieme

LOPES, Luis

1991 “Editorial”, Ponto Próximo. 3: 3

LOUSADA, Maria Alexandre

2004 “ Tradição e Renovação nas Associações Profissionais” in João Freire (organizador), Associações Profissionais em Portugal, Oeiras: Celta Editora

MACHADO, Fernando Luís; COSTA, António Firmino

1998 “ Processos de uma modernidade inacabada” *in* Viegas, José Manuel e Costa, António Firmino (orgs), **Portugal que modernidade?**, Oeiras: Celta Editora

NÊ, José Pereira

1999 “ Avaliação da satisfação profissional dos ortoptistas”, **Ponto Próximo**. 7: 23-40

OLIVEIRA, Manuel; POÇAS, Ilda; ALVES, Gracinda

2004 **A formação em Ortóptica: Implementação do processo de Bolonha**. Consultado em 21 de Março de 2004: [http://www.ccisp.pt/Bolonha/ORTOPTISTAS Bolonha FINALNOV040.doc](http://www.ccisp.pt/Bolonha/ORTOPTISTAS_Bolonha_FINALNOV040.doc)

ORTHOPTISTES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

2000 **Orthoptics in the European Union**, Leuven /Belgique

PEREIRA, Henrique

1987 “Tratamento informático de questionários: o ponto de vista da análise factorial das correspondências”, **Análise Social**, vol. XXIII-4º.98: 733- 746

POÇAS, Ilda.

1992 “O papel dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica na estrutura hospitalar”. **Ponto Próximo**. 4:36 – 41.

POÇAS, Ilda.

1992 “Os Ortopistas da CEE estudo do seu perfil profissional”, **Ponto Próximo**. 4:15 – 20.

POÇAS, Ilda

(Sd) **Ortóptica – O passado**. Consultado no sítio da APOR em 5 Fevereiro de 2006: <http://www.anor.com.pt>

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van

1995 **Manual de investigação em ciências sociais**, Lisboa: Gradiva.

REICH-D'ALMEIDA, Francisco

1998 “Sobre a Ortóptica: Senso, consenso e ausência de senso (*nonsense*)”,
Ponto Próximo. 7: 5-8

RIBEIRO, José Luís

1999 **Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde**, Lisboa: Climepsi
Editores

RODRIGUES, Maria Lurdes

1996 **Sociologia das profissões**, Oeiras: Celta.

RODRIGUES, Maria Lurdes

2004 “Entre o público e o privado” *in* João Freire (organizador), **Associações
Profissionais em Portugal**, Oeiras: Celta Editora

TAVARES, David

2007 **Escola e Identidade Profissional – O caso dos Técnicos de
Cardiopneumologia**, Lisboa: Edições Colibri

The First International Congress of Orthoptists – Transactions of a congress held at the
Royal College of Surgeons of England, July 3, 4, 5, 1967, London: Henry Kimpton

VALA, Jorge

1986 “A análise de conteúdo” *in* Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.),
Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento

VITAL, Emanuel et al

2006 “O processo de profissionalização dos Fisioterapeutas portugueses”,
Arquivos de Fisioterapia, vol. 1.2: 2-13

Legislação

Decreto-Lei nº 371/82, de 10 de Setembro de 1982 – Cria a Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa

Decreto-Lei nº 384-B/85, de 30 de Setembro de 1985 – Reestrutura a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica

Decreto-Lei nº 415/93, de 23 de Dezembro de 1993 – Integra as Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde no sistema educativo ao nível do ensino superior politécnico

Decreto-Lei nº 791/94, de 5 de Setembro de 1994 – Cria os 16 cursos na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro de 1999 – Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica

Portaria nº 709/80, de 23 de Setembro de 1980 – cria o centro de formação de Lisboa e anuncia a futura criação da Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa

Portaria nº 256-A/86, de 28 de Maio de 1986 – aprova o conteúdo funcional e competências técnicas do técnico de diagnóstico e terapêutica

Portaria nº 371/95, de 28 de Abril de 1995 – aprova os planos de estudo dos 10 cursos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Portaria nº 363/98, de 26 de Junho de 1998 – Equipara ao grau de bacharel todos os cursos ministrados pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde desde 1980 a 1994

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DAS ENTREVISTAS AOS ORTOPTISTAS/FORMADORES E ESTAGIÁRIOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

- Idade
- Sexo
- Actividade profissional (público; privado; público e privado)
- Experiência profissional (anos)
- Aluno
- Actividade de formação (sim; não)
- Actividade associativa (APOR)

PERGUNTAS GUIAS, DESTINATÁRIOS DAS PERGUNTAS E TEMAS INVESTIGADOS

QUESTÃO PRINCIPAL	QUESTÕES DE APOIO	DESTINATÁRIOS	TEMA
Tem dificuldade em caracterizar um Ortoptista?	Como caracteriza um Ortoptista?	Amostra	• Reconhecimento social e identidade profissional
Gosta do título profissional de Ortoptista?	A designação profissional de Ortoptista contribui para a valorização/desvalorização e reconhecimento social da profissão?	Amostra	• Reconhecimento social e identidade profissional
Faz sentido considerar a Ortóptica a área nobre de intervenção dos Ortoptistas?		Amostra	• Formação e exercício profissional
O que entende por poder profissional?		Amostra	• Poder profissional

Da sua experiência pessoal, o reconhecimento social dos Ortoptistas condiciona o seu poder como profissão?	Nos Hospitais e fora do sistema hospitalar? De que forma?	Amostra	• Reconhecimento social e identidade profissional
O exercício profissional dentro do sistema hospitalar e fora deste, solicita diferentes competências?		Profissionais e formadores	• Formação e exercício profissional
Em relação ao reconhecimento/legitimação social de profissão, que argumentos são mais importantes para o Ortoptista	Os de natureza prática? Os de natureza científica? Quais os principais obstáculos ou limitações que o Ortoptista encontra nestas duas esferas de argumentação?	Amostra	• Reconhecimento social e identidade profissional
Do seu conhecimento, os planos de estudo do Curso Superior de Ortóptica são adequados às actuais necessidades do exercício profissional?	Acrescentava ou retirava algum conteúdo programático?	Amostra	• Formação e exercício profissional
Qual foi a importância para a profissão da obtenção do grau de licenciado?		Amostra	• Reconhecimento social e identidade profissional • Formação e exercício profissional
Considerando que existe um mercado de trabalho para a saúde da visão, há uma distinção clara das áreas de intervenção dos diversos profissionais, nomeadamente	Em situações de conflito e disputa de áreas de trabalho a quem atribui mais poder profissional? Porquê?	Amostra	• Formação e exercício profissional • Poder profissional

Ortoptistas, Optometristas e Oftalmologistas?			
Quem impõe mais dificuldades/restrições à actuação dos ortoptistas?	No público e no privado? As administrações? Os oftalmologistas?	Profissionais e formadores	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e exercício profissional • Poder profissional
Como comenta a actuação das diferentes gerações de profissionais?	Os mais velhos restringem-se a determinadas áreas de intervenção? As áreas de intervenção mais recentes são exclusivas dos mais novos? Que áreas dominam os coordenadores?	Profissionais e formadores	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e exercício profissional
Como comenta a actividade da APOR?	Tem contribuído para a definição das tarefas essenciais do Ortoptista? Como comenta o seu papel de promoção da interacção da profissão na sociedade? Que papel teve ou acha que pode vir a ter a associação? relativamente à Autonomia e autoridade do Ortoptista?	Amostra	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e exercício profissional
Como comenta o futuro do Ortoptista enquanto profissional, considerando: a envolvimento económica, os avanços técnico científicos da oftalmologia, a intensificação de diplomados e a atitude mais activa e informada dos consumidores/ clientes/ doentes?	Maior divisão do trabalho, levando os profissionais a manter ou aumentar o poder de expertise (peritagem)? Perda de autonomia e controlo, devido á maior codificação do conhecimento/informação? Consolidação e reconhecimento de um monopólio de competências? Perda de autoridade sobre o cliente?	Profissionais e formadores	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento social e identidade profissional • Formação e exercício profissional • Poder profissional

<p>Quais as áreas de intervenção onde no futuro o Ortopista vai ter um papel mais relevante no mercado de trabalho?</p>	<p>Exames complementares? Rastreios? Ortótica? Reabilitação?</p>	<p>Amostra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e exercício profissional
<p>Que argumentos usava para convencer alguém a escolher a profissão de Ortopista e a não escolher a profissão de Ortopista?</p>		<p>Amostra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e exercício profissional • Reconhecimento social e identidade profissional

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Idade	26	25	21	21	21	31	28	45	48	54	25
Sexo	F	M	F	F	F	M	F	F	F	F	F
Actividade profissional	Público (Hosp. Y) e privado	Público (Hosp. Y) e privado	-	-	-	Público (Hosp. X) e privado	Público (Hosp. Y) e privado	Público (Hosp. X) e Privado	Público (Hosp. Y) e Privado	Público (Hosp. K) e privado	Privado óptica
Experiência profissional	5 anos	3 anos	-	-	-	8 anos	7 anos	23 anos	23 anos	31 anos	3anos
Aluno	-	-	3º ano/estágio	3º ano/estágio	3º ano/estágio	-	-	-	-	-	-
Actividade formação	sim	não	-	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim Coordenadora pedagógica curso superior de ortóptica	Sim
Actividade associativa (APOR)	Sócia	Sócio e membro	Sócia	Sócia	Sócia	Sócio Ex membro	Sócia Ex membro	Sócia Ex membro	Sócia Ex membro	Sócia e membro Sócia fundadora/ ex presidente	Sócia

TEMA: RECONHECIMENTO SOCIAL E IDENTIDADE PROFISSIONAL

Categorias	Sub- categorias	Unidades de registo
Apresentação do Ortopista na sociedade	facilidade	<p>“actualmente não tenho dificuldades, quando acabei o curso tinha mais”E1</p> <p>“o que elas mais entendem é que é uma área ligada à oftalmologia”E5</p> <p>“pessoas no fundo, acabam (...) ou ter familiares ou ter amigos ou ter filhos que já procuraram e já tiveram um contacto”E8</p> <p>“as pessoas percebem”E11</p>
	dificuldade	<p>“Torna-se difícil porque é uma área completamente alheia às pessoas”E3, E9</p>

		<p>“se uma pessoa conhece minimamente o trabalho do Ortoptista torna-se mais fácil”E3</p> <p>“é preciso usar termos muito básicos para explicares o que é que tu és”E6</p> <p>“as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo[caracterização de um Ortoptista]”E4, E5</p> <p>“se disser que sou Ortoptista ninguém sabe o que sou”E7</p> <p>“teria de ir especificando ponto a ponto, o que é a Ortóptica clássica, a contactologia, a triagem, a angiografia(...)”E8</p> <p>“Sendo o público em geral, uma pessoa mais diferenciada ou mesmo um profissional de saúde é complicado fazê-los perceber o que é um Ortoptista”E10</p>
	<p>Caracterização do Ortoptista</p>	<p>“um técnico de oftalmologia (...) efectua todos os exames complementares em oftalmologia” E1</p> <p>“faz reabilitação visual de crianças que têm estrabismo que entortam os olhos”E1</p> <p>“o que nos identifica mesmo são os exames complementares e a Ortóptica em si”E1</p> <p>“É um profissional de saúde na área da visão, actua de forma complementar ao médico oftalmologista”E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9,</p> <p>“realiza exames complementares de diagnóstico”E2, E4, E11</p> <p>“tem um campo mais autónomo que é o estrabismo, que é a o origem desta profissão [estrabismo]”E2, E3</p> <p>“trata os distúrbios óculo-motores ou perturbações da visão binocular”E3</p> <p>“a área de eleição é ortóptica, daí o seu nome profissional Ortoptista”E4</p>

		<p>“actua essencialmente nos MCDTS e oftalmologia pediátrica-estrabismo”E6</p> <p>“um técnico de oftalmologia”E7</p> <p>“é um técnico superior de saúde, um técnico com um curso superior, na nossa carreira ainda não somos considerados técnicos superiores de saúde, somos técnicos de diagnóstico e terapêutica”E8</p> <p>“a alguém que não estivesse dentro do assunto ou que não fosse um oftalmologista, diria que é um técnico superior de saúde que actua em todas as áreas dos meios complementares em oftalmologia.”E8</p> <p>“é um profissional que está ligado aos cuidados de saúde da visão com intervenção na área do diagnóstico complementar, da terapêutica da visão binocular (...)”E10</p> <p>“o nosso papel é tentar reabilitar essa visão binocular ou mantê-la e depois os exames complementares de oftalmologia, para diagnóstico de determinadas patologias(...) e ainda na reabilitação do indivíduo sub visual”E10</p> <p>“nas crianças com o olho torto tentamos recuperar a parte funcional da visão”E10</p> <p>“o Ortoptista tem 2 ou 3 grandes áreas de intervenção, a visão binocular que é a ortóptica, nos exames complementares(...) e na área da reabilitação”E10</p> <p>“intervém numa equipa multidisciplinar com oftalmologistas e outros especialistas no sistema hospitalar” E11</p> <p>“no privado trabalha com optometristas, oftalmologistas, técnicos de óptica e vendedores”E11</p> <p>“no privado distingue-se por realizar exames que não são realizados nem por optometristas nem por oftalmologistas”E11</p>
--	--	---

<p>Reconhecimento no ambiente profissional</p>		<p>“mesmo dentro da área da saúde há profissionais que não fazem ideia o que é um Ortoptista”E6, E11</p> <p>“Nós podemos ter um reconhecimento na oftalmologia (...)”E8</p> <p>“a Ortóptica também é reconhecida aqui no hospital, porque eu sou presidente do conselho técnico há 4 anos”E8</p> <p>“há uns anos atrás houve administradoras da minha área que me perguntaram o que era um Ortoptista”E8</p> <p>“falando com oftalmologistas já ouviram falar mas dizer exactamente o que é um Ortoptista muitos não dizem”E9</p> <p>“mesmo aos do internato da especialidade somos nós que lhes explicamos o que fazemos”E9</p> <p>“não sei até que ponto os oftalmologistas mais novos nos conhecem e vêm o nosso trabalho”E10</p>
<p>Reconhecimento na Sociedade</p>		<p>“somos muito confundidos com oftalmologistas e optometristas”E1</p> <p>“a maior parte das pessoas já ouviu falar de um optometrista agora de um Ortoptista...”E2</p> <p>“não somos conhecidos em termos sociais”E6, E7,E9</p> <p>“muitas vezes quando nos procuram ficam na dúvida, não sabem bem quem nós somos, se somos médicos, se somos doutores, técnicos(...)”E8</p> <p>“Há de tudo um pouco, mas agora aquele reconhecimento social ainda á pouco, nós ouvimos falar de toda a gente menos dos ortoptistas”E8</p> <p>“conhecem-nos quem já nos procurou, e quem já usou os nossos serviço”E8</p> <p>“os pais das crianças estrábicas, quase todas conhecem o Ortoptista”E8</p> <p>“quando falamos da profissão em entidades com responsabilidade ainda hoje</p>

		<p>as pessoas não sabem o que é a Ortóptica”E9</p> <p>“a ortóptica está sempre numa situação de uma fraca divulgação, há muito, muito a fazer sobre o que é um Ortoptista”E9</p> <p>“penso que somos reconhecidos mas não conhecidos(...) é uma questão de marketing e de número, ainda somos poucos”E10</p>
Designação do Título profissional (Ortoptista)	Identificação com o título profissional	<p>“é muito adequado”E4</p> <p>“gosto”E3, E5, E6,E8,E10, E11</p> <p>“Acha que me deve fazer essa pergunta? eu é que exige este título profissional”E10</p> <p>“Penso que é importante ser-mos designados como ortoptistas”E11</p>
	Rejeição	<p>“Não gosto”E1, E7,</p>
	Necessidade de alternativas ao actual título profissional	<p>“preferia que fosse técnico de oftalmologia, talvez técnico nos identifique melhor”E1, E9</p> <p>“uma vez que não fazemos só Ortóptica também se podia mudar, para quê não sei”E6</p> <p>“se dizer que sou técnica de oftalmologia já não me fazem questões estranhas”E7</p> <p>“tenho de reconhecer que não é uma designação boa”E8</p> <p>“já não está de acordo com o Ortoptista na sua actividade profissional, era tempo de nós mudar-mos”E9</p> <p>“se houvesse outro nome... não sei qual, parece que nunca há um ideal” E9, E11</p> <p>”assistente de oftalmologia?”E9</p>

		<p>“requer grande reflexão sobre o assunto, já devia ter existido uma reflexão sobre isso”E9</p>
	Aspectos positivos	<p>“classifica-nos pela área principal(...) reflecte o que fazemos maioritariamente”E5</p> <p>“É diferente do técnico (...) associam a técnicos de informática, ar condicionado(...)E6“</p> <p>(...)não é o técnico de, temos um nome, os nossos profissionais têm um nome, nas outras áreas não acontece”E8</p> <p>“devemos continuar a chamar-nos ortoptistas nem que seja para termos uma identidade profissional”E10</p> <p>“Contribui para uma diferenciação, agora tenho na bata doutora e por baixo Ortoptista”E10</p> <p>“é uma ligação do profissional á actividade profissional”E10</p> <p>“penso que é um avanço para o nosso reconhecimento”E10</p>
	Indiferente para reconhecimento social	<p>“não acho que seja por isso que somos mais ou menos reconhecidos”E4</p> <p>“O nome não tem influência com o reconhecimento que as pessoas lhe dão”E5</p>
	Contribuição negativa para reconhecimento social	<p>“confunde-se com Ortopedista”E1, E6,E10, E11</p> <p>“Ortoptista não identifica em nada a nossa profissão”E1</p> <p>“não entra no ouvido das pessoas”E2,E8, E11</p> <p>“entra em conflito com outros profissionais”E2</p> <p>“Não define o verdadeiro profissional nesta área, é desenquadrado”E2, E7</p> <p>“O problema é que gera alguma confusão”E3</p>

		<p>“as pessoas não ligam o termo ortoptista à actividade em si”E3, E9</p> <p>“desvaloriza”E7</p> <p>“ninguém conhece o que é um ortoptista”E8</p> <p>“Já ouvi chamar desde <i>ortópticos</i> (...) pessoas que trabalham lado a lado connosco”E8</p> <p>“o reconhecimento social que daí advém vem por aí abaixo”E8</p> <p>“quando fui para o curso de Ortóptica nunca tinha ouvido falar em tal palavra, e era uma estudante, e como eu muita gente”E8</p> <p>“sinto isso como uma barreira”E9</p>
A licenciatura	Contributo positivo	<p>“para a nossa sociedade o doutor conta muito”E1, E8, E10</p> <p>“é um reconhecimento da nossa profissão”E1, E5</p> <p>“É importante para uma profissão ter as melhores condições académicas que lhe é possível”E2</p> <p>“Foi importante pelo reconhecimento e prestígio da profissão”E3</p> <p>“licenciado é licenciado, talvez com o grau de licenciatura venha a ser mais reconhecida”E4</p> <p>“(…) quando nos candidatamos a um emprego, entre um bacharelato e uma licenciatura há uma diferença”E5</p> <p>“Não é pelo conhecimento, é pela aceitação social, nem que a pessoa aprenda a mesma coisa”E8</p> <p>“o reconhecimento da profissão na equipa”E10</p>
	Indiferente	<p>“na parte social também está tudo igual”E6</p> <p>“a visibilidade não foi nenhuma”E7</p>

<p>Actividade da APOR</p>		<p>“devia ter um papel mais interveniente(...) as pessoas deviam saber que aquele senhor que está antes da consulta de oftalmologia é um técnico”E1</p> <p>“Tem feito o que está ao seu alcance nos últimos 3/4 anos, rastreios mostras de saúde (...)”E2, E11</p> <p>“tem contribuído para mais alguma visibilidade”E2</p> <p>“essas acções que são feitas podiam ter uma visibilidade melhor”E2</p> <p>“faz um esforço para que cada vez mais sejamos reconhecidos, fazendo um pouco publicidade, divulgando o nosso desempenho e quão ele é importante”E5, E11</p> <p>“nunca houve uma grande promoção do que é um Ortopista”E7</p> <p>“nunca pensaram na mudança do título profissional”E7</p> <p>“devia ter outro impacto, até usando os órgãos de comunicação, a associação não tem grande força para isso”E9</p> <p>“a divulgação ao longo dos anos tem sido extremamente fraca, restringimo-nos muito a congressos e rastreios”E9</p> <p>“nunca houve grande pressão para pôr a Ortóptica com outro tipo de movimentos a esclarecer as pessoas”E9</p>
<p>Argumentos teóricos/práticos e reconhecimento social</p>	<p>complementaridade</p>	<p>“São os dois importantes”E1, E2, E3, E4, E6,E8, E11</p> <p>“(...) são importantes para os nossos parceiros do dia a dia, para marcarmos a nossa posição pela qualidade quer prática quer científica”E2</p> <p>“não sou capaz de distinguir um do outro”E4, E6, E7, E9,E10</p> <p>“só com conhecimento é que se realiza a prática na perfeição”E4, E6, E7, E9, E10</p>

		“é como os pratos de uma balança de um têm de estar os conhecimentos teóricos do outro os práticos”E9
	importância da prática	“os aspectos de natureza prática têm mais força, são mais relevantes”E1 “embora ache que se valoriza mais a parte prática do que propriamente a componente teórica”E3 “É importante a prática, a eficiência, a eficácia, se não fizer isto as instituições convidam-no a ir passear, não é?”E8
	importância da teoria	“Os teóricos são mais importantes”E5 “neste momento da nossa vida, como profissionais(...) penso que são os de natureza científica, a investigação”E8 “temos de crescer essencialmente como grupo é na investigação, é isso que nos vai dar credibilidade”E8 “se não for a base da natureza científica não somos uns licenciados, somos apenas uns técnico profissionais”E10 “o científico é mais importante ainda no ramo privado”E11 “notam que temos um corpo de saberes, uma oclusão de ramo ou um papiledema o optometrista não sabe mesmo o que é”E11

TEMA: FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

categorias	Sub- categorias	Unidades de registo
------------	-----------------	---------------------

<p>Relação do plano de estudos do curso de base com o exercício profissional</p>	<p>Desenquadrados a necessitar de reformulação</p>	<p>“temos exames complementares para o glaucoma que não aprendemos no curso”E1 “há uma desactualização da teoria dada no curso e os exames complementares”E1 “devia haver uma reestruturação do curso”E1 “quem lecciona algumas cadeiras ou módulos do curso por vezes não é Ortopista, por vezes têm um desconhecimento total do que é a nossa profissão e do desempenho profissional”E2 “seria importante focar o plano de estudos no que o Ortopista pode vir a fazer e não no que antigamente fazia, ter os olhos abertos para o que pode vir a”E2 “ter uma boa formação (...) biologia e anatomia do olho”E2 “quando são médicos a matéria é dada de forma muito ligeira”E2 “para mim foi um pouco aquém das expectativas e do necessário”E2 “o que falamos em cuidados de saúde acabamos por falar noutras disciplinas”E4 “só acho que alguns estágios deviam ter mais tempo como o de ortóptica”E5 “não acrescentava ou retirava, adaptava, há conteúdos que se repetem”E5 “Falta muito a componente prática, faltam muitas horas(...)”E6 “o curso continua a ser muito clássico muito virado para a ortóptica”E7 “já não somos tanto ortoptistas, somos mais técnicos de oftalmologia”E7 “o quarto ano devia ter outra vertente, muito mais para a investigação e para a comunidade”E8 “há coisas que caíram em desuso principalmente na área da Ortóptica (...) se calhar não faz sentido estarem no plano”E9 “têm que ser revistos (...) são os mesmos há quatro cinco anos”E9 “é preciso ponderar os conteúdos programáticos (...) até os docentes que estão a leccionar (...)”E9</p>
--	--	---

		<p>“embora possam não estar organizados da melhor maneira com a licenciatura bi etápica, foi um condicionante(...)”E10</p> <p>“queria-mos as físicas as bioquímicas mais dirigidas para a visão (...) mais exigência a nível da anatomia, da patologia”E10</p>
	Enquadramento positivo	<p>“acho que o estágio está super adequado”E4</p> <p>“em termos de conteúdo programático não está mau”E8</p> <p>“penso que o curso está biem pensado neste momento”E10</p>
	Acrescentar novos conteúdos	<p>“(...) mais coisas sobre os diferentes tipos de cirurgias”E1</p> <p>“há áreas importantes onde há lacunas na formação”E3</p> <p>“temos carências de formação nas novas tecnologias”E1,E3,E6</p> <p>“investir mais em áreas onde o Ortoptista actua mais, o OCT, as novas tecnologias ligadas ao glaucoma, o FDT”E3</p> <p>“eco não falámos muito durante os três anos de curso”E4</p> <p>“acrescentar talvez, mas as limitações da carga horária não permitem”E10</p> <p>“tentamos colmatar as falhas nos seminários do terceiro ano (...) introduzimos o OCT e o GDx que surgiram á pouco tempo”E10</p> <p>“faltam conhecimentos de farmacologia, sistémicos e principalmente dos fármacos oftalmológicos”E11</p> <p>“também devemos ter conhecimentos sobre fármacos homeopáticos”E11</p>
	Retirar alguns conteúdos	<p>“há algumas áreas que se dá demasiada importância”E3</p> <p>“na sub-visão temos demasiada formação e pouco exercício profissional”E3</p> <p>“cadeiras como sociologia era importante termos 1 não 3, talvez psicologia um pouco mais mas não três também”E4</p>

Contributo da licenciatura	irrelevante	<p>“o 4º ano não acrescentou mais nada em relação ao bacharelato”E1</p> <p>“a nível prático não se nota nenhuma alteração(...)não existe o reconhecimento hospitalar dessa licenciatura”E2</p> <p>“Para mim absolutamente nenhuma, estou exactamente na mesma(...)não me acrescentou nem saberes”E6, E7</p> <p>“ter ou não ter é igual”E6</p> <p>“ao nível dos técnicos de saúde tanto faz ser-mos bacharéis como licenciados”E7</p> <p>“mas não é por mais um ano que as pessoas ficam a saber...não, evoluem (...)”E8</p>
	Contributo positivo	<p>“permite-nos continuar a nossa formação (...) aceder a mestrados e doutoramentos, é bom para a valorização profissional”E2, E10</p> <p>“permite ao aluno mais um ano de maturação”E2</p> <p>“é uma mais valia na formação dos ortoptistas”E3</p> <p>“adquirimos mais conhecimentos mais científicos, saberes teóricos e práticos”E4, E10</p> <p>“(...) quando nos candidatamos a um emprego, entre um bacharelato e uma licenciatura há uma diferença”E5, E11</p> <p>“paridade com os diferentes profissionais, enfermeiros e médicos”E10</p> <p>“no privado há muitas diferenças, como bacharel não iria entrar nunca(...)”E11</p>
Actuação das diferentes gerações de profissionais	Coordenadores	<p>“Ortóptica”E1, E2, E9</p> <p>“pecam por falta de conhecimento na área da coordenação”E2</p> <p>“Ortóptica e campimetria”E6, E7, E10</p> <p>“gestão”E6,E8, E10</p>

	<p>“gestão em todas as suas áreas que deve ser a grande área de intervenção dos coordenadores”E8, E10</p> <p>“contamos pelos dedos quantos coordenadores fizeram campimetria”E9</p> <p>“temos a terrível sensação que o coordenador tem de ser o mais velho, está errado”E9</p> <p>“electrofisiologia”E10</p> <p>“aos coordenadores não lhes sobra tempo para muita coisa”E10</p> <p>“passa por ele conquistar mais uma área de intervenção para o Ortopista”E10</p> <p>“tenho que dominar em termos gerais o que é a actuação de um Ortopista”E10</p>
Profissionais no exercício há mais tempo	<p>“fazem muito bem Ortóptica, poucos exames complementares de diagnóstico”E1</p> <p>“pararam estancaram”E1</p> <p>“estão bem instalados e acomodam-se”E2, E6</p> <p>“não se preocuparam se actualizar”E6</p> <p>“pela sua formação(...) têm tendência a manter-se em áreas mais restritas”E8</p> <p>“(...) se um mais velho quiser ir para a angiografia(...)com a informação que há, com o conhecimento que já tem, com a sua experiência em oftalmologia...tem é que se dedicar e treinar”E8</p> <p>“há atrás de mim [geração dos anos oitenta] gente mais velha, aí o que eu noto é que às vezes as pessoas estão um bocado mais paradas”E8</p> <p>“nos dois primeiros cursos(...) quando entrávamos num hospital parece que levávamos selado na testa vai fazer só estrabismo, vai fazer só Ortóptica”E9</p> <p>“durante muitos anos, e ainda hoje para algumas pessoas, Ortóptica é igual a estrabismo, é difícil desligar essa forma de pensar”E9</p>

	As gerações mais novas e as áreas de intervenção recentes	<p>“as necessidades criam novas oportunidades (...) aproveitadas pelos mais novos”E2</p> <p>“Pela percepção que tenho são[exclusivas mais novos]”E6</p> <p>“não são exclusivas mas são mais atribuíveis[mais novos]”E7</p> <p>“os mais novos têm apetência para novas áreas”E9</p> <p>“a paixão delas é a o OCT, a electrofisiologia[mais novos](...)”E8</p> <p>“precisavam de novas aprendizagens e eram os mais novos que vinham da escola e seguiam isso no hospital”E10</p> <p>“São uma geração da informática e da imagem”E10</p>
Solicitações profissionais público vs privado	Semelhantes	<p>“não há grandes diferenças”E1</p> <p>“seja público ou privado querem que trabalhes mais com menos”E6</p> <p>“Actualmente começa a ser igual”E7</p> <p>“acho que fazem os mesmo que no hospital, os meios complementares a Ortóptica etc”E10</p>
	Distintas	<p>“talvez agora comece a haver alguma diferença”E2</p> <p>“no privado pedem-te que sejas mais submisso em relação ao doente”E6</p> <p>“se a outra pessoa te disser está mal tem sempre razão, está a pagar tem sempre razão[privado]”E6</p> <p>“nos públicos nós conseguimos fazer tudo”E8</p> <p>“se estivermos a falar entre público e privado, a minha realidade...eu tenho pessoas aqui no hospital X que fazem coisas que não fazem no privado”E8</p> <p>“nos privados as pessoas estão muito mais isoladas(..)lá não há uma coordenação às vezes é preciso uma coordenação...para mexer com as instituições”E8</p> <p>“no privado temos uma relação muito mais próxima com as pessoas, no público também mas no privado é mais ainda”E11</p>

A Ortóptica como área nobre	Sim	<p>“é a área para a qual os oftalmologistas mais nos procuram”E3</p> <p>“ortóptica é ortóptica, é onde o ortoptista tem mais manobra(...)é onde tem um papel mais activo”E4</p> <p>“é sem dúvida a área nobre, a Ortóptica acaba por ser aquela em que a maior parte das vezes só nós é que intervimos”E5</p> <p>“o oftalmologista dá-nos total abertura para actuarmos consoante nós achamos, consoante os nossos conhecimentos”E5</p> <p>“Acho que sim, primeiro porque foi a abordagem da profissão, o motivo para o surgimento da profissão”E10</p> <p>“é na Ortóptica que assenta todo o conhecimento científico, é a base, a profissão surgiu para tratar a visão binocular”E10</p>
	Não	<p>“cada vez mais é necessária a nossa intervenção em áreas complementares de oftalmologia”E1,E7</p> <p>“nos sentido da área fulcral do desempenho cada vez menos”E2, E9</p> <p>“nobre já não, uma das grandes áreas”E6</p> <p>“a ortóptica fica cada vez mais em segundo ou terceiro plano”E7</p> <p>“actualmente é uma área como outra”E8</p> <p>“toda a nossa envolvência mudou que há pessoas que não gostam da estrabologia, da área clássica”E8</p> <p>“vejo pessoas que sabem Ortóptica, mas não é a paixão delas(...)”E8</p> <p>“A Ortóptica apavora as pessoas, (...) não sei porquê, não sei se o problema vem da formação”E8</p>

<p>Principais áreas de intervenção no futuro</p>		<p>“os exames complementares de diagnóstico”E1, E2, E3, E5, E6, E9, E10,E11</p> <p>“ações de rastreio”E1,E9, E10</p> <p>“os cuidados de saúde primários (...) poderão vir a ganhar um espaço considerável no futuro”E2, E6, E7</p> <p>“(...)em empresas de ergofthalmologia, medicina no trabalho”E2</p> <p>“(...) para os mais novos uma nova vida á Ortóptica, a renovação e mudança trazem coisas boas”E2</p> <p>“A Ortóptica vai continuar a ser uma área muito importante, porque é uma área só nossa”E3, E4, E5, E10</p> <p>“cada vez mais ortoptistas vão começar a ir para as ópticasE3, E4</p> <p>“penso que vão ser todas importantes”E8</p> <p>“em termos de reabilitação, o Ortopista, não sozinho mas em equipa tem um trabalho muito grande a fazer”E9, E10</p> <p>“é uma questão de modas, consoante aquilo em que oftalmologistas estão mais interessados em investir(...) assim é a necessidade dos exames complementares”E10</p> <p>“devia haver um plano estratégico em que os rastreios deviam estar em primeiro lugar”E10</p> <p>“pode lá estar para dar um apoio ao médico de família na tal promoção e educação para a saúde, para os rastreios(...) inclusive para fazer refração[centros de saúde]E10</p> <p>“optometria”E4, E5,E11</p> <p>“contactologia”E11</p> <p>“no privado a ortóptica é a mais valia”E11</p>
--	--	--

<p>A intervenção dos ortoptistas, optometristas e Oftalmologistas na saúde da visão</p>	<p>Intervenções distintas</p>	<p>“a distinção mais fácil é com o médico oftalmologista”E2 “Para o oftalmologista sim, pela intervenção que têm ao nível da patologia, é o oftalmologista que diz ao doente a patologia que tem e o aconselha”E5 “Acho que há realmente uma distinção, Apesar de muitas vezes as pessoas não quererem ver que isto é distinto, e que é fácil, ninguém se quer sobrepor a ninguém”E8 “os oftalmologistas estão cá para a patologia”E8 “nós estamos cá para trabalhar toda a área que eles não têm que perder o seu tempo”E8 “Que há uma distinção das áreas de intervenção há, temos uma função muitíssimo bem definida e legislada em Diário da República (DR)”E9, E10 “oftalmologistas são oftalmologistas não há comparação possível”E10 “nos sítios onde trabalhei tive a sorte de não haver sobreposição de papéis, perceberam bem qual é a função de cada um”E11 “trabalhamos bem em equipa”E11</p>
	<p>Áreas de sobreposição / indefinição</p>	<p>“(…) limitavam-se à refração, actualmente começam a entrar em áreas abrangidas pelo Ortoptista, visão binocular(…) e a própria execução de exames complementares de diagnóstico[optometristas]”E2, E10 “a não regulamentação desta profissão[optometristas]faz com que as outras duas envolventes entrem em campos da outra mas sem haver sempre certezas da legitimidade de quem pode fazer o quê, a legitimidade que existe é a antiguidade de fazer as coisas”E2 “também nós fomos evoluindo/ abrangendo mais campos e áreas de intervenção, as outras profissões também evoluem(…) esta evolução é feita ao sabor do vento”E2</p>

		<p>“os médicos ainda acham que a refração é um acto médico esse é um aspecto onde ainda não há definição”E3</p> <p>“a refração[prescrição de lentes] é um exemplo, todos acham que têm competência”E3, E7</p> <p>“entre ortoptistas e optometristas é uma guerra, não querem partilhar um pouco conhecimentos que ambos têm”E5</p> <p>“há casos de pessoas que entram dentro das competências de outros grupos profissionais, optometristas a fazerem estrabismo, relatórios de campos visuais”E6</p> <p>“Acho que se mete um bocado tudo no mesmo saco, principalmente entre ortoptistas e optometristas(...)somos vistos quase como a mesma profissão”E7</p> <p>“há áreas que coincidem, entre o optometrista e o Ortoptista, e o oftalmologista”E8</p> <p>“na área da refração eu acho que entraram agora os ortoptistas”E8</p> <p>“de vez em quando querem entrar nas nossas áreas...mesmo de diagnóstico, de Ortóptica, eu penso que eles não têm formação para isso[optometristas]”E8</p> <p>“penso que onde pode haver aqui uma sobreposição é na refração”E8</p> <p>“os optometristas sabendo qual é a função deles querem entrar pela área da Ortóptica (...) talvez até por uma questão comercial”E9</p> <p>“o oftalmologista tenta entrar na Ortóptica, abdicando muitas vezes de trabalhar com o Ortoptista, por uma questão comercial (...) tentando fazer tudo”E9</p> <p>“creio que tentam juntar áreas que não são deles [optometristas]”E9,</p> <p>“não sei se em Portugal as coisas estão bem definidas na teoria”E10</p>
Actividade da APOR		<p>“pouco se anuncia, pouco se faz anunciar”E1</p> <p>“só sinto a sua presença no final do mês nas quotas e quando fazem congressos(...) não sinto a sua presença em nada”E1, E6</p>

		<p>“a nossa associação faz para os mesmos, para os que eles conhecem não para os ortoptistas em geral”E1</p> <p>“deviam fazer mais acções de rastreio”E1</p> <p>“Nenhuma, só uma ordem pode marcar uma posição mais firme[autonomia e autoridade]”E2</p> <p>“a manobra da associação é limitada”E2</p> <p>“não se sentiu por parte da APOR uma contribuição para definição das novas tarefas”E2</p> <p>“não definiu o que é mais ou menos prioritário”E2</p> <p>“não existe uma definição clara dos limites regras e normas dos que se possam seguir e adoptar [refracção]”E2</p> <p>“não estou muito dentro das actividades da APOR”E3, E4, E5</p> <p>“depois de ser profissional vou estar mais ligada, agora não é prioridade”E4</p> <p>“ não sei que perspectivas têm para o futuro”E6</p> <p>“temos uma limitação, ainda somos poucos(...) isto acaba por se focalizar sempre nas mesmas pessoas”E8</p> <p>“Na promoção e interacção na sociedade, isto, podemos fazer muito mais/ precisamos todos de fazer(...)”E8</p> <p>“a associação é o que nos pode unir, pode motivar as pessoas, mas têm de estar lá as pessoas certas, o número de pessoas certas, e pessoas com disponibilidade”E8</p> <p>“O presidente[APOR] é professor, tem a sua privada, está a tirar o mestrado, ainda faz privada...depois não temos dinheiro...”E8</p> <p>“quantas vezes nós nos fartávamos de trabalhar na APOR, e colega ali do lado dizia, “eu não sei nada, vocês não fazem nenhum”E8</p>
--	--	---

		<p>“eu tiro o chapéu à Ortoptista M., foi uma mulher que lutou por isto, e conseguiu!”E8</p> <p>“acomodamo-nos(...) e a associação por sua vez também se acomoda”E9</p> <p>“a APOR tem de ter um papel muito forte, tem de se mostrar para saberem que existe um órgão que nos rege e que nos representa”E9</p> <p>“se nos sentar-mos todos à espera que exista uma ordem(...) se não forem as associações profissionais a imprimir uma certa força, eu não vejo as coisa com muito bons olhos”E9</p> <p>“Tem contribuído bastante”E8, E10</p> <p>“a grande luta da APOR, a grande intervenção foi há alguns anos atrás na definição do perfil profissional, na luta para a integração no ensino superior”E10</p> <p>“a associação teve de lutar, através de processos para que não fosse reconhecido o exercício profissional inqualificado”E10</p> <p>“devia ser fundamental na promoção social da própria profissão”E10</p> <p>“nestes últimos anos a actuação da associação tem de ser diferente, na afirmação de aceitação do próprio perfil”E10</p> <p>“o facto de não estar tão activa na associação não é muito bom, perde-se em pouco aquela imagem associativa, as reuniões com outras profissões, com os sindicatos (...)”E10</p> <p>“o que podia ter era associados mais activos”E10</p> <p>“só existe porque ainda tem à frente pessoas dispostas a que ela exista”E10</p> <p>“a associação vale a pena”E10</p> <p>“o presidente está muito isolado na associação”E10</p> <p>“as pessoas não se motivam porquê? Falta-lhes o tempo?”E10</p>
--	--	--

		<p>“tudo o que têm não foi conquistado por elas, já lhes foi dado/ 90% foi conquistado por mim”E10</p> <p>“um dia destes não há ninguém que pegue nela, eu já não quero, já estou cansada, já estou velha”E10</p> <p>“é bom que os mais novos comecem a motivar-se para a associação”E8, E10</p> <p>“poderia definir melhor o papel do Ortoptista na refração, para que não houvessem restrições às nossas prescrições”E11</p>
Aspectos positivos para escolher a profissão		<p>“Uma área de saúde”E1, E6, E7</p> <p>“muito prática”E1</p> <p>“trata de um órgão especial”E1, E9</p> <p>“relação próxima com o doente”E2, E3, E5, E7, E10</p> <p>“Trabalhar com crianças”E2</p> <p>“contacto com pessoas com idade mais avançada para quem gosta”E2</p> <p>“é um trabalho com um certo grau de autonomia”E3, E4, E8</p> <p>“tem várias áreas de intervenção”E3</p> <p>“fazer coisas diferentes e atraentes”E4</p> <p>“dinâmica”E5, E10</p> <p>“trabalhar em equipa”E6</p> <p>“Podemos criar, podemos diagnosticar, podemos tratar, é uma área (...) parecida com a fisioterapia”E8</p> <p>“tem de se sentir o olhar, olhar para as pessoas”E10</p> <p>“é diferente de todas as outras das tecnologias”E10</p> <p>“é uma profissão aliciante”E10</p>

		<p>“é uma profissão de futuro”E11</p> <p>“falava dos computadores e das exigências visuais desde a infância”E11</p> <p>“no sector privado existem muito boas possibilidades”E11</p>
Aspectos negativos para escolher profissão		<p>“é um meio muito competitivo”E1, E5,</p> <p>“há uma confusão de competências”E1</p> <p>“às vezes não avançamos para determinada área porque o oftalmologista nos impede”E1</p> <p>“as oportunidades de emprego são mais nas ópticas(...)não dá valorização profissional, fazem de ortoptistas empregados de balcão”E1</p> <p>“poder profissional”E2,E8</p> <p>“autonomia”E2</p> <p>“remuneração”E2, E6</p> <p>“Ortóptica é uma área difícil”E3, E5</p> <p>“o mercado está sobrelotado, há cada vez menos oferta”E3, E4, E7, E9, E10</p> <p>“o reconhecimento”E5, E6, E8</p> <p>“Toda a conjuntura”E9</p> <p>“ não sei qual é o rumo que esta profissão vai tomar, não há certezas”E9</p> <p>“no sector público haverá mais dificuldade de colocação”E11</p> <p>“se não gostas de trabalhar com pessoas”E11</p> <p>“se não gosta da área da saúde, por vezes aparecem-nos coisas chocantes”E11</p>
Perpectivas para o futuro	Especialização	<p>“o Ortoptista tem que deixar de ser o faz tudo, temos que nos saber especializar, ter um conhecimento geral e sermos muito bons em 2 ou 3 áreas”E6</p> <p>“cada vez mais somos empurrados a não ser tão generalistas e especializarmo-</p>

		<p>nos”E7, E10</p> <p>“apesar de quando entramos no mercado com a parte generalista conseguimos-nos adaptar mais facilmente, com o evoluir da carreira começamos a ficar mais <i>experts</i> em determinada área”E7</p> <p>“cada um tem que escolher uma ou duas áreas e aí investir investir...porque tocar todas...não!”E8</p> <p>“se procurar-mos a especialização é uma forma do mercado de trabalho abrir mais”E9</p>
	Preocupações económicas	<p>“devido ao dinheiro que não move tem pouco interesse para a “indústria” da saúde da visão”E2</p> <p>“poderá dar-se o caso dos interesses económicos se sobreporem à ética profissional”E2</p> <p>“no privado quanto mais nós fizermos menos eles fazem menos eles[oftalmologistas] ganham”E6</p> <p>“quando há pouco tempo me diziam que um Ortoptista está a ganhar 60 contos numa óptica, isso significa que há saldos dentro da Ortóptica, os mais velhos deviam reflectir juntamente com os mais novos para encontrar alternativas”E9</p> <p>“não existe regulamentação a nível do privado(...) cada um pede o que quer”E9</p> <p>“pagam mais depressa 60 contos a um Ortoptista, porque não vão pôr um óptico ou um optometrista a ganhar isto”E9</p> <p>“as coisas estão a caminhar por um rumo grave, os optometristas são um potentado, eles têm muito dinheiro”E9</p> <p>“muitas vezes as clínicas são de oftalmologistas que querem pagar pouco como em qualquer negócio, não podemos deixar-nos levar pelo sistema”E10</p>

		<p>“o facto de haver maior número de profissionais tenho receio que as pessoas se vendam por mão-de-obra barata”E10</p>
	<p>Sugestões e comentários</p>	<p>“Deveria haver uma maior interacção oftalmologistas ortoptistas e optometristas”E6</p> <p>“já há hospitais privados(...) ainda não conseguiram atingir e nem tão cedo vão atingir, o que nós grupo já conseguimos no público”E8</p> <p>“num hospital privado, eu estou convencida que o Ortoptista ao entrar lá(...) for inteligente e souber trabalhar para isso, vai conseguir as mesmas condições que nós conseguimos num público”E8</p> <p>“têm de trabalhar muito os Ortoptistas, para acompanhar esta evolução, só assim é que se impõem[Avanços técnico científicos da oftalmologia]”E8</p> <p>“têm conhecimentos, vamos discutir, vamos trocar ideias, vamos apresentar, temos de evoluir nesse sentido, assim somos reconhecidos”E8</p> <p>“transmitir conhecimentos, não é só dizer eu sei, então mostre! Publique! Demonstre! Evolua! Aprofunde! Dedique-se!”E8</p> <p>“/(...) é um futuro complicado, como tudo o resto, como com outras áreas, o país está complicado em termos de futuro”E8</p> <p>“quanto ao avanço tecnológico os mais novos têm de estar atentos/ têm de adaptar-se rapidamente”E10</p> <p>“E10</p> <p>“os optometristas licenciados estão a negar muito a nossa actuação, acham que devemos estar limitados ao sector público”E11</p> <p>“Julgo que será um futuro positivo, no campo privado os ortoptistas serão cada vez mais solicitados”E11</p> <p>“com cada vez mais diplomados saberemos dar resposta”E11</p>

TEMA: PODER PROFISSIONAL

Categorias	Sub- categorias	Unidades de registo
Fontes de poder identificadas	Competência	“não passa pelo reconhecimento social mas pela competência de cada um”E10 “eu posso ser reconhecida na minha equipa pela minha competência pelo meu desempenho isso é poder”E10
	Reconhecimento social	“claramente”E2, E6, E9 “Condiciona sempre pela negativa, não temos reconhecimento suficiente para termos esse poder”E5 “Poder é ser reconhecido, nós temos poder quando somos reconhecidos...não só na instituição como fora/ autonomia”E8 “é isso que nos vai dar poder, o nosso reconhecimento”E8 “cada profissão atinge o seu poder consoante a área que executa e da importância que lhes é dada até socialmente”E9 “os pacientes não questionam uma acto médico, facilmente questionam um acto nosso, possivelmente porque o médico tem um melhor reconhecimento e visualização social”E11
	Número de profissionais	“um número poderoso de profissionais”E6 “o poder faz-se com pessoas e nós somos poucos”E8 “quanto maior o número de profissionais maior é o seu poder profissional”E10

	Funções globais do capital	<p>“Eu considero (...) o tal poder, se as pessoas puderem estar autónomas, em igual circunstância com o oftalmologista, a receber de igual forma, ao nível da percentagem”E8</p> <p>“tanto o oftalmologista como o optometrista têm uma base comercial muito forte”E9</p> <p>“eu costumo dizer-lhes vocês não podem ser mão de obra barata (...) venderem-se por preços tão baixos, aí perdem o poder profissional”E10</p> <p>“o nosso trabalho tem de ter um determinado preço de acordo com os nossos conhecimentos e as nossas competências”E10</p>
	Autonomia	<p>“ter autonomia no trabalho que faz”E4, E5, E11</p> <p>“possibilidade dentro da sua área profissional decidir os exames adequados e a forma de os fazer”E5</p> <p>“quanto maior a autonomia maior é o poder profissional”E10</p>
	Corpo de saberes	<p>“saber fazer e saber ser da profissão”E7</p> <p>“quanto maiores os conhecimentos científicos maior o poder profissional”E10</p>
	Credencialismo /licença/mandato	<p>“depende da legislação”E9</p> <p>“quanto maior é o grau académico maior é o poder profissional”E10</p> <p>“poder-mos prescrever óculos”E11</p> <p>“temos cédula profissional que não nos permite reconhecimento noutras estruturas, SAMS, multicare.../”E11</p> <p>“no sector privado vejo mais no sentido do poder legal”E11</p>
	Estratégias/controlo de mercado	<p>“A existência de lobby, que faz pressão sobre quem administra”E6</p> <p>“as pessoas têm a importância que têm porque têm o monopólio de certas actividades”E6</p>

<p>O poder profissional dos Ortoptistas</p>		<p>“até agora o poder da nossa profissão foi construído dentro do meio hospitalar, é um poder caracterizado e moldado por estarmos em contacto com um médico oftalmologista”E2</p> <p>“não mexendo com grande poder económico...”E2</p> <p>“actualmente esse poder pode ser criado fora do hospital, desde clínicas, ópticas”E2</p> <p>“o Ortoptista tem autonomia até um certo ponto”E4</p> <p>“na prática o Ortoptista faz o que quer”E4</p> <p>“está um pouco limitado pelo médico oftalmologista”E4</p> <p>“(…) não temos poder absolutamente nenhum, é exactamente igual no público e no privado”E6</p> <p>“não temos o poder dos oftalmologistas que são da classe médica”E6</p> <p>“temos muito pouco poder profissional”E8</p> <p>“há pessoas na nossa profissão que não têm poder nenhum”E8</p> <p>“já conquistei com alguma luta(...) algum poder dentro da oftalmologia, o tal reconhecimento, o tal respeito”E8</p> <p>“No hospital temos o poder institucional”E9</p> <p>“está restrito aos hospitais consultórios privados e clínicas, o poder é circunscrito”E9</p> <p>“o que falta na Ortóptica e diminui o poder é a partilha de conhecimentos”E9</p> <p>“num consultório não estamos sob a força de uma legislação [institucional]”E9</p> <p>“quem tem menos poder é o Ortoptista”E9</p> <p>“temos algum poder que a nível social não é visível”E10</p> <p>“eu nunca senti qualquer limitação de poder”E10</p> <p>“no meu serviço o que eu disser eles reconhecem como certo, acabo por ter algum poder que é um poder profissional”E10</p>
---	--	---

		<p>“somos super autónomos(...)tudo o que queremos fazer é bem aceite sem restrições”E11</p> <p>“abrem-nos completamente as portas para o que precisamos apoiem-nos e confiam em nós”E11</p>
<p>O poder médico</p>		<p>“têm um poder tão grande que conseguem sobrepor-se às administrações”E1</p> <p>“eu não faço um exame para o qual tenho competências porque o médico simplesmente não quer”E1</p> <p>“o médico oftalmologista pode fazer tudo dentro da saúde da visão”E2</p> <p>“as restrições podem vir ou não de alguns oftalmologistas, em principio serão os mais antigos”E2</p> <p>“Os médicos acabam sempre por ter maior domínio em relação às outras profissões”E3</p> <p>“são mais antigos têm mais prestígio e aceitação”E3</p> <p>“o médico é o supra sumo que tem o conhecimento todo”E7</p> <p>“os oftalmologistas são das classe médicas que tem mais poder”E8, E9</p> <p>“eles ainda têm um <i>lobby</i> grande e vão mantendo determinadas coisas que não tiram propositadamente, como a história dos relatórios médicos e das sessões de tratamento”E8</p> <p>“a partir do momento que é oftalmologista, é médico, há um poder completamente diferente em relação aos outros profissionais”E9</p> <p>“o médico é um indivíduo com muito poder profissional e reconhecimento social”E10</p> <p>“o reconhecimento dos médicos dá-lhes um poder profissional grande”E11</p>

A influência das administrações

“Nunca tive a noção de as administrações colocarem restrições”E2

“normalmente as administrações estão sempre ao lado do poder médico, se eles dizem podem fazer, as administrações vão atrás”E7