

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa
e as suas Implicações na Enfermagem**

Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo

Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Carlos Alberto da Silva

ÉVORA

Junho 2001

Errata

pág.	linha	onde se lê	deve-se ler
111	22	com autora	com a autora
195	15	Abbot	Abbott
236	15	uma dos	um dos
248	23	que adquirido	que é adquirido
261	30	interesse	interessa
325	1 (rodapé)	revelarem	revelaram
333	12	seja aos serviços	seja nos serviços
335	17	implementado	implementados
336	26	o valoriza	valorizando
336	22	importantíssimo	importantissimo
342	21	manual, e com	manual e com
342	24	no SNS, é	no SNS é
344	7	depois têm de	depois tem de
350	32	a en ^{ra} directora	o en ^{ro} director
368	4	estatisticamente	estatística
372	27	não parece	parece
393	13	promotoras	promotores
394	2	nos sistema	nos sistemas
397	1	impossibilidade	possibilidade
425	40	aceitaram	aceitarem
430	2	de situação	de uma situação
445	22	reflecta	reflectem
446	20	enfermeiros fazem	enfermeiros que fazem
446	31	que todo	que tem todo
527	29	como	com

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa
e as suas Implicações na Enfermagem**

Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo

Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Carlos Alberto da Silva



152 501

ÉVORA

Junho 2001

614.39 (11/09/01)
CIE-SANE

Título:- (Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem

Sub-título:- Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo

Palavras-chave: enfermagem, participação directa, actor, regras de jogo, estratégia, poder, ideologia profissional, organização do trabalho, hospital, centro de saúde

Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Orientada por

Professor Doutor Eduardo Álvaro do Carmo Figueira

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Departamento de Sociologia

Universidade de Évora

Universidade de Évora, 01 - 06 - 2001

A todos aqueles que me apoiaram a
concretizar *este* e outros *sonhos*

RESUMO

Esta Tese apresenta um estudo sobre a participação directa, tomando como pano de fundo aquilo que denomino de eixo da acção organizada da enfermagem hospitalar e dos cuidados de saúde primários. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida a partir de uma perspectiva de análise estratégica e/ou organizacional, que compreendeu a adopção de um estudo de caso múltiplo, estruturado em torno de dois momentos. Um primeiro centrado na desocultação das especificidades da organização do trabalho em enfermagem, tendo em vista a caracterização dos problemas do sistema de acção concreto para uma melhor compreensão das suas lógicas de regulação local. No segundo, e com base na paisagem captada sobre as diferentes formas de regulação profissional e organizacional, procurei identificar e descodificar as continuidades e as rupturas engendradas pelos actores face às formas, os processos e os efeitos da participação directa nos diferentes contextos de acção no quotidiano de trabalho em enfermagem. Foi com base nestes dois ângulos analíticos que abri um debate sobre a comparação sistémica e global dos casos analisados, quer numa perspectiva extensiva, quer na lógica intensiva sobre a problemática da participação directa.

Ao focar o meu olhar nas redes hospitalar e dos centros de saúde, identifiquei um conjunto de desafios que hoje se colocam aos profissionais de enfermagem. Subjaz nos indicadores dos problemas encontrados e nos discursos produzidos pelos actores, nomeadamente em relação às formas de construção e reconstrução da sua sobrevivência organizacional, uma complexa teia de estratégias profissionais. Tais estratégias são objectivadas para a mobilização de saberes e de competências na organização do trabalho, tendo em vista a redução da zona de incerteza e os ganhos de poder nas relações profissionais e na produção de cuidados. Trata-se de cenários de mutação duma profissão, que apesar de comportar um conjunto de constrangimentos organizacionais e de contradições discursivas e práticas, vieram elucidar que existem na conceptualização da participação directa acordos, regras e estruturas de trocas

negociadas.

Apesar da produção de cuidados e da especialização do campo de acção da enfermagem emergirem condicionadas pelo saber e poder dos médicos, sendo estes os principais protagonistas que desencadeiam e orientam a prestação de cuidados de saúde, identifiquei nas lógicas de acção participativa dos enfermeiros, quer a nível hospitalar, quer nos centros de saúde, o seguinte: i) um carácter instrumental e culturalista da participação directa relativamente às suas finalidades; ii) uma relativa unidade e coesão intragrupal atomizada, para o controlo dos processos participativos na organização da produção de cuidados; iii) uma constante procura dos profissionais de enfermagem na delimitação clara e unívoca de fronteiras formais na organização do trabalho através da adopção dos fundamentos gestionários de participação directa, sob a forma consultiva ou por delegação.

Efectivamente, longe de ser uma mera "correia de transmissão" das orientações gestionárias, a participação directa trata-se de um produto engendrado no quadro de interacções múltiplas consideradas pela enfermagem num dado momento e nas quais se encontram implicadas as "alavancas" da sua regulação social e de controle. Na verdade, os resultados sugerem que a participação directa dos enfermeiros pode ser definida como um processo social de reorganização do trabalho, não regulada unilateralmente pelas hierarquias, mas sim pelos próprios profissionais, sendo a adesão à sua introdução, ao desenvolvimento do processo e às formas que ela assume, mediada por uma orientação avaliativa positiva, quer em relação à profissão, quer face aos diferentes contextos de estruturação e de reestruturação das práticas no quotidiano.

AGRADECIMENTOS

Merece um lugar de destaque aqui, o meu profundo agradecimento aos meus orientadores, Professor Doutor Eduardo do Carmo Figueira e Professor Doutor Francisco Martins Ramos, não só pelas sugestões e críticas recebidas para a construção do presente trabalho, como, também, pelo incentivo para levar adiante outros projectos de investigação e a actividade académica.

À Tânia Alfredo, Carlos Brígida e Marcos Olímpio agradeço o apoio incondicional e sincero dispensado ao longo desta investigação, quer partilhando comigo preocupações e dificuldades, quer pelo clima de cooperação e amizade dispensada nos diferentes momentos de angústias e dúvidas.

Agradeço igualmente a Ana Luísa, Joaquim Martins, João Mendes, entre outros, a colaboração dispensada ao longo da investigação.

A todos aqueles que, de uma forma directa ou indirecta me disponibilizaram uma ajuda desinteressada para a materialização do presente trabalho, nomeadamente os profissionais de enfermagem que me acompanharam nos diferentes momentos do desenvolvimento do trabalho e se dignaram em ser entrevistados, em responder ao inquérito por questionário e em facultar diversas fontes de informação, fica aqui registado o meu profundo agradecimento.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CESE	curso de estudos superiores especializados em enfermagem
CQI	<i>continuous quality improvement</i>
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CRS	Conselho de Reflexão da Saúde
CS	centro de saúde
Dec-Lei	Decreto-Lei
DEH	Director de Enfermagem Hospitalar
Enf	enfermagem
EPOC	<i>Employee Direct Participation in Organisational Change</i>
ESE	Escola Superior de Enfermagem
FEMCVT	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
Hosp	hospital
INE	Instituto Nacional de Estatística
LPN	<i>licensed practical nurse</i>
NA	<i>nurses' aides</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	<i>registered nurse</i>
RSA	Região de Saúde do Alentejo
SAP	serviço de atendimento permanente
SEP	Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
SLS	sistema local de saúde
SMS	Serviços Médico-Sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TQM	<i>total quality management</i>

ÍNDICE

Relação de Quadros	13
Relação de Esquemas	17
Introdução	21
1. Para uma Arquitectura da Problemática Teórica e da Perspectiva Analítica da Participação Directa	34
1.1. A Ordem do Discurso da Participação	34
1.1.1. Do Que Estamos a Falar Quando Falamos de Participação ?	36
1.1.1.1. Um Olhar na Panóplia Conceptual e Analítica	36
1.1.1.2. Participação Directa e a sua Dinâmica nas Organizações	52
1.1.2. Participação e outras Encruzilhadas Organizacionais	65
1.1.2.1. Participação Directa e o Discurso do <i>Empowerment</i>	65
1.1.2.2. A Outra Face da Participação Directa: Novas Críticas para Velhas Questões	76
1.2. O Olhar dos Olhares na Saúde	87
1.2.1. Para uma Visibilidade da Enfermagem	90
1.2.1.1. Enfermagem na Encruzilhada da Produção de Cuidados	90
1.2.1.2. Ideologias Tradicionais e Género: Um Círculo Vicioso ou Virtuoso na Enfermagem?	109
1.2.2. A Enfermagem e a Renovação da Ordem Disciplinar	133
1.2.2.1. (Re)Pensar a Profissão, a Profissionalização e o Profissionalismo	133
1.2.2.2. Lógicas da Reorganização Profissional	155
1.2.2.3. Tendências e Mudanças na Saúde e as suas Implicações na Enfermagem	177
1.3. Contextualização dos Processos Organizacionais	198
1.3.1. Para uma Leitura da Dinâmica nas Organizações	199
1.3.1.1. Relatividade e Complexidade da Relação Actores - Organização	199

1.3.1.2. Revisita às Perspectivas sobre Sistema(s) de Acção Colectiva	219
1.3.1.3. Renovação dum Discurso Viciado entre os Actores	239
1.3.2. Pensamento Estratégico como Preferência Analítica das Orientações da Lógica da Participação Directa da Enfermagem	260
2. Procedimentos Analíticos e Opção Metodológica	274
2.1. Questões Preliminares sobre a Estratégia da Pesquisa	274
2.1.1. Na Defesa das Características do Estudo	275
2.1.2. Os Limites e os Desafios de um Modelo Analítico: Para uma Fundamentação das Hipóteses Operacionais ou "Utilitaristas" da Investigação	284
2.2. Os Elementos do Caso e as Técnicas de Exploração	294
2.2.1. Unidades Sociais de Observação, População-Alvo e "Amostra": Critérios e Procedimentos de Selecção	294
2.2.2. Estratégias, Técnicas e Instrumentos de Recolha de Informação	310
2.2.3. Procedimentos para Tratamento e Análise de Dados	322
3. Enfermagem, Participação Directa e Expressões Simbólico-Ideológicas	329
3.1. Contextualização das Orientações da Enfermagem	329
3.1.1. Enfermagem nas Redes de Interacção	339
3.1.1.1. Entre o Olhar Hospitalar e o Olhar nos Centros de Saúde: Os Dilemas das Orientações sobre a Organização do Trabalho e as Práticas em Enfermagem	339
3.1.1.2. (In)Satisfação no Trabalho como Indicador de Ruptura com o Sistema de Acção	373
3.1.2. A Enfermagem e o Discurso da Mudança	393
3.1.2.1. Contra o Passado Estigmatizado: Reforço do Controlo Jurisdicional e do Monopólio do Exercício como Soluções para a Mudança e para a Renovação Profissional	393
3.1.2.2. Entre o Discurso sobre as Práticas Utilitaristas, as Regras e as Orientações Simbólico-Ideológicas: Uma Dupla Ruptura para a Construção do Retorno do Actor	417
3.2. Configurações da Participação Directa em Enfermagem	444
3.2.1. Primeiro Olhar: Mecanismos Geradores da Participação Directa e as Lógicas da sua Rejeição	445

3.2.2. Segundo Olhar: Entre os Factores (Des)-Estruturadores do (Des)-Envolvimento da Participação Directa e a Dinâmica do Processo	466
3.2.3. Terceiro Olhar: Formas Predominantes de Participação Directa na Encruzilhada da Consulta e da Tomada de Decisão	492
3.2.4. Nas Teias dos Processos e Estratégias dos Actores: A Participação Directa como Uma Síntese Simbólico-Ideológica	519
Considerações Finais	551
1. Mitos e Realidades das Práticas em Enfermagem: Da Ideologia da (Re)Organização Autónoma ao Tribalismo nos Serviços de Saúde	554
2. Participação Directa e os Interesses da Enfermagem	560
3. Mais Palavras Para Quê...	571
Bibliografia	579
Anexos	621

RELAÇÃO DE QUADROS

Q1	Participação Indirecta e Directa	64
Q2	Orientações na Prestação de Cuidados	108
Q3	Ideologias Tradicionais da Enfermagem	127
Q4A	Questões e Hipóteses	291
Q4B	Questões e Hipóteses (continuação)	292
Q4C	Modelo de Estudo	292
Q5	Distribuição dos Médicos e Enfermeiros por Sexo – RSA 1999	295
Q6	Evolução da Distribuição dos Enfermeiros por sexo em Portugal: 1989-1997	295
Q7	Evolução da Distribuição dos Médicos por sexo em Portugal: 1989-1997	296
Q8	Médias de Idades dos Enfermeiros por Sexo – RSA 1999	296
Q9	Promoções e Progressões na Carreira de Enfermagem por Sexo – RSA 1999	297
Q10	Dias de Ausências do Trabalho dos Enfermeiros por Sexo – RSA 1999	298
Q11	Horas de Ausências do Trabalho para Actividade Sindical e/ou Greve em Enfermagem por Sexo – RSA 1999	299
Q12	Ações de Formação dos Médicos e em Enfermagem	300
Q13	Caracterização dos Inquiridos	303
Q14	Distribuição dos Inquiridos por Sexo e Organização	304
Q15	Estatísticas Descritivas: Idade, Antiguidade na Profissão e na Organização, Tempo em que terminaram o Curso, % de Sindicalizados	304
Q16	Caracterização da Situação Profissional e Sindical dos Inquiridos	306
Q17	Valores do Coeficiente de <i>alfa Cronbach</i> das Escalas	318
Q17A	Avaliação da Validade das Escalas	319
Q18	Qualidade da Prestação dos Cuidados de Enfermagem	341
Q19	Influência do Grau de Formalização da Organização na Enfermagem	345
Q20	Influência das Organizações, dos Grupos e das Pessoas na Prática em Enf.	345
Q21	Influência das Organizações, dos Grupos e das Pessoas na Prática em Enf. e as suas Diferenças no Seio dos Actores	347
Q22	Diferenciação das Práticas de Enfermagem nos Hospitais e nos Centros	358
Q23	Modos de Organização da Distribuição das Tarefas Quotidianas	362
Q24	Frequência de Consulta dos Processos de Enfermagem	363
Q25	Perfil das Principais Actividades no Quotidiano da Enfermagem	365
Q26	Factores das Actividades da Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores	367
Q27	Orientação das Práticas de Enfermagem e sua Organização nos Centros	369

Q28	Orientação das Práticas de Enfermagem e sua Organização nos Hospitais	370
Q29	Similaridade nas Orientações das Práticas e da Organização do Trabalho em Enfermagem	371
Q30	Actividades que dão maior Satisfação à Enfermagem	381
Q31	Actividades que dão maior Insatisfação à Enfermagem	382
Q32	Transferência e/ou Delegação de Actividades de Enfermagem	383
Q33	Actores, Actividades, Insatisfação	388
Q34	Actores, Actividades, Satisfação	389
Q35	Entre a Satisfação e a Insatisfação: Uma Perspectiva Pragmática Face às Actividades	390
Q36	Adequação dos Conhecimentos adquiridos à Prática de Enfermagem	401
Q37	Importância da Formação Contínua para a Prática em Enfermagem	402
Q38	Frequência dos Enfermeiros às Acções de Formação	403
Q39	Formas de Actualização dos Conhecimentos em Enfermagem	406
Q40	Importância da Autonomia Funcional e da Não Subordinação ao Controlo Médico	410
Q41	Fundamentos da Autonomia na Profissão	414
Q42	Autonomia e a Prática em Enfermagem	415
Q43	Autonomia e os seus Constrangimento para a Enfermagem	415
Q44	Autonomia e a Profissão em Enfermagem	415
Q45	Fundamentos da Regulação Social em Enfermagem	422
Q46	Outras Regras na Regulação Social	422
Q47	Outras Realidades do Jogo Cooperativo	423
Q48	Fundamentos da Regulação das Práticas em Enfermagem	428
Q49	Saber Fazer como Regra das Práticas em Enfermagem	428
Q50	Saber, Competência e Vocação como Regras das Práticas em Enfermagem	429
Q51	Contributos para uma "Boa" Prática em Enfermagem	430
Q52	Regras de uma "Boa" Prática em Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores	432
Q53	Valores Organizacionais em Enfermagem	435
Q54	Valores Organizacionais em Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores	437
Q55	Valores Preferenciais para a (Re)Organização do Trabalho em Enfermagem: Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 1	440
Q55A	Valores Preferenciais para a (Re)Organização do Trabalho em Enfermagem: Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 2	441
Q56	Importância da Participação Directa em Enfermagem	450
Q57	Análise Factorial das Razões de Adesão da Participação Directa em Enfermagem	454
Q58	Razões de Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores	455

Q59	Análise Factorial das Razões de Rejeição da Participação Directa em Enfermagem	456
Q60	Razões de Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores	457
Q61	Fundamentos da Participação Directa em Enfermagem	459
Q62	Participação Directa nos Hospitais	460
Q63	Regulação da Participação Directa	461
Q64	Participação Directa e Equipas Multidisciplinares	461
Q65	Justificação da não Adesão à Participação Directa	462
Q66	Caracterização das Formas de Envolvimento da Enfermagem na Participação Directa	469
Q67	Forma de Composição dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão	471
Q68	Forma de Escolha dos Líderes dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão	472
Q69	Formação para Apoiar o Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem	472
Q70	Tipos de Formação de Apoio ao Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem	473
Q71	Decisão sobre as Questões a Discutir pelos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão	474
Q72	Capacidade de Intervenção dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão	474
Q73	Decisão sobre a Mudança	475
Q74	Acesso da Enfermagem à Informação e Consulta sobre a Mudança	476
Q75	Desenvolvimento da Participação Directa nos Hospitais	483
Q76	Desenvolvimento da Participação Directa nos Centros de Saúde	484
Q77	Desenvolvimento da Participação Directa e Autonomia Funcional	485
Q78	Constrangimentos do Desenvolvimento da Participação Directa	486
Q79	Dimensões do Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem	487
Q80	Desenvolvimento da Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores	489
Q81	Discriminação das Orientações dos Actores Face ao Desenvolvimento da Participação Directa	491
Q82	O Lugar dos Representantes da Enfermagem na Participação Directa	495
Q83	Pedido de Opinião ou Consulta Individual de Enfermeiros	502
Q84	Formas de Pedido de Opinião ou Consulta Individual de Enfermeiros	502
Q85	Pedido de Opinião ou Consulta de Grupos de Enfermeiros	503
Q86	Formas de Pedido de Opinião ou Consulta de Grupos de Enfermeiros	503
Q87	Dimensões do Assuntos em que são Pedidos Opiniões à Enfermagem	503
Q88	Assuntos em que são Pedidos Opiniões e as suas Diferenças no Seio dos Actores	505
Q89	Possibilidade de Tomada de Decisão Individual e em Grupo de Enfermeiros	510

Q90	Assuntos das Tomadas de Decisão Individual de Enfermeiros	510
Q91	Assuntos das Tomadas de Decisões em Grupos de Enfermeiros	511
Q92	Formas de Participação Directa Preferidas pela Enfermagem	512
Q93	Fundamentos da Consulta e da Tomada de Decisão na Participação Directa	514
Q94	Consulta e Tomada de Decisão na Mudança Organizacional	515
Q95	Consulta, Tomada de Decisão e o Desenvolvimento da Enfermagem	516
Q96	A Outra Face da Consulta e Tomada de Decisão da Enfermagem	516
Q97	Efeitos da Participação Directa em Enfermagem	546
Q98	Principais Contributos da Participação Directa para a Melhoria do Trabalho em Enfermagem	546
Q99	Contributos da Participação Directa: Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 1	547
Q100	Contributos da Participação Directa: Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 2	548
Q101	Modelos da Organização do Trabalho em Enfermagem	559
Q102	Paradoxos do Modelo da Participação Directa em Enfermagem	567

RELAÇÃO DE ESQUEMAS

E1	Estrutura [A1]: Orientações das Práticas de Enfermagem	357
E2	Estrutura [A2]: Modos de Organização do Trabalho	359
E3	Estrutura [A3]: Espaços de Acção da Enfermagem	361
E4	Estrutura [A4]: Actividades e Satisfação	379
E5	Estrutura [A5]: Actividades e Insatisfação	379
E6	Estrutura [A6]: Clivagem das Actividades em Enfermagem	380
E7	Estrutura [A7]: Enfermagem e as Lógicas da Dinâmica do Ensino/Formação	407
E8	Estrutura [A8]: Monopólio da Enfermagem	408
E9	Estrutura [A9]: Nova Enfermagem	409
E10	Estrutura [A10]: Regulação Social do Jogo Cooperativo da Enfermagem	421
E11	Estrutura [A11]: Regulação da Prática Profissional na Enfermagem	426
E12	Estrutura [A12]: Ser Enfermeiro	439
E13	Estrutura [A13]: Adesão às Práticas de Participação Directa em Enfermagem	449
E14	Estrutura [A14]: Rejeição às Práticas de Participação Directa em Enfermagem	452
E15	Estrutura [A15]: Regulação da Participação Directa em Enfermagem	453
E16	Estrutura [A16]: Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem	482
E17	Estrutura [A17]: Nas Malhas da Complexidade da Consulta e da Tomada de Decisão	513
E18	Participação Directa e suas Implicações na Matriz Simbólico-Ideológica	578

«O poder está em toda parte, não porque engloba tudo e sim porque provém de todos os lugares (...) O poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada»

Foucault (1993).

«O facto de pôr em evidência a estruturação e as regras do jogo que prevalecem num determinado contexto de acção e a reflexão acerca das consequências e constrangimentos que daí decorrem, são a verdadeira contribuição da análise estratégica em relação a um processo de mudança»

Erhard Friedberg (1994)

Fiz o melhor que pude...

INTRODUÇÃO

Este estudo, subordinado ao título — (Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo —, destina-se à obtenção do grau de Doutor em Sociologia na Universidade de Évora.

Para a concepção do presente trabalho, delineei um fio condutor para lançar um olhar e construir uma visão sobre o complexo mundo do trabalho da enfermagem. Tomando como ponto de partida uma discussão sobre a ambiguidade das actuais tendências gestionárias da participação, e à medida que ia procedendo às leituras, coadjuvado pelo trabalho de campo e a experiência vivenciada, fui concebendo a visibilidade do objecto de estudo e as práticas participativas no contexto da enfermagem. Revisitei perspectivas e paradigmas, e reflecti sobre os modelos organizacionais, as práticas e a linguagem do mundo empresarial e do campo da saúde, em particular as que se processam no seio do grupo profissional da enfermagem. Conduzi, então, o meu pensamento para desenvolver o projecto, a partir da análise de textos e outros fragmentos de documentos, e fui incorporando as importantes críticas e sugestões dos meus orientadores, colegas e amigos, para percorrer o labirinto do trabalho de campo, aceitando e assumindo os desafios e atalhos mais complexos. Na realidade, enveredei por um confronto sistemático entre dados empíricos e leituras, iluminado por alguns pensamentos, entre os quais se destacam os de Dominique Martin (1994), H. Peter Dachler e Bernhard Wilpert (1978), Graça Carapinheiro (1993), Eliot Freidson (1998), Mick Carpenter (1993), Anne Witz (1994), Noémia Lopes (1994), Michel Crozier (1977), Erhard Friedberg (1994) e Jean-Daniel Reynaud (1997), reflexões que me permitiram um progressivo processo de diferenciação dos elementos de uma paisagem que *a priori* me pareciam disformes.

A participação dos trabalhadores é uma das áreas temáticas mais antigas dos estudos sobre as organizações. A participação renasceu em toda a sua força na década de 80, depois de ter permanecido muito tempo à sombra dos aparelhos

sindicais ou limitada a experiências dos gestores e empresários. Na verdade, quando ressurgiu o discurso da participação dos trabalhadores na organização do trabalho nos meios empresariais e académicos, este tema já tinha uma longa tradição analítica nas teses sociológicas, psicológicas e da gestão¹. A participação nas organizações é habitualmente julgada no quadro investigacional como um procedimento organizativo ou uma estratégia intervencionista, ou seja, como uma tecnologia socio-organizacional. Interroga-se a lógica da coordenação racional das actividades para atingir qualquer objectivo organizacional, analisando nomeadamente a divisão de trabalho, a hierarquia de autoridade e a responsabilidade, fragmentando-se ainda as dimensões analíticas nos domínios das implicações individuais, grupais e organizacionais.

Mas, ao (re)tomar aqui o tema da participação, não pude evitar de detectar, pelo menos num primeiro momento, com a visão de um certo optimismo que veicula os recentes discursos gestionários. A sua actual aplicabilidade, no contexto organizacional, resulta sobretudo da aceitação da ideia de participação, e na sua forma directa, como uma opção objectiva e valorativa dos discursos da excelência organizacional, tendo em vista a indução de estratégias de mudança organizacional e o incremento da eficácia e da eficiência dos serviços prestados. Não é de admirar que, na última década, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (FEMCVT), ciente da importância desta questão, ter vindo a investigar sobre a natureza e a difusão da participação directa e o seu papel na mudança organizacional nos sectores público e privado. Por exemplo, no seu recente projecto *Employee Direct Participation in Organisational Change* (EPOC), o trabalho em grupo, a flexibilidade e a participação directa sob a forma de cooperação intra e inter-pares, entre outras formas de participação, são

¹ A título exemplificativo é de assinalar os trabalhos de Hugo Munsterberg, realizados no campo da psicologia industrial sobre os potenciais benefícios derivados de colaboração entre a administração de uma empresa e os trabalhadores. De destacar ainda a análise da relação entre a participação e a colaboração nos estudos de Hawthorne (Mayo, Roethlisberger e Dickson). Igualmente constituem referências clássicas sobre a problemática da participação nas organizações, os trabalhos de Coch e French, Rice, e Lawler e Hackman. Esses estudos, moldados pelas influências da escola das relações humanas e pelas teorias das motivações das correntes da psicologia social, preocupavam-se, essencialmente, com a abordagem das necessidades do indivíduo, tendo em vista o encontro de soluções para a harmonia e para a eficácia organizacional (Glew et al. 1995). Todavia, para além destes estudos, outros têm vindo a incidir sobre a chamada “democracia organizacional” (Martin 1994; Knudsen 1995; Dachler e Wilpert 1978; etc.). Em suma, desde as últimas décadas, o tema da participação tem sido o centro das atenções de muitos investigadores, que se questionam, nomeadamente, sobre a sua natureza e as suas implicações na organização.

valorizadas como novas formas gestionárias, que se distanciam dos tradicionais modelos hierárquico-burocráticos, e que permitem assegurar a sobrevivência das organizações (Sisson 1996; Geary e Sisson 1994).

Porém, numa outra perspectiva mais pessimista, a noção de participação pode ser ambígua ou deslocada, quando tomada como uma técnica de gestão *top-down*, visto que pode ser apenas orientada para a melhoria do desempenho organizacional, na qual não há lugar para a qualificação das condições de vida dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores, tradicionalmente decidida "por cima", pode assumir, assim, uma dimensão de inadequação na prática gestionária, visto que vincula uma política de democratização na gestão de recursos humanos, mais virtual do que real, onde há apenas lugar para o mero envolvimento dos trabalhadores na execução das tarefas e não na autonomia e na tomada de decisão sobre a organização das mesmas. Conceptualizando a participação com uma orientação pessimista e negativa para os trabalhadores, abre-se uma descrição mais restritiva e quiçá desadequada da realidade organizacional, onde enaltece subliminarmente uma crítica à lógica neotaylorista na organização do trabalho (Martin 1989 e 1994).

Por outro lado ainda, tomando como pano de fundo o pensamento de Crozier e Friedberg (1977) e Friedberg (1994), considero que todo o campo de acção organizacional pode ser analisado como um conjunto interdependente de actores individuais e colectivos. Perspectivo ainda que esta interdependência de actores nunca é equilibrada, em virtude de uma desigual disposição de recursos, apesar da co-existência de uma reciprocidade nas suas relações. Assim sendo, tal como discutirei posteriormente, considero que, num contexto de gestão participativa directa do quotidiano do trabalho, a cooperação dos actores em volta dos problemas e das suas soluções é essencialmente modelada por relações de negociação, de dependência e de poder.

Sem pretender apresentar aqui uma perspectiva de convergência teórico-analítica para resolver as contradições existentes no domínio da participação na organização, procuro reconhecer que se pode pensar em participação como um conceito central da organização, através do debate sobre a especificação das suas fontes, dos seus atributos e dos procedimentos que podem ser utilizados para a sua concretização no domínio organizacional. Assim sendo, a participação,

enquanto “modo de ser” para uma renovação das políticas e das práticas gestionárias, que se materializa como uma disposição peculiar das técnicas de gestão de recursos humanos, compreende igualmente uma certa ambiguidade de troca negociada e de regras de jogo, que interessa investigar, apesar de numa primeira aproximação à noção de participação, ela poder ser entendida como uma daquelas noções que, em termos gerais, não necessitam de ser definidas. Foi a partir desse entendimento dual que foi tomando forma a noção da importância e da necessidade de aprofundamento da análise da problemática das manifestações discursivas e as práticas de participação directa nas organizações.

Porém, o meu interesse pelo tema da participação na organização do trabalho, num domínio específico sobre o discurso e a organização das práticas da enfermagem na prestação de cuidados de saúde, não é recente, nem se trata da adopção de uma moda investigativa sobre o funcionamento das e nas organizações de serviços de saúde, em geral, e das práticas gestionárias da enfermagem, em particular. O interesse sobre a enfermagem foi ganhando forma ao longo de cerca de vinte anos como técnico de saúde na Sub-Região de Saúde de Beja e, em data recente, na docência e investigação na área da saúde. Esta presença e contacto privilegiado com enfermeiros, estudantes de enfermagem e outros grupos profissionais da saúde permitiu-me acompanhar a evolução e o processo de socialização da enfermagem, captar quer a percepção da especificidade das suas formas de organização de trabalho, ora dependente, ora independente da subordinação das orientações médicas, quer a visibilidade de redes formais e informais de sociabilidade intra-organizacional, quer ainda a constatação de clivagens dos seus posicionamentos nas relações individuais e colectivas com outros grupos profissionais.

Obviamente que a importância da presente investigação realizada na área da saúde não repousa apenas nas minhas perspectivas e experiências individuais. A questão da abordagem das características da organização da enfermagem na prestação de cuidados de saúde e dos seus profissionais, não é recente nem exclusiva da sociologia. Há já algum tempo que ela tem vindo a ser discutida, quer no seio do próprio grupo profissional, quer nos diferentes meios académicos, desde as ciências da educação, à gestão e à psicologia, quer ainda no seio de algumas organizações políticas nacionais e internacionais. Porém, até à década de

80, as reflexões sobre a enfermagem têm sido essencialmente efectuadas de um modo transversal e no quadro dos debates sobre a matriz das organizações de serviços de saúde; debates estes onde se têm colocado como enfoque fundamental os elementos ideológicos, económicos, políticos e sociais, enquanto substrato material para conceptualizar a racionalização dos sistemas gestores dos serviços e para caracterizar os fundamentos do poder médico e a sua relação com a subordinação dos demais trabalhadores da saúde a esse poder.

Tal como notam Robert L. Brannon (1994) e Renee Fox (1984), a propósito da realidade anglo-saxónica, e Noémia Lopes (1994), no âmbito da realidade portuguesa, apesar da enfermagem constituir no quadro da produção de cuidados o maior grupo de trabalhadores nas organizações de serviços de saúde dos países mais "desenvolvidos" do mundo ocidental, não são fecundos os estudos sociológicos que abordam com adequada profundidade as mudanças sociais no interior do grupo profissional da enfermagem e a especificidade das suas práticas organizacionais e profissionais na produção de cuidados. Existem raras excepções, sendo a maioria destes aspectos tratados fundamentalmente no contexto dos trabalhos desenvolvidos no interior da própria enfermagem.

Apesar das organizações de serviços de saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, não constituírem ainda na sociologia portuguesa, uma área privilegiada de estudos, destaco as análises de Graça Carapinheiro (1993) e de Noémia Lopes (1994) que representam não só uma das principais referências do presente estudo, como também constituem um marco importante na Sociologia da saúde e das profissões em Portugal. Aderindo ou não às perspectivas analíticas de Carapinheiro, a sua investigação é fulcral para a compreensão, quer da contingência, quer da dinâmica organizacional dos serviços hospitalares portugueses, visto que foca, por um lado, num plano mais macro-analítico, os pressupostos político-ideológicos das estratégias dos médicos e as suas implicações nos sistemas de gestão administrativa das organizações e, por outro lado, numa perspectiva mais micro, o seu estudo inscreve-se numa linha de investigação sociológica sobre as lógicas de saber-poder que medeiam as relações interprofissionais. No quadro do debate sobre estas relações, a autora analisa, entre outras questões a especificidade da subordinação dos enfermeiros às orientações médicas no quotidiano de um serviço de saúde. Para a autora, uma



das principais características das organizações de serviços de saúde, nomeadamente dos hospitais modernos, é precisamente a complexidade da sua configuração, na medida em que os hospitais corporizam um sistema social de vivência da doença, modelado pelas lógicas ideológicas e práticas dos grupos profissionais (Carapinheiro 1993).

Reconheço que os resultados do estudo de Carapinheiro (1993) vieram influenciar fortemente, em conjunto com o pensamento de outros autores e a minha experiência vivenciada, o meu crescente interesse em investigar os hospitais, os centros de saúde e os seus grupos profissionais. Porém, a influência desta autora é igualmente notória noutros trabalhos sobre os fenómenos de poder dos médicos, a identidade cultural dos profissionais de enfermagem, as regras de jogo inter e intra-profissionais na divisão do trabalho, entre os quais, realço o estudo de Noémia Lopes (1994). No seu trabalho, a autora procedeu à análise dos saberes, ideologias e identidades em enfermagem e ainda, as suas actuais modalidades de recomposição ideológica e valorização profissional. Em termos mais específicos, descodificou a recomposição dos saberes, ideologias e identidades dos profissionais de enfermagem em contextos de trabalho, enfatizando, quer os factores que geram desigualdade entre os grupos profissionais, quer a forma como os recursos cognitivos e simbólicos se articulam e participam nessas desigualdades (Lopes 1994).

Os trabalhos de Graça Carapinheiro (1993) e de Noémia Lopes (1994) revelam que a investigação sociológica sobre a saúde e os seus profissionais não é apenas uma moda dos cientistas sociais em Portugal, mas que existem muitos campos nebulosos que necessitam e continuam a necessitar de ser estudados. A partir do momento em que procurei captar os traços nucleares do trabalho destas autoras, e à medida em que ia tomando conhecimento de trabalhos de outros autores portugueses e estrangeiros, conjugado com os contactos informais que fui estabelecendo, confrontei-me com a necessidade crescente de questionar a realidade e reflectir de uma forma mais pormenorizada sobre a especificidade da participação no contexto do trabalho em enfermagem.

Apesar da participação ser considerada, na actualidade, um dos aspectos mais importantes de actuação nas organizações, a sua aplicação na prática não tem produzido os efeitos desejados no mundo empresarial, e a prova está na

importância que, na última década, a FEMCVT tem vindo a dar a esta questão, no domínio da investigação. No domínio da área da saúde, os estudos disponíveis parecem traduzir que a participação dos enfermeiros na produção de cuidados e na especialização do seu campo de acção emergem condicionadas pelo saber e poder dos médicos, sendo estes os principais protagonistas que desencadeiam e orientam a prestação de cuidados de saúde. Parece-me, assim, que, à primeira vista, aquilo que determina a estrutura do trabalho de enfermagem, parece depender mais directamente das estratégias de prestação de cuidados delineadas pelos médicos, do que de outros factores, modelos ou normas de procedimentos oriundos do interior da própria enfermagem. Neste sentido, será de considerar que a enfermagem continua a ser, como revelam os trabalhos de Amitai Etzioni e outros (1969), uma semi-profissão, nomeadamente por ausência de uma verdadeira autonomia e legitimidade para a supervisão e ou controlo sobre o seu próprio trabalho? Se sim, então será possível falar de participação da enfermagem na organização do trabalho na saúde?

Ora sabendo que na última década, a enfermagem portuguesa tem vindo a empenhar-se e a implicar-se cada vez mais na melhoria da sua formação e desempenho, onde a autonomia no exercício profissional surge como uma opção de fundo da razão de ser enfermeiro, então parece que articulando a minha experiência vivenciada com os resultados do estudo da Carapinheiro (1993) e fundamentalmente com o de Lopes (1994) reflectem a existência de um certo deslocamento entre o discurso e a prática na enfermagem. Daí que interrogo o que saberei à cerca do tipo de participação que os enfermeiros engendram e aceitam nas organizações de serviços de saúde do Alentejo. O que saberei sobre quem investe, quando se faz e como se promove a participação directa na prestação de cuidados de enfermagem. É sobre esta realidade, ainda pouco estudada, de paisagem nebulada e cinzenta, que resolvi debruçar-me e focar a investigação que aqui apresento.

É pelas razões expostas que se justifica a investigação que efectuei, modelada por uma perspectiva crítico-analítica plural. Pretendi, em concreto, com a presente investigação dar uma resposta às questões “De que se fala quando nos referimos à participação directa dos enfermeiros na organização?”, “Será que a participação directa representa uma prática comum na enfermagem hospitalar e

nos centros de saúde?”, “Quais são os factores, os processos, as formas e os efeitos predominantes e de preferência de participação dos profissionais de enfermagem nestes dois tipos de serviços de saúde?”. Por outras palavras, foi a partir destas perguntas que estruturei o fio condutor deste trabalho, cujos objectivos gerais de estudo são:

1. Aprofundar o conhecimento sobre os fundamentos simbólico-ideológicos na base metodológica do trabalho em enfermagem;
2. Conhecer o processo de participação directa no quotidiano da produção de cuidados em enfermagem hospitalar e nos cuidados de saúde primários.

Para dar resposta à(s) pergunta(s) de partida e alcançar os objectivos gerais propostos, delineei ainda para o presente estudo uma procura específica da inteligibilidade da organização do trabalho em enfermagem, à luz das racionalidades dos seus actores e do seu sistema de regulação local, interrogando-os sobre a importância da participação directa. Pretendi, assim, captar uma paisagem elucidativa sobre as possibilidades da existência de processos de participação directa na prestação de cuidados de enfermagem e, compreender como é que tais processos se materializam no quadro do sistema de regulação que os actores privilegiam nas suas interacções sócio-profissionais e organizacionais.

Situando a investigação ao nível do diagnóstico da importância das formas e do sentido como os enfermeiros dos hospitais e centros de saúde do Alentejo perspectivam a participação directa, considereei como objectivos específicos do estudo os seguintes:

1. Analisar as configurações simbólico-ideológicas que subjazem na organização e no desenvolvimento das actividades quotidianas de enfermagem;
2. Caracterizar os factores, os processos, as formas e os efeitos da participação directa dos profissionais de enfermagem, na promoção, difusão e organização da participação directa nas suas actividades quotidianas;

3. Analisar as diferenças e similaridades de percepção dos princípios organizativos de práticas participativas em enfermagem, entre os hospitais e centros de saúde do Alentejo.

Para prosseguir com a investigação realizada num período de cerca de três anos e meio (Julho de 1997 a Fevereiro de 2001), e conseqüentemente para responder às questões específicas e atingir os objectivos delineados, recorri a uma perspectiva conceptual plural, com ênfase nos aspectos sociológicos, sem negligenciar os contributos de outras áreas tais como a antropologia, a psicologia social e a gestão de recursos humanos, consubstanciada por uma estratégia de abordagem metodológica dual, qualitativa e quantitativa.

Na verdade, toda a investigação realizada foi centrada na tradução analítica das unidades sociais de observação, através de um estudo de caso múltiplo (Ragin e Becker 1992; Yin 1989) dos hospitais e centros de saúde do Alentejo, operacionalizando ainda através da estratégia de replicação (Yin 1989), um modelo de estudo que privilegia uma posição a favor de uma Sociologia que não se abstrai da realidade do campo de acção hospitalar e nos centros de saúde. Assumi assim, ao longo da investigação uma postura crítica para a discussão da dominação simbólico-valorativa-ideológica e a materialização da configuração de participação directa no campo de acção sócio-profissional e organizacional da enfermagem, sem, todavia, negligenciar os modelos de estudo hipotético-dedutivos existentes sobre o tema. Nesta pesquisa, recorri igualmente a hipóteses, mas elas serviram como elementos ditos operacionais e/ou "utilitaristas", no sentido de Friedberg (1994), a fim de balizar o campo de exploração da realidade.

As referências teórico-metodológicas seleccionadas baseiam-se, essencialmente, na noção de que a análise organizacional dos hospitais, dos centros de saúde e dos processos participativos dos enfermeiros passam pela compreensão dos sistemas de acção vigentes nos espaços sócio-profissionais e organizacionais. Conforme vou apresentar e discutir mais adiante, subscrevo a análise organizacional dos serviços de saúde com uma certa concordância simétrica com as sugestões de Crozier e Friedberg (1977) e Friedberg (1994, 1995)

para o estudo das organizações. Conceptualizei, assim, a acção participativa da enfermagem como uma estruturação/reestruturação dos espaços de acção individual e colectiva, mediada pela permanente criação e estabilização de sistemas de alianças, de negociações e de reservas entre actores. Tratei, deste modo, o problema da participação directa através duma postura metodológica que encara as organizações de serviços de saúde como sistemas de acção concretos, no sentido de Crozier e Friedberg (1977), para compreender como se constitui e se organiza socialmente a acção participativa dos enfermeiros num espaço de jogos, de regras, de (inter)dependências e de poder.

Sendo a participação directa uma questão pouco ou nada investigada no domínio da saúde, procurei, na presente investigação identificar, descrever e analisar o comportamento dos enfermeiros através da leitura da sua produção verbal e não-verbal, explorando e reflectindo sobre a lógica da produção de opiniões manifestas, à medida que ia desenvolvendo a observação no terreno. Procurei, assim, por um lado, alcançar a visibilidade e a inteligibilidade da importância que os enfermeiros conferem à participação directa na organização da prestação de cuidados, e, por outro lado, desocultar e decodificar as dificuldades e as soluções que os enfermeiros engendram para a melhoria das suas condições de vida no quotidiano de trabalho.

Tendo presente que o eixo nuclear deste estudo se centra na perspectiva dos enfermeiros àcerca da problemática da participação, nomeadamente sobre os modos de acção participativa que este grupo profissional desenvolve na sua prática directa, organizei a apresentação da estrutura formal do presente relatório em cinco capítulos, procurando neles traduzir e reflectir os momentos fulcrais da investigação realizada.

No primeiro, – **Introdução** –, identifico, em linhas gerais, as razões que me levaram à necessidade de aprofundar a investigação sobre a participação em enfermagem e descrevo os objectivos de estudo. Assumindo uma perspectiva crítica sobre a acção organizada dos profissionais de saúde, procuro apresentar neste capítulo, de forma sumária, um domínio de problemas e possibilidades analíticas em torno da questão da participação e sua apropriação pelo discurso da excelência, da qualidade e do sucesso, tão em voga, nos últimos anos, nas linhas de orientação gestonária. Anuncio igualmente, ainda que resumidamente, os

principais fundamentos teórico-metodológicos utilizados e que caracterizam o campo de investigação em que me movimento.

No segundo capítulo – **Para uma Arquitectura da Problemática Teórica e da Perspectiva Analítica da Participação Directa** –, desenvolvo a clarificação conceptual da problemática da participação, através da exposição dos debates sobre as suas formas de expressão na lógica das mentalidades, discursos e práticas que atravessaram, nas últimas décadas, o campo organizacional. Falar de participação directa na organização do trabalho, como uma problemática de interesse sociológico, implica não só lançar um olhar lúcido sobre o conceito, mas também, focar, num primeiro momento, as tendências e mudanças que têm vindo a sedimentar os debates sobre a renovação das práticas gestionárias. Esta abordagem traduz uma busca do sentido das actuais tendências e fundamentos da lógica da participação directa, desocultando os dispositivos centrais que modelam, neste novo milénio, a crisiologia dos modelos gestionários de recursos humanos, as formações discursivas sobre as práticas participativas e as orientações profissionais. Trata-se de uma tentativa de apresentar a razão lógica da participação directa e a transacção destes princípios para o mundo da e na enfermagem.

Desenvolvo ainda neste capítulo uma discussão sobre a produção teórica, onde se inscreve a minha própria leitura das características do contexto de trabalho da enfermagem. Coloco ainda em discussão o significado da tradicional visão de subordinação da enfermagem (Freidson 1973 e 1988; M. Carpenter 1993; Witz 1992) e a lógica da reorganização do trabalho em enfermagem (Brannon 1994), analisando os pressupostos que sustentam as disposições que estruturam os fundamentos dos seus interesses, valores e ideologia (Lopes 1994), para compreender que a sua lógica da acção radica, em última instância, na promoção e no empreendimento de uma recomposição ideológica que se reforça com os vectores de participação directa. Procedo ainda a uma incursão transversal na tese disciplinar de Michel Foucault (1980), para reenviar o debate sobre governabilidade do campo da saúde e a tradução analítica do espaço organizacional da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, como uma imagem de um terreno armadilhado e minado de poder.

Apresento ainda, neste capítulo, os fundamentos da análise estratégica ou

organizacional como perspectiva necessária para compreender com intensidade e profundidade o campo de acção nas organizações de saúde. Entre convergências e divergências de fidelidade analítica, foco o debate no contexto das teses de Crozier e Friedberg (1977), J-D Reynaud (1997) e Friedberg (1994, 1995).

Considero que este capítulo me permite situar, da melhor forma, em que consistem as tendências de leitura da participação organizacional da profissão, da profissionalização, do profissionalismo, da recomposição ideológica e da reorganização profissional na enfermagem e, em que consistem as questões conceptuais da acção estratégica que subjazem na(s) perspectiva(s) analítica(s) que sustenta(m) o desenvolvimento desta Tese, abrindo deste modo um caminho para a abordagem dos procedimentos analíticos e a fundamentação metodológica, que vai ser tratada no capítulo seguinte.

No terceiro capítulo – **Procedimentos Analíticos e a Opção Metodológica** –, apresento a fundamentação das hipóteses de investigação e o mapa da análise organizacional adoptado. Mostro, em seguida, as características de estudo realizado, os princípios de operacionalização do modelo analítico e a estratégia de abordagem adoptada. Esclareço, assim, as razões da opção por um estudo de caso múltiplo e os critérios que presidiram à selecção dos casos. Apresento, em seguida, os instrumentos de recolha de informação, descrevendo os critérios de validação e de fiabilidade. Ao mesmo tempo, faço uma apresentação das técnicas qualitativa e quantitativa de análise de dados, fundamentando a lógica da complementaridade desta combinação para uma melhor legitimação das informações recolhidas. Procurei, na análise dos dados, uma triangulação constante dos dados qualitativos com os quantitativos, com os conceitos e a realidade observada, recorrendo a meios lógicos para a sua interpretação, não só para superar as distorções que poderiam eventualmente engendrar falsas leituras a partir de um certo feiticismo das evidências (Myrdal 1976), mas também, e fundamentalmente, para garantir a necessária objectividade e para evitar a confusão entre o rigor e a rigidez (Bourdieu 1992) que os dados numéricos pareciam poder evidenciar *a priori*.

Ao quarto capítulo, orientado para a apresentação dos dados empíricos, atribuí o título de – **Enfermagem, Participação Directa e Práticas Quotidianas** – . Neste capítulo revelo, em primeiro lugar, as principais características da cena

social das práticas em enfermagem, analisando com maior pormenor, a diferenciação entre a prática hospitalar e a dos centros de saúde. Enfatizo, em seguida, a realidade da matriz da ordem social e do discurso de mudança que veicula a enfermagem, centrando ainda a minha atenção na descrição da organização, dos modelos e das formas de regulação local das práticas quotidianas vigentes nos casos analisados, quer numa forma intensiva, quer extensiva. Após este apontamento, que serve de enquadramento preliminar sobre os constrangimentos que derivam do controlo organizacional, do ambiente de trabalho e dos valores que modelam o contexto da acção dos enfermeiros, inicio a descrição e a análise da lógica da acção participativa da enfermagem, focando a minha atenção na abordagem das situações mais relevantes. Identifico e descrevo aqui as formações discursivas dominantes e as percepções produzidas pelos enfermeiros a propósito das formas, dos processos de desenvolvimento e dos efeitos da participação directa na produção de cuidados. Para finalizar o capítulo, analiso o perfil do cenário das práticas em dois dos serviços de saúde estudados, e demonstro sumariamente que a participação directa dos enfermeiros torna-os prisioneiros das contingências organizacionais e da dinâmica do próprio quadro de acção deste grupo profissional. Trata-se de um capítulo onde procedo a uma descrição e análise intensiva e extensiva do lugar estrutural da enfermagem na produção de cuidados, adoptando, ora uma postura *etic*, ora uma visão *emic*, para identificar uma disposição gestonária de geometria variável, que não é natural, mas sim construída e negociada continuamente pelos profissionais.

No quinto e último capítulo – **Considerações Finais, Recomendações e Sugestões** –, descrevo os eixos nucleares que subjazem nos resultados da investigação, focando, em primeiro lugar, a apresentação de um conjunto de mitos e realidades que modelam a prática da enfermagem. Segue-se a descrição das estratégias participativas directas engendradas pela enfermagem. Por último, analiso e comento as implicações dos resultados do estudo no futuro da enfermagem.

1. Para uma Arquitectura da Problemática Teórica e da Perspectiva Analítica da Participação Directa

1.1. A Ordem do Discurso da Participação

Nas últimas décadas, profundas mudanças têm vindo a ser sedimentadas nos diferentes contextos de organização do trabalho. Tal como notam, Robert Brannon (1996), Anna Coote (1993), Sylvia Walby e June Greenwell (1994), Pedro Ferreira (1991), Ferreira e Şeco (1993) e Diana Sale (1998) a perseguição à excelência e à qualidade² transformou-se num tema comum, da qual não escapam os serviços de saúde do mundo ocidental, exigindo cada vez mais à gestão organizacional um maior enfoque nas pessoas, trabalhadores e clientes. Longe da era das lógicas desenvolvimentistas e tecnologizantes que marcaram uma oferta de cuidados de saúde impessoal e de custos elevados, apela-se na actualidade à necessidade da renovação da gestão dos serviços de saúde não só para a contenção de custos, mas também para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados, tendo o utente [doente/cliente]³ no centro do sistema produtivo na saúde. Trata-se de uma nova era catalogada de tempos inovadores, onde estar perto do utente, promover a reorganização do trabalho com uma maior implicação dos trabalhadores na prática da equipa, representam o ideal de excelência de qualquer unidade de produção de cuidados na saúde.

² Nos últimos anos, a problemática da qualidade e da inovação têm vindo a ocupar um lugar de destaque nos discursos e projectos do Sistema Nacional de Saúde. Documentos produzidos recentemente pelo Ministério da Saúde, tais como “Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século” e o SNS 21 espelham a importância destas questões. A acessibilidade, a qualidade técnico-científica, a continuidade, a eficiência, a satisfação dos consumidores e do prestador de serviços constituem as propriedades que fundamentam a problemática da qualidade, do seu controlo e da sua garantia na área da saúde (Marques 2001; Sale 1998). De referir ainda que um dos projectos pioneiros realizados em Portugal, na área da Enfermagem, e implementado na década de 90 pela ex-Direcção-Geral dos Hospitais, trata-se do Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH). Insere-se igualmente nesta linha da melhoria da qualidade dos serviços de saúde o projecto MONIQUOR CS (Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde), desenvolvido pela Direcção Geral da Saúde/Sub Direcção Geral para a Qualidade.

³ Ao longo do texto utilizo a designação de utente para referir a todo o indivíduo, doente ou são, que necessita ou que se encontra a receber os cuidados prestados pelas organizações de serviços de saúde. Não recorro à noção de cliente, apesar de ser uma terminologia corrente na literatura.

Na ausência de estudos sobre a participação directa nas organizações de serviços de saúde, exceptuando alguns estudos que focam numa perspectiva optimista o trabalho em equipa e outros relatos pontuais e sumários sobre algumas experiências gestionárias nos hospitais franceses (Boschi 1994; Branciard e Mossé 1994) e espanhóis (Adán e López 1997), trato de apresentar neste capítulo uma possível visão do mundo discursivo sobre a participação. Trata-se de uma escolha efectuada dentro de um quadro de possibilidades de revisão bibliográfica⁴ sobre o mundo organizacional que se apresentaram disponíveis aos meus olhos e pensamento para alimentar a construção da problemática teórica e o delineamento da perspectiva analítica. É evidente que não tomei a linguagem presente no discurso científico da bibliografia consultada como um recurso indiscutível e de modo não problematizado, ignorando a necessidade de filtrar criticamente os discursos teóricos e as perspectivas analíticas⁵. Em suma, o que importa para problematizar a participação, não é provar, como autor, se existe ou não a participação como uma realidade objectivável, mas, sim, compreender e fazer compreender qual é a ideia que posso ter para equacionar teórica e criticamente essa realidade no contexto organizacional, e como posso pensar na análise dos factores, das formas, dos processos e dos efeitos do desenvolvimento da participação directa da enfermagem na produção de cuidados de saúde.

⁴ Na pesquisa bibliográfica efectuada sobre o tema, encontrei uma vastíssima literatura neste domínio, mas a quase totalidade incide sobre as relações industriais. Raros são os artigos publicados nas revistas sobre a participação dos profissionais nas organizações de saúde, exceptuando alguns casos transversais nalgumas revistas anglosaxónicas, entre as quais, *British Medical Journal*, *Journal of Interprofessional Care*, *Hospital & Health Services Administration*, *Health Manpower Management*. Porém, trata-se de artigos que focam a relação entre a prática clínica, a gestão participativa nos hospitais e a qualidade na prestação de cuidados. Especificamente sobre a organização do trabalho em enfermagem, encontrei 138 artigos, pertencendo a maioria à base de dados *Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL – CD, Silver Platter Information) cujo enfoque se situa ao nível da abordagem da profissão, profissionalismo, liderança, da comunicação e das vantagens do trabalho em equipa. Através dos motores de busca Altavista, Excite, Lycos e Copernic, recorrendo às palavras-chave *nurse*, *nursing*, *profession*, *professionalism*, *division of labour*, *leadership*, *participation*, *cooperation* e *organization democracy*, encontrei 134352 registos de entrada de páginas de internet, no período de 1997 a 2000. Da combinação de *nurse*, *nursing* e *participation* não encontrei qualquer registo.

⁵ Face à densidade das obras produzidas sobre as diferentes problemáticas nas organizações, não estarei apenas a construir uma “manta de retalhos” de perspectivas teórico-analíticas? É por esta e outras interrogações que me constroem que não posso deixar de não concordar com a análise de Michel Foucault (1992b), descrita na sua obra — *O que é um autor?* De facto os discursos invadem-nos e atenuam o papel do autor e a sua obra, visto que «por intermédio de todo o emaranhado que estabelece entre ele próprio e o que escreve, o autor retira a todos os signos a sua individualidade particular; a marca do escritor não é mais do que a singularidade da sua ausência; é-lhe necessário representar o papel do morto no jogo da escrita» (Foucault 1992b: 36).

1.1.1. Do Que Estamos a Falar Quando Falamos de Participação na Organização

1.1.1.1. Um Olhar na Panóplia Conceptual e Analítica da Participação

O que é a participação na organização? Para Herman Knudsen (1995), Peter Dachler e Bernhard Wilpert (1978), David Glew et al. (1995), entre outros, apesar de se tratar de um termo muito em voga na actualidade, na realidade é um conceito polissémico. É neste sentido que, antes de entrar no debate sobre as tendências actuais da participação na organização, é importante interrogarmo-nos sobre o seu significado e de que forma é que essa participação tem sido implementada e por que motivos ou razões fundamentais se deve privilegiar a participação dos trabalhadores e o seu envolvimento mais directo e/ou activo ao nível dos processos organizacionais⁶.

Efectivamente, constata-se a existência de uma confusão conceptual na literatura relacionada com a participação, centrando-se uns na problemática sobre se a participação é uma técnica ou uma filosofia, e outros sobre se esta é uma realidade única ou extravasa para outras realidades. De facto se, por um lado, não existe ainda uma definição consensual de participação, por outro lado, nos últimos tempos, esta ideia tem vindo a ficar cada vez mais invadida, com o aparecimento

⁶ A questão do contexto de trabalho nas organizações de serviços de saúde, nomeadamente no que se refere à enfermagem, tratarei em capítulo próprio. Neste capítulo, confino o debate sobre a perspectiva teórica e analítica do conceito de participação na organização. No âmbito do Mestrado em Sociologia, efectuei um estudo sobre os perfis culturais em três unidades prestadoras de cuidados de saúde primários da Região Alentejo, onde verifiquei uma certa relação entre o desempenho do trabalho em equipa e a prática participativa nos centros estudados. Foi um trabalho realizado entre 1994-1996, subordinado ao título de — *Centros de Saúde: Cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo de caso de três centros de saúde do Distrito de Beja*. Concluí nesta pesquisa a presença de diferentes padrões de percepção que interferem na esfera de trabalho (controlo-poder, autoridade dos gestores, estrutura do trabalho em equipa, autonomia profissional, valores do trabalho, etc.) entre os enfermeiros, os médicos e os administrativos. Estes resultados sugerem, ainda, por um lado, que na rotina do trabalho do centro de saúde é possível existir um conflito e uma negociação das normas e da identidade entre os profissionais, e por outro lado, que a categoria profissional e a identidade profissional podem exercer uma certa influência significativa nas atitudes e nas representações quotidianas sobre a esfera do trabalho, constringindo, em última instância, o desempenho do trabalho em equipa como prática participativa nos centros de saúde estudados.

de conceitos e práticas organizacionais tais como o de *empowerment*⁷ ou o conceito de trabalho em grupo ou equipa⁸. Em termos estritos, a maioria dos autores definem a participação como um processo de "organização" da autonomia individual dentro de um grupo e/ou sistema sócio-organizacional. Para alguns autores como Philip Gill (1995), Rosabeth M. Kanter (1983), Rupert Crisholm e Leopold Vansina (1993), a participação é vista como uma prática, programa ou técnica organizacional ou como uma filosofia de gestão organizacional, mas para outros, como é o caso de Omar Aktouf (1993) a participação é um fenómeno social mais extenso, localizado não apenas no interior da organização, mas com implicações sociais subjacentes, tais como o antagonismo face à manipulação, à opressão e ao controlo.

Para outros, como Széll (1988), Lammers e Széll (1989) e Dachler e Wilpert (1978), a participação não deve ser essencialmente perspectivada como uma técnica de gestão. Apesar das suas bases conceptuais se inscreverem, em termos estritos, em torno dos conceitos de democracia industrial e da igualdade de poder nas organizações, para estes últimos autores, a problemática da participação focaliza questões micro e macro-sociais, entre as quais: a motivação individual, a capacidade de liderança, a dinâmica de grupos, os diferentes factores organizacionais e as estruturas sociopolíticas que se desenvolvem inter e intra-societalmente.

⁷ Sara Casaca (1997) refere que o conceito de *empowerment* traduz o processo mediante o qual a responsabilidade pelos níveis de qualidade e de produtividade e pelas condições de trabalho *desce* até ao ponto de produção (descentralização de poder). Aprofundarei o debate desta questão em capítulo próprio.

⁸ A ideia de trabalho em equipa, como uma estratégia para "*pulling together*" os diferentes actores na organização (Dent e Burney 1996), é tributária das teses das correntes socio-técnicas de reorganização do trabalho, desenvolvidas na década de 50, pelos investigadores do Tavistock Institute of Human Relations, em Londres. Trata-se de uma tese que preconiza a organização de grupos autónomos de trabalhadores, como forma de melhoria da satisfação simultânea das suas necessidades psicológicas e de tarefas no processo produtivo. Para Ilona Kovács (1992) a filosofia do trabalho em equipa não se inscreve num modelo burocrático-mecanicista, porque este modelo detém as características taylorista-fordista, mas sim no modelo organizacional orgânico-flexível, pois este é aquele onde residem, entre outras características, os princípios da participação e da partilha de responsabilidades. Assim sendo, a noção de equipa representa uma resposta organizativa que privilegia a importância da organização social do trabalho e da sua não dependência à tecnologia. Nas últimas décadas, os "gurus" da gestão voltaram a repescar esta noção, revestindo-a com uma nova roupagem para engendrar esquemas de mudança organizacional através da implicação de grupos de trabalhadores. São por exemplo os movimentos a favor de uma mudança organizacional de uma "cultura de controlo" para um novo *commitment* ou "cultura de implicação", ou de propostas para a melhoria do desempenho organizacional, baseadas na noção da sua dependência no compromisso, na flexibilidade, na aprendizagem contínua de trabalhadores a grupos em equipas autogeridas (Buchanan 1999).

Na realidade, Dachler e Wilpert (1978) interrogam-se sobre o contexto social no qual a participação pode ocorrer, sobre as características das disposições/acordos participatórios nas organizações e ainda sobre os efeitos sociais esperados e derivados da participação. Daí que os autores sustentem na sua argumentação que a participação enquanto fenómeno sócio-organizacional e técnica de gestão pode ser perspectivada segundo quatro vertentes: ^{a)} dimensão conceptual, organizada essencialmente em torno da explicitação dos fundamentos da importância dos valores democráticos no quadro societal, das teses sobre o comportamento humano e das lógicas da produtividade e eficiência que sustentam a própria lógica da participação nas organizações; ^{b)} as características estruturais do sistema participativo, através das quais se podem variar os diferentes tipos de esquemas participativos; ^{c)} dimensão contextual, que se reporta aos limites dentro dos quais o fenómeno participativo ocorre, explicitando, assim, as limitações e as possibilidades de potenciação dos sistemas participativos; e ^{d)} uma última que é corolário das anteriores, ou seja, a complexidade da interdependência entre um sistema variado de estruturas, processos, valores e suposições, quer sob o ponto de vista organizacional, quer grupal, quer ainda no domínio individual.

Sem pretender entrar, por ora, num debate aprofundado sobre a tese apresentada por Dachler e Wilpert (1978), concentro, de momento, a minha atenção sobre determinados aspectos. Vejamos. Para subscrever a tese destes autores, torna-se necessário interrogar pela importância da democracia, questão que não é linear. É sobejamente conhecido que, nas sociedades do mundo ocidental, a participação é um valor social e um modelo ideal para a tomada de decisão democrática sobre todos os aspectos da vida colectiva, razão pela qual se considera que todas as organizações sociais, económicas e políticas, incluindo a família, a escola, os locais de trabalho e as instituições políticas, devem adoptar na prática a democracia participativa para a gestão de todas as suas actividades. Autores, tais como Philip Gill (1995), Keith Sisson (1996), Cynthia Hardy e Sharon Leiba-O'Sullivan (1998) sugerem ainda que o envolvimento imediato e pessoal dos membros de uma organização na tomada de decisão é, fundamentalmente, a forma ideal de participação. Por outro lado, a participação indirecta, isto é, o envolvimento mediato dos membros da organização na tomada de decisão, através de alguma forma de representação, pode ser considerado como a materialização de um compromisso entre a democracia e os acordos sociais.

Para Dachler e Wilpert (1978), para falar de participação não é suficiente falar de um processo decisório⁹ ou de um sistema de sobrevivência democrática. É igualmente importante ter em atenção o comportamento humano, as condições de desenvolvimento da personalidade e a saúde mental no contexto organizacional. Trata-se, assim, de uma certa incorporação das teses das necessidades e das motivações de Abraham Maslow (1968, 1970) nas lógicas explicativas da participação. Argumentam os autores, assim como Gill (1995), que os contextos de trabalho desmotivantes, onde se menospreza a autonomia, a capacidade de responsabilidade e a decisão perante a organização, reduzem a participação, assim como interferem na satisfação¹⁰ dos trabalhadores, na

⁹ Não constitui objecto desta investigação o debate sobre a decisão e os modelos decisórios. Importa, contudo, considerar que o conceito de decisão tem vindo a assumir definições e representações distintas, em função dos contextos sócio-históricos. Para Lucien Sfez, a decisão define-se como um processo «complexo de interações entre os diferentes subsistemas e no quadro de uma dada finalidade global no pressuposto de que a decisão não é um fenómeno específico que está diluído no conjunto do subsistema social e que não nos apercebemos do seu começo e do seu fim» (Sfez 1990: 117). Segundo o autor, a noção de decisão e a sua relação com a participação dos actores é polissémica. Para o autor, a decisão trata-se de um processo complexo de interações fundado numa mediação entre a liberdade e o determinismo da acção social. Para Crozier e Friedberg (1977), a decisão está relacionada com as estratégias de negociação dos actores e surge como um resultado de situações de poder, isto é, da correlação de forças entre os actores. Habermas (1987) sugere que a análise da decisão deve tomar em consideração os sistemas de referência dos actores. Para o autor, os modelos decisórios estão relacionados com o saber especializado e a prática política. Ao colocar em ênfase a problemática da decisão numa relação entre a política e a técnica, Habermas (1987) sugere três modelos de decisão: a) decisionista (decide-se em função dos actos de vontade, emergindo as decisões da discussão pública); b) tecnocrático (as decisões surgem de processos de racionalização do saber especializado, sendo moldadas por estratégias calculadas); c) pragmático (o processo de decisão fundamenta-se numa comunicação recíproca entre os especialistas e os políticos). Para aprofundamento destes modelos de decisão ver a sua obra *Técnica e Ciência como "Ideologia"*.

¹⁰ A satisfação no trabalho é uma questão polissémica e apresenta um cariz marcadamente psicológico, podendo ser traduzida como uma resposta emocional e afectiva, e quiçá gratificante, face ao trabalho e os seus contextos de realização (Ferreira et al. 1996). Por um lado, a satisfação é perspectivada como uma questão de ordem moral, intimamente relacionada «com o desejo de o possuir, a vontade de lutar pelos fins de um grupo, de uma organização» (Frances 1984: 29). Para outros autores, a satisfação no trabalho consiste num «estado afectivo positivo resultante da apreciação do emprego ou das experiências ligadas ao emprego» (Frances 1984: 29). Outros autores, tais como Herzberg, trouxeram igualmente contributos importantes para o estudo da satisfação dos trabalhadores. Porém, a leitura da satisfação no trabalho radicada essencialmente numa perspectiva psicológica, deriva dos estudos de psicologia industrial realizados no início do século XX. Para o autor, a satisfação dos trabalhadores não depende apenas de variáveis externas ao indivíduo, mas da sua personalidade. Constata-se, assim, que a noção de satisfação profissional é apresentada como um sentimento, quiçá uma forma de estar positiva dos trabalhadores face à profissão, potenciado por factores contextuais, quer de ordem intrínseca (*"satisfiers"*, tais como a realização, o reconhecimento, a própria tarefa, a responsabilidade, a progressão e o desenvolvimento na carreira), quer de natureza extrínseca (*"dissatisfiers"* ou *"hygiènes"*, tais como o salário, as relações interpessoais com os pares ou com as hierarquias ou com os subordinados, as condições de trabalho, a segurança, a supervisão e a vida pessoal). Por outras palavras, Herzberg procurou estudar os factores que levam à satisfação no trabalho, partindo da ideia de que o

produtividade e na eficiência organizacional.

Um outro aspecto que os autores em causa consideram relevante para a análise da participação é a influência das características dos sistemas participativos na potenciação da participação. Segundo eles, a base de legitimação do processo participativo pode variar desde um modelo formal, estruturado segundo um sistema de regras e acordos estabelecidos ou concedidos às organizações (p.e. mecanismos jurídicos e legislação do trabalho), a um modelo informal, não estatutariamente definido, mas que resulta do consenso da interacção entre os membros de uma organização. Segundo os autores, não é relevante saber se um sistema participativo seja formal ou informal, ou que tenha ambas as características. Aliás, «é uma questão que depende do seu cenário particular [e] tem a ver em parte com as circunstâncias sociais, políticas e o sistema de relações industriais particulares» (Dachler e Wilpert 1978: 14). Subscvem ainda que, o grau de formalidade ou informalidade da participação está intimamente relacionado com as valorações dos actores, as metas e os objectivos pelos quais se pretende que a participação satisfaça numa dada organização particular. Em qualquer caso, é de esperar que a participação imposta ou concedida através de mecanismos formais seja diferente do sistema participativo que emerge informalmente da interacção entre os membros; o que é

objectivo do indivíduo no trabalho visa a sua realização pessoal. Na realidade, Herzberg volta a enfatizar a questão da motivação dos trabalhadores, esquecida pelo taylorismo ao mesmo tempo que alerta para a necessidade de uma reorganização do trabalho e do combate aos excessos da fragmentação na divisão do trabalho. Desta forma, em princípio, quanto mais rico for o conteúdo de uma função, mais satisfeita estará a pessoa que a desempenha, uma vez que essa função rica e diversificada motiva o trabalhador para a sua consecução. Por outras palavras, para Herzberg e outros psicólogos do trabalho, a satisfação no trabalho não depende de factores “extrínsecos” tais como o salário, as relações com o superior hierárquico ou com os colegas, ou a organização, etc. muitas vezes geradores de insatisfação mas, fundamentalmente de factores “intrínsecos” ou motivadores e que podem induzir uma maior e “melhor” satisfação no trabalho, tais como a natureza das tarefas, as possibilidades que elas oferecem para os trabalhadores demonstrarem as suas capacidades e competências, o sentido das responsabilidades, o reconhecimento, as possibilidades de promoção, etc. O autor pretendia, assim, demonstrar uma relação directa entre os indivíduos «satisfeitos» com o seu trabalho e uma consequente melhoria da produtividade (Silva et al. 2000). Se é verdade que a satisfação no trabalho prende-se com o pressuposto da existência de um impacte de satisfação na produtividade organizacional (Ferreira et al. 1996), a relação entre a satisfação e a produtividade, apesar de muito estudada, não conseguiu vingar. Por exemplo, Herzberg não conseguiu provar a existência de uma relação directa entre a satisfação e o aumento da produtividade (Bernoux s.d). Porém, tal como argumenta Bernoux, a noção de satisfação, ainda que possa não estar directamente ligada com o aumento da produtividade, constitui um importante instrumento de diagnóstico para problemas ligados ao mal-estar de grupos determinados e por inerência, ao absentismo, à “travagem” e ao “turnover”, muitas vezes apontadas como as principais causas de quebras de produtividade nas organizações (Silva et al. 2000).

importante não é saber se os sistemas participativos formais são melhores do que os informais, em termos de eficiência organizacional, mas a diferenciação entre os sistemas participativos formais e informais no que se refere às suas origens, processo de desenvolvimento, isto é, nos seus significados e consequências (Dachler e Wilpert 1978). Porém, questionar sobre a sua existência em concreto na vida social e política, é outra questão complexa, considerando-se «debate aparentemente sem solução sobre a possibilidade da existência, ou não, de participação em sociedade» (Cristovam 1989:83).

Outros autores como Edwin Locke e David Schweiger (1979) apresentam posições de certa forma semelhantes às perspectivas micro de Dachler e Wilpert (1978), considerando que a participação é sobretudo uma técnica a que os gestores das organizações recorrem no sentido de conjugar a tomada de decisão entre gestores e trabalhadores. É também neste sentido que Jean Neumann (1989) percebe a participação com uma certa concordância simétrica da tese descrita acima. Isto é, a participação é uma filosofia de gestão organizacional cujo objectivo radica no envolvimento dos trabalhadores nas decisões, sendo a tomada de decisão participativa perspectivada como uma resultante de estruturas e processos de organização da autonomia individual no contexto da responsabilidade colectiva, em relação estreita com a influência no sistema organizacional, enquanto um todo. Por outras palavras, para alguns autores, a participação pode ser definida como um processo de influência na partilha das decisões, ou como um sinónimo de co-decisão (Locke e Schweiger 1979), ou apenas como a tradução de um determinado grau de envolvimento do trabalhador nas decisões (Miller e Monge 1986; Neumann 1989; Dachler e Wilpert 1978).

Admite-se, assim, numa hipervalorização da lógica democrática que o homem é dotado de capacidade de participação (Széll 1988) que, por sua vez, lhe possibilita um desenvolvimento progressivo dessas capacidades num processo de tomada de decisão. Se esta questão é real, então, tal como se interroga Dominique Martin (1994), deve ser possível encontrar, na história da participação quem, desde as utopias do séc. XIX até aos nossos dias, apresente as etapas da construção de uma organização mais democrática, feita do envolvimento de cada um para o benefício de todos. Desta forma, para Dominique Martin (1994) é importante interrogar os diferentes períodos em que a democracia organizacional

se traduziu por realizações concretas: em primeiro lugar, o modelo taylorista, ponto zero da participação, mas que viu desenvolver nos interstícios do seu sistema uma participação clandestina que conseguiu unir os colectivos de trabalhadores contra a organização; em segundo lugar, é essencialmente através das iniciativas da direcção que teve início um distanciamento do modelo taylorista e que uma democracia organizacional participativa se desenvolveu.

Vejamos melhor estes dois eixos. Frederick Taylor (1982) teve por finalidade estabelecer, sob a perspectiva da organização científica do trabalho, a melhor forma (*one best way*) para a consecução das tarefas, lutando contra as práticas de resistência às normas da produção impostas pela direcção. Por outro lado, a cooperação íntima, estreita entre os trabalhadores e os seus superiores hierárquicos constitui apenas um dos lados da produtividade; a participação a que este autor faz referência é apenas a "boa vontade" dos trabalhadores que devem respeitar aqueles cuja função é desenvolver esta ciência que devem depois transmitir aos trabalhadores, incapazes de uma análise tão completa do trabalho. Taylor parte do pressuposto que um conjunto de factores constantes determinam uma relação puramente mecânica do trabalhador com o seu trabalho. Ora, a realidade ensina-nos, de acordo com Dominique Martin (1994), que existem múltiplos factores de acaso que intervêm no processo de trabalho e que impossibilitam a perfeita adequação do trabalhador à sua tarefa, excepto se considerarmos o trabalhador enquanto ser inteiramente passivo, reduzido a uma participação de pura e simples execução. Só que esta situação não corresponde de forma nenhuma à realidade. Aliás, a partir de observações efectuadas nas empresas, Philippe Bernoux (1989) demonstra a existência de estratégias de reapropriação que os trabalhadores desenvolvem para reconstruir um universo de autonomia onde a organização taylorista, em princípio, não deixa nenhuma margem de manobra. O grupo reorganiza o seu espaço de trabalho, recompõe os tempos, desenvolve formas ilícitas de gestão da produção, recorre permanentemente à "travagem" e de tempos a tempos à greve, de cada vez que o sistema se torna insuportável. Esta é a única forma de participação que uma organização taylorista permite na medida em que esta é uma contra-participação de grupo, construída em segredo, dentro da organização do trabalho e que se revela capaz de ter em conta a organização prescrita pelo modelo taylorista (Martin 1994).

Existe aqui um paradoxo, uma vez que a participação na organização esteve ligada muito frequentemente às práticas da direcção (Hardy e Leiba 1994; Geary e Sisson 1994; Sisson 1996; Glew et al. 1995; Martin 1994), incluso aquando da sua importação para a área da saúde (Gill 1995). De facto, tendo em atenção a história, verifica-se que as realizações de uma democracia organizacional participativa são sempre geradas por actores (sindicalistas, políticos, associações patronais) que divergem do caminho clássico e procuram uma outra organização de trabalho. Fundamentalmente, é o carácter democrático desta participação que está em questão: a participação oscila entre um modelo democrático, em nome do qual os trabalhadores acrescentam o seu poder de controle sobre a produção, e um modelo de mobilização, através do qual a direcção e os gestores tentam criar um novo modelo de consenso na ordem social (Martin 1994).

Em função do debate apresentado até aqui, subentende-se claramente que, numa organização, todos os trabalhadores participam nas suas actividades, embora de uma forma mais activa ou passiva (Cristovam 1989, 1995; Gold 1997). As intenções participativas são diversas e podem ser sistematizadas segundo a sua forma institucional. Segundo Claude Durand, as intenções participativas encontram-se relacionadas com as diferentes visões como se perspectiva a organização: ^{a)} participação profissional que toma a organização como um sistema de produção, e está relacionada com as formas de implicação dos trabalhadores no seu trabalho, através da reestruturação de tarefas com a constituição de equipas autónomas ou semi-autónomas etc.; ^{b)} participação integrativa ou organizacional, que perspectiva a organização como um sistema social e/ou de relações e de papéis, procurando através de esquemas, tais como processos de consulta, a informação pessoal, os programas de ideias e sugestões, etc., o incentivo à iniciativa, à criatividade, à melhoria das relações interpessoais e outros esquemas motivacionais, intimamente relacionada com os níveis de satisfação no trabalho¹¹ em relação ao salário, às condições de trabalho, a

¹¹ A importância dos impactos da participação nas definições das condições do ambiente físico e psicossocial do trabalho, na segurança e bem-estar físico, mental e social nos trabalhadores tem vindo a constituir-se um dos aspectos de maior preocupação dos cientistas sociais. Na verdade, a integração das relações humanas nas perspectivas participativas e mais concretamente nas relações hierárquicas e nas relações com os colegas só ganharam maior expressão e expansão nos estudos de satisfação organizacional, a partir dos anos 50-60. Porém o seu excessivo psychologismo para a explicação das acções dos actores foi alvo de crítica por alguns autores, tais como Friedberg (1994), por não tomar em atenção a contingência da acção. Entre os trabalhos realizados em

progressão na carreira, a mobilidade social, facilitando a sua integração no projecto da empresa para a melhoria da qualidade (Alves 2000; Cristovam 1989). Numa perspectiva mais instrumental, a classificação de Claude Durand apresenta ainda as seguintes formas: ^{a)} participação económica, onde os aspectos materiais como o salário, o lucro e o capital representam os ingredientes fundamentais do processo; ^{b)} participação institucional, que apreende a organização como um sistema de poder, onde se privilegia a partilha das responsabilidades entre os gestores e os trabalhadores, quer ao nível económico, quer no domínio da propriedade, assumindo assim uma configuração de co-gestão (Cristovam 1989).

Renaud Sainsaulieu (1973, 1976) argumenta que a noção de participação comporta duas componentes. Trata-se de uma perspectiva próxima de Claude Durand, sugerindo o autor, por um lado, a relação entre o capital e o trabalho, focando assim, que a lógica da participação redonda num quadro de partilha de responsabilidade económica, na partilha do capital, ou melhor das acções da empresa. Por outro lado, Sainsaulieu apresenta ainda a participação como uma

Portugal sobre a satisfação na organização, é de destacar os desenvolvidos pela equipa de Jorge Vala. Segundo a revisão bibliográfica realizada pelos autores, existem essencialmente três grandes grupos de variáveis explicativas da satisfação. São as Situacionais (Vala et al. 1994) que se fundamentam nos pressupostos teóricos motivacionais ou cognitivos, e centram-se na explicação da satisfação com base nas características da situação de trabalho. Integram este modelo explicativo as teses que valorizam as características da função, as que valorizam as características do processo de tomada de decisão na empresa, onde enfatizam entre outras questões, o impacto da participação na satisfação, as formas de reforço existentes na empresa. Para Vala et al. (1994) um segundo grupo de variáveis explicativas da satisfação designam-se por Individuais. Integram-se neste grupo de variáveis «os aspectos disposicionais puramente motivacionais ou relativos aos valores dos sujeitos e ainda aspectos relacionados com as características ‘demográficas’ dos sujeitos» (Lima et al. 1994: 102). Um último grupo de variáveis explicativas identificadas por Vala et al. (1994) designa-se por Interação social. Integram este grupo os modelos teóricos «que fazem apelo à comparação social (...), os que se baseiam em processos de influência social (...) e os que privilegiam as perspectivas relativas à construção social da realidade em contexto organizacional. Especificamente, tratam-se de variáveis como o clima organizacional (...) ou, mais recentemente na literatura, como a cultura organizacional (...)» (Lima et al. 1994: 103) que podem influenciar a satisfação ou insatisfação (Vala et al. 1994; Ferreira et al. 1996). Porém, «o sentido desta associação não pode ser predicto» (Lima et al. 1994: 109). Assim sendo, é apresentado na literatura consultada, um panorama complexo da satisfação/ insatisfação, que chama a atenção não só para os seus pressupostos, mas fundamentalmente coloca em evidência, como uma fonte determinante de insatisfação, os factores de ordem económica, organizacional, os aspectos relacionais e sociais. De facto, existem muitos aspectos que podem ser considerados quando se analisa a satisfação dos trabalhadores nas organizações. Parece ser de certo modo consensual que, pelo menos, um conjunto de dimensões analíticas psicossociológicas podem explicar, em termos de médio alcance e de análise sistémica, a lógica da satisfação na organização: a) as características individuais (os interesses, as atitudes e as necessidades), b) as características do trabalho (a natureza e a variedade do conteúdo das tarefas, o grau de responsabilidade, etc.) e c) as características da situação do trabalho (ambiente ou contexto do trabalho, os colegas, as hierarquias ou chefias, o clima e a cultura organizacional, etc.) (Vala et al. 1994).

realidade institucional, que resulta da integração efectiva dos trabalhadores ou dos seus representantes na gestão da empresa. Trata-se, assim, de uma perspectiva que coloca a participação como uma lógica organizacional dirigida à erosão dos tradicionais modelos burocráticos, centrada na distribuição do poder, na redução do papel das hierarquias, na valorização da representação formal dos trabalhadores da base na partilha de decisões e na aceitação da capacidade das organizações funcionarem no quadro dos princípios de acção colectiva.

Se a participação é tida como um conceito central do mundo organizacional, nomeadamente no quadro da tomada de decisão, é de interrogar o seguinte: "Será possível através dos processos participativos induzir uma racionalidade social alargada nas organizações?". Na realidade, e em última instância, "quem toma as decisões na organização?" e "quais os procedimentos para que as decisões sejam tomadas e materializadas?" Para Dachler e Wilpert (1978), podem-se imaginar as seguintes lógicas participativas na decisão: ^{a)} Nenhuma informação prévia é dada aos trabalhadores acerca das decisões a ser tomadas; ^{b)} Os trabalhadores são informados antecipadamente das decisões a ser tomadas; ^{c)} Os trabalhadores podem formular opiniões sobre as decisões a tomar; ^{d)} As opiniões dos trabalhadores são consideradas no processo de tomada de decisões; ^{e)} Os trabalhadores podem "vetar", quer negativamente, bloqueando a decisão já tomada, quer positivamente, concordando previamente com ela; ^{f)} A decisão está inteiramente nas mãos dos membros da organização, sem distinção entre gestores e trabalhadores. Subentende-se aqui que Dachler e Wilpert (1978) sugerem a existência de uma variação *contínua* no processo de tomada de decisão participativa, situando num dos extremos as decisões exclusivamente nas mãos dos trabalhadores e no lado oposto, nas mãos dos gestores. Para a aceitação desta variabilidade na realidade dos sistemas participativos, é de considerar que os trabalhadores podem experimentar a participação de uma forma realista e concretizável, baseada nas necessidades e decisões sobre o seu próprio trabalho. Efectivamente, para os autores, as decisões nos sistemas participativos incidem essencialmente acerca dos benefícios dos trabalhadores, processos de produção, horário de trabalho e factores de higiene e saúde mental que vão desde as pausas para o café até ao mobiliário e a decoração do ambiente de trabalho.

Assim, para que seja possível materializar a participação, é preciso

envolver os trabalhadores no processo de tomada de decisão, fazendo com que eles apresentem um conhecimento crítico acerca das tarefas que desempenham. Efectivamente, os autores sugerem que, embora a participação na tomada de decisões seja muitas vezes pensada como uma dicotomia entre o envolvimento ou não das pessoas na tomada de decisões que as afectam, pode-se de facto pensar na participação como um processo que reflecte, quer as diferentes formas de acesso que os membros das organizações têm nos processos de tomada de decisão, quer o grau de influência que os mesmos podem exercer sobre determinada decisão. Estas questões remetem, em última instância, à articulação da participação com outras lógicas organizacionais, nomeadamente no que se refere à divisão do trabalho, à responsabilidade hierárquica e autoridade, passando pela legitimidade da participação como prática social e como uma técnica de intervenção estratégica nas organizações (Széll 1988; Dachler e Wilpert 1978) intencionalmente delineadas no quadro de relações de poder. Trata-se, assim, de perspectivar a importância das condutas colectivas na lógica de funcionamento organizacional, onde a autonomia dos níveis inferiores e intermédios ganha lugar de destaque no sistema social das organizações, em geral, e na apropriação dos espaços e dos ritmos do trabalho, em particular (Sainsaulieu 1973, 1976; Bernoux 1989).

Se atendermos ainda à tese de Amitai Etzioni (1974), que define a participação como uma «orientação avaliativo-receptiva de um indivíduo em relação a um objecto, caracterizada em termos de intensidade e direcção» (Etzioni 1974: 37), é de situar a participação dos trabalhadores no quadro analítico das relações de poder, envolvimento e obediência em contexto de trabalho. Na perspectiva de Etzioni (1974), os diferentes contextos de práticas participativas não se dissociam das diferentes tipologias de envolvimento dos trabalhadores. A análise da sua definição de participação, sugere a existência de diferentes tipologias de participação que variam linearmente num eixo graduado por um pólo positivo e um negativo. Sublinha ainda este autor que, para que seja possível as organizações atingir os seus objectivos torna-se necessária a participação positiva dos indivíduos. Etzioni define este tipo de participação como um envolvimento directo das pessoas pertencentes à organização na vida e nos objectivos organizacionais, enquanto que a participação negativa, traduzida pelo termo *alienação*, reflecte o sentido da não partilha pelo indivíduo dos objectivos da

organização.

Este *continuum* da lógica da participação que vai desde uma zona de intensidade altamente negativa até uma zona altamente positiva, permite definir três tipos de participação: a alienativa, a calculista e a moral. A primeira é uma participação fortemente negativa, onde as relações de trabalho são entre estranhos e efectuadas em termos de um acto isolado com objectivos a curto prazo. A segunda, a calculista, designa quer uma orientação positiva quer uma orientação negativa com baixa intensidade, situação que traduz um certo *status quo* de relações de trabalho. A última, a moral, designa uma orientação positiva de elevada intensidade. De facto, estas três tipologias de participação têm um alcance deveras profundo para a explicação das relações organizacionais. Em termos estritos, Etzioni considera que existe uma relação de aceitação ou obediência que é constituída por dois elementos específicos: o poder aplicado pela organização aos trabalhadores, e a participação efectiva na organização desenvolvida por esses mesmos participantes. Na realidade, o autor sugere que

«os indivíduos podem ser persuadidos para agirem nas organizações através de, pelo menos, três tipos fundamentais de motivos, podendo aceitar a disciplina organizacional por amor, por medo ou por dinheiro. Estes motivos são designados por fundamentos normativos, coercivos e remunerativos do poder, desdobrando-se respectivamente em meios simbólicos, físicos e materiais» (Clegg 1998: 48).

Retira-se como ilação da tese de Etzioni que a participação está intimamente relacionada com a problemática da obediência ou consentimento e das lógicas de poder. Vejamos melhor esta questão. Na linha do pensamento do autor existem nove tipos de consentimento ou obediência que apesar de não serem empiricamente observáveis, resultam da combinação dos três tipos de poder (coercivo, remunerativo e normativo) com os três tipos de participação (alienativa, calculista, moral). Segundo o autor, as que são encontradas mais frequentemente são aquelas que combinam o poder coercivo com a participação alienativa, o poder remunerativo com a participação calculista, e o poder normativo com a participação moral. Estas três combinações constituem relacionamentos coerentes, o que significa que o tipo de participação que é gerado por outros factores, e o tipo de participação que tende a ser gerado pelo poder organizacional são idênticos. Normalmente, a coerência tende a verificar-se

nas organizações, até porque permite maior eficácia da mesma. Contudo, é possível constatar tipos incoerentes, uma vez que as organizações possuem apenas um controlo limitado sobre os poderes que aplicam e sobre a participação dos trabalhadores. Ainda segundo Etzioni, o exercício do poder depende dos recursos que a organização pode recrutar, enquanto que a participação depende de factores externos e da estrutura da personalidade dos participantes, podendo todos estes factores reduzir a coerência esperada.

Etzioni explica as lógicas do envolvimento dos trabalhadores nas práticas participativas, colocando igualmente em evidência um certo antagonismo face à perspectiva marxista de alienação. Isto porque, para o autor, não é o salário que aliena os trabalhadores, mas sim, a coerção. Para o autor, a participação é um processo resultante de mecanismos de obediência e de poder, e que o envolvimento directo dos trabalhadores nas decisões é mais virtual do que real, pois elas, as decisões, surgem como impostas pelo topo. Na perspectiva de Etzioni, a sua tese sobre a participação «pode ser aplicada às orientações dos indivíduos em todas as unidades sociais e a todos os tipos de objectivos» (Etzioni 1974: 40). Por exemplo, na leitura do esquema de orientações dos trabalhadores das organizações em relação aos vários objectivos organizacionais e ao sistema de poder da organização. Esta perspectiva apresenta uma visão mais ampla e profunda acerca da participação, que é dissecada, enquanto sistema complexo de estruturas, processos, valores e suposições que determinam a forma como uma organização perspectiva e se relaciona com os seus trabalhadores. Porém, a tese de Etzioni não clarifica os conflitos e as tensões que se processam no seio das organizações.

Mas, se a participação é vista pela maioria dos autores a um nível mais individual, na lógica de Etzioni, também é verdade que os programas, intervenções e mudanças organizacionais que se destinam a aumentar o grau de participação, envolvem quase sempre mais do que uma pessoa. Por outras palavras, se a participação ocorre num contexto que envolve um grupo ou mais grupos, então, não será de imputar à conceptualização e análise da participação, no quadro dos fenómenos interpessoais e grupais?

Na verdade, para David Glew et al. (1995) apesar da participação na organização ser quase sempre analisada a um nível individual; a contribuição

individual necessária para “qualificar” a participação não é clara. Um exemplo deste caso pode ocorrer quando o conceito de representação é muitas vezes identificado com o conceito participação: é possível algumas vezes imaginar uma situação em que nem todos os membros de um grupo representado dêem início a acções directas de participação. Neste caso, a representação pode não coincidir com a participação, uma vez que apenas alguns dos indivíduos representados por esse grupo iniciam, de facto, um processo participativo no interior da organização. Ainda segundo Glew et al. (1995), Sisson (1996), Gold (1997) e Peter Aughton (1996) também quando a participação diz respeito a programas, intervenções e mudanças estratégicas ocorridos entre departamentos, divisões ou sectores, é possível “visioná-la” de um modo mais coerente a um nível de análise organizacional e não individual.

Apesar das divergências apresentadas pela literatura no respeitante ao fenómeno da participação organizacional, a sua leitura possibilita a categorização de algumas características comuns da participação. Subscrevendo a perspectiva de Glew et al. (1995), é de admitir que a participação implica que a organização e os seus gestores recorram à implementação intencional de programas ou práticas para envolver os trabalhadores. Para estes autores existem quatro características principais que podem ser consignadas à participação. Em primeiro lugar, a participação refere-se, a maior parte das vezes, a comportamentos de alargamento dos papéis sociais do trabalhador. Normalmente, os comportamentos de cooperação intrinsecamente referentes a uma tarefa não são tidos como sendo participação organizacional. Em segundo lugar, a participação requer a existência de interacção consciente entre, pelo menos, dois indivíduos, donde posso concluir que as atitudes e comportamentos que envolvem os actores de um modo individual não podem ser consideradas como relevantes na participação organizacional. Em terceiro lugar, esta interacção entre actores organizacionais tem de ser visível para todos os protagonistas, o que significa que todos os indivíduos envolvidos no processo devem ter consciência de que estão a participar de forma relevante na organização. Por último, em certa concordância com a tese de Neumann (1989), Glew et al. (1995) sugerem que os actores que participam na organização ocupam, a maior parte das vezes, posições hierárquicas diferenciadas, numa escala de relações vertical, o que leva alguns autores a concluir que usualmente os indivíduos que participam não se oferecem para

participar, mas são convidados a fazê-lo. Com base nestes elementos, Glew e outros propõem uma definição de participação na organização, encarando-a como

«um esforço intencional dos indivíduos pertencentes aos níveis mais elevados duma organização para alcançarem visibilidade na acção, ou como oportunidades de expansão para indivíduos ou grupos pertencentes a níveis mais baixos de uma organização no sentido de terem uma voz activa numa ou mais áreas de desempenho organizacional. O nível mais elevado e o mais baixo reflectem as diferenças hierárquicas, mas também podem representar qualquer situação onde um indivíduo detem o poder legítimo e autoridade para controlar o outro» (Glew et al. 1995:10).

Uma questão que se levanta nesta definição é que ela inclui um amplo leque de elementos gestionários psicossociais relacionados com a participação. De acordo com ela, quando um gestor permite que um subordinado tenha “voz” na tomada de decisão, está a facilitar a participação; para além disso, encara ainda a participação enquanto vontade de participar sugerida pelos participantes situados num nível hierárquico inferior, embora aqueles que se situam num nível mais elevado da hierarquia tenham de aprovar essa vontade antes que ela se concretize. Um outro dos factores englobados por esta definição é que a gestão organizacional proporciona a indução de determinados comportamentos no interior da organização. Assim, na linha de pensamento explicitado, a participação é utilizada pela gestão organizacional com o objectivo de obter resultados esperados. Com base nestas definições de participação organizacional, o horizonte deste conceito revela a presença de dimensões diversificadas, essenciais para a sua descrição, clarificação e avaliação. Duas dessas dimensões nucleares são a profundidade e o grau de participação.

Para Glew et al. (1995) e Chisholm e Vansina (1993), a profundidade da participação pode variar desde o trabalhador que comenta com o seu superior hierárquico uma possível forma de melhorar um aspecto específico do seu trabalho, até aos esforços apoiados pela organização no sentido de utilizar o conhecimento do trabalhador para melhorar a sua situação no trabalho. No extremo superior desta escala de profundidade, os trabalhadores são encorajados pela organização a partilhar as suas ideias e opiniões à cerca de qualquer tópico relacionado com a organização em que se inserem.

Quanto ao grau de participação, na óptica de Chisholm e Vansina (1993), este consiste na área reservada pela organização em que a tomada de decisões inclui a participação. Também esta dimensão pode ser vista num *continuum* que varia entre a participação baixa e elevada. O recurso esporádico à participação, como numa organização que raramente considera a formação de grupos de solução de problemas no local de trabalho situa-se no extremo mais baixo deste *continuum*. No extremo oposto situam-se os grupos de trabalho autónomo baseados no envolvimento continuado dos trabalhadores em aspectos-chave do seu trabalho quotidiano e em decisões relacionadas com a forma de gestão das tarefas e das actividades de manutenção do grupo de trabalho.

No quadro da perspectiva apresentada, uma terceira dimensão da participação é a *qualidade* do processo participativo. Segundo os autores, um dos aspectos a realçar e captar no processo participativo é a forma como os trabalhadores experienciam uma dada profundidade e um dado grau de participação (isto é, até que ponto consideram importante o seu conhecimento e as suas capacidades para solucionar o problema). Argumentam ainda os autores em causa que um outro aspecto, intimamente relacionada com este, é a relevância da participação, uma vez que é importante analisar até que ponto os trabalhadores acreditam no seu envolvimento na tomada de decisões a nível da organização. Para além disto, o nível de confiança que os membros da organização apresentam e o facto de acreditarem que o seu envolvimento representa uma *filosofia* operacional da organização em que se situam é um outro aspecto em que a *qualidade* da participação deve ser considerada. Em último lugar, consideram ainda Chisholm e Vansina (1993) e Glew et al. (1995) que é importante realçar a forma como os receptores dos *outputs* do sistema (clientes) percebem a importância da participação e os impactos que ela provoca no trabalho desempenhado. Desta forma, a *qualidade* da participação pode ser entendida como simultaneamente causa e efeito da participação organizacional, situação que não se dissocia e que na realidade pode encontrar uma certa concordância simétrica, se bem que parcial, com as lógicas de envolvimento participativo propostas por Etzioni (1974) e Dachler e Wilpert (1978). Porém, as teses de Glew et al. (1995) e Chisholm e Vansina (1993) não clarificam nem diferenciam as práticas participativas nos diferentes tipos de organizações, nomeadamente em relação às formas e processos de desenvolvimento da participação para a

renovação dos princípios organizacionais na divisão das tarefas e do trabalho, e no que se refere às possíveis alterações do sistema de relações sociais no ambiente de trabalho das organizações públicas e privadas.

Assim, após uma breve leitura desta panóplia de posicionamentos conceptuais e analíticos sobre a participação, é de considerar que um dos elementos fundamentais a ter em conta quando falamos de participação é que não existe ainda uma definição precisa e clara do conceito. Apesar de ser possível interpretar que a participação representa uma forma de adesão positiva dos membros de uma organização, quer aos objectivos desta, quer às estratégias e actividades para os alcançar, ou seja, que a participação pode ser entendida como um valor e uma dimensão relevante no funcionamento das organizações que tende a pôr em causa a organização científica do trabalho, a existência de definições diversificadas persiste. Se, por um lado, a maior parte das opiniões considera a participação como a partilha de interesses, a tomada de decisão conjunta e o grau de envolvimento dos trabalhadores nas decisões organizacionais, por outro, continuam a aparecer novas definições e perspectivas analíticas deste conceito. Assim sendo, as diferentes definições e perspectivas analíticas de participação têm contribuído para complicar a inteligibilidade deste fenómeno. Apesar de todas as posições que têm vindo a ser tomadas pelos diferentes autores, existem alguns pontos de convergência, entrosando a participação com a democracia e o poder nas organizações, entre outras questões. Tais factos remetem para a consideração da existência de diferentes formas de participação na organização, razão pela qual interessa lançar, em seguida, um aprofundamento do debate sobre tais relações, formas ou características das fontes que modelam ou impulsionam a implementação da participação a nível organizacional.

1.1.1.2. Participação Directa e a sua Dinâmica nas Organizações

Apesar da problemática da participação ter sido tratada diversas vezes por inúmeros autores, tal como referi na secção anterior, a investigação teórica que tem sido realizada direcciona-se sobretudo para as perspectivas conceptuais e analíticas que focam as influências das decisões da gestão organizacional na

participação dos trabalhadores. Não obstante esta realidade, as perspectivas de base para a implementação de programas de participação dos trabalhadores não esclarecem, todavia, alguns factores fundamentais relativamente à participação dos trabalhadores e às razões fulcrais que levam os gestores organizacionais a implementar esses programas de participação e os trabalhadores a aceitar o seu envolvimento nos referidos programas. Para se poder clarificar da melhor forma a participação organizacional, parece ser preciso, em primeiro lugar, determinar quais são os fenómenos, dimensões ou acontecimentos que podem ser apelidados de participação. Por outras palavras, um dos elementos que interessa aprofundar aqui incide não só sobre as principais razões organizacionais que levam à implementação da participação, mas também é de interrogar as fontes que modelam a sua sedimentação a nível organizacional.

Segundo Knudsen (1995), são essencialmente três as fontes da participação na organização: a) regulamentação governamental (p.e. *comité d'entrepris*, em França); b) baseado em acordos colectivos nacionais (p.e. *samarbejdsudvalg*, na Dinamarca); c) por decisão do próprio trabalhador (p.e. *joint consultation committe*, em Inglaterra). Subentende-se que a participação se reporta a um conjunto de procedimentos através dos quais se deseja que os trabalhadores se envolvam na tomada de decisão, quer imposta pelos mecanismos jurídicos ou legislação laboral, quer através da acção voluntária dos mesmos. Distingue-se, assim, um nível micro de um nível macro na problemática da participação. Sob o ponto de vista macro, a participação emerge associado às iniciativas e à função reguladora da intervenção do Estado, no sentido de proteger e/ou alargar os direitos dos trabalhadores (Hyman e Mason 1995; Martin 1994; Casaca 1997; Sisson 1996).

Perante a panóplia de quadros conceptuais que modelam a participação, falar dela pode significar sobretudo, numa primeira aproximação, situar as relações do trabalhador com a organização em distintos níveis analíticos que correspondem, por sua vez, a diferentes níveis de poder dos trabalhadores (Etzioni 1974; Casaca 1998). Perspectivada neste termos, a fonte da participação na organização pode ser de, pelo menos, dois tipos: directa e indirecta.

A participação indirecta toma como referência a democracia representativa (Knudsen 1995; Casaca 1998; Dachler e Wilpert 1978). Era o modelo

de participação emergente na década de 60, época de lutas sindicais visando uma maior democratização do local de trabalho, cujo enfoque se centralizava fundamentalmente em dois campos interdependentes: ^{a)} controlo total das empresas por parte dos trabalhadores, ou seja, a auto-gestão, e, ^{b)} a luta por melhores condições de trabalho através de estruturas eleitas democraticamente. Essas lutas sindicais vieram a desempenhar um importante papel no incremento da consciencialização face aos problemas relacionados com a democracia social, a tomada de decisões a nível estratégico e tático nas organizações, estímulo para a acção colectiva, a humanização e a qualidade de vida no trabalho (Hyman e Mason 1995; Sisson 1996; Kovács 1998; Casaca 1998; Knudsen 1995). Na realidade, pretende-se com esta forma de participação a eleição de representantes dos trabalhadores, no sentido de limitar ou condicionar algumas decisões das administrações ou dos órgãos de gestão das organizações que possam afectar as condições de trabalho dos mesmos trabalhadores. Trata-se, assim, de uma participação que, em última instância, se resume a uma participação fundada em princípios legitimados pelos mecanismos jurídicos, no sentido de reforçar o poder dos trabalhadores para a resolução de eventuais conflitos com as administrações ou dos órgãos de gestão das organizações. Porém, nesse período da década de 60, a participação era apenas tratada como uma variável da democracia industrial, referindo-se a maioria dos estudos sociológicos à análise da importância da participação na forma indirecta e representativa. A outra, a participação directa dos trabalhadores nas decisões e estratégias da empresa era algo que aparecia como "estranho" a essa democracia industrial.

No início dos anos 70, o debate sobre a participação directa girava em torno de diversos pontos, nomeadamente a procura de um compromisso entre o capital e o trabalho, a revalorização do trabalho manual e a organização de um diálogo entre o poder e os executantes àcerca dos problemas concretos da organização do trabalho e das condições laborais. A participação directa inspirou-se em todo um conjunto de ideais, cujas fórmulas e vocábulos evoluíram ao sabor da História, mas que conseguiram conservar a força de transmissão no interior de uma sociedade industrial, que reserva frequentemente a uma minoria de dominadores o acesso ao poder decisional na empresa. Mais que uma moda, a participação directa constitui uma vaga que, desde o séc. XIX, tem percorrido as sociedades industriais; exemplos disto são o nascimento da corrente cooperativa,

as experiências auto-gestionárias em países como a ex-Jugoslávia; a nível da democracia industrial, é de realçar a institucionalização da representação dos trabalhadores, o desenvolvimento da negociação colectiva e a gestão de determinadas organizações sociais (Martin 1994).

Na maior parte dos países da Europa, desde o início dos anos 70, sob a pressão dupla do legislador, por um lado, e da renovação das lutas dos trabalhadores, por outro, como nota a autora seguida, assistiu-se a uma nova legitimação do fenómeno através de quatro tendências fundamentais: ^{a)} retoma de ideologias democráticas aplicadas ao campo da indústria (por exemplo os trabalhos dos autores anglo-saxónicos tais como C. Pateman, P. Blumberg, e T.B. Bottomore), privilegia a necessidade de voltar a dar a iniciativa à base e de fundar a democracia na participação de todos; ^{b)} contributos dos psicossociólogos americanos que desenvolveram largamente a necessidade de compatibilizar as "motivações humanas" com os constrangimentos económicos e técnicos da empresa (entre os mais conhecidos, encontramos autores como Maslow, Likert e Mac Gregor) que estiveram na origem da aplicação pelos empregadores de diversas formas de *participative management*; ^{c)} múltiplas experiências, conduzidas maioritariamente nos Estados Unidos da América, que surgiram em favor das consequências geralmente positivas de introdução de métodos participativos no interior da empresa; ^{d)} por fim, as preocupações de numerosos responsáveis governamentais, sindicalistas, políticos e do conjunto de forças sociais e económicas que se traduzem numa multiplicação de declarações e de textos que assentam na mudança da ordem industrial para a lei, com o objectivo de modernizar e harmonizar as legislações¹² que não davam lugar a uma participação

¹² Nesse período, foram iniciados programas governamentais para promover a participação dos trabalhadores nas decisões e, ao mesmo tempo, «foram criados organismos públicos destinados a apoiar experiências-piloto e a divulgar e discutir os seus resultados» (Kovács 1998: 116). Por exemplo como assinala Keith Sisson, a propósito das iniciativas governamentais: «De entre as iniciativas governamentais que ajudaram a promover este envolvimento dos trabalhadores destacam-se a *Humanisierung der Arbeit* na Alemanha, em meados da década de 70, e outros programas nacionais semelhantes levados a cabo em França e nos países nórdicos. A nível internacional, diversas entidades, como por exemplo a Organização Internacional do Trabalho, desempenharam também um papel bastante activo neste domínio. (...) Das iniciativas governamentais, destaca-se ainda a introdução de medidas legislativas específicas na França, em 1982, facto que veio legitimar os denominados '*expression de groupes*'» (Sisson 1996: 9). Na verdade, o esforço dos legisladores traduziu-se, neste período, na criação de novas instituições de representação dos trabalhadores e em iniciativas de coordenação a nível europeu sob a forma de proposições da Comissão das Comunidades (estatuto das sociedades europeias em 1970). Esta orientação encontra a sua origem directa num movimento tripló: o cuidado de harmonizar o

individual e colectiva na organização (Martin 1994).

Para Cláudio Teixeira (1994), na década de 60 e 70, e ainda nos anos 80, é frequente na abordagem da participação, a redução da lógica da participação directa numa mera focalização de certas formas de organização do trabalho, como por exemplo "grupos autónomos", círculos de qualidade, "grupos de expressão", etc. Na década de 80 e 90, face às grandes pressões económicas sentidas pelos Estados-Membros da União Europeia, a retórica em torno da participação assume-se cada vez mais na vertente directa (Knudsen 1995; Sisson 1996; Geary e Sisson 1994). Verifica-se, assim que, ao longo de toda a década de 70, diferentes iniciativas vieram reforçar as perspectivas àcerca de uma participação integradora que, à margem da representação sindical, tentaram apoiar o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores no sentido de uma participação directa, limitada à organização em que estão inseridos, e na condição de que os seus objectivos não interfiram, de um modo ou de outro, nos fins organizacionais.

Na verdade, os sindicatos recusaram, muitas vezes, associar-se a uma concepção participativa como esta, segundo a qual a empresa é, acima de tudo, um local de tensão entre interesses contraditórios. Sublinhe-se, por exemplo, o receio da diminuição da capacidade de iniciativa sindical devido ao controlo mais directo dos trabalhadores, a posição ambígua onde se enquadram os novos representantes dos trabalhadores nos conselhos de administração das empresas e o receio do desvio no sentido da "co-gestão", que se verifica sobretudo entre os sindicalistas franceses e italianos, que recusam esta perspectiva "gestionária". Desconfiados, por um lado, no que respeita à institucionalização do conflito, e críticos, por outro, àcerca do alcance real das instituições representativas quanto ao desenvolvimento da negociação colectiva, consideraram, durante muito tempo, que as experiências da democracia industrial participativa eram apenas um engodo, manipulando as motivações dos trabalhadores com a finalidade de

estatuto das relações de trabalho com o desenvolvimento da sua internacionalização no interior da Europa; a aplicação das determinações inscritas no Tratado de Roma de modo a reduzir os obstáculos ligados à diversidade dos sistemas de representação; enfim, as pressões múltiplas, particularmente dos partidos de esquerda, que privilegiaram os benefícios de uma "Europa de Trabalhadores". Esta perspectiva é fruto de múltiplas reflexões àcerca da evolução das relações de trabalho num vasto conjunto de países. Assim, a história das relações industriais inscreve-se na luta pela diminuição das prerrogativas dos gestores das empresas. Definir essas prerrogativas, tal como elas se apresentam hoje em dia, significa que elas são o resíduo dos poderes arbitrários da direcção (Martin 1994).

aumentar o desempenho económico e de exercer um contra-poder à ideologia da luta de classes (Martin 1989, 1994).

K. F. Walker e R. Loveridge (Martin 1994) sugerem que não é de confiar numa participação instituída, bem como no efeito mecânico de introdução das formas representativas de participação industrial. Na perspectiva destes autores, estas formas institucionais apresentam baixas probabilidades de aumentar a propensão dos trabalhadores a participar directamente e a preocupar-se com o futuro da empresa. Porém, a participação directa representa, com efeito, um fenómeno considerável, mesmo que ainda não tenha emergido deste período em que é vista com desconfiança, cepticismo e hostilidade, acima de tudo por parte dos partidários da democracia industrial representativa. Os mais diversos motivos são passíveis de justificar esta opinião: ^{a)} as suas raízes encontram-se nos ideais de emancipação social dos trabalhadores da indústria; ^{b)} é sustentada por inúmeras lutas que terminaram, por vezes com o apoio governamental, na institucionalização das relações com os empregadores; ^{c)} é creditada, não só pelas teorias que tentaram provar a possibilidade de transposição dos princípios de uma teoria política participativa para o universo do trabalho, mas também pelos resultados de algumas experiências baseadas nos investigadores da psicossociologia (Martin 1994).

De facto, o debate àcerca da participação directa encontrou-se, ao longo do tempo, em dois campos fundamentais: o dos optimistas e o dos pessimistas. Neste debate, os optimistas aparecem confiantes na capacidade dos trabalhadores participarem directamente na vida das empresas, enquanto os pessimistas não vêem na participação directa senão um meio de enfraquecer os representantes e uma técnica de integração ao serviço de empresas com poucas perspectivas de solução dos seus problemas sociais (Martin 1989, 1994). No decorrer deste debate, a balança tem-se inclinado, a maior parte das vezes, para o campo dos pessimistas que, ante a fraca amplitude de realizações, tem vindo a desacreditar toda a possibilidade de uma participação autêntica, considerando que o indivíduo está preso numa rede de sistemas complexos cujas decisões lhe estão vedadas.

Os anos 80 iniciam um novo contexto que, todavia, não faz desaparecer completamente os receios e as reacções hostis relativamente a uma democracia industrial participativa. Pelo menos, segundo a autora seguida, as razões que

conduziram ao desenvolvimento de experiências de participação directa são as seguintes: ^{a)} em primeiro lugar, a crise do *taylorismo*, que conduz um certo número de directores empresariais a valorizar a implicação directa dos produtores no sentido de formalizar o “saber-fazer”, outrora clandestino, e estabelecer um diálogo continuado entre os trabalhadores e as suas hierarquias a fim de aumentar a sua eficácia face às oscilações da produção; ^{b)} por outro lado, face à concorrência cada vez maior de mercados, a gestão dos recursos humanos tornou-se centralizada: influenciados pelas teorias da cultura organizacional, diversos directores tentam utilizar as aspirações dos trabalhadores para aumentar a sua participação na vida empresarial, propondo-lhes, em troca, uma mobilização de energias para enfrentar o inimigo externo; ^{c)} por fim, a crise do movimento operário e do militantismo, que se verifica um pouco por toda a União Europeia, veio fornecer uma nova iniciativa dos colectivos organizados que, dentro de um certo limite, se demonstram capacitados para a negociação dos contratos mais ou menos tácitos com as hierarquias e as direcções.

Sublinha Ilona Kovács que, todo este discurso e movimento optimistas «a favor da participação no trabalho tinha como preocupação ultrapassar, por um lado, a contradição existente entre a participação política, o autoritarismo e monolitismo das empresas e, por outro, a insuficiência da participação representativa» (Kovács 1998: 116), na solução do problema da ausência de efectiva participação dos trabalhadores nas decisões estratégicas das empresas (Casaca 1998). A constatação desta realidade permite-me inferir que a introdução da participação deve ser vista, desta forma, como um processo negocial cuja força está localizada nos processos cognitivos que, através das estruturas normativas, forjam as representações interaccionais dos actores sociais à cerca da oportunidade de políticas de participação (Martin 1994). Desta forma, é de admitir que a participação directa é uma noção cheia de ambiguidades, com contornos difusos e como uma ameaça às organizações sindicais.

A participação directa, apesar de ter nascido de ideais democráticos, surge posteriormente como instrumento que é utilizado pelas políticas patronais. Para alguns autores, tal como já descrevi anteriormente, na actualidade, a participação directa é um processo inspirado e controlado pelas hierarquias de gestão, que visa estimular e maximizar as contribuições individuais para a

melhoria do desempenho das tarefas (Hyman e Mason 1995; Casaca 1998; Knudsen 1995). Se atendermos aqui ainda o enquadramento organizacional da participação feito por diferentes autores, entre os quais Glew et al. (1995), Dachler e Wilpert (1978) e Etzioni (1974) é de admitir que o processo de participação é complexo, existe na maior parte das situações organizacionais e relaciona-se quase sempre com a percepção por parte dos gestores da organização de um benefício antecipado a retirar da participação dos trabalhadores. Apesar desta realidade, na linha do pensamento de Ilona Kovács, a participação tende cada vez mais «a ser reconhecida como um dos factores centrais da melhoria da produtividade, da igualdade e da performance das empresas no contexto da intensificação da competição e da globalização» (Kovács 1998: 117), razão pela qual é preciso que as «empresas descentalizem as suas actividades de produção e serviços» (Kovács 1998: 117).

Na verdade, sugerem alguns autores mais optimistas que a participação directa pode constituir-se como uma vantagem organizacional na medida em que pode trazer benefícios a todos os parceiros sociais. Por exemplo, para Sisson (1996), os trabalhadores poderiam alcançar uma melhoria da qualidade da vida profissional, na medida em que a participação directa pode constituir uma oportunidade para um emprego mais estimulante e compensador, quer em termos de formação contínua, quer de oportunidades de desenvolvimento. Ainda segundo o autor, para as organizações, a participação directa oferece a perspectiva para alcançar níveis de produtividade cada vez mais altos, «a oportunidade de explorar outras fontes de vantagem competitiva que não o custo, tais como a formação e a perícia da mão-de-obra, para produzir bens e serviços de alta qualidade» (Sisson 1996: 10). Aliás, para Luísa Cristovam (1989, 1995), a adopção de novas práticas de participação baseia-se na lógica da melhor utilização de competências e na melhor coordenação das actividades de informação no interior da empresa. É pelas razões expostas que a sua ressonância no discurso empresarial e nas demais organizações públicas e privadas tem vindo, desde a década de 80, a ganhar certa expressão.

Tendo por base aquilo que não consideram ser participação directa, John Geary e Keith Sisson (1994) definem este conceito como oportunidades que a «gestão proporciona, ou iniciativas que os gestores concedem aos

trabalhadores, por consulta ou através da delegação de responsabilidades e autoridade para a tomada de decisão nos locais de trabalho, quer individualmente ou em grupo, relativamente a uma dada tarefa inadiável, organização de trabalho e/ou condições de trabalho» (Geary e Sisson 1994: 2).

Desta definição, Geary e Sisson (1994) excluem algumas questões, como a participação indirecta ou representativa, operada através dos sindicatos e das negociações e acordos colectivos, a comunicação de sentido único, os grupos de reuniões, a participação financeira na organização e questões relacionadas com o distribuição de lucros. Outros elementos não incorporados nesta concepção são as cooperativas de trabalhadores, devido às circunstâncias especiais que as rodeiam: a participação é vista enquanto um direito contratual e não apenas como um direito que é concedido à força de trabalho pela gestão da organização ou até mesmo que é ganha pelos trabalhadores.

Assim, face à paisagem oferecida, somos levados a concordar com a tese de Kovács (1998), admitindo que a partir da década de 90, a participação pode ser promovida de acordo com objectivos diferentes, que passam pelas lógicas de humanização do trabalho e democratização da empresa, pela necessidade de melhorias da competitividade ou por imperativo legal. Trata-se de uma realidade que se distancia da era dos anos 60, onde a participação no trabalho surgiu na forma indirecta resultante da pressão dos movimentos sociais e tinha como preocupação central ultrapassar as contradições políticas da época. Também distante da lógica da década de 80-90, onde a preocupação passou a ser a melhoria da competitividade, ao nível da empresa, países ou blocos económicos, na actualidade, as organizações optaram por um modelo participativo directo baseado no envolvimento dos trabalhadores nas decisões - cooperação trabalhador/director - como solução para melhorar a produtividade e garantir o seu empenhamento (Kovács 1998). Advoga-se, assim, na década de 80 e 90, uma renovação das práticas participativas directas não distante dos velhos métodos preconizados pela escola sócio-técnica, e reforçada no quadro do projecto de democracia industrial lançado na Noruega em 1961, na medida em que no fulcro da produtividade e da competitividade se situam as relações sociais, o conteúdo do trabalho e o estatuto da técnica e estes elementos «são, portanto, o campo de reflexão e acção essenciais na abordagem sócio-técnica da participação» (Teixeira

1994: 32).

Em termos estritos, a participação directa, que representa o núcleo central desta tese, traduz a implicação ou o envolvimento directo dos trabalhadores nas questões técnicas e operacionais do processo produtivo (Hyman e Mason 1995; Sisson 1996; Kovács 1998; Casaca 1998; Knudsen 1995; Cristovam 1989). No fundo, pretende-se com a renovação do diálogo da participação substituir o velho modelo de controlo organizacional. A estas alterações organizacionais não são alheias as profundas mudanças socioculturais que vêm sendo verificadas na sociedade global. Rejeitam-se cada vez mais as estruturas monolíticas e as relações autoritárias, a favor de outras mais fluidas e personalizadas. O trabalho e a organização tendem a ser encarados, segundo Kovács, não apenas como espaço de produção, mas também como espaço de produção social e cultural, onde se manifesta um sentimento de pertença. Advoga-se ainda que, face às mutações que vão emergindo, o velho paradigma do controlo taylorista tende a desaparecer para ser substituído pelo novo paradigma do "empenhamento", em que se procura «associar os trabalhadores directa ou indirectamente às decisões» (Kovács 1998: 117). Trata-se de teses que vieram colocar uma nova lógica na racionalização da produção, de carácter mais social, fundada numa maior flexibilidade decisional, e na liberdade do actor para tomar iniciativas e decisões. Não se trata apenas de uma nova orientação delimitada à renovação organizacional ao nível da execução, antes porém, incide sobre todo o sistema de produção. Este novo paradigma produtivo, designado de modelo antropocêntrico, contrariamente às lógicas tecnocêntricas, privilegia a competência, a responsabilidade, a melhoria contínua da qualidade dos recursos humanos pela integração da formação no trabalho, a introdução de uma flexibilidade funcional, a descentralização, a autonomia e a participação nas decisões (Kovács 1992, 1998; Terssac e Dubois 1992; Madureira 2000; Alves 2000).

As actuais teses sobre a concepção de eficácia organizacional perspectivam uma nova leitura sobre as formas de envolvimento dos trabalhadores nas organizações, que tem em conta não só o trabalho prescrito bem como o trabalho real. Refuta-se a fragmentação do saber do fazer e do agir do pensar. Trata-se, de uma renovação das teses dos anos 80 apresentada por Anni Borzeix e de Danièle Linhart (1988). Segundo as autoras, com a emergência das novas tecnologias elas

trouxeram uma outra concepção organizacional, valorizando não só a função de *atelier*, mas que suscitou simultaneamente a importância da chamada ideologia da participação e da transparência, em vez de uma ideologia dos antagonismos de classe. Para as autoras, as novas formas de participação na empresa colocam em evidência a fluidez das fronteiras entre o mundo formal e o mundo informal, próprios de uma empresa. Argumentam ainda Borzeix e Linhart (1988), a propósito da dinâmica da participação, que as novas formas de participação directa tendem apenas a transformar, por um lado, uma participação mais informal e numa "participação aberta", e, por outro lado, procuram contribuir para criar nas organizações novas "comunidades". Assim sendo, para falar de participação directa, Borzeix e Linhart (1988) consideram que é necessário esclarecer duas dimensões que a constituem: ^{a)} o acto que ela procura designar e, ^{b)} o sujeito, isto é, os indivíduos ou grupos que praticam a acção, uma vez que sem eles, esta não seria possível. Nestas novas teses da eficácia económica e gestionária, é importante que os membros dos grupos sejam incentivados cada vez mais a participar, esperando que a participação dos trabalhadores no seio dos grupos de trabalho, os torne mais "equilibrados", se assim se pode dizer.

Em suma, pode-se afirmar que hoje se combinam vários tipos de discursos, ora mais, ora menos optimistas, para justificar o envolvimento dos trabalhadores no processo de participação organizacional. Na óptica de Leana e Florkowski esta realidade pode ser descrita, tal como é sistematizado por Glew et al. (1995), em quatro eixos de orientação: ^{a)} Perspectiva de relações humanas: parte do princípio que os interesses, tanto do trabalhador como do seu superior hierárquico, podem ser servidos através do envolvimento do primeiro nos programas de participação; ^{b)} Perspectiva de recursos humanos: promove o envolvimento do trabalhador como um instrumento para o seu desenvolvimento; ^{c)} Perspectiva de democracia no local de trabalho: encara o envolvimento dos trabalhador como uma forma de redistribuição de poder no interior das organizações; ^{d)} Perspectiva gestionária e instrumental: encara o envolvimento do trabalhador enquanto veículo para atingir os objectivos da gestão organizacional.

É justamente esse tipo de discurso e de perspectivas que foi tomando forma como o principal suporte para o movimento participativo essencialmente implementado a partir da administração/direcção da organização. Porém, segundo

Glew et al. (1995), Cuning, Hyman e Baldry (1996) e Chisholm e Vansina (1993), para que as intenções participativas sejam eficazes implica que os gestores conheçam em profundidade os objectivos do programa a fim de os “conduzir” com maior sucesso do que aqueles que desconhecem esses objectivos. Face a esse tipo de entendimento, torna-se igualmente importante analisar os consensos na organização sobre os objectivos a concretizar, a fim de verificar se alguns gestores utilizam de forma instrumental a participação dos trabalhadores, e se outros a utilizam para adquirir informação que, em concreto, permita beneficiar o trabalhador. Para além disto, é fundamental verificar de que modo essas perspectivas influenciam a satisfação e a *performance* dos trabalhadores.

Face a este cenário, é de considerar que, em última instância, os objectivos dos gestores da organização podem também influenciar a extensão ou o grau de profundidade da participação directa dos trabalhadores. Ao subcreverem a tese de Saskhin, Glew et al. (1995) sugerem quatro áreas principais nas quais as técnicas gestionárias de participação directa podem aplicar-se: estabelecimento de objectivos, resolução de problemas, tomada de decisão e mudança na organização. Claro que a perspectiva organizacional, no que respeita à participação, irá influenciar os programas de participação directa que são implementados em extensão. Assim sendo, uma organização que privilegie uma perspectiva de recursos humanos poderá envolver trabalhadores em cada uma destas quatro áreas; por outro lado, uma organização cujos objectivos sejam puramente instrumentais, poderá limitar a participação directa dos trabalhadores apenas a uma das áreas, aquela que conduz directamente e em exclusivo à obtenção de resultados directos para a organização em si mesma (Glew et al. 1995). O que ressalta, aqui, é a ideia de uma certa erosão das formas de participação centradas no poder, em benefício do mero envolvimento dos trabalhadores ao nível das tarefas (Hyman e Mason 1995; Casaca 1998).

Sem pretender dissecar com maior pormenor o cenário da génese e da dinâmica da participação, nomeadamente no que se refere à lógica da organização para implementar e desenvolver as práticas e os programas de envolvimento e participação directa dos trabalhadores, é de considerar que a participação directa distingue-se substancialmente da forma indirecta (Quadro 1) e não pode ser vista enquanto situação estática de um mero envolvimento, mas

sim como um processo.

Em conclusão, existem duas alternativas para considerarmos a participação directa: por um lado, enquanto resultado da pura manipulação patronal e dos gestores de "topo"; por outro lado, enquanto forma de reivindicação de um reforço da democracia organizacional. A noção de participação é ambígua e evasiva, utilizada muitas vezes como «sinónimo de democracia industrial, o que por sua vez, tem para uns uma significação mais geral e para outros mais restrita, relativa a processos específicos de certos mecanismos decisoriais» (Baptista et al. 1985: 162-163). Desta forma, será que se verifica a existência de um novo paradigma organizacional, onde a luta pela competitividade se faz acompanhar necessariamente por uma maior democratização ou é simplesmente o sinal de uma nova ordem organizacional em crise? Será possível falar de uma nova democracia organizacional? Será que os trabalhadores possuem de facto "voz" activa? Será que os novos grupos de trabalho emergidos das lógicas de participação directa constroem e definem, em concreto, novas redes ou modos de cooperação e de sociabilidade em contexto de trabalho? Será que estas questões se verificam na prática? Ou serão os processos participativos mais virtuais do que reais em que só existem benefícios para os gestores?

Quadro 1
Participação Indirecta e Directa

Participação Directa	Participação Indirecta
* Inspirado e controlado pela gestão	* De inspiração governamental ou laboral
* Visa estimular as contribuições individuais	* Visa estimular os resultados colectivos dos trabalhadores
* É orientado para trabalhadores individuais	* É orientado para a representação colectiva
* As estruturas organizacionais são simples e pouco verticalizadas, apesar de as hierarquias se manterem vincadas	* A hierarquia é diluída
* Tende a estar vocacionado para as tarefas	* Esta vocacionada para a tomada de decisões a nível estratégico e tático
* Assume a organização como um todo harmonioso e uno (comunhão de interesses e objectivos)	* Assume a organização como um todo pluralista

Fonte: Sara Casaca (1998) adaptado de J. Hyman e B. Mason (1995), *Managing Employee Involvement and Participation*, Londres.

1.1.2. Participação e outras Encruzilhadas Organizacionais

1.1.2.1. Formas de Participação Directa e o Discurso do *Empowerment*

A participação directa, no sentido descrito anteriormente, é concebida então enquanto um processo social que se desenvolve a longo prazo e relativamente ao qual os actores definem e redefinem a sua forma e conteúdo ao constatarem com as suas vantagens e as suas desvantagens. A participação organizacional aparece pois, na perspectiva de John Geary e Keith Sisson (1994), Hyman e Mason 1995, Frank Heller et al. (1998), Glew et al. (1995), e Chisholm e Vansina (1993), enquanto um resultado de duas forças impulsionadoras; isto significa que a participação não é apenas o produto de um processo histórico (ou seja, uma consequência de mudanças a nível societal, político e económico), mas também, em si mesma, um processo (existente em cada local de trabalho) e cuja forma e conteúdo apresentam formulações e reformulações contínuas.

Para Geary e Sisson (1994), é importante a distinção entre as principais formas de participação directa: a participação consultiva (*consultive participation*) e a participação por delegação (*delegative participation*). Através da participação consultiva os trabalhadores são encorajados e até mesmo autorizados, quer enquanto indivíduos, quer enquanto membros de um grupo, a dar a conhecer os seus pontos de vista. Contudo, a gestão organizacional mantém para si mesma o direito de acção, como notam os autores. Um exemplo típico deste tipo de participação é dado pelos círculos de qualidade (*quality circles*), nos quais os trabalhadores, reunidos em pequenos grupos, se encontram regularmente no sentido de discutir soluções para os problemas diagnosticados a nível do seu trabalho e das tarefas que lhes são inerentes. Todavia, para os autores, este não é um caso de *empowerment* direccionado para a acção, uma vez que aos trabalhadores não é concedido o poder para implementar as soluções a que chegam, mas apenas para recomendá-las ou sugeri-las junto dos gestores da organização (Hardy e Leiba 1998; Geary e Sisson 1994).

O outro tipo de participação é a participação por delegação. Com o recurso a esta forma de participação, a responsabilidade que é colocada nas mãos dos trabalhadores tem vindo a ser tradicionalmente atribuída à área de gestão da organização. O mesmo é dizer que a participação é definida e desenhada no interior dos postos de trabalho dos indivíduos. Segundo os autores, são exemplos deste tipo de participação os grupos de trabalho semi-autónomos e o trabalho em equipa. Na sua forma mais desenvolvida e no sentido mais puro do termo, a participação por delegação relaciona-se com a cedência de autonomia aos trabalhadores por parte da gestão organizacional para a definição e preparação dos horários de trabalho, para o controle dos seus próprios métodos e tarefas respeitantes ao trabalho desempenhado, ou seja, para auto-gerirem o seu trabalho (Geary e Sisson 1994).

Este tipo de participação por delegação implica, por vezes, a existência de uma flexibilidade considerável entre diferentes categorias de qualificação profissional; assim, alguns trabalhadores qualificados fazem tarefas não qualificadas quando é necessário e trabalhadores anteriormente não qualificados podem receber formação adicional que lhes permite assumir responsabilidades na execução de tarefas mais qualificadas. No pólo oposto, a gestão organizacional pode desejar trabalhadores com qualificações equiparáveis para que possam circular entre diferentes tarefas tanto numa linha de produção como num escritório. A flexibilidade existente deve reportar-se, neste caso, a grupos de trabalho com qualificações comparáveis (Geary e Sisson 1994).

Um outro traço distintivo deste tipo de participação por delegação tem a ver com o alargamento da participação a formas diferentes de trabalho organizacional. Salientam os autores referidos, assim como Glew et al. (1995) e Chisholm e Vansina (1993) que é assim que aos trabalhadores é confiado o planeamento, a concepção e a execução da organização diária do trabalho. Mais uma vez, a participação directa vista nesta perspectiva, pode aplicar-se tanto aos trabalhadores que laboram individualmente, como aos que se constituem enquanto membros de um grupo.

Para Geary e Sisson é possível identificar a existência de quatro tipos de participação directa, aos quais é preciso adicionar a forma segundo a qual essa participação é implementada, uma vez que pode ter sido imposta pela parte de

gestão da organização ou regulamentada em conjunto com os representantes dos trabalhadores. Para além disso, é importante referenciar que estes tipos de participação podem ser meramente temporários ou permanentes. Os tipos de participação directa aqui referidos incluem as dimensões individuais e grupais deste fenómeno; essas dimensões, quando reunidas nas perspectivas por consulta e por delegação, dão origem a quatro conjuntos que podem considerar-se os quatro tipos fundamentais de participação directa.

Argumentam os autores citados que o primeiro conjunto reúne a participação consultiva e a participação individual; neste caso, os trabalhadores são meramente consultados de uma forma individual e são questionados acerca das suas perspectivas. A gestão, contudo, retém o direito de agir ou não de acordo com as sugestões e recomendações que lhe são feitas pelos trabalhadores de um modo individual relativamente à forma como encaram o seu trabalho. No que respeita ao segundo conjunto, sugerem que engloba a participação consultiva em grupo, as características são idênticas às do primeiro conjunto, exceptuando o facto de que os trabalhadores são consultados enquanto grupo. Quanto ao terceiro conjunto, no qual se encontra a participação por delegação individual, perspectivam Geary e Sisson (1994) que é concedido aos trabalhadores, enquanto indivíduos, um aumento do discernimento para organizar o seu próprio trabalho. O quarto conjunto, que engloba a participação por delegação em grupo, reflecte um pouco as características do terceiro; tal como no conjunto anterior, aos trabalhadores é concedido um acréscimo de discernimento relativamente ao seu trabalho, mas é o grupo que decide a divisão das tarefas e quem as executa.

Conforme foi acima referido, os tipos de participação directa apresentados por Geary e Sisson dependem da implementação da participação organizacional segundo vários níveis: unilateral, imposta ou conjunta e participada. Significa isto que é importante ter em consideração que esta participação pode ser imposta pela gestão organizacional ou pode ser um processo em que todos os implicados com a implementação da participação tenham uma palavra a dizer. Assim sendo, uma questão importante a referenciar quando se fala de participação directa por parte dos trabalhadores na organização é sobretudo a da estratégia dos gestores. Na verdade, existe uma importante distinção implícita na conceptualização da participação directa: a gestão prepara deliberadamente a reconstrução da

organização do trabalho e das relações sociais no local de trabalho. Numa perspectiva optimista, não se trata meramente de uma mudança comportamental por parte dos gestores; na verdade, com a participação directa é concedido aos trabalhadores um maior controlo sobre a sua situação de trabalho imediata, bem como são incitados a participar ao nível das decisões que se ligam com a organização do trabalho, na parte relacionada com a produção¹³.

Deste modo, perspectivando a participação directa numa lógica optimista, os autores consideram que os trabalhadores podem influenciar a forma como o seu trabalho é distribuído, a forma como o horário de trabalho é elaborado e quais os períodos de pausa a considerar em cada caso. Por outro lado, os trabalhadores são também fortemente encorajados na procura de soluções para os problemas organizacionais e na concessão de sugestões que contribuem para melhorar a eficiência organizacional. Isto implica evidentemente que os trabalhadores tornem suas as finalidades que a organização pretende atingir. Os interesses dos trabalhadores e os interesses dos empregadores devem estar em sintonia e ligados de uma forma que não permite a distinção entre objectivos de uns e de outros. Neste contexto de optimismo, a participação directa é utilizada enquanto meio ou instrumento gerador de compromisso por parte dos trabalhadores para com a organização, bem como gerador de motivação e de cooperação. Assim sendo, a participação directa é perspectivada então como o esforço realizado pelos gestores organizacionais com o intuito de obter o consentimento activo dos

¹³ Para Sara Casaca (1998), qualquer esquema de envolvimento dos trabalhadores no processo de melhoramento contínuo na produção podem ser considerados de participação directa. Este envolvimento pode realizar-se formalmente, mediante os denominados círculos de controlo de qualidade, ou dos processos de sugestões, conhecidos por *kaizen*. De acordo com o funcionamento deste, os trabalhadores podem apresentar formalmente as suas ideias, desenvolver a sua criatividade, associando-a ao saber-fazer da experiência adquirida. Em nome do *kaizen*, a organização investe nos trabalhadores, não só nas qualificações técnicas dos trabalhadores, mas sobretudo ao nível das qualificações tácitas, dotando-os com as qualificações apropriadas ao envolvimento na melhoria do processo. Trata-se assim de uma filosofia gestionária intervencionista por parte dos trabalhadores, e o seu objectivo é melhorar a qualidade do produto e a redução dos custos e desperdícios, com o recurso às ideias apresentadas por estes. Porém, segundo Sara Casaca, o método *kaizen* é intrinsecamente contraditório: por um lado, os trabalhadores têm oportunidade de tomar iniciativas e de mobilizar activamente a sua criatividade, por outro, no momento seguinte, exercem passivamente as tarefas que eles próprios desenharam, e que, no fundo, só irão contribuir para o aumento da produção e dos ganhos da empresa, sem, aparentemente, daí advir qualquer contrapartida para os seus autores. Por conseguinte, o princípio do *kaizen* e outros mecanismos de participação directa pressupõem que os trabalhadores, através da sua colaboração activa, alimentam a sua própria auto-subordinação, e estão essencialmente inspiradas por uma lógica instrumental, não sendo visíveis repercussões ao nível do *empowerment*, nem tão pouco da democratização das relações de trabalho nem da qualidade de vida no trabalho.

trabalhadores e ainda para os persuadir mais facilmente a trabalhar de modo árduo e diligente. Este tipo de participação directa não existe isoladamente de outros instrumentos (Martin 1994). Usualmente aparece acompanhada de um conjunto de outras iniciativas, todas elas definidas com o objectivo de se reforçarem mutuamente (Geary e Sisson 1994).

Efectivamente, o grau de integração pode ser distinto de empresa para empresa, de organização para organização, o que poderá ter repercussões no sucesso ou insucesso da participação directa. Desta forma, argumentam Geary e Sisson (1994) e Hardy e Leiba (1998) que estabelecendo uma comparação entre organizações que adoptam o *empowerment* e organizações que fazem uso das formas tradicionais de organização do trabalho (tayloristas), é possível verificar a que níveis se situam as diferenças de participação em organizações com filosofias de trabalho divergentes. Efectivamente, segundo os autores, analisando categorias como as estruturas hierárquicas, as fronteiras dos grupos, as estratégias gestionárias, as condições de trabalho, a autonomia dos trabalhadores, a sua disciplina e formação, constata-se imediatamente que as perspectivas organizacionais são diferenciadas nestas suas correntes de pensamento. Por exemplo, no que toca às estruturas hierárquicas, nas organizações que recorrem ao *empowerment*, estas são horizontais e em pequena quantidade, enquanto nas organizações tayloristas se verifica a existência de muitos degraus hierárquicos. Do mesmo modo, na estratégia gestionária nas organizações que utilizam o *empowerment*, este representa uma estratégia integrada e global, no que respeita às organizações tayloristas essa estratégia é implementada de modo gradual (Geary e Sisson 1994).

Um outro caso é a autonomia de que cada trabalhador dispõe para a realização do seu trabalho. Assim, tal como sugerem Cuning, Hyman e Baldry (1996), Hardy e Leiba (1998) e Geary e Sisson (1994), nas organizações que concedem o *empowerment* aos seus trabalhadores, a autonomia destes revela uma autogestão das tarefas e uma independência na forma como são realizadas. Por seu turno, nas organizações que apresentam formas tradicionais de organização do trabalho, a autonomia revelada pelos trabalhadores é limitada e pauta-se sobretudo pela descrição.

Em conclusão, a participação directa não parece exercer um efeito

imediatamente e automaticamente no seio da organização apenas porque e quando é implementada. É importante notar relativamente a este aspecto que a participação directa envolve não somente negociação entre os trabalhadores, sindicatos, o Estado e os trabalhadores, mas que é um processo contínuo ao qual é intrínseca uma definição e uma redefinição contínua das relações laborais. Pode acontecer que a gestão organizacional opte por introduzir as medidas de participação directa de um modo crescente, no início, e apenas quando se vislumbram alguns resultados dessa participação é que se planeiam e desenvolvem programas coerentes e sistemáticos de participação directa dos trabalhadores. É também neste sentido que pode afirmar-se que a participação directa é um processo contínuo que envolve em si mesmo todo um conjunto de oportunidades e constrangimentos. Todavia, os autores seguidos defendem que o gestor organizacional tem vindo a desempenhar, ao longo dos últimos anos, um papel nuclear no interior da organização, especialmente quando se trata de questões como a participação dos trabalhadores e as relações de *empowerment* subjacentes em todo o processo decisional laboral. Vejamos com mais algum pormenor esta questão do *empowerment*.

A ligação entre o *empowerment* e a participação não tem sido uma temática muito estudada pelos autores organizacionais. Sara Casaca refere que o conceito de *empowerment* traduz o processo mediante o qual a responsabilidade pelos níveis de qualidade e de produtividade e pelas condições de trabalho *desce* até ao ponto de produção (descentralização de poder). Para a autora, o termo *empowerment*, apesar de não ter tradução possível em português, reúne dois conceitos fulcrais: poder e responsabilidade. Argumenta ainda Sara Casaca que quando se afirma que os trabalhadores se encontram *empowered*, significa sobretudo que se admite que eles estejam a assumir responsabilidades que não detinham e que correspondiam a funções de chefia, tais como o controlo da qualidade, a manutenção do equipamento e a resolução de problemas relativos ao seu trabalho. Assim sendo, quando se discute o *empowerment*, remete-se à abordagem do poder, sendo todavia um termo ambíguo, já que o poder nas organizações é geralmente assimétrico, assim como as responsabilidades e as margens de auto-controlo limitadas (Casaca 1998). O poder legítimo no interior da organização é sinónimo de autoridade, quer para mobilizar os recursos da organização, quer para decidir se os grupos organizacionais devem ou não

participar nas tomadas de decisão, quer ainda a forma que essa participação deve revestir (Hardy e Leiba 1998). Tal como referi anteriormente, as perspectivas teóricas da participação partem do princípio que a decisão para convidar e permitir que os trabalhadores participem nos processos de tomada de decisão parte da gestão da organização, o que implica que a verdadeira participação seja encarada como a capacidade de dizer sim ou não aos esquemas de participação que são propostos ao trabalhador pela gestão, bem como a sua capacidade para influenciar a profundidade e a qualidade da participação (Glew et al. 1995; McCaffrey, Faerman e Hart 1995).

Para Hardy e Leiba (1998), tal como subscrevem Geary e Sisson (1994), o desenvolvimento da participação dos trabalhadores numa organização baseia-se em algumas exigências básicas: em primeiro lugar, a gestão deve assegurar-se de que o processo de mudança é iniciado e é sustentável ao longo do tempo; em segundo lugar, as estruturas e os processos devem ser desenvolvidos no sentido de um incremento da participação através da manutenção do poder legítimo ao nível das tomadas de decisão; por fim, o acompanhamento do processo de mudança é fundamental para garantir que os membros organizacionais terão não só um *empowerment*, mas também um lugar de destaque e influência no desenvolvimento do sistema de participação. Assim sendo, os gestores da organização apresentam, usualmente, razões instrumentais para implementar programas relacionados com o *empowerment*. Em última instância, o seu principal objectivo consiste em aumentar e melhorar a produtividade, baixar os custos, incrementar a satisfação dos consumidores e não pura e simplesmente democratizar a organização ou realçar a sua moral. Consequentemente, o *empowerment* insere-se numa iniciativa mais vasta, como é o caso do melhoramento continuado, da qualidade total da gestão e do *downsizing*, cuja finalidade consiste em melhorar a eficácia organizacional e realçar a sua vantagem competitiva (Hardy e Leiba 1998; Geary e Sisson 1994; Glew et al. 1995; Cuning, Hyman e Baldry 1996).

O *empowerment* funciona de duas formas essenciais. A perspectiva relacional do *empowerment* tem por finalidade reduzir as dependências que dificultam a consecução das tarefas através da delegação do poder e da autoridade. Argumenta-se ainda que este facto melhora a *performance* dos

trabalhadores, na medida em que aqueles que gostam de trabalhar para além do seu dever, acabam por arriscar e concretizar novas oportunidades, mobilizando o poder que lhes é delegado em benefício da organização. Este tipo de práticas participativas descentraliza o poder porque permite que os trabalhadores participem nos processos de tomada de decisão. Na verdade, onde quer que estas mudanças ocorram, os passos seguidos pela gestão pretendem assegurar que os trabalhadores não utilizem o aumento de poder para atingir os seus próprios objectivos à custa da organização. Por outras palavras, é permitido aos trabalhadores tomar decisões apenas quando inseridas em políticas específicas e em procedimentos preparados pela gestão organizacional. Estas formas de controlo são designadas por posicionamentos estratégicos: os gestores podem solicitar o contributo dos trabalhadores quanto aos níveis de *performance* adequados às suas tarefas; todavia, normalmente são os gestores que decidem acerca dos objectivos organizacionais e a forma de compensação relativamente à qual estes níveis de *performance* se desenvolvem. Consequentemente, as avaliações de *performance* descentralizadas são acentuadas pela compreensão das responsabilidades do trabalho e das medidas para alcançar o sucesso. A posição dos trabalhadores pode ser reforçada por recompensas que estabelecem uma ligação entre objectivos individuais e organizacionais, pela comunicação de uma visão partilhada, pela formação e pela educação. Todos estes elementos ajudam a aumentar o nível de consciencialização dos trabalhadores relativamente aos objectivos negociais estratégicos. Os trabalhadores são ensinados não apenas acerca dos aspectos relacionados com o seu trabalho imediato, mas também acerca das razões e processos que o determinam. Do mesmo modo, a formação ou dinâmica de grupo, a comunicação interpessoal, a liderança e o grupo de solução de problemas, podem também aumentar o grau de compromisso para com os objectivos organizacionais (Hardy e Leiba 1998).

Em contraste com a perspectiva anterior, a corrente motivacional do *empowerment* defende que as suas práticas de *empowerment* envolvem, regra geral, uma menor delegação de poder. Assim, o acento tónico é colocado na comunicação aberta e no estabelecimento de objectivos, no sentido de aumentar o grau de envolvimento e de compromisso dos trabalhadores na organização. Embora os trabalhos possam ser redimensionados através da perspectiva motivacional, o objectivo principal desta corrente consiste em fornecer

sentimentos de posse, responsabilidade e capacidade aos trabalhadores através das tarefas desempenhadas.

Ao ajudar os trabalhadores a sentir que detêm poder em aspectos importantes do seu trabalho e ao permitir que eles desenvolvam um sentimento de orgulho e de posse sobre o trabalho na organização, o *empowerment* pretende deixar os trabalhadores num estado de espírito optimista, envolvido, comprometido, capaz de lutar contra a adversidade e com desejo de desempenhar o seu trabalho de forma independente e responsável. Por outras palavras, a corrente motivacional do *empowerment* pretende, em traços gerais, melhorar a auto-eficácia, a crença individual de que o indivíduo consegue realizar um trabalho que lhe é atribuído. A auto-eficácia está directamente relacionada com a *performance* efectiva do trabalhador. Esta corrente centra-se neste conceito para evitar sentimentos de perda de poder e de submissão, vistos enquanto impedimento para a *performance*, quer envolvam ou não as práticas de delegação de poder e de autoridade (Hardy e Leiba 1998). As autoras que partilham deste modelo analítico do *empowerment*, referem que os programas de *empowerment*, da forma como são recomendados na literatura da gestão, representam um conjunto complexo de mudanças organizacionais, que não são necessariamente implementadas na sua totalidade no contexto de um programa individual. As modificações podem incluir o incremento dos sentimentos de auto-eficácia através de técnicas motivacionais, alterando o ambiente geral de trabalho no sentido da descentralização do poder. Assim sendo, como se materializa o *empowerment* num contexto de participação directa?

Em primeiro lugar, Hardy e Leiba (1998), Cuning, Hyman e Baldry (1996) argumentam que uma das dimensões que as práticas participativas de *empowerment* permitem, situa-se ao nível da transferência de alguns recursos para os trabalhadores. Contudo, como já referi anteriormente, os gestores da organização retêm para si o controlo de diversificados e importantes recursos, sobretudo o direito de contratar, despedir, promover os trabalhadores e controlar orçamentos, não concedendo esses recursos aos seus trabalhadores. Assim, o controlo de alguns dos recursos associados a esta dimensão de *empowerment* permanece na posse daqueles que detêm o poder. Para além disto, existe pouca discussão àcerca da forma como os recursos relacionados com os valores criados

pelo *empowerment* e os incentivos para o aumento do esforço e da responsabilidade devem ser distribuídos e acedidos no contexto da participação directa dos trabalhadores.

Um outra forma de materialização apresentada pelas autoras citadas refere que os trabalhadores que usufruem do *empowerment* conseguem assegurar o acesso a alguns dos processos de tomada de decisão, dos quais eram inicialmente excluídos. Contudo, o controlo último e final destes processos participativos permanece normalmente nos gestores seniores da organização, que preparam os parâmetros dentro dos quais os subordinados têm de operar. Uma vez que os gestores continuam a preparar a agenda e a determinar a direcção estratégica da organização, o futuro não é virado para a participação, mas ditatorial. Deste modo, embora alguns elementos da primeira e segunda forma de *empowerment* sejam entregues às mãos dos trabalhadores, os gestores continuam a controlar outros aspectos desta lógica da participação directa.

Para Hardy e Leiba, as práticas de *empowerment* podem assentar por parte da gestão, na ênfase a questões como a selecção e a socialização dos trabalhadores, bem como a socialização no sentido de legitimar objectivos organizacionais. Advoga-se neste contexto participativo que o incremento da comunicação pode promover as prioridades organizacionais através da implementação de concepções partilhadas dos objectivos da organização entre os trabalhadores. Espera-se, assim, que através da participação directa se verifique a potenciação de um *empowerment* que permita reduzir o conflito. Em última instância, espera-se com a materialização de mecanismos de *empowerment* realçar o consenso e a cooperação através de conceitos como associados, membros de uma equipa (Cunning, Hyman e Baldry 1996). Neste caso, o que está subjacente é uma prática participativa onde o controle é exercido pela gestão através da linguagem e do trabalho de equipa.

Neste sentido, o *empowerment* pode ser visto como um exercício de participação directa por parte da gestão organizacional no sentido de aumentar a legitimidade dos objectivos organizacionais e para influenciar o comportamento no sentido da cooperação. Por outras palavras, os programas de *empowerment* são importantes porque utilizam o poder gestor para criar nos trabalhadores a percepção de que os interesses organizacionais e os seus próprios interesses

individuais são convergentes. É por isso que, na perspectiva dos optimistas, o recurso a programas de *empowerment* torna desnecessário o recurso a formas mais visíveis ou coercivas de poder para assegurar que os objectivos organizacionais sejam aceites por todos os membros sem resistência. Quanto mais forte é este controlo, menos provável se torna a transgressão das normas organizacionais, pelo que mais confortáveis se sentem os gestores ao delegarem parte do seu poder. Neste caso, perspectiva-se que os gestores são capazes de conceder aos trabalhadores um acesso a recursos alargados, evitando a oposição ao reduzir a vontade dos trabalhadores para utilizar este novo poder de uma forma oposta à organização (Hardy e Leiba 1998; Cuning, Hyman e Baldry 1996). Assim sendo, é de considerar que os trabalhadores podem aceitar em participar no processo de *empowerment*, sobretudo quando tais práticas de *empowerment* possam, em concreto, conceder autonomia, variedade e desafio, afrouxar o controle formal, potenciar as oportunidades de iniciativa pessoal e originam uma convivência com os objectivos organizacionais colectivos.

Porém, ao analisar com mais pormenor as três formas de desenvolvimento e materialização do *empowerment*, pode ver-se de que modo estas práticas de participação directa acabam por limitar a delegação de poder no interior da organização. Se é verdade que se perspectiva que alguns dos elementos da primeira e segunda forma de *empowerment* podem ser transferidos para trabalhadores que ocupam um nível inferior na organização, nomeadamente através do acesso mais alargado a alguns recursos e processos, verifica-se que a terceira forma de *empowerment*, o poder e o controlo organizacional, permanece com os gestores (Hyman e Mason 1995 Cuning, Hyman e Baldry 1996). Para Hardy e Leiba, no caso de programas que realçam a perspectiva motivacional, é provável que a delegação de poder para os trabalhadores seja ainda menor do que na perspectiva relacional. Além disso, segundo as autoras, é de considerar que qualquer transferência de poder de decisão que ocorra, é, muitas vezes, fragmentária e limitada à relação existente entre os gestores de nível inferior e os seus trabalhadores. Por outras palavras, o poder dos gestores de *topo*, que normalmente ditam a forma e o período de implementação das iniciativas de *empowerment*, permanece intocável.

Em suma, retira-se da análise desta perspectiva pluri-dimensional que,

embora os programas de participação directa enfatizem o *empowerment* e prometam poder de decisão aos trabalhadores, nem sempre se cumprem essas promessas de delegação de poder e responsabilidade aos trabalhadores.

1.1.2.2. A Outra Face da Participação Directa. Novas Críticas para Velhas Questões

Tal como referi anteriormente, em termos teóricos, um cenário de participação directa é deveras atractivo. Isto porque, em primeiro lugar, um ambiente de trabalho participativo facilita a partilha de conhecimentos entre os trabalhadores e os gestores, sendo por conseguinte, *a priori* mais propício para fomentar a inovação. Em segundo lugar, um cenário participativo inspira segurança, facto que pode traduzir não só uma maior estabilidade das empresas no seu nicho, mas também uma oportunidade para as mesmas alcançarem maior desempenho, eficiência e produtividade. E por último, em contexto de participação directa, os trabalhadores sentem-se mais realizados, porque lhes permite ter "voz activa" nas decisões sobre o trabalho, situação que certamente reforça o seu *empowerment* e o seu compromisso com a sua organização (Geary e Sisson 1994; Knudsen 1995; Markowitz 1996; Hyman e Mason 1995; Hardy e Leiba 1994).

Na prática, a "nova" retórica da participação directa reflecte um feixe de questões não lineares. Tal como apresentei anteriormente, o conceito de participação apresenta uma longa história na teoria organizacional, destacando-se sobretudo nos campos do comportamento organizacional e no que respeita à gestão da organização. Sobretudo nos últimos cinquenta anos têm sido numerosos os argumentos elaborados contra a participação ao nível organizacional que, muitas vezes, têm resultado em impasses. Contudo, a sua sistematização revela-se importante para pensar a participação directa nalgumas das suas inúmeras facetas.

O que se tem verificado na maioria das organizações, é que para os trabalhadores, a questão da existência ou não das práticas participativas directas,

por vezes, lhes é indiferente. O que lhes interessa, essencialmente, é a melhoria das condições de trabalho (Cristovam 1988). Para as organizações sindicais a questão é outra. Elas têm olhado para as iniciativas de participação com alguma desconfiança. Isto porque tais iniciativas são entendidas como formas que podem contribuir para a erosão da representação dos trabalhadores, por enfraquecimento ou até substituição do sindicato (Hogler e Grenier 1992; Parker e Slaughter 1988; Fantasia et al. 1988; Kovács 1998; Casaca 1998), transferindo a lógica da sede da tradicional representação sindical para outra base organizacional: indivíduos, grupos de trabalho, etc. (Cristovam 1988). Assim, apesar da participação directa tender cada vez mais «a ser reconhecida como um dos factores centrais da melhoria da produtividade, da igualdade e da performance das empresas no contexto da intensificação da competição e da globalização» (Kovács 1998: 117), ela é algo que aparece como "estranho" à lógica da representação sindical na democracia organizacional (Fantasia et al. 1988; Marchington et al. 1994).

Subentende-se aqui que a democracia organizacional não deve assentar na participação directa, mas sim na competição entre as elites sindicais face ao poder da direcção. Tal como nota Dominique Martin, a difusão do poder dos trabalhadores, em geral, representa em si mesma um perigo, uma vez que a sua materialização pode levar a um reforço do autoritarismo no interior da empresa e ao enfraquecimento da capacidade dos aparelhos organizados, como o sindicato, de constituírem um contra-poder. Face a esta realidade, a autora sugere que podem extrair-se três princípios respeitantes à conceptualização da democracia organizacional: o diálogo com a direcção passa exclusivamente pela representação dos trabalhadores; a arma das organizações sindicais é acima de tudo o da negociação colectiva; o facto dos sindicatos e/ou os trabalhadores da base gerarem problemas ao nível da organização do trabalho arrisca-se a consumir um tempo precioso no jogo de uma participação directa que, em definitivo, corrói os fundamentos da acção sindical (Martin 1994).

Uma outra situação que tem sido constatada, é de que, com a introdução das práticas de participação directa, o local de trabalho passou a ser apenas um local onde se desenvolvem, experimentam e se aplicam, individual e colectivamente os saberes. Esta perspectiva é a que se verifica, de facto, hoje em dia. A competitividade, o desejo cada vez maior de obtenção de *lucros* são as

condições que fazem com que a participação dos trabalhadores não seja desinteressada, mas tenha sempre uma intenção subjacente. De facto, para alguns dos críticos mais radicais sobre a participação, os trabalhadores não têm na prática voz activa sobre as decisões e as empresas utilizam apenas a retórica da participação, não para motivar de forma desinteressada o trabalhador, mas sim para se apropriar do seu saber-fazer, dos seus conhecimentos, sem lhe conceder muito (Hogler e Grenier 1992; Parker e Slaughter 1988; Fantasia et al. 1988). Um outro argumento a realçar contra a participação directa é o de que esta não é eficiente. Ilona Kovács tem igualmente uma atitude crítica sobre a questão da participação, afirmando o seguinte:

«frequentemente, a promoção numa perspectiva tecnicista de algumas formas de participação, tais como círculos de qualidade e grupos de animação, não aumentam a participação de facto, por deixarem intactos os principais factores de não participação ligados à organização do trabalho: conteúdo pobre e conhecimentos limitados» (Kovács 1998: 123).

Apesar das iniciativas de participação, enquanto métodos inovadores, terem sido bastante difundidas desde a década de 80, preconizando uma (re)organização do trabalho distante do velho paradigma taylorista do controlo, hoje, sabe-se que a maioria destas experiências falhou¹⁴.

Hyman e Mason (1995), Hardy e Leiba (1994), Casaca (1998), Locke e Schweiger (1979) encontram-se entre os autores que tecem igualmente as mais duras críticas à participação no seio organizacional. Estes autores perspectivam a participação directa de uma forma limitada e puramente instrumental, definindo-a enquanto técnica de gestão que envolve fundamentalmente a tomada de decisão colectiva e em que apesar da satisfação e da produtividade serem identificadas como variáveis fundamentais no processo participativo, elas não são determinantes. Na sua opinião, os estudos empíricos realizados neste campo não conseguem provar de forma inequívoca que a participação directa conduz

¹⁴ Por exemplo, «Em Portugal várias experiências com círculos de qualidade falharam precisamente porque havia contradição entre aquilo que se passava nas reuniões do grupo e no trabalho quotidiano. Por um lado solicitou-se a participação em grupos destinados a procurar soluções para o melhor funcionamento da empresa e, por outro lado, excluiu-se a participação na situação do trabalho. Soluções contraditórias deste tipo não podem coexistir durante muito tempo» (Kovács 1998: 124).

necessariamente a um aumento da produtividade na organização.

Locke e Schweiger (1979), através da análise realizada a cinquenta estudos relativos à participação, estes autores demonstram que não existe uma relação consistente entre a tomada de decisão participativa ou autoritária e a produtividade. Concluem desta forma que, uma vez que a participação directa apenas melhora a produtividade e a satisfação no trabalho sob determinadas circunstâncias, a sua utilização deve restringir-se às situações organizacionais que se aproximam destas condições.

Outros autores sustentam que a participação organizacional directa prejudica o bem estar dos trabalhadores. De acordo com esta linha de pensamento, os trabalhadores perdem de diversas formas quando as organizações implementam práticas de participação no seu interior. Uma possível ameaça resulta da possibilidade dos trabalhadores ficarem seduzidos pela participação e começarem a acreditar que os seus interesses são coincidentes com os interesses organizacionais. Este pensamento leva os trabalhadores a assumir que a organização irá tomar conta deles. Aos trabalhadores deve ser garantido um tratamento justo através de um processo negociado de jurisprudência organizacional em que existe uma independência entre este processo e os valores e filosofias pessoais dos executivos e gestores da organização (Hogler e Grenier 1992; Parker e Slaughter 1988; Fantasia et al. 1988; Kovács 1998; Casaca 1998).

Um outro perigo para o bem estar dos trabalhadores relaciona-se com a pressão exercida pelos grupos organizacionais. Uma vez que a implementação de práticas de participação directa no interior de uma organização leva a mudanças no trabalho realizado e no local onde esse trabalho decorre, surgem também mutações nas relações a nível do sistema social informal. Os trabalhadores que são envolvidos em processos de participação acabam por ser vistos, pelas pessoas com quem se relacionam no interior da organização, como desviantes. A pressão proveniente desses grupos pode tornar-se bastante intensa e os indivíduos que adquirem práticas de participação directa podem passar a ser vistos como instrumentos da direcção. A pressão exercida por estes grupos pode originar os mais diversos efeitos, como o atraso no desenvolvimento das técnicas de participação directa, podendo levar, em casos extremos, a que os esforços de participação falhem. Para além disto, os trabalhadores podem ser

permanentemente afastados das relações pelos membros do seu grupo. Os primeiros trabalhadores que tentam novas aproximações à participação podem ser vistos como traidores passando a ser excluídos dos seus grupos informais de trabalho quando decidem tentar a via da participação directa.

Alguns autores adoptam a visão de que a participação directa está errada. As teorias tradicionais da organização e da gestão realçam sobretudo a divisão de tarefas entre os gestores e os trabalhadores. Um dos objectivos assumidos da organização científica do trabalho consiste na remoção de toda e qualquer capacidade de pensamento por parte dos trabalhadores. A teoria *tayloriana* previa que as capacidades de pensar, planear e decidir fossem retiradas dos trabalhadores e concedidas unicamente aos gestores e supervisores do trabalho. Os trabalhadores apenas deviam seguir as instruções que lhes eram dadas relativamente às tarefas e desempenhá-las da melhor forma possível, considerando que essas instruções correspondiam à melhor forma de realizar o seu trabalho. Estes princípios continuam a ter um impacto forte nas crenças e acções de muitos gestores e trabalhadores (Heller et al. 1998). Desta forma, se se considerar que para a maioria dos gestores é fundamental a existência de uma fronteira de separação entre os papéis de “pensamento” e de “acção”, é errado pensar a participação do lado dos “executantes”, sobretudo no que respeita aquilo que deve ser feito e à forma como o trabalho deve ser executado. O grau em que a participação directa seja um erro, varia consideravelmente de uma organização para outra, uma vez que cada uma delas apresenta estruturas (número de níveis hierárquicos, número de departamentos especializados), culturas (normas e valores) e filosofias gestionárias diferenciadas.

Argumenta-se ainda que a participação directa é um mito (Heller et al. 1998). Vejamos. As estruturas de poder e de manutenção de poder constituem elementos-chave nas organizações. Os indivíduos que têm o poder de tomada de decisão procuram o poder definido no interior da organização em que se situam; isto implica que os dirigentes organizacionais temem fundamentalmente a perda do seu poder e, em consequência, da influência legitimamente resultante desse poder. A posição definida através deste argumento sustenta que não é realista pretender atingir mais do que uma participação superficial da parte dos trabalhadores. Para além disso, este comportamento é fomentado por parte dos

dirigentes organizacionais que se mostram relutantes em aceitar um envolvimento real dos trabalhadores no que respeita a tomadas de decisão importantes. Aliás, tal como refere Sara Casaca que, quando os gurus da gestão

«argumentam a favor de um modelo participativo, nem sempre se movem por orientações de natureza antropocêntrica, centrada na humanização, na igualdade de mão-de-obra, na estabilidade do emprego e na democratização das relações de trabalho» (Casaca 1998: 65).

Assim, apesar de se enfatizar na actualidade a ideia da inevitabilidade das organizações implementarem práticas participativas e serem dotadas de trabalhadores motivados, criativos e portadores de um "saber-fazer", com a capacidade de se adaptar, em tempo útil, a todas as alterações, em última instância tais práticas não refutam a fragmentação do saber no fazer e do agir no pensar. Critica-se a participação, porque não se trata de uma inovação na organização de trabalho, mas sim de uma renovação das lógicas *tayloristas*, a separação entre o comando e a execução. Situa-se, assim, num pólo, quem organiza e prepara os esquemas ou iniciativas de participação directa; e no pólo oposto, todos aqueles que executam e reorganizam os modos de trabalho de forma solidária e solitária, mas distantes dos centros de decisão. Tais situações traduzem-se, portanto, em duas lógicas produtivas de trabalho: uma clandestina, assente nos sentimentos, e outra, baseada na eficácia económica. Identificam-se, assim, nas organizações, duas categorias de trabalhadores: uma que simboliza a exclusão, a luta de classes, a recusa da ordem estabelecida; uma segunda categoria que se refere às responsabilidades hierárquicas e funcionais, aos quadros técnicos, integrada na categoria dos dirigentes (Borzeix e Linhart 1988).

Reforça-se, assim, a noção de que o desenho das organizações que apelam a prática da participação directa, é uma pirâmide de controlo, semelhante à da era fordista¹⁵. A autoridade, para implementar iniciativas ou esquemas

¹⁵ Apesar de não caber aqui uma discussão em torno da problemática do *fordismo*, tornam-se convenientes alguns considerandos sobre a sua noção. Entende-se por *fordismo* um regime de acumulação monopolista que se desenvolveu principalmente a partir da segunda guerra mundial e que basicamente assentava nas teses da organização científica do trabalho taylorista - *one best way*, para a obtenção de elevadas taxas de produtividade (Lipietz e Leborgne 1987). Na verdade, a noção de *fordismo* é tributária das lógicas de produção da indústria automóvel. Assim sendo, na essência do conceito encontra-se um modelo taylorista-fordista de organização do trabalho, fundada na separação entre concepção e execução do trabalho, centralização das decisões e do

participativos, é uma prerrogativa atribuída aqueles que possuem uma posição-chave no topo da hierarquia da organização. Aos trabalhadores só lhes é reservada a possibilidade de se organizarem hierarquicamente, de obedecerem às instruções dos quadros superiores, expressas formalmente e em termos de regras inquestionáveis. Ou seja, nos contextos sócio-organizacionais de participação directa mantêm-se os princípios de controlo, vigilância e supervisão, em tudo muito próximos das organizações da era da modernidade com um desenho de exercício da autoridade marcadamente weberiano. Por outras palavras, no quadro desta ideologia de competitividade, não se assiste à criação de um novo modelo de produção, nem se materializa na prática a verdadeira aposta no saber-fazer, na criatividade e na inteligência dos recursos humanos, nem tão pouco se verifica qualquer mudança na estrutura das organizações. Apenas se exige que os trabalhadores sejam qualificados, polivalentes, adaptáveis e cooperativos, e que difundam o saber-fazer informal no seio dos grupos, porque é indispensável para a estabilidade, para o *status quo* da empresa.

Assim, na realidade, a participação, não alimenta a utopia de uma organização reconciliada consigo mesma, à imagem de uma comunidade que transcende a lógica dos interesses e já não é vista necessariamente como pertença de uma direcção esclarecida. A participação directa surge então como um produto de relações sociais, sem que exista um movimento social de suporte e em que as

controlo sobre o processo produtivo, fragmentação e simplificação das tarefas, 'desqualificação' do trabalho, alienação, desmotivação e conflitos laborais. Trata-se assim de um modelo fundado numa visão mecanicista, onde os trabalhadores se resumem a meras peças do jogo económico, e em que não há lugar para a subjectividade e a identidade, nem tão pouco se admite qualquer franja de criatividade dos trabalhadores (Casaca 1997; Kovács 1997, 1992). Neste processo de intensificação do processo de racionalização da produção, desqualificam-se os trabalhadores, não só porque se perspectiva que através deste processo se reduzem os custos de produção, mas também, porque se torna mais fácil controlá-los (Braverman 1974). As implicações deste modelo, mais concretamente da ideologização de centralização subjacente ao *fordismo*, foi profunda no plano das políticas de desenvolvimento económico. Tal lógica de centralização, conduziu nomeadamente à génese de uma espacialização *fordista* do funcionamento da economia. A sua sedimentação foi facilitada pela intervenção reguladora do Estado na construção de uma relação salarial, que modelava em simultâneo as formas de produção e o desenvolvimento de normas de consumo. Assim «as características essenciais deste modelo original são duas e dizem respeito, uma ao sistema tecnológico industrial e, outra, à relação capital/trabalho. A primeira significa, principalmente, as grandes aquisições no âmbito da racionalização e divisão do trabalho, da incorporação dos *savoir-faire* sistematizados em equipamentos especializados, do aumento do tamanho das unidades de produção, tendo em vista obter rendimentos de escala crescentes, do impulso originado pela difusão dos bens de consumo duráveis. Sendo esta a característica que dá impulso ao sistema ela não será, contudo, a mais original: de facto, o fordismo representa uma incorporação e, evidentemente uma maturação da lógica organizacional do taylorismo» (Reis 1992: 31-32).

suas fronteiras institucionais não estão inteiramente definidas. É neste sentido que Dominique Martin (1989, 1994) argumenta que a participação directa constitui um início, um período em que parece que se dá a reabilitação da empresa em todos os sentidos, mas que na realidade não se presta atenção suficiente à diversidade das suas culturas e aos processos de simbolismo que a atravessam, bem como ao reconhecimento das identidades¹⁶ colectivas em busca da legitimação e da capacidade de negociação que a compõem. Preconiza-se, assim, uma nova era e lógica de produção, que apesar de privilegiar a inovação tecnológica, a qualidade e as teses da pós-modernidade - desdiferenciação, desdemarcação e multiquificação (Clegg 1998), não vem substituir na prática as teses taylorista-fordista, mantendo as lógicas da modernidade, entre as quais a separação do autor da sua obra e/ou a audiência da actuação¹⁷. Assim sendo, é de considerar que as iniciativas de participação directa são implementadas e aceites nas organizações, porque se instala o "medo" do declínio da produtividade, o "medo" de relações hostis dentro da organização e o "medo" do "abandono" das

¹⁶ A questão da identidade e da sua conceptualização tem constituído fonte de imensos trabalhos, entre os quais se destacam os de Dubar (1995) e de Sainsaulieu (1987). Porém, a discussão teórica sobre a génese da identidade profissional é uma questão que tem incidido em áreas distintas que vão desde os fenómenos de poder, à aprendizagem colectiva e se cruzam com a problemática da mobilidade social, conferindo assim à análise da identidade profissional, um carácter de construção e procura permanente de um tipo ideal de formas identitárias com certas características homogéneas. Em termos estritos, o interesse na discussão em torno das identidades no trabalho radica, por um lado, no pressuposto de que as diferenciações que se operam no seio das profissões (serviços ou indústrias) podem fazer emergir, em função da competência específica de cada uma delas, uma dada cultura ou culturas com características singulares e, por outro lado, a sua discussão permite igualmente elucidar os processos complexos da visibilidade social das organizações, e da lógica do espaço estruturado e estruturante, onde a vida quotidiana das profissões se constrói e reconstrói. Entender a identidade profissional, enquanto fenómeno sociológico, passa por uma abordagem da relação indivíduo-organização, no âmbito da qual as interações sócio-organizacionais vão estruturando o quotidiano dos actores. Mas, a identidade profissional não se confunde com a identidade social. A este propósito sistematiza Schnapper, referindo que a identidade profissional se reporta às categorias identificáveis no sistema de emprego, reenviando a questão à esfera económica, e, quanto à identidade social, esta reporta-se ao domínio do *status social* (Dubar 1995).

¹⁷ Na actualidade, o saber e a formação emergem, portanto, como requisitos para a excelência organizacional. A participação directa e a cooperação emergem cada vez mais como "utensílios" imprescindíveis, razão pela qual se perspectiva que os modos de regulação hierárquicos devem ser substituídos por regulações que promovem a interactividade. Hoje nas organizações, mais do que a necessidade de coordenar, exige-se a necessidade de cooperar e sobretudo de participar, o que obriga às organizações a toda uma capacidade de elasticidade e flexibilidade, actuando de uma forma renovada a todo o momento. Todavia, na prática, a existência real de organizações pós-modernas é ainda uma questão duvidosa. As principais críticas, que se colocam em relação às perspectivas pós-modernas, situam-se ao nível da falta de uma adequada evidência empírica no domínio dos constructos teóricos e na fragilidade das interpretações analíticas (Reed 1992). Para uma melhor compreensão das características das organizações modernas e pós-modernas, vejam-se as obras de Clegg (1998) e Reed (1992).

peças nas organizações (Kovács 1998). Também é de admitir que

«é ilusório pensar que as formas institucionalizadas de participação podem contribuir realmente para a melhoria da *performance* da empresa quando paira a ameaça permanente de despedimentos. É ilusório pensar que formas institucionalizadas de participação ganham grande adesão e entusiasmo quando se mantêm inalterados os princípios de organização do trabalho» (Kovács 1998: 124).

Depois do período e da época dourada do *taylorismo*, a participação directa começa a aparecer sobretudo enquanto tensão entre a vontade democrática e a vontade de mobilização. Tal como nota Dominique Martin (1994), o seu principal objectivo pauta-se, antes de mais, pelo ataque ao núcleo duro do poder patronal e dos gestores, mas não prevê a constituição de um novo tipo de organização onde o princípio da implicação colectiva de todos os indivíduos da organização, traduzido numa implicação mais igualitária é adoptado, face às regulações burocráticas e hierarquizadas. Por outro lado, segundo a autora, a participação directa aparece apenas como um esforço no sentido de favorecer o encontro e o diálogo entre as regulações tradicionais na base e as regulações de controlo existentes no topo.

Face ao exposto, a participação directa implica sempre a existência de uma hierarquia e de uma divisão de trabalho. Por outro lado, em contextos de participação directa, o indivíduo é "instrumentalizado", porque é visto enquanto um meio para atingir um fim que é o aumento da produtividade da empresa. Assim sendo, advoga-se uma participação com o envolvimento aberto de todos, mas na prática, ela tem sido apenas fomentada pelas hierarquias de gestão, no sentido de beneficiar a própria empresa e maximizar os *lucros*. Por outro lado, no que diz respeito à democracia organizacional, esta funciona em consonância com o princípio de um mercado em que o objectivo fundamental das práticas participativas directas consiste em captar a lealdade de uma "base", da qual os representantes não exigem mais que a ratificação periódica, de modo a legitimar as suas próprias acções. Os trabalhadores vêm-se assim reduzidos ao estado de uma "base-objecto" cuja finalidade consiste apenas em depositar a sua confiança numa direcção ou em colaborar com o sindicato, depois da selecção entre os diversos actores sindicais ao seu dispor (Martin 1989, 1994).

Dar voz aos trabalhadores parece ser uma questão mais virtual do que real. Por isso, a participação directa pode ser igualmente entendida, como uma perspectiva que instrumentaliza o trabalhador para se aproveitar do seu saber-fazer, tal como já referi anteriormente. É de concluir, assim, que na realidade de que se privilegia hoje, é sobretudo a ideia de cooperação em vez de participação. Isto porque segundo Cláudio Teixeira (1994), a participação tem de ser efectuada e vista como uma congruência organizacional, o que quer dizer que a participação não pode ser implementada numa lógica coerciva, nem alienada, mas sim deve significar sobretudo que o trabalhador "é parte de", ou seja, "está dentro" da organização. Para o autor, a lógica da cooperação fundamenta-se no "fazer" e na "construção", ou seja, no "fazer obra com". Assim sendo, numa primeira aproximação parece-me que falar em participação directa, é sobretudo falar em cooperação nos objectivos organizacionais.

Em síntese, ao longo dos anos, uma grande variedade de argumentos têm vindo a ser elaborados contra a participação directa a nível organizacional. O primeiro destes argumentos é estritamente instrumental, uma vez que, para alguns autores, a participação directa não influi de uma forma positiva na forma como o trabalhador executa as suas tarefas. Por este motivo, Heller et al. (1998) sentem que a participação directa deve ser utilizada apenas sob circunstâncias bem delimitadas. Para a segunda posição referenciada, a participação directa cria expectativas no trabalhador, sobretudo quando se reporta a organizações bastante hierarquizadas. Neste caso, a participação directa pode ser um instrumento que auxilia o trabalhador na sua sobrevivência, mas falha quando se trata de modificar a natureza das organizações. A terceira perspectiva acredita que a participação directa prejudica o bem estar dos trabalhadores no interior da organização. Alguns dos perigos da sua implementação levam os trabalhadores a não desenvolver estruturas formais e processos que influenciem as decisões realmente importantes que afectam directamente o seu trabalho quotidiano. O último dos argumentos realça o facto de que a participação directa está errada, baseando-se em suposições relacionadas com as organizações tradicionais, nas quais o papel dos gestores torna impossível a existência de participação por parte dos trabalhadores (Heller et al. 1998).

Para Borzeix e Linhart (1988) falar de participação implica falar de

aspectos reais como a "reunificação da empresa", a "atomização dos trabalhadores", a "transparência e codificação do mundo informal da empresa", uma vez que permitem em simultâneo considerar a importância das formas de sociabilidade e os modos de integração dos trabalhadores na empresa, sendo eles o centro da questão da participação. Assim sendo, a actual estratégia das organizações na gestão de recursos humanos deve assentar não só numa política estratégica que promova a participação "aberta", como também numa estrutura de base que permita a reacção da parte dos actores, quer de base, quer de topo, nomeadamente através do contacto, da participação directa, do envolvimento e do *empowerment* de todos na mudança organizacional. Dito de outro modo, exige-se na actualidade um virar de atenção para uma nova forma de actuação nas organizações, na medida em que nas decisões e actividades passa a estar presente também a opinião dos trabalhadores¹⁸. Este aspecto, vem introduzir mais uma ruptura, ou seja, a necessidade organizacional de se centrar nas competências dos seus actores, deixando estes de serem manipulados e passando a actuar activamente e de uma forma estratégica no auto-desenvolvimento das suas competências.

Assim sendo, no mundo real do trabalho, a lógica da participação directa só adquire sentido se implicar que os trabalhadores participem na vida activa da organização, através de relações fluídas que vão do topo à base, e da base ao topo. Neste sentido, para a implementação da participação directa, devem-se privilegiar cada vez mais as relações de trabalho fluídas, em detrimento das relações monolíticas e autoritárias (Silva 2000). É imprescindível ter em atenção os constrangimentos dos actores, na medida em que todos os trabalhadores, enquanto actores sociais possuem as suas estratégias individuais e colectivas que os orientam na participação ou rejeição das lógicas de vivência organizacional.

¹⁸ Se na era da pós-modernidade as organizações apostam na difusão da missão, das metas e das estratégias, na democracia das relações intra-organizacionais, no *empowerment* de todos os actores, na flexibilização das responsabilidades e das relações intra-organizacionais e no desenvolvimento das competências, no planeamento e comunicação com técnicas de longo prazo, na colectivização da relação entre o desempenho e a recompensa, e numa liderança baseada na confiança (Clegg 1998), então, no local de trabalho e na própria empresa, o trabalhador deve ser considerado como uma "pessoa" com capacidade para criar e tomar iniciativas no plano individual e colectivo. A mudança organizacional no sentido da participação aberta obriga também a uma consequente alteração ao nível dos próprios comportamentos, formas de estar e de relacionamento dos actores envolvidos.

1.2. O Olhar dos Olhares na Saúde

Este capítulo estabelece uma ponte entre o capítulo precedente e o seguinte, como forma de alargar e aprofundar a inteligibilidade da problemática teórica e da perspectiva analítica. Entendo que não interessa analisar as tendências e mudanças das práticas na saúde, nem reflectir sobre a participação na organização, distanciando-me das configurações intrínsecas das lógicas das profissões nos contextos de trabalho. Isto equivale a dizer, em concreto, que pretendo averiguar e repensar, num primeiro momento, o significado das relações profissionais e a sua implicação na organização do trabalho para, a partir desse eixo, que denomino de “governabilidade” no campo da saúde, demarcar um terreno, e quiçá uma perspectiva epistemológica, para lançar um olhar sobre os mecanismos conceptuais e analíticos que me permitem interrogar as possibilidades da enfermagem na materialização de práticas participativas na saúde.

No domínio da análise do *locus* da produção de cuidados de saúde é de destacar o trabalho de Graça Carapinheiro (1993). Na sua obra — *Saberes e Poderes no Hospital* —, a autora apresenta o hospital como o local onde se produzem não só as técnicas curativas de doenças, a que chama de objectivos oficiais, utilizando a terminologia de Perrow (1965), mas também o local por excelência da apresentação da medicina como uma “ideologia social”, como uma “instituição de controlo social” donde sobressai a influência do poder médico. Nas palavras da autora, o hospital surge como uma organização complexa, com partes características de uma organização burocrática onde

«o crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional» (Carapinheiro 1993: 46).

Carapinheiro (1993) ocupa uma parte significativa da sua obra em torno do debate àcerca do tipo organizativo seguido pelos hospitais: se um tipo em que

predomina a autoridade formal burocrática, se um tipo em que predomina sobretudo a influência e autoridade profissional na gestão hospitalar. A ideia que parece estar subjacente é a de saber quem, de facto, em última instância, detém o controlo no hospital, e como se colocam em prática os objectivos e os interesses dos diversos grupos que compõem o hospital. Por outro lado, a autora analisa ainda a essência do poder das profissões, interrogando, em concreto, as estratégias médicas na transformação e actualização do saber institucionalizado por uma educação superior em saberes instrumentalizados e instrumentalizáveis em poderes. É sobretudo em torno das questões de autoridade e poder que a autora orienta a sua pesquisa, questionando, por um lado, o processo de transformação dos saberes formais em poderes profissionais, e por outro lado, o carácter da construção social do fenómeno das profissões médicas. Aborda, assim, numa perspectiva interaccionista, as profissões médicas, as situações e os quotidianos do seu trabalho no serviço hospitalar, colocando a nu quem de facto dentro da organização detém a autoridade e o poder e, portanto, o quê e quem influencia os objectivos e finalidades do hospital. Em resumo, para a autora, os hospitais modernos constituem um espaço de socialização marcado pela divisão hierárquica do trabalho, assumindo ainda uma característica dual de autoridade, modelada pelas lógicas formais de intervenção burocrática da administração e pelas autonomias decisórias dos médicos que marginalizam os demais profissionais, nomeadamente a enfermagem (Carapinheiro 1993).

Apesar da legitimidade dos resultados verificados pela autora, subsistem muitas outras interrogações. Vejamos o seguinte. Os resultados do trabalho de Noémia Lopes (1994), intitulado — *A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem. Estudo Sociológico em contexto hospitalar* —, permitiram concluir que as actuais manifestações ideológico-identitárias dominantes da enfermagem se organizam em torno dum profissionalismo baseado na especialização e autonomia do campo da enfermagem e de uma profissionalização fundada na revalorização das competências relacionais e sustentada em saberes de natureza teórico-formal. Segundo a autora, estas categorias de afirmação da enfermagem estruturam-se num quadro de afirmação de espaços de autonomia profissional que se distanciam das tradicionais formas de subordinação médica, introduzindo, assim, uma nova realidade nas estratégias de revalorização profissional da enfermagem e de reorganização das suas redes de

relações profissionais com os outros grupos participantes na produção de cuidados de saúde. Mas, como é que os enfermeiros engendram espaços de autonomia profissional, subordinados como estão à lógica do controlo dual administrativo-médico? Ou será que aos enfermeiros é-lhes apenas reservado um lugar de executantes e espectadores, quer das decisões gestionárias administrativas, quer das lógicas de concepção da produção de cuidados delineados pelos médicos?

Assim sendo, para a abordagem das disposições participativas da enfermagem nas organizações de serviços de saúde, entendo que é necessário reflectir sobre um conjunto de cenários, nomeadamente sobre a conceptualização da enfermagem, a teia de constrangimentos que modelam as suas lógicas profissionais, a recomposição ideológica e a reorganização profissional engendrada pela enfermagem. Oportunamente, reflectirei ainda sobre a crisologia do próprio sistema de saúde, assim como sobre as tendências e mudanças que têm vindo a lume para uma melhor compreensão das suas implicações na produção de cuidados de enfermagem, cujas variações e combinações parecem, na minha perspectiva, poder sublinhar a importância do debate em causa.

1.2.1. Para uma Visibilidade da Enfermagem

1.2.1.1. A Enfermagem na Encruzilhada da Produção de Cuidados

A história da enfermagem esteve sempre relacionada com as actividades ditas femininas (Porter 1992; Alcón 1979; Carpenter 1992; Freidson 1986, 1988; Mauksch 1972). Tratava-se essencialmente de cuidados prestados pelas mães, esposas e ou pessoas relacionadas com as ordens religiosas, às crianças, idosos e/ou seus familiares em situações de doença. Na linguagem anglo-saxónica, o termo de enfermagem, descrita como *nurse* tem acepções distintas, e origens etimológicas situadas entre *sister* e *nun*. Hans Muksch (1972) assinala que, na tradição europeia, o termo de *sister*, era utilizado para identificar quer uma freira (*nun*), quer uma enfermeira (*nurse*). Essa ideia que se deveu ao papel desempenhado pela Igreja Católica no mundo ocidental, na oferta de serviços e de apoios espirituais aos mais "pobres". Esta perspectiva e concepção de cuidar os doentes remonta à Idade Média; sendo a actividade feminina situada no plano do cuidar, como uma actividade menor, e o tratamento e a cura da doença geralmente atribuídos aos homens, na qualidade curandeiros, monges, barbeiros, etc. Argumenta Foucault (1997) que, na Idade Média, o pessoal de apoio hospitalar não estava preparado para prestar qualquer tipo de assistência à saúde, sendo-lhes apenas reservado a realização de obras de caridade e de assistência espiritual no sentido de assegurar aos doentes a salvação eterna. Assinala ainda o autor que os hospitais da Idade Média, eram apenas locais destinados aos pobres que não tinham onde morrer, servindo-se, assim, as organizações hospitalares desta época para segregá-los da sociedade, no sentido de neutralizar o perigo que a sua doença representava para os demais.

De facto, até ao século XIX, a noção de enfermagem não era perspectivada como uma ocupação formal, detentora de um corpo próprio de saberes e formação especializada. Era uma enfermagem caracterizada apenas como uma acção de apoio espiritual e de ajuda a alguém cuja doença era tratada por outro. Porém, nota Freidson (1988), que as enfermeiras desta época, por serem freiras, não se encontravam sob a autoridade e o controlo dos médicos, podendo inclusivamente

recusar qualquer tipo de ordem oriunda dos médicos que julgassem menos apropriadas para os doentes ou para a sua condição de monástica. Ainda assinala o autor, que são conhecidos relatos, em que as enfermeiras (*nuns*) se recusavam a prestar cuidados a certos doentes, nomeadamente aqueles que eram portadores de doenças venéreas.

Numa primeira aproximação à noção de enfermagem, é de afirmar que desde sempre existiu a actividade de enfermagem, contudo sob formas diferentes ao longo dos tempos. Numa primeira fase, a enfermagem consistia fundamentalmente numa resposta intuitiva, no sentido de proporcionar os cuidados essenciais que assegurassem o conforto e o bem-estar espiritual e material aos doentes. Em última instância, a sua principal função era a de assegurar a sobrevivência dos indivíduos (Dominguez-Alcón 1979). Nesta altura, a enfermagem era fortemente conotada com o cristianismo que enfatizava a ideia de dignidade humana, para além de assentar numa visão predominantemente "maternal" (Schulman 1972), e como tal, sem um carácter de cientificidade. O cuidado intuitivo feminino, o cuidado natural, a assistência maternal (*tender-loving-care*) e a religiosidade constituíam os eixos fundamentais da prática de enfermagem (Dominguez-Alcón 1979).

A enfermagem tal como se conhece na actualidade no mundo ocidental, nasce em plena era da Revolução Industrial, mais concretamente na Inglaterra victoriana, na segunda metade do século XIX, sendo tributária das reformas estruturais, introduzidas por Florence Nightingale, no domínio formativo e de desenvolvimento da actividade no contexto hospitalar. Nightingale, nascida no seio da aristocracia inglesa, protestante e comungando o ideal de servir o próximo, torna-se enfermeira, apesar da oposição da sua família. Em 1853, cria em Inglaterra um hospital, após uma experiência de formação de enfermeiras na Alemanha, recrutando para o desempenho das actividades de enfermagem, mulheres oriundas das classes média e alta. Em virtude desta condição das enfermeiras, verificavam-se, com frequência, no hospital de Nightingale, situações de conflito entre o dever de enfermeira e a necessidade de preservação da condição de "*ladies*", como por exemplo, recusando ver a nudez dos doentes aquando dos tratamentos ou dos exames médicos (Freidson 1988). Florence Nightingale, como directora desse seu hospital particular, formou um grupo de

enfermeiras, que a acompanhou, em 1854, durante a Guerra da Crimeia, para aí organizar um serviço de assistência aos soldados ingleses, feridos ou doentes. Face ao trabalho desenvolvido na Guerra da Crimeia, foi considerada como uma heroína e ganhou popularidade junto do público inglês, sendo as suas enfermeiras consideradas como “anjos da misericórdia”. Estes factos permitiram-lhe obter um donativo para fundar e organizar em 1860, a primeira escola de enfermagem profissional, no St. Thomas Hospital de Londres (Dingwall, Rafferty e Webster 1988; Cockerham 1998).

Nasce, assim, com Nightingale, uma enfermagem profissional, vinculada a necessidades hospitalares, formada em escolas próprias, mas com um enfoque curricular centrado ao nível da higiene, alimentação, cuidados com o vestuário e cuidados com as feridas (Sousa 1996). O papel desempenhado por Nightingale permitiu, assim, a afirmação da enfermagem enquanto grupo profissional, nomeadamente através da dissociação da natureza tradicional da enfermagem do trabalho doméstico, ou melhor, a dissociação da enfermagem como uma actividade com características predominantemente maternais e espirituais (Dominguez-Alcón 1979). A prática alicerçava-se nos aspectos morais e comportamentais, e num código de conduta fundada nos traços de auto-sacrifício, coragem, honestidade, lealdade, obediência aos médicos, etc. (Dingwall, Rafferty e Webster 1988; Cockerham, 1998; Carpenter 1993; Porter 1992). Com base no trabalho de Noémia Lopes, é ainda possível identificar um contributo importante para a compreensão da génese da orientação profissional da enfermagem. Trata-se da questão da sua filiação institucional. É pois esta filiação que, para a autora, impõe à enfermagem o compromisso com os fins institucionais e com as suas regras,

«criando um equilíbrio ambíguo entre a ‘orientação para o doente’ que ideologicamente constitui o seu referencial, e a ‘orientação para a instituição’ que lhe é requerida pelas suas funções de controlo e manutenção da ordem social dos serviços» (Lopes 1994: 12).

De certa forma, as funções desempenhadas pela enfermagem “moderna” eram limitadas, uma vez que os enfermeiros só actuavam de acordo com as ordens dos seus superiores hierárquicos, os médicos, e só aprendiam conteúdos profissionais em conformidade com aquilo que os médicos esperavam deles. Tal

como refere Freidson, a propósito da enfermagem do mundo anglo-saxónico, o seu esforço inicial consistiu na condução da profissão como uma ocupação socialmente respeitável, formada nas "artes clínicas" e trabalhando em tempo integral sob a autoridade e as ordens dos médicos. Isto é, os enfermeiros não desempenhavam nenhum serviço por iniciativa própria, ou seja, só podiam actuar mediante as ordens específicas dos médicos. Aliás, existem relatos que descrevem, por exemplo, que «nenhuma enfermeira podia alimentar um paciente se não por uma ordem do médico» (Dominguez-Alcón 1979: 105). Por outras palavras, todo o trabalho da enfermagem foi edificado num quadro de subordinação da divisão técnica do trabalho que modelava a medicina deste período. Esta subordinação dos enfermeiros ao médicos é lógica para Florence Nightingale, constituindo para a mesma uma das grandes diferenças entre o modelo religioso pré-profissional da enfermagem, que se constituía na base de uma prática independente do trabalho médico, visando única e exclusivamente a salvação da alma dos doentes, e a sua concepção de enfermagem dirigida à prestação de cuidados à doença (Dingwall, Rafferty e Webster 1988; Cockerham, 1998; Mauksch 1972).

Mas, hoje, longe da era de uma prestação de cuidados de saúde fundada em torno da centralidade médica, da hipertrofia desenvolvimentista de estruturas e especialidades hospitalares, do mito do tecnologismo e da orientação das práticas inscritas num modelo biomédico, falar em prestação de cuidados de saúde implica olhar para uma série de actores e de relações complexas, que por um lado se complementam, mas que, por outro lado, se contrapõem. Na actualidade, assistimos a uma interrelação mútua, cada vez mais complexa entre os actores na produção de cuidados, nomeadamente, no que respeita às suas funções, saberes e papéis na divisão do trabalho. São, por exemplo, os movimentos da enfermagem dirigidos à ampliação dos seus níveis de formação e à disputa de espaços de autonomia profissional; são as tendências das exigências dos doentes no sentido de serem menos dependentes dos médicos, nomeadamente no que se refere às opções e informações sobre os processos de tratamento. Trata-se, segundo Porter (1992), Carpenter (1993), Freidson (1990), Lopes (1994) de tendências e mudanças cuja origem assenta em dois aspectos. Por um lado, a insistência do desenvolvimento da enfermagem; por outro lado, a ideia de que o sistema de saúde ocupa cada vez mais um lugar proeminente nas sociedades do mundo ocidental, lugar esse que não é autónomo, mas pelo contrário, afectado

pelas mudanças sociais, pela renovação de mentalidades nas relações entre os profissionais, os utentes e o Estado.

Face às tendências e mudanças na enfermagem, é urgente proceder a uma releitura relativamente à forma como deve ser entendida a posição dos profissionais de enfermagem no *locus* da produção de cuidados. Por outras palavras, torna-se indispensável reflectir sobre a realidade da enfermagem, para uma melhor compreensão dos elementos determinantes que caracterizam os constrangimentos organizacionais e as orientações ideológicas e profissionais deste grupo profissional. Não pretendo discutir aqui o impacto da enfermagem no sistema da saúde. Confino-me a um propósito mais limitado. Inevitavelmente, para se proceder a tal reflexão, é preciso, antes de mais, ter em atenção vários aspectos, entre os quais um olhar mais fino sobre a complexidade intrínseca do funcionamento das organizações de serviços de saúde, nomeadamente a sua relação com os médicos nos serviços de saúde, para uma melhor compreensão das suas implicações na teia das relações de poder que marcam a divisão do trabalho na produção de cuidados de saúde.

Freidson (1986) foi um dos autores que desenvolveu estudos sobre as dimensões de poder dos grupos profissionais, no seu entendimento, fulcrais em qualquer organização. Por exemplo, quer para o autor, quer para Armstrong (1990), quer ainda para Carapinheiro (1993), o poder dos médicos, que resulta da especialização e dos seus conhecimentos técnicos, comporta implicações a vários níveis entre os quais, nas relações hierárquicas com a administração hospitalar, na divisão do trabalho e na liberdade de actuação na relação médico/utente. Acrescenta assim os autores que faz parte da linha hierárquica hospitalar um outro tipo de autoridade e autonomia dos médicos, ou seja, aquela que advém dos seus saberes e conhecimentos para tratar os utentes. Para além dos seus saberes, fazem parte deste tipo de autoridade «a competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital» (Carapinheiro 1993: 47). Desta forma, a autora refere que é possível a existência de dois tipos de autoridade: a chamada autoridade administrativa, que emana da administração e a autoridade carismática, resultante dos saberes e práticas dos médicos. É assim de admitir de que se verifica no hospital, não um tipo de

autoridade baseada no conceito de racional-legal, mas sim, uma interacção permanente entre a autoridade burocrática e a autoridade profissional (Carapinheiro 1993). Essa autonomia, privilégio típico dos médicos, permite-lhes praticar o acto médico da forma que eles consideram a mais apropriada e tomar posições relativamente ao estado do utente, e influenciar a prática de outros profissionais do sector, como a enfermagem¹⁹. Aliás, de acordo com Freidson, a profissão médica é entre as várias profissões das que mais recorre a esta dimensão de poder, isto é, o poder dos *gatekeepers*, que se refere precisamente ao poder e força que os profissionais mais credenciados possuem, nomeadamente em relação à facilidade com que conseguem o acesso a determinados serviços, para gerir a sua relação com os seus clientes. Por se tratar de uma forma de poder bastante vinculado e com uma grande amplitude, Freidson (1986), considera esta dimensão como um dos principais geradores de tensões e de conflitos entre os próprios profissionais, a administração e os enfermeiros.

Não menos dinamizadora de conflitos, é segundo o autor, a dimensão do poder dos médicos que tem a ver com a facilidade com que os profissionais adquirem recursos e desenvolvem estratégias de actuação, nomeadamente no contexto hospitalar. Considerando que o traço mais saliente do funcionamento da organização hospitalar reside numa relação dual de autoridade e na existência de uma posição privilegiada que a classe médica possui, enquadrada nas lógicas do seu poder, esta situação permite engendrar zonas de conflito entre os pontos de vista da administração e dos médicos sobre a instrumentalização dos objectivos do

¹⁹ Tal como Goss (1963, 1970), Georgopolous e Mann (1962), Smith (1970), também Graça Carapinheiro (1993) fala de duas formas de autoridade: a autoridade administrativa e a autoridade carismática. No primeiro domínio, «existe um conjunto de relações formais de autoridade que permitem que as decisões tomadas no topo da hierarquia» se «estruturam para tornar possível a coordenação dos esforços de uma forma relativamente previsível» (Carapinheiro 1993: 48). Num segundo domínio, «existe um conjunto de relações formais de natureza predominantemente consultiva, que se concretiza no direito de os médicos, colocados numa posição hierárquica de supervisão, fornecerem orientações e aconselhamentos aos médicos que lhe estão subordinados» (Carapinheiro 1993: 48). Apesar da presença desta situação dual, na verdade, é, segundo Perrow, que no quadro desta interacção dual de autoridade, que o hospital prossegue a realização dos seus objectivos oficiais e dos objectivos operatórios de cada grupo profissional. Para Carapinheiro «o poder de controlo de cada grupo na organização resultará da importância das tarefas críticas e difíceis que desempenha num dado momento do desenvolvimento da organização, de cuja influência resultarão a definição de políticas, a tomada de decisões e a correspondente determinação dos objectivos operacionais» (Carapinheiro 1993: 59). Segundo a autora, no caso português, as tarefas críticas e difíceis estarão e estão sempre depositadas em exclusivo na mão de médicos e administradores. Isto tudo implica um sistema complexo de relações de poderes que certamente apresenta reflexos na divisão do trabalho no âmbito das equipas multidisciplinares.

hospital²⁰. Isto porque, na perspectiva de Carapinheiro (1993), a sobreposição de áreas de autoridade, fomentam tensões e conflitos entre a autonomia médica e o controle burocrático, situação que resulta na génese de estatutos desiguais no seio dos médicos, quer no que se refere à sua própria autonomia profissional, quer quanto ao poder de orientação médica da política hospital, quer ainda quanto aos discursos²¹ e aos meios de realização de objectivos científicos no processo de produção de cuidados.

De facto, uma das estratégias de actuação dos médicos nos hospitais reside na sua constante procura de autonomia face ao controlo burocrático da administração hospitalar. Trata-se, segundo Graça Carapinheiro, de estratégias

²⁰ Assim sendo, não é de admirar que as estratégias de especialização dos serviços hospitalares podem ser consideradas como estratégias centrais do poder médico no hospital, e que operam simultaneamente como estratégias de poder, quer face às finalidades dos serviços, quer face ao hospital, tal como sugerem os resultados do trabalho de Graça Carapinheiro (1993). Tal como referi anteriormente, a autora identificou uma complexidade intrínseca do *locus* organizacional, movendo no seu seio uma estrutura burocrática fundada numa autoridade dual, dito no sentido de Harvey L. Smith (1970). A existência de um sistema dual de autoridade trata-se de um mecanismo central onde proporciona uma perfeita reconciliação dos padrões burocráticos de autoridade com as normas profissionais dos médicos. É no quadro desta dualidade que Carapinheiro, subscreve a tese de Goss (1963), argumentando que um hospital trata-se de uma organização simultaneamente médica e académica marcada por uma "semiburocracia". Na verdade, o que a autora sugere é uma "advisory bureaucracy", que faculta a sedimentação dos conhecimentos técnicos e especializados e os princípios orientadores para a aplicação dos conhecimentos. Por outro lado, em virtude da sua natureza burocrática, engendra-se no seio da organização uma hierarquia formal de posições e normas de impessoalidade, podendo, por conseguinte ser classificada como uma "representative bureaucracy". Tratam-se, assim, de aspectos geradores de tensão entre os actores no quotidiano. Apesar desta realidade, um hospital não se configura como uma instituição total de Goffman (1996), que totaliza os comportamentos dos actores. A vida das organizações é, também, fruto de uma vasta e variada gama de negociações, como sugere Strauss (1978), e de acções estratégicas, dito no sentido de Crozier e Friedberg (1977).

²¹ Um outro aspecto a considerar no quadro dos discursos médicos, é aquilo que subjaz na interacção e instrumentalização das tecnologias presentes na complexa rede da organização hospitalar. Para Helena Serra (2000) verifica-se na prática dos médicos um discurso moldado por uma autoridade profissional que instrumentaliza as tecnologias como estratégias de poder, mas que é algo negociado continuamente entre as diferentes especialidades. Sugere ainda a autora que nestes diferentes momentos e processos de interacção estão e são constantemente atravessados por uma permanente reorganização dos discursos. Na verdade para Atkinson (1995) os discursos da prática clínica tratam-se de um complexo sistema de significados que reflectem um sistema coerente e negociado de tomadas de decisão. Efectivamente, a «prática da medicina decorre em vários e complexos cenários organizacionais, em vários espaços e tempos, sendo a própria tomada de decisão uma actividade organizacional colectiva. (...) as decisões constituem assunto de debate, negociação e mesmo de revisão dos conhecimentos médicos, baseada na troca de palavras dentro e entre especialidades. (...) o exercício de tomada de decisão funciona como um dos mais importantes momentos de interacção entre os vários intervenientes (...). Assim, a questão da autoridade enquanto poder deverá ser encarada como um fenómeno fragmentado, não unitário, mediado pelo acesso que os diferentes actores têm àquilo que é aceite como conhecimento num determinado contexto social.» (Serra 2000: 14-17). Na minha perspectiva, encontra-se ainda nos discursos e práticas clínicas da medicina uma orientação disciplinar, dito no sentido foucaultiano.

que, no caso português, se materializam no desenvolvimento de uma "cultura"²² de especializações em determinados serviços hospitalares, tais como nos serviços de medicina interna ou cirurgia geral. Ainda segundo a autora, estas políticas médicas de especialização dos serviços, fundadas na subordinação das actividades assistenciais à progressiva expressão e tecnicidade das medicinas especializadas, pretendem simplesmente converter, através da instrumentalização dos objectivos hospitalares, em projectos de conquista de poder e prestígio no corpo médico hospitalar.

A autora citada, subscrevendo a tese de Friedson (1986a, 1986b, 1988), faz ainda referência à influência do poder médico na divisão do trabalho referindo «o seu poder monopolístico, subordinando todas as profissões que lhe estão relacionadas ou que lhe são adjacentes, mantendo-as no estatuto de grupos paramédicos» (Carapinheiro 1993: 71). Revela, assim, Freidson o quão é importante o poder de que usufruem os médicos no desempenho da sua profissão, pois para ele, assim como para Hunter (1991) e Armstrong (1990) a profissão médica é o exemplo daquilo a que chama "profissão" e que define do seguinte modo: autonomia, ou capacidade para controlar os conteúdos do seu próprio trabalho; dominância, e ou controlo sobre o trabalho dos outros na divisão do trabalho na saúde.

Na verdade, Freidson (1986a, 1986b, 1988) distingue três modos de dominação médica e que se aplicam aos demais profissionais da saúde: subordinação, limitação e exclusão. A subordinação representa a capacidade de controlar directamente o exercício dos outros profissionais. É o que se passa por exemplo com a enfermagem e os técnicos de diagnóstico e terapêutica que só podem intervir sob referência, prescrição ou orientação médica. A limitação representa a capacidade de delimitar ou restringir os territórios de actuação de outros grupos ocupacionais. No caso da enfermagem hospitalar, existe uma

²² Na verdade, «se atentarmos na perspectiva com que é tratada a "cultura médica", apercebemo-nos que é facilmente identificada com a cultura médica hospitalar. Assim, considerado o modelo cultural dominante na organização dos serviços de saúde e concebida a ideologia liberal médica como o seu suporte, identifica-se no corpo médico em geral a "reação à filosofia dos cuidados de saúde primários", a consagração do "imperativo tecnológico" nos sistemas de tratamento, que, no limite, conduz à utilização de todos os meios tecnológicos disponíveis, sem a tomada de consideração dos "custos de oportunidade", colocando o modelo cultural médico em antagonismo com o "modelo hospitalar de crescente profissionalização e de obediência à disciplina de grupo"» (Carapinheiro 1993:21-22).

delimitação do que o enfermeiro pode fazer de forma autónoma (Carapinheiro 1993; Lopes 1994). A exclusão representa a capacidade de negar a legitimidade ou o carácter científico de certas práticas características de grupos ocupacionais cujo reconhecimento no plano oficial fica assim comprometido. É o que acontece, por exemplo, com as designadas medicinas alternativas, em muitos países (Saks 1994, 1999).

Ainda em relação aos médicos, Friedson, assim como Carapinheiro argumentam que com o apoio do poder político esta profissão controla não só “livremente” o conteúdo do seu trabalho, mas também os processos de formação e aprendizagem, ao mesmo tempo que «faz um controlo cerrado sobre os territórios de trabalho dos grupos profissionais que não detêm um corpo de conhecimentos esotéricos, obtidos através da universidade» (Carapinheiro 1993: 73). É nesta ordem de ideias que posso identificar a natureza do poder médico, ou seja, aquilo que a autora define como um poder-saber, ainda que a sua eficácia resulte da combinação com outros mecanismos de poder, nomeadamente através da função legitimadora do Estado²³, quer na disponibilização de meios formativos e de facilidades auto-organizativa²⁴, quer na capacidade de intervir sobre o corpo das pessoas em locais apropriados.

Da leitura do trabalho de Carapinheiro que tenho vindo a seguir, ressalta ainda um outro aspecto interessante. Quando se sugere que «as ideologias, estratégias e práticas dos diversos grupos profissionais contribuem para a fabricação social de um modelo de regulação dos comportamentos e das formas de adaptação dos doentes à vida hospitalar» (Carapinheiro 1993: 6), há como que

²³ Diz-nos Graça Carapinheiro que é no quadro do saber que «se salientou a autonomia profissional na divisão do trabalho médico; a sua autonomia científica e tecnológica, na liberdade científica que usufrui no desenvolvimento das áreas especializadas do conhecimento médico, na definição de práticas médicas cientificamente aceitáveis e no controlo de processos de formação médica; a sua autonomia política e económica pelo monopólio profissional, legalmente garantido pelo Estado, para o exercício dos modos de dominação social que salvaguardam e legitimam o corpo científico da medicina como o regulador da saúde e da doença dos indivíduos, no trabalho, na família e na esfera pública» (Carapinheiro 1993: 76)

²⁴ Com se sabe, em Portugal apenas existem faculdades de medicina nas universidades públicas. Se atendermos ainda a tese de David Armstrong (1990) de que os médicos possuem «sistemas colegiais de controlo sobre os conteúdos do seu trabalho» (Armstrong, 1990: 692), é igualmente de considerar que é a partir dessa “auto-organização” que os médicos procuram ganhar alguma liberdade de actuação e de decisão na prestação de cuidados de saúde. Daí a importância das estratégias organizativas que os profissionais engendram, nomeadamente através da constituição da Ordem dos Médicos, como no caso português, uma certa influência no Estado para o controlo do acesso formativo, os conteúdos da formação e do exercício da actividade.

uma tendência para se referir às formas de poder dos médicos, considerando estes como os únicos que detêm uma capacidade discursiva, reguladora e controladora dos comportamentos e formas de estar de outros actores, neste caso, dos utentes.

Se o hospital se consagra com um espaço social constituído por uma diversidade de lógicas de actuação (a dos médicos), de aceitação (por parte dos utentes) e de dominância e subordinação de demais profissionais, não será de considerar que também os utentes e os outros profissionais, como os da enfermagem, são actores essenciais para que os médicos possam desempenhar o seu papel profissional? Com isto, pretendo dizer que se, por um lado, os médicos têm esse poder ele não surge do vazio, nem tão pouco só porque se reconhece que é uma profissão de elevado estatuto (Armstrong 1990; Hunter 1991; Freidson 1980, 1986a, 1986b, 1988), mas fundamentalmente porque também os utentes e os enfermeiros têm as suas ideologias, comportamentos e atitudes, que no entanto são vistas e tidas apenas como características regidas por valores de uma ordem social de outra natureza. Será que os utentes são vistos apenas como os "instrumentos" ou "objectos" de que os grupos profissionais dispõem para imporem os seus saberes e os colocarem em prática?

Vejamos. A questão do poder dos profissionais, nomeadamente dos médicos, pode ainda ser interpretada como um poder disciplinar dito na perspectiva foucaultiana. Para a sua inteligibilidade é necessário esclarecer o conceito de disciplina. Se disciplina pode ser interpretada como um certo regime de ordem imposta ou livremente consentida, ou como relações de subordinação, de submissão e de observância de preceitos ou normas, então estamos perante dois eixos nas relações, situando-se um no domínio cognitivo e o outro no plano corporal (Foucault 1987). No eixo corporal situam-se as relações de subordinação e a ordem no funcionamento das instituições, que resultam dos ordenamentos dos corpos, através da sua submissão física às regras; e, em torno do eixo cognitivo enquadram-se as disposições dos saberes, as suas relações, as suas manifestações discursivas, etc. Por outras palavras, a disciplina-corpo modela os espaços e os tempos a que o corpo se submete, disciplinando os seus movimentos corporais e seus ritmos, em suma, controlando a sua conduta. Quanto à disciplina-saber, subjaz na perspectiva foucaultiana da divisão dos saberes, cujo fraccionamento potencia a hierarquização e a articulação dos saberes.

Em síntese, no eixo da disciplina-saber situa-se o domínio do saber, conceptualizado no quadro da veracidade circunscrita a uma área disciplinar através da subordinação a discursos que estabelecem e favorecem a percepção e a construção de um mundo segmentado; e no eixo da disciplina-corpo está o controlo corporal modelado no quadro da docilidade e submissão, subordinado a discursos que estabelecem códigos explícitos ou regras. No fundo, ambos os eixos operam no mesmo sentido, ou seja a conversão à subordinação de todos os indivíduos na sociedade, tornando-os autogovernáveis (Foucault 1987). Assim sendo, numa perspectiva foucaultiana, «de uma maneira global, pode-se dizer que as disciplinas são técnicas para assegurar a ordenação das multiplicidades humanas» (Foucault 1987: 191). Aliás, na sua obra *Vigiar e Punir*, Foucault (1987) ao discutir a disciplinaridade como técnica, foca, em concreto, os modos de produção corpos dóceis e, portanto, corpos úteis para as novas configurações que assume o poder na Modernidade. Por outras palavras, subjaz nas manifestações disciplinares o seguinte: a vontade de poder. É essa vontade de poder que engendra uma vontade de um saber específico e circunscrito.

Neste sentido, o poder accionado pelo médicos enquadra-se na ordem da disciplina e das suas derivações, razão pela qual pode num quadro relacional com os utentes engendrar o controlo dos corpos e dos movimentos dos mesmos, tornando-os automáticos. Disto tudo resulta que o poder médico se constitui a partir de uma forma de poder muito próprio desta classe, o poder sobre corpo ou o biopoder como lhe chamou Foucault, manifestado através de um "*clinical gaze*" (Foucault 1994). Se o corpo é para Foucault, prisioneiro do "olhar médico", não é menos verdade, que esta nova forma de "olhar" o corpo do utente facilitou a génese de novas formas discursivas e novas práticas médicas. Engendra-se dentro desta lógica uma nova anatomia política do corpo modelada por um novo contexto de vigilância disciplinar²⁵, traduzível como uma outra "produção" de corpos, um novo "regulamento" de corpos e uma nova "representação" de corpos, com profundas implicações na organização da produção de cuidados de saúde, quer na

²⁵ Surge, assim, a sociologia do corpo, como um dos principais temas da actual sociologia da saúde, moldada por uma perspectiva social, onde o corpo ultrapassa a mera categorização de repositório de doença e onde o médico emerge, por excelência, como um agente regulador dos corpos dos indivíduos (Bunton 1995; Lupton 1995; Armstrong 1987, 1997; Jones e Porter 1994). Porém, a disputa do controlo dos corpos surge igualmente no actual discurso da enfermagem. O trabalho de Amanda Henderson (1994) ilustra a apropriação do "olhar disciplinar", ou melhor do *gaze* foucaultinano na prática da enfermagem para a vigilância dos utentes e/ou dos seus corpos.

prevenção, quer na promoção, quer na reabilitação da saúde (Bunton 1995; Lupton 1995; Armstrong 1987, 1997; Jones e Porter 1994; Carapinheiro 1993; Annandalle 1998).

Este tópico do olhar foucaultiano enfatiza a questão do papel dos doentes e as suas limitadas possibilidades de resistência ao poder quase absoluto que os médicos, na descrição de Carapinheiro e outros autores, parecem ter. Apesar de ser uma questão importante, o aprofundamento do seu debate extravasa os horizontes desta reflexão, razão pela qual confino a minha análise a um plano mais limitado, situando-me ao nível da leitura do quadro das relações inter-profissionais. Interrogo, em concreto, se os enfermeiros são apenas meros executores das instruções emanadas e controlados por este "olhar" de vigilância disciplinar dos médicos? Se considerarmos ainda que as duas principais características que distinguem uma ocupação de uma profissão assentam essencialmente no saber e na capacidade de controlo (Freidson 1986b), então a enfermagem deverá ser entendida como uma área profissional caracterizada por um "saber" e por um "poder-saber" ou melhor, um poder disciplinar (Foucault 1987) no controlo da divisão do trabalho?

Para responder a estas questões, vejamos com mais algum pormenor as lógicas da produção de cuidados de enfermagem, em geral, e da divisão do trabalho médico-enfermeiro, em particular.

Ao constituir-se num grupo sócio-profissional, fundado nos princípios da tese de Nightingale, a enfermagem criou as condições necessárias para proceder a uma reconfiguração do seu processo de produção de cuidados de saúde, ao permitir o desenvolvimento de duas estruturas diferenciadas, que são segundo Hans Mauksch, a estrutura de cuidados e a estrutura de cura (Lopes 1994). Em que consiste esta realidade estrutural? Significa que, no quadro do desenvolvimento da enfermagem, as suas actividades passaram a ser mais marcadas por uma segmentação entre o cuidar e o curar. De facto, Annandalle (1998) argumenta que a tradicional distinção entre as práticas dos médicos e as dos enfermeiros situa-se a nível da orientação do tratar/curar e do cuidar. Aliás, no actual discurso da valorização da especificidade da relação enfermeiro/utente, produzido no seio da



enfermagem, denota-se uma exacerbação da noção de cuidar²⁶ nos seus modelos de práticas²⁷, afim de se demarcar e diferenciar dos profissionais.

Sugerem ainda Ribeiro (1995) e Chambliss (1996) e outros que, se tivermos em atenção quais são as principais diferenças entre a medicina e a enfermagem, claramente nos damos conta de que as funções desempenhadas pelos enfermeiros aparecem normalmente associadas a comportamentos mais humanitários, enquanto que quando estamos perante um médico será quase o mesmo que estarmos perante um indivíduo que detém uma formação, um corpo de conhecimentos, de saberes cujo objectivo consiste apenas em “tratar” o utente. Ou seja, aos médicos é apenas reservado o papel do tratar, numa lógica fragmentada, interpretável no quadro da racionalidade tecnologizante da biomedicina. Obviamente que face a esta realidade «não significa que as enfermeiras não colaborem no diagnóstico e tratamento da doença, e que os médicos não realizem actividades de suporte» (Ribeiro 1995: 24), nem traduz que a enfermagem não tenha outras formas de orientação da sua prática. Na realidade, predominam essencialmente duas lógicas orientadoras na enfermagem, sendo uma fundada no paradigma do tratar, ou seja, a orientação bio-médica, e a

²⁶ Daniel Chambliss (1996) argumenta que a noção de cuidar em enfermagem comporta uma perspectiva ideológica fundada no seguinte: a) interacção directa com o utente; b) considerando-o como uma pessoa com necessidades de cuidados; c) organização dos cuidados em enfermagem, fundada numa perspectiva da exclusividade da prática em enfermagem (“*open-ended nature of the nurse’s duties*”); d) sedimentação de um *commitment* dos enfermeiros em relação ao seu trabalho. Para o autor, a valorização da especificidade da prática em enfermagem no horizonte do cuidar trata-se de uma questão complexa, na medida em que se enquadra do domínio da moral.

²⁷ Person e Vaughan (1992) sugerem os principais eixos conceptuais que estruturam os pilares dos modelos de enfermagem, são o holismo e o humanismo. Num trabalho sistematizado por João Mendes (2000) é revelado a existência de uma hiper-fragmentação no desenvolvimento das orientações teóricas da enfermagem, cuja operacionalização na prática quotidiana parece estar ainda no grau zero. Para o autor, as principais perspectivas teóricas de enfermagem são: corrente humanista (Virgínia Henderson, Dorothea Orem, Evelyn Adam, Jean Watson, Rosemarie Parse entre outras); relações interpessoais (Hildegard Peplau, Ida Orlando, Imogene King entre outras); teoria dos sistemas (Callista Roy, Dorothy Johnson e Betty Neuman); teoria dos campos de energia (Myra Levine, Martha Rogers, Joyce Fitzpatrick e Margareth A. Newman). Em termos de modelos orientadores da prática, Mendes sistematiza ainda os seguintes: modelo de enfermagem de actividades de vida de Roper, Logan e Tierney; modelo de enfermagem de auto-cuidado de Dorotheia Orem; modelo de enfermagem de adaptação de Calista Roy; modelo de enfermagem de sistema de cuidados de saúde de Betty Neuman; modelo de enfermagem de interacção de King; modelo de enfermagem de desenvolvimento de Peplau. Já no que se refere às principais escolas de enfermagem, Mendes salienta os seguintes: escola das necessidades (Virgínia Henderson, Dorotheia Orem e Faye Abdellah); escola da interacção (Hildegard Peplau, Ida Orlando, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Imogene king e Joyce Travelbee); escola dos efeitos desejados (Callista Roy, Lydia Hall, Dorothy Johnson, Betty Neuman e Myra Levine); escola da promoção da saúde (Moyra Allen); escola do ser humano unitário (Martha Rogers; Rosemarie Parse e Margaret Newman); escola do “caring” (Jean Watson, Madeleine Leininger).

outra relacionada com os pressupostos do cuidar, a orientação da enfermagem propriamente dita. Perspectiva-se na primeira, uma orientação da enfermagem na cura da doença (actuação de forma estandardizada de acordo com o diagnóstico médico), e na segunda, predomina uma preocupação da prática da enfermagem centrada no bem estar global do utente (actuação em função das necessidades dos utentes, numa perspectiva holística, atendendo nomeadamente os aspectos subjectivos da situação dos mesmos, valorizando os sentimentos do utente sobre a doença e o efeito do tratamento na pessoa).

Num estudo recente, coordenado por Marta Lima Basto (2000), os resultados salientam que a relação da enfermagem na produção de cuidados é interceptada por lógicas de poder na interacção. Argumentam as autoras, a necessidade de uma prática de partilha dos poderes na decisão e a participação do utilizador na decisão sobre os cuidados de saúde que necessita. Sugerem em concreto que um enfermeiro «não pode ver o utilizador como um sujeito passivo, deve envolvê-lo na gestão de cuidados que lhe são dispensados, consoante a sua situação de saúde» (Basto et al. 2000: 43). Esta centralidade no poder, fundada numa relação de troca e negociação entre actores interdependentes, é para as autoras fulcral na prestação de cuidados de enfermagem, quer no domínio de cuidados de manutenção, quer ao nível da reparação. É no desempenho, fundado numa lógica da apropriação do “cuidar” que a enfermagem potencia a sua prática de poder numa complexidade micro-física, controlando os corpos como objectos de “observação intensa”.

Igualmente para Amanda Henderson (1994) a potenciação dos saberes da enfermagem passa precisamente pelo domínio do “olhar” foucaultiano, demarcando-se da metodologia do “gaze” médico, do seu “*reading of the body*” por este ser algo impessoal. Para a autora, o método de observação da enfermagem não se trata apenas de técnicas de registo e num diagnóstico de enfermagem estático, antes porém, é fundado numa nova relação de comunicação com o utente, onde a emoção, os sentimentos e as necessidades marcam um lugar privilegiado de passagem. Na realidade, Basto et al. e Henderson, entre outros autores, colocam em evidência nos seus trabalhos que a orientação do cuidar, o sentido de ajuda, o domínio de saberes para a análise da situação de saúde dos utilizadores (diagnóstico ou apreciação, planeamento e avaliação) e para a

tomada de decisão, constituem os eixos referenciais das práticas em enfermagem, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer no domínio hospitalar.

Falar em cuidados de enfermagem, no contexto do modelo bio-médico, coloca apenas em destaque que tais cuidados se desenvolvem predominantemente em função das orientações e das prescrições médicas, e estruturadas numa lógica tecnologizante para a reparação da doença. Por outras palavras, como consequência da adopção deste modelo, reforça-se a continuação de uma orientação profissional subordinada aos esquemas decisórios dos médicos. Porém, se é verdade que o cuidar deve ser desenvolvido pela enfermagem, e sendo reservado à autoridade médica o controlo e dominação da estrutura da cura, então, ao competir-lhe apenas “cuidar” na divisão do trabalho, será que a enfermagem pode constituir-se num campo de exercício profissional efectivamente autónomo na orientação da prestação de cuidados aos doentes? Contudo isso não acontece com facilidade, nem é formalmente visível, como revelam os estudos de Carapinheiro e de Lopes, sobre a realidade do contexto hospitalar.

Tal como já referimos anteriormente, a propósito do trabalho Graça Carapinheiro, a dominação profissional dos médicos e a subordinação que lhes prestam as profissões que lhe estão subjacentes permitem-lhes o controlo e a orientação estratégica das práticas no contexto de trabalho nos hospitais portugueses. Por outro lado ainda, na perspectiva de Noémia Lopes (1994), ao participarem na estrutura da cura, quando executam as decisões terapêuticas delegadas pelo médico, ou quando realizam uma orientação numa perspectiva biomédica, os enfermeiros passam a desempenhar um papel dual, quer ao nível da estrutura da cura, quer ao nível da estrutura dos cuidados, o que significa um desdobramento do campo profissional da enfermagem. Por outras palavras, na linha do pensamento da autora, ao falar deste desdobramento da enfermagem, não se pode deixar de salientar que a enfermagem fica submetida a uma situação de subordinação dupla, se assim se pode dizer, já que a sua posição relativamente aos médicos passa a ser de dependência técnica — *estrutura da cura*, e de dependência social — *estrutura de cuidados* (Lopes 1994). De facto, com esta forma dual de trabalho delegado, mostra-nos a autora, o quanto a enfermagem se constitui e se insere no contexto da divisão do trabalho, num claro domínio de

subordinação, onde as lógicas decisórias se encontram confinadas nas mãos dos médicos. Aliás, tal como revela Carapinheiro,

«Para cada caso clínico, as escolhas terapêuticas apenas relevam das concepções etiológicas e terapêuticas dos médicos, tal como está estruturalmente determinado na divisão do trabalho médico, em que, como já vimos, ao trabalho intelectual de concepção dos médicos corresponde, para os enfermeiros, o trabalho de execuções terapêuticas. Estruturalmente impedidos de participar no trabalho de construção médica dos casos clínicos, as zonas de qualificação, de responsabilidade e de decisão dos enfermeiros são demarcadas pelos médicos, definindo o que os enfermeiros podem fazer e dizer aos doentes, exercendo sobre os enfermeiros o constante pedido de responsabilidades pelo que não devem fazer, pelo que não fizeram e que estava ordenado que fizessem, pelo que disseram a mais e não deviam ter dito e até pelo que deixaram que os doentes fizessem, na infracção às ordens médicas» (Carapinheiro 1993: 189).

A leitura traçada sobre a posição da enfermagem na divisão do trabalho, tal como demonstra Carapinheiro, e reafirmada por Noémia Lopes, veicula assim uma lógica organizativa da prestação de cuidados assente nas categorias analíticas de "concepção/execução". À enfermagem é reservada a modalidade de execução de tarefas, que foram delegadas pela autoridade médica. Por sua vez, a modalidade da concepção, corresponde à actividade dos médicos, uma vez que são os médicos quem decide e quem diagnostica a doença. Trata-se, na perspectiva da autora, de um contexto de produção fundada claramente numa perspectiva taylorizante do trabalho, que acentua a distinção entre a enfermagem e a medicina. No quadro deste modelo de produção de cuidados de saúde, estabelece-se uma relação profissional dicotómica e simultaneamente oposta, ou seja, a existência de uma perspectiva de "tratar/concepção" (medicina) por oposição a "cuidar/execução" (enfermagem), que remete igualmente à consideração de que à medicina cabem os saberes profissionais, e à enfermagem, os saberes práticos. Assim, para a autora, num primeiro olhar sobre a divisão do trabalho na saúde parecem emergir dois contextos de trabalho que retraduzem as lógicas tayloristas, fundados na dicotomia das lógicas dos saberes profissionais "saberes-práticos" ou "saberes-fazer"/"trabalho de concepção" versus "saberes indeterminados" ou "saberes interpretativos"/ "trabalho de execução". Para Bryan Turner e Colin Samson (1995), estes últimos encontram-se associados ao saber científico e teórico-formal, intimamente relacionado com a actividade

intelectual de interpretação, as competências e as capacidades individuais do profissional. Quanto aos saberes-práticos, Noémia Lopes (1994) argumenta que a sua aplicabilidade confina-se a uma lógica padronizada em regras e procedimentos, razão pela qual se podem ser conceptualizáveis como "saberes-periféricos", dito no sentido de Carapinheiro (1993).

A constatação desta realidade, que confina a matriz de saberes da enfermagem estruturada na categoria de "saberes-práticos" e conceptualizáveis como "saberes-periféricos", vem igualmente reforçar aquilo que tenho vindo a expor, e que me leva concordar com a tese de Graça Carapinheiro (1993), de que o saber médico é o saber central dos profissionais de medicina. Neste sentido será que é de considerar que, face ao poder que a classe médica detem e o controle que os mesmos exercem sobre as demais áreas da produção de cuidados num hospital, o seu poder pode ser visto como totalizante? O campo médico sempre se constituiu numa profissão caracterizada pela sua capacidade de dominância, tal como tenho vindo a salientar. É no quadro deste contexto que, Chauvenet (1972) refere que os médicos ao imporem a noção de "acto médico" pretendem demonstrar, não só a exclusividade das suas práticas, mas também a hierarquização dos seus saberes no processo de produção de cuidados de saúde. Trata-se, assim, duma estratégia central da medicina para assegurar a visibilidade social da sua dominância profissional, que funciona igualmente como um critério formal de estruturação da organização do trabalho e capacidade de delegação das actividades (Lopes 1994), que, em última instância, se traduz num discurso que acentua a natureza de subordinação da enfermagem relativamente aos médicos (Brannon 1994). Em suma, posso retirar então como ilação, que se materializa na encruzilhada da produção de cuidados, nomeadamente num hospital, um espaço social minado pelo poder disciplinar, sendo ele constituído por uma diversidade de lógicas de actuação, a dos médicos, e de aceitação desta situação, quer por parte dos doentes, quer de uma forma directa ou indirecta dos enfermeiros dos serviços.

Todavia, se atendermos a tese de Strauss et al. (1985, 1963) de que a vida das e nas organizações é interceptada por um conjunto de negociações,

«sendo seleccionados como itens de análise relevantes a relação das regras com os processos negociativos, os territórios privilegiados para o desenvolvimento destes processos e os tipos e as formas possíveis de participação dos não-profissionais nas negociações. Da descoberta dos

aspectos temporais e padronizados que configuram os processos negociativos resultará a visão da natureza negociada da ordem social estabelecida» (Carapinheiro 1993:62-63).

Acrescenta ainda Carapinheiro que em certos serviços hospitalares, tais como uma unidade de cuidados intensivos, apesar da ausência de

«uma verdadeira relação de equipa entre médicos e enfermeiros, não deixa de salvaguardar esquemas de colaboração e o reconhecimento do valor da prática de cuidados de enfermagem, admitindo-se alguma participação, ainda que relativa e sempre pontual, na elaboração e reelaboração do diagnóstico» (Carapinheiro 1993:127).

Estas duas últimas citações, reforçam a ideia de que os médicos, apesar de tudo, também necessitam de negociar com os outros actores para conseguirem efectivar o seu poder-saber. Daí que, configurar a divisão do trabalho na dicotomia concepção/execução é insuficiente para se dar conta da complexidade desta realidade, isto porque não é possível reduzir as actividades de enfermagem ao simples trabalho de execução, já que as suas actividades não se resumem numa divisão fragmentada do trabalho em dois compartimentos estanques, mas numa divisão do trabalho, onde se configuram processos negociativos entre os actores. Assim sendo, considero que, apesar da enfermagem estar colocada numa posição de dependência e de subordinação face aos médicos e à instituição hospitalar, na prática da enfermagem e da medicina, há como que uma interrelação mútua entre os actores na divisão do trabalho. Posso dizer inclusivé, que se trata de uma complementaridade indispensável entre os actores, nomeadamente, no que respeita às suas funções, saberes e papéis, para que se garanta o bem-estar do utente/doente. Esta realidade leva-me a considerar dois espaços de acção, ou seja, o campo dos médicos e o campo dos enfermeiros, dois espaços que se influenciam mutuamente. Mas será que é assim que se deve perspectivar a produção de cuidados de saúde? É pois, colocando o problema sobre este prisma, que Jean Peneff considera que a enfermagem não pode ser reduzida a "um puro trabalho de execução", na medida em que ao serem-lhe delegadas tarefas

«a enfermagem não se limita a aguardar ordens médicas, pois, dado o carácter de continuidade de cuidados que é inerente a esse trabalho, necessita de frequentemente tomar a iniciativa de requerer dos médicos directivas e instruções» (Lopes 1994: 18).

De facto, as relações de poder existem de forma complexa no ambiente hospitalar; contudo elas só são possíveis porque os actores sociais vivem em constante e permanente interacção na construção e reconstrução ideológica. Efectivamente, para Henderson (1994), apesar da tradicional dependência e obediência às orientações médicas, o saber da enfermagem não é colocado em confronto com o dos médicos, antes porém é utilizado para potenciar a sua metodologia de trabalho, o seu olhar foucaultiano, para apoiar e promover uma melhor comunicação entre o doente e a prática médica. Neste complexo sistema de produção de cuidados de saúde que apresentei acima, configura-se a presença de uma ideologização, que se traduz historicamente em contradições, antagonismos e complementaridades entre os profissionais de saúde nas orientações da prestação de cuidados. Trata-se de debates que, há mais de duas décadas, têm vindo a ser protagonizados por diferentes investigadores, e que, ora colocam em ênfase a dominância médica, ora valorizam a horizontalização das relações interprofissionais (Quadro 2).

Quadro 2
Orientações na Prestação de Cuidados

Dominância Médica	Horizontalização de Relações Profissionais
Os cuidados médicos são mais importantes do que os cuidados da enfermagem; Os enfermeiros podem intervir e ajudar os médicos até onde lhes permitam os seus conhecimentos; O médico sabe mais do que o enfermeiro.	Uma boa saúde requer uma boa enfermeira e um bom cuidado médico; Quer o médico, quer o enfermeiro, devem ajudar o doente a comunicar abertamente sobre a sua situação; Os bons médicos sabem mais medicina do que as boas enfermeiras; as boas enfermeiras sabem mais de enfermagem do que os bons médicos.

Fonte: Dominguez-Alcón (1979).

A paisagem da reflexão efectuada sugere que a relação entre o médico e o enfermeiro não é linear, porque nela se entrosam uma diversidade de valores, padrões de comportamento, maneiras de pensar e formas de agir, ao longo da trajectória do desenvolvimento das lógicas de orientações profissionais ao nível de ambas as profissões. Ou seja, é deveras linear admitir que a relação entre o médico e o enfermeiro possa ser encarada como uma mera relação profissional

mediada pelo poder da dominação do primeiro sobre o segundo. É neste sentido que é necessário reflectir sobre as crenças e os valores explícitos e implícitos que interceptam a ideologia e a orientação profissional da enfermagem para uma melhor compreensão da problemática da produção de cuidados.

1.2.1.2. Ideologias Tradicionais e Género: Um Círculo Vicioso ou Virtuoso?

Se entendermos por ideologia como um sistema de ideias e de valores, explícito e geralmente estruturado, que serve para descrever, explicar, interpretar ou justificar a situação de um grupo ou de uma colectividade, e que permite sustentar uma orientação precisa à acção dum grupo, parece-me que numa primeira aproximação, facilmente fica explicado que a obediência e a vocação para o cuidar, tal como descrevi anteriormente, seriam os principais pilares da estrutura ideológica da enfermagem. Mas, o que pretendo apresentar nesta secção não se limita a (re)descrever o conjunto de crenças e valores que sustentam, digamos, da razão de ser da dicotomia medicina/enfermagem, e a lógica da subordinação da enfermagem. Entendo que é preciso, ir mais longe, analisando e discutindo com maior pormenor os eixos ideológicos que tradicionalmente sustentam as orientações profissionais da enfermagem, como forma de alcançar a visibilidade dos significados e dos sentidos ocultos expressos pelos vocábulos que tradicionalmente catalogam as funções desempenhadas pelos enfermeiros. Por outras palavras, entendo que os valores e as crenças profissionais não têm importância por si mesmos, senão quando se torne inteligível a matriz das contingências organizacionais e profissionais que modelam a produção de cuidados em enfermagem.

Vejamos então com mais algum pormenor as contingências organizacionais que modelam o desenvolvimento da prática da enfermagem. Para Noémia Lopes, a tecnologia constitui «um recurso de poder e de possibilitação de estratégias de reposicionamento profissional» (Lopes 1994: 66), na medida em que funciona como factor de reconfiguração dos contextos de trabalho, nomeadamente em relação à “natureza do trabalho”, à “estrutura de autoridade”, à “organização do trabalho” e à “orientação face ao trabalho” na produção de cuidados de saúde em

geral, e na enfermagem, em particular. Na realidade, trata-se de categorias analíticas que Lopes considera fulcrais para identificar os aspectos particulares dos contextos de trabalho de enfermagem, quer naqueles em que são produzidos cuidados de saúde com uma fraca constituição tecnológica, quer os que, ao contrário, têm uma elevada componente tecnológica, como é o caso dos cuidados intensivos. Porém, salienta a autora ainda, no que respeita à divisão dos serviços hospitalares, e muito particularmente em relação à distinção entre serviços de medicina e serviços de especialização, que não se trata de uma mera divisão técnica, mas também assume uma natureza social. Isto porque, tal como Antoinette Chauvenet (1972) explica, esta indissociabilidade deve-se ao facto de ela servir para explicar a posição que os serviços ocupam na hierarquia de poder e de prestígio da instituição hospitalar. Para a autora, na posição de topo estão os serviços especializados; na base, a medicina.

Tendo em conta a "natureza do trabalho", e reportando-se às principais diferenças entre estes dois tipos de serviços, os especializados e os de medicina, Chauvenet (1972, 1973) considera que se veiculam no seu espaço duas dicotomias operatórias de cuidados: "cuidados polivalentes"/"cuidados especializados". Os primeiros cuidados são do domínio dos serviços de medicina, enquanto que os segundos correspondem aos serviços de unidades de cuidados intensivos. Para além desta distinção de natureza técnica, existem também diferenças de natureza social entre estes dois tipos de serviços hospitalares, que assentam numa «desigual sociografia das populações utentes, dominantes em cada serviço» (Lopes 1994: 68). Assim, ao nível da medicina predominam as patologias que são "cl clinicamente desinteressantes", ou seja, que resultam do diagnóstico e de procedimentos terapêuticos e que a autora refere como exemplos a toxicodependência, o alcoolismo, etc. Ao nível dos cuidados intensivos, predomina a "rotatividade dos doentes", o que permite uma maior visibilidade dos resultados do trabalho produzido (Lopes 1994).

No contexto das contingências organizacionais, vou ainda (re)tomar por empréstimo as ideias presentes no trabalho de Graça Carapinheiro (1993). Para esta autora, embora o hospital como organização burocrática e complexa detenha alguns traços do tipo-ideal de Weber, ele difere em muitos aspectos deste tipo-ideal. Segundo a autora, à semelhança da tese de Smith (1970), a hierarquia

hospitalar é piramidal, sendo modelada por uma linha de autoridade que desce da administração ao pessoal da base (Carapinheiro 1993). Se é verdade que através deste esquema se fixam de modo mais ou menos explícito a autoridade e a responsabilidade destinadas a cada nível da hierarquia e os respectivos sistemas de comunicação, na verdade, no interior do hospital coexistem outras configurações de autoridade. Assim sendo, no que se refere à autoridade, Coser argumenta que existem dois tipos de autoridade quer ao nível dos serviços de medicina, quer no domínio das unidades de cuidados intensivos e que se traduzem da seguinte forma: “autoridade fechada” e “autoridade flexível”. O primeiro tipo de autoridade é conhecido pela sua estrutura piramidal, onde a hierarquia de *status* é central. É um tipo de autoridade onde na articulação entre o trabalho médico e o trabalho de enfermagem, aos primeiros compete a decisão, e aos segundos a execução (Lopes 1994). Acrescenta ainda Noémia Lopes (1994) que num contexto de “autoridade flexível”, o princípio da tomada de decisão é descentralizado e a importância da hierarquia tende a ser esquecida, o que mostra que a delegação da autoridade não tem como critério essencial, o *status*.

Quanto à organização do trabalho, as principais diferenças que existem entre os dois tipos de serviços prendem-se, segundo Chauvenet com a maior ou menor divisão/segmentação do trabalho a nível inter e intraprofissional e da «especialização ou confusão de tarefas» (Lopes 1994: 69). A par desta questão, a autora coloca o problema da imprevisibilidade que está inerente ao trabalho. De acordo com a autora, quanto menor for essa imprevisibilidade, mais acentuada é a padronização e organização do trabalho em rotinas, quer seja ao nível do trabalho dos médicos, quer seja no domínio do trabalho de enfermagem. Segundo a autora, estas realidades passam-se nos serviços de medicina e tendem a criar uma interdependência funcional reduzida entre estes dois grupos profissionais. Como corolário desta situação, emerge num quadro taylorita de divisão de tarefas uma distribuição “confusa” de tarefas parcelares no seio dos enfermeiros. Relativamente aos serviços especializados, constata-se o contrário, ou seja, quanto maior a imprevisibilidade maior a dependência funcional intra-grupal e inter-grupal. Neste sentido, não é possível falar de uma elevada padronização e rotinização do trabalho na articulação entre o trabalho médico e de enfermagem. Isto porque os papéis se tornam mais definidos e especializados, a chamada “confusão de tarefas” tende a diminuir. Todas estas constatações, permitiram à

autora em questão chegar a uma importante conclusão. Se ao nível dos serviços especializados, uma maior interdependência proporciona uma maior co-presença de médicos e enfermeiro nos tempos de trabalho, do que ao nível dos serviços de medicina, trata-se de uma situação que gera não só uma "elevada observabilidade" de todos os actos de trabalho, assim como permite potenciar um maior controlo social entre os grupos profissionais (Lopes 1994). Daí que face a toda esta rede de interdependência do trabalho Coser afirme que esta interdependência é «a geradora de um padrão de relações inter e intraprofissionais» (Lopes 1994: 70) que tende a acentuar uma dicotomia oposta de cooperação e de conflito.

Em relação à categoria "orientação face ao trabalho", também Coser classifica duas formas de concepção sobre o trabalho, ou seja, "ritualísticas" e "orgânicas", que se encontram associadas às condições de "observabilidade" geradas em cada contexto. O primeiro tipo é caracterizado pelo cumprimento das tarefas e das regras que as formalizam. Neste contexto, este tipo de comportamento dos profissionais de enfermagem tende a desenvolver-se «sobretudo nos serviços da medicina, dada a prevalência da taylorização do seu trabalho» (Lopes 1994: 71). Por sua vez, a concepção orgânica centra-se nas finalidades subjacentes a cada um dos diferentes actos de trabalho. Trata-se de uma concepção cujos comportamentos se desenvolvem, sobretudo, nos serviços fundados numa grande especialização. A este nível e relativamente ao trabalho da enfermagem, «a sua acentuada interdependência com o trabalho médico contribui para uma maior centralidade estratégica da sua participação no processo global de produção de cuidados» (Lopes 1994: 72). Foram pois, através do recurso de todas estas categorias analíticas, que Noémia Lopes considera fulcral para apreender as configurações ideológicas dos diferentes contextos de trabalho, marcados não só pela incorporação tecnológica como também pelas estratégias de revalorização de enfermagem. Quais são as ideologias predominantes na tradição da enfermagem? De que se trata quando se fala de revalorização nos seus contextos de trabalho?

No estudo realizado, a autora levanta uma questão de importância capital para o entendimento da enfermagem, e que deve ser sempre tida em conta quando se fala de ideologia de qualquer grupo profissional e muito

particularmente, no caso da enfermagem, que é a "vocação". Esta noção é definida pela autora «como uma atitude pessoal orientada pelo 'ideal de servir', e figurando este como fonte exclusiva de gratificação pessoal e profissional» (Lopes 1994: 10). Escós define vocação profissional como «um conjunto de atitudes, qualidades ou disposições para o bom desempenho de uma actividade que, aliado aos conhecimentos adquiridos pelo indivíduo, coloca-o em condições para o desenvolvimento pleno da sua personalidade e das suas opções» (Dominguez-Alcón 1979: 120). Trata-se de uma definição que não se distancia da de Noémia Lopes (1994), o que significa que, para que um indivíduo se possa integrar neste grupo profissional é preciso, não apenas, uma formação adequada, mas também um perfil moral e uma determinada aptidão vocacional estabelecidos pelo seu quadro ideológico.

Será que esta aptidão vocacional se constitui num requisito para a enfermagem? Vejamos. É de notar que o conceito de "vocação" aparece normalmente como um critério ideológico associado à enfermagem (Dominguez-Alcón 1979). Noémia Lopes refere a "vocação" nesta profissão como uma missão de apoio moral a quem sofre, ou seja, aos doentes que recorrem aos hospitais, e bem assim, à ajuda quer dos médicos, quer dos enfermeiros. Trata-se de uma missão que é essencialmente caracterizada por dois aspectos: a dedicação e a bondade. São precisamente estas duas características que na perspectiva de Carpenter (1993) lhe conferem uma determinada posição na divisão social e técnica do trabalho.

Já em 1937, num dos primeiros manuais espanhóis de enfermagem, Marín escreveu: «As qualidades básicas necessárias para chegar a ser uma boa enfermeira é a sua vocação e caridade» (Dominguez-Alcón 1979: 119), argumentando ainda o autor, que a enfermeira não deve vacilar nesta sua opção. Para o autor, o espírito vocacional aparece como condição indispensável dos profissionais de enfermagem, pois só assim é que se pode falar de uma boa enfermeira. Argumentam ainda os autores das correntes espanholas que, para se ser uma boa enfermeira não basta ter uma boa preparação técnica, mas também vocação para exercer tal actividade e carinho e amor pelos doentes. Por outro lado ainda, sugere Cañadell que a profissão de enfermeira é vista como se se tratasse de um sacerdócio, ou seja, de uma missão apostólica, uma vez que é dela

que os doentes recebem os cuidados, o amor, a ternura e o carinho por ela dispensado sem receber nada em troca (Dominguez-Alcón 1979; Dueñas 1991). Nesta linha de pensamento dos autores espanhóis, uma enfermeira que desempenha o seu papel por vocação encontra a sua gratificação na forma como se entrega aos doentes.

Porém, esta ideia vocacional da enfermagem, como sinónimo de “sacerdócio”, tem origem nas orientações ideológicas judaico-cristãs da medicina. Escós argumenta que a ideia de vocação médica é tributária das raízes do cristianismo, na medida em que se perspectiva a função dos médicos como a salvação de vidas, intimamente associada à ideia de ressurreição de Cristo (Dominguez-Alcón 1979). De facto, o carácter do cristianismo presente no âmbito da vocação da enfermagem é salientado por Dominguez-Alcón, pois para a autora, uma enfermeira que exerce as suas funções por vocação é aquela que o faz por amor ao próximo, prestando um serviço de ajuda e apoio moral a quem precisa. É por esta razão que, para a autora, prestar um serviço ao próximo é considerada a função primordial e a razão de ser da enfermagem, enquanto profissão. Enfatiza-se a vocação dos profissionais de enfermagem, porque se entende que são as enfermeiras que comportam a “vocação do amor”, e que são elas quem se dedica inteiramente aos doentes, transmitindo-lhes uma ideia de paz e de confraternidade (Dominguez-Alcón, 1979; Dingwall, Rafferty e Webster 1988; Reverby 1989). Daí que a autora insista em afirmar que o tradicional sacerdócio do médico foi ultrapassado pelo sacerdócio e vocação das enfermeiras, tendo em conta que elas são quem se relaciona mais directamente com os doentes e de uma forma mais imediata. Para a autora, as principais qualidades dos profissionais de enfermagem, e muito particularmente, das enfermeiras são: servir o próximo, procurar evitar a dor, ou pelo menos aliviá-la, incutir nos doentes a ideia de que alguém os pode ajudar, além do carinho e disposição para os ouvir. A par dos conhecimentos técnicos que os profissionais de enfermagem devem ter, estão todos estes instrumentos de natureza mais natural e própria da essência do ser humano que, na realidade é tributária das conotações religiosas da sua origem.

Contudo, se antes a vocação da enfermagem era fortemente caracterizada pela sua orientação para salvar o outro e ajudar o próximo, na actualidade, embora essa conotação continue a existir na estrutura da orientação do “cuidar”,

questão que apresentei na secção anterior, é de considerar que hoje não se pode delimitar o ingresso na enfermagem pela mera vocação, mas sim relacionado com motivação, ou melhor, a motivação particular de cada indivíduo para escolher determinada profissão. Como principais razões da motivação das mulheres para ingressarem no mundo da enfermagem, foram apontadas por Reverby (1989) e Dominguez-Alcón (1979): as influências familiares, o contacto prévio com o meio hospitalar, o facto de se ingressar rapidamente no mundo do trabalho, a vocação religiosa, os contactos com a enfermagem, etc. Trata-se, na realidade, de opções profissionais que perspectivam esta profissão como um caminho para fazer algo pelos outros, mas que não se dissocia de uma lógica de feminização, entendendo a enfermagem como uma profissão bonita e educada para as mulheres, e uma forma para que elas possa adquirir um novo *status* na sociedade. Aliás foi esta uma das lógicas que levou Nightingale a abraçar o desenvolvimento da enfermagem, tal como referi anteriormente. Dominguez-Alcón sugere ainda que os principais motivos que levam os homens a optar pela carreira de enfermeiros estão associados quer à sua inadmissão na medicina e como tal, à impossibilidade de realizar a carreira de médico, quer pelo facto de se poder ingressar imediatamente, após a conclusão do curso de enfermagem, no mundo do trabalho. São estas algumas das principais que motivações que levam, quer os homens, quer as mulheres, mas sobretudo as mulheres, a seguir a carreira de enfermagem.

Em função do exposto acima, os profissionais de enfermagem são predominantemente caracterizados pela sua capacidade para se entregarem aos outros, e acima de tudo pela atenção e caridade que dão a quem precisa da sua ajuda, os doentes. Trata-se assim de um quadro ideológico que articula, segundo Dominguez-Alcón, uma certa filantropia à caridade. Por esta razão, Castañeda considera que a enfermagem trata-se na realidade de uma profissão com singularidades próprias, sendo tradicionalmente dotada de um carácter nobre, intimamente associado a virtudes religiosas (Dominguez-Alcón 1979).

Um outro aspecto a considerar é de que a própria enfermagem valoriza igualmente o seu grupo como os únicos profissionais que detêm capacidade para mediar as relações entre o médico e o doente. É pela posse dessa capacidade distintiva que se enquadra ainda como fundamento ideológico da enfermagem a sua distinção em termos das funções desempenhadas, face aos outros profissionais

da saúde. Aliás segundo Pardal, um «praticante é um auxiliar imediato do médico em todas as suas actividades profissionais» enquanto o enfermeiro representa o

«único intermediário entre o médico e o doente, e é encarregado ao mesmo tempo das funções auxiliares chamadas técnicas (injecções, curativos, etc) e daquelas outras que se consideram de ordem secundária, como por exemplo a alimentação e a limpeza do doente» (Dominguez-Alcón 1979: 115).

Não menos relevante é ainda de considerar que se apercebe um outro eixo ideológico assente na lógica do desinteresse e o amor ao próximo. Trata-se, na realidade, na exaltação do altruísmo da enfermagem, salientando que no seu trabalho, não se funda no desejo pelo lucro e pelos benefícios económicos. Aliás, Pijoan argumenta que, nesta profissão, os indivíduos devem evidenciar o carácter humanitário, salientando na prática o desinteresse e a necessidade de se sentir satisfação por se ter contribuído para salvar uma vida, a do doente. É neste sentido que o autor afirma que as enfermeiras

«devem contar apenas com a satisfação do trabalho que exerceram, mas se as necessidades da vida os obrigarem a aceitar uma remuneração, como fruto natural do seu trabalho, então que assim seja, mas nunca deve ser esse o estímulo que os levou a aceitar a sua profissão» (Dominguez-Alcón 1979: 123).

Ao evidenciar o carácter humanitário da enfermagem, Coello (1991) e Dueñas (1991) referem ainda o altruísmo como uma ideia que sempre existiu ao longo dos tempos em todas as profissões, mas que na enfermagem assume um aspecto particular. Para os autores, é um erro muito grave para a enfermagem se se verificar que o desempenho dos profissionais de enfermagem funciona mais no sentido destes obterem vantagens económicas. Aliás, é interessante notar aqui que segundo Usandizaga, quem insistir nesse espírito, nunca poderá tornar-se numa boa enfermeira ou num bom enfermeiro e nesse sentido, quem sofrerá as consequências são os doentes (Dominguez-Alcón 1979). Sugere ainda o autor que tal como todos os profissionais, a enfermeira tem também direito a ganhar uma remuneração pelo exercício da sua actividade, porém, e como faz questão de salientar Usandizaga e Dominguez-Alcón, esse deve ser um motivo secundário, visto que em primeiro lugar deve estar a sua vocação para se dedicar aos outros.

Carpenter (1993) apresenta igualmente uma certa concordância simétrica com as perspectivas de Dominguez-Alcón, Reverby entre outros, ao afirmar que o enfermeiro é ainda hoje considerado como uma pessoa que no desempenho das suas funções profissionais se caracteriza, quer pelo seu sossego e tranquilidade, quer ainda pela forma como se dedica e entrega ao que faz. Esta perspectiva de Carpenter (1993) salienta, assim, uma das formas de que é ou deve ser uma “boa” enfermeira, que se traduz numa orientação profissional da enfermagem, fundada na necessidade de ajuda do “outro”. Na realidade, estes dois aspectos, a dedicação e a bondade retratam não só a origem religiosa do grupo de enfermagem, mas também o quadro de valores que modelaram o nascimento da enfermagem num contexto de obediência e subordinação aos que se encontram em posições hierárquicas superiores, isto é, a classe dos médicos. Esta posição de subordinação técnica da enfermagem tem vindo a colocá-la numa constante situação de fragilidade face à medicina.

Efectivamente, Carpenter (1993), Witz (1994), Reverby (1989) expressam-se relativamente à enfermagem anglo-saxónica como uma profissão inteiramente subordinada ao poder dos médicos. Com isto, os autores sugerem que a actividade da enfermagem é reduzida à simples execução de tarefas ordenadas pelo médico. Posto isto, significa que para estes autores o tradicional papel da enfermagem se resume à prestação de dois tipos de actividades. Quais são? Obedecer às ordens do médico e servir o utente, cuidando dele sempre que necessite. Neste contexto, o médico é tradicionalmente considerado como a autoridade intelectual, o “cérebro” principal da prestação de cuidados aos utentes, como afirma Alvarez-Sierra y Manchón, enquanto que as enfermeiras devem ser obedientes e submeter-se às ordens do médico (Dominguez-Alcón 1979). Trata-se, assim, de uma ideia que confina a enfermagem ao cumprimento de ordens e prescrições médicas, sem poder revelar a sua opinião ou discutir. Da mesma forma outros autores como Rank e Jacobson (1977) também consideram que a enfermeira pode muito eventualmente chamar a atenção do médico, mas nunca o corrigir. Esta perspectiva está relacionada como o privilégio típico dos médicos, que é o da prática do acto médico da forma que eles consideraram a mais apropriada e tomar posições relativamente ao estado do utente, e influenciar a prática de outros profissionais.

Tal como referi anteriormente, este privilégio advém da autoridade que tradicionalmente é associada aos médicos, não só em virtude da posse de conhecimentos específicos, mas também porque se trata de um grupo que detém a competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às lógicas de outros grupos no contexto hospitalar, tais como as exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico (Carapinheiro 1993; Freidson 1988). Porém, é preciso notar que, apesar da enfermagem estar tradicionalmente colocada numa posição de dependência face aos médicos, estudos recentes, tais como o de N. Lopes (1994) e Parra (1991), têm vindo a revelar que, na actualidade, na prática da enfermagem há como que uma interrelação mútua entre os actores na divisão do trabalho, não se confinando os enfermeiros à mera subordinação.

Uma outra questão que se levanta na leitura do discurso tradicional da ideologia da enfermagem é a seguinte. Se um dos passos para a instituição de uma enfermagem mais unificada e dotada de um carácter sócio-profissional, foi baseada na sua filiação institucional no ambiente hospitalar e na vocação e obediência aos médicos, enquanto instrumentos ideológicos desenvolvidos pela tese de Florence Nightingale, um outro passo baseou-se na especialização da sua formação. De salientar aqui, que aquando da génese da enfermagem, Nightingale advogava que uma boa enfermeira, só poderia ser considerada como tal se tivesse uma aprendizagem especial, uma vez que no seu entender, ser-se meramente compassiva não era o suficiente para se ser uma boa enfermeira. E, que tipo de formação é que preconizava? Para Dominguez-Alcón (1979), trata-se de uma formação dos profissionais de enfermagem, assente precisamente na crença de que estes devem ter poucos conhecimentos técnicos e muita prática.

Subjaz neste quadro ideológico a ideia de que para a enfermagem não é suficiente a intuição, nem vocação, sentimentos de caridade e de altruísmo, na medida em que é com a prática quotidiana que os enfermeiros vão preparando e melhorando a sua relação com os utentes. De acordo com Josefina Escós, os profissionais de enfermagem devem ter uma formação específica, mas uma formação que promova o estudo racional e prático, e não apenas “memorizações”, pois só assim será possível aos profissionais de enfermagem cumprirem a sua missão específica de colaboração com o médico. Argumenta ainda a autora que

para que a prestação de cuidados de saúde seja a melhor possível, os profissionais, médicos e enfermeiros, devem não só ter uma formação adequada, mas também, competências para desempenharem tais funções, quer na área respectiva de trabalho, quer na relação de trabalho interdisciplinar que estabelecem uns com os outros no local de trabalho (Dominguez-Alcón 1979).

De facto, até há década de 70, aos enfermeiros são ministrados nas escolas de enfermagem, nomeadamente em Espanha, alguns conhecimentos médicos, em menor grau do que é ministrado a um licenciado em Medicina. Segundo Sierra, na história do desenvolvimento da enfermagem, sempre se considerou que os enfermeiros devem ser indivíduos com conhecimentos teóricos restritos, devendo apenas ser hábeis no desempenho da sua função e «sempre com a consciência da função que devem ter com o médico, o doente e a sociedade» (Dominguez-Alcón 1979: 112). Esta realidade era semelhante ao que se passava em Inglaterra, Canadá, França, nos Estados Unidos da América, e nomeadamente em Portugal (Sousa 1996; Soares 1993). Porém, para Dominguez-Alcón, este facto não significa que se perspetive uma enfermeira como se fosse um médico frustrado, nem tão pouco como um minimédico. O que importa, para a autora, é que a enfermagem exerça as suas função de uma forma perfeitamente enquadrada, diferenciada e bem definida. Face ao exposto, subjaz a tradicional ideia de que a enfermagem é essencialmente uma actividade prática com fracos domínios teóricos. Para Escós, este *défice* de conhecimentos teóricos vai sendo compensado pela prática. Por isso mesmo afirma que para «la enfermera *la práctica lo es todo*» (Dominguez-Alcón 1979: 114). Perspectivava-se que era através duma prática intensiva e dedicação que a enfermagem se afirmava na produção de cuidados e na carreira profissional.

Dominguez-Alcón argumenta ainda que estas tradicionais estratégias formativas e de desempenho profissional assentam nas ideias da "enfermagem como *quasi-médico*" e a "a prática é tudo para a enfermagem", que reactualizam o discurso de Nightingale para a elevação da imagem da enfermagem, mas que em última instância, apenas sustenta e reforça a continuidade da lógica da subordinação. Isto porque, em concreto, Nightingale ao apelar para a necessidade de elevar o nível de formação da enfermagem, como aquela que os médicos têm, considera que as enfermeiras devem continuar sempre a trabalhar com dedicação

sob a direcção do médico, visto que o seu trabalho só pode ser legitimado pela relação que estabelece com o médico (Dominguez-Alcón 1979).

Assim sendo, não é de admirar que numa tentativa de ganhos de autonomia e de diferenciação, a enfermagem tenha procurado nas últimas décadas reformular os seus conteúdos formativos, no sentido do reforço dos seus conhecimentos teóricos e de distanciamento às lógicas das orientações clínicas moldadas à imagem da medicina (Sousa 1996; Soares 1993; Witz 1994; De La Cuesta 1983). Para além dessa realidade, ao contrário de outros grupos profissionais onde predomina uma feminização, tais como, os professores e as secretárias, a enfermagem esteve sempre relacionada historicamente com a ideologia da subordinação, tal como tenho vindo a referir, situação essa que é accionada pelos contextos históricos de submissão à dominação médica. Mas, se a enfermagem é predominantemente feminina, a profissão médica, como se sabe, tem sido tradicionalmente ocupada pelo sexo masculino²⁸ (Carpenter 1993; Freidson 1988; Dingwall, Rafferty e Webster 1988; Witz 1992; Noémia 1994; Carapinheiro e Rodrigues 1998). De facto, a enfermagem aparece normalmente associada à ideia de que se trata de uma actividade que deve ser exercida por mulheres e podemos constatar na literatura que em todo o mundo, são muito poucos os enfermeiros do sexo masculino. Foi sobretudo nos últimos cem anos que a enfermagem se tornou predominantemente feminina, embora a grande tendência actual seja a de aumentar a participação masculina no mundo da enfermagem (Cockerham 1998; Dominguez-Alcón 1979; Scott 1999a). De acordo com Dominguez-Alcón, uma das razões da existência de poucos indivíduos do sexo

²⁸ A propósito da evolução das profissões em Portugal, Carapinheiro e Rodrigues (1998) sugerem que se encontra, ao nível dos médicos, a presença de «modelos de integração na profissão distintos para homens e mulheres. Os principais factores que determinam esta diferenciação são a organização da profissão em carreiras médicas, a especialização das actividades médicas e a organização das posições hierárquicas. A importância do primeiro factor relaciona-se com o facto de em Portugal esta profissão se organizar em diferentes carreiras, designadamente a hospitalar, a de clínica geral e a de saúde pública e de a estas carreiras corresponderem diferentes tipos de actividade médica e diversas formas de poder e prestígio médico (...). No que diz respeito a este factor, as mulheres têm um peso relativamente menor na carreira hospitalar. A importância do segundo factor reside no facto de à escolha das especialidades médicas estar subjacente uma hierarquia de valor que reproduz a hierarquia de prestígio das medicinas hospitalares. Quanto a este factor, os homens conservam a sua predominância nas especialidades com mais prestígio médico. Finalmente, a importância do terceiro factor baseia-se na persistência de estruturas hierárquicas piramidais nas organizações de trabalho, que se reproduzem a partir do accionamento eficaz de múltiplos mecanismos de selecção de quem pode aceder ao topo desses hierarquias. Esta possibilidade exige recursos e esforços significativamente maiores para as mulheres» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 151-152).

masculino na enfermagem, assenta na capacidade e na qualificação dos mesmos, apesar de reconhecer que ambos os sexos estão capacitados para desempenhar essa actividade. Ainda segundo a autora, a inadequação do homem à profissão deve-se ao facto de que o homem é perspectivado como mais rude e violento, e por isso mesmo mais dificilmente adquire o toque maternal e feminino que é tão próprio das mulheres, e neste caso das mulheres enfermeiras. Aliás, nos textos sobre a enfermagem, nomeadamente os espanhóis e anglo-saxónicos, é bastante difundida a ideia de que tradicionalmente a enfermagem deve ser uma profissão feminina, na medida em que só o sexo feminino pode realçar bem o carácter maternal e consolador da mulher.

Efectivamente, a relação entre a feminilidade e a enfermagem está sempre associada à ideia de que é através dos cuidados maternais que a enfermagem desenvolve a sua capacidade para promover uma assistência carinhosa e terna (*tender-loving-care*). Daí que Tornel afirma que «a enfermeira deve substituir a mãe na sua missão de carinho e educação» (Dominguez-Alcón 1979: 118), justificando desta forma que na enfermagem devem apenas trabalhar as mulheres. Cañadell relata que, em 1975, foi mesmo um médico quem se referiu à enfermagem da seguinte forma: «profissão feminina por essência, porque a feminilidade é a qualidade necessária para que se seja fiel à imagem que dela tem o mundo» (Dominguez-Alcón 1979: 117). Ou seja, os autores referem a enfermagem como actividade predominantemente feminina, justificando que são as mulheres os seres mais "humanos", e para além disso, são elas quem normalmente aparece associado à fé e aos valores do cristianismo. Assim sendo, não é de admirar que na perspectiva dos autores da corrente espanhola, as principais qualidades que tradicionalmente são atribuídas à enfermeira são: capacidade de entrega, generosidade, trabalho, eficiência, tenacidade, ordem, responsabilidade, lealdade, compreensão, fortaleza, veracidade, sinceridade, naturalidade e alegria.

Para além de todos os aspectos considerados anteriormente, existe um outro aspecto que se levanta ao nível das ideias que tradicionalmente informam a enfermagem, e que se prende com as condições higiénicas que as enfermeiras podem promover. De acordo com Pijoan, «a enfermeira tem o dever de cuidar do seu asseio, e por nenhuma razão um doente pode contemplar a situação de uma

peessoa desleixada» (Dominguez-Alcón 1979: 127). Significa que as enfermeiras devem cuidar muito bem do seu aspecto exterior, no sentido de inspirar limpeza e asseio no seu trabalho e na sua imagem. Sugere ainda o autor que as enfermeiras não devem possuir nem jóias, nem grandes luxos, mas pelo contrário, serem senhoras de uma elegância sensível e discreta. Outros autores, como Marín, sugerem ainda que uma enfermeira, nas suas horas de trabalho, deve vestir-se decentemente, sem grandes enfeites e sem decotes, bem como usar um vestido branco e limpo. Para além deste asseio exterior, elas devem tomar banho todos os dias para cuidar do seu asseio íntimo. Outros autores referem-se ainda aos cuidados mais frequentes, como lavar a cara, a boca e as mãos, quer antes das refeições, quer no fim do seu trabalho diário. Outros, apelam ainda para a necessidade de descanso e repouso diários, pois sem esse descanso, a enfermeira não será capaz de se apresentar com satisfação e entusiasmo no trabalho. O exemplo de limpeza e asseio diário deve começar precisamente pelas enfermeiras, não só por uma questão de higiene pessoal, como também por uma questão de protecção contra possíveis infecções. Ou seja, a posse de condições físicas e de saúde para o exercício profissional (Dominguez-Alcón 1979).

Assim sendo, parece que o desenvolvimento da enfermagem e a lógica da sua tradicional configuração no trabalho se estrutura, pelo menos em torno de mais dois pólos ideológicos, situando-se um no plano da legitimidade às mulheres no acesso ao trabalho remunerado, e o outro no domínio do desenvolvimento formativo das qualidades relacionadas com a submissão e a moral da mulher. É assim de interrogar se está implícita nesta perspectiva uma outra realidade, a ênfase a certas conotações behavioristas na enfermagem? Vejamos. Segundo a lógica behaviorista, o comportamento humano é biologicamente determinado, sendo uma das principais características da identidade de uma pessoa, o sexo. Nesta linha de abordagem, o que permite distinguir o sexo feminino do sexo masculino, é de que o primeiro possui como características mais evidentes, a passividade e a educação, enquanto que o homem é mais decisivo e competitivo (Sweet e Norman 1995). É com base nesta perspectiva que se têm vindo a gerar inúmeros debates sobre a divisão sexual do trabalho, nomeadamente na relação dual, médico-enfermeiro.

O sexo feminino aparece constantemente associado ao estereótipo de

“sexo mais fraco”, ou seja, às mulheres é-lhes sempre associado o papel materno, de responsabilidades para com os filhos, dependentes do homem e, como tal, desprovidas de autonomia. Porém, esta realidade, não se traduz no facto de que a mulher no exercício da actividade de enfermagem não deva deter uma adequada condição física. De facto, sugere-se que uma enfermeira deve possuir uma boa constituição física, pois, por vezes, as suas actividades laborais obrigam-nas a lidar com doentes incapazes de se movimentarem, o que obriga a esforços musculares. Para tal, deve ter o cuidado de fazer uma boa alimentação, preocupar-se com a sua higiene, e como sugere Tornel, praticar até um desporto. Este autor chega mesmo a referir-se a um período em que todas as mulheres se encontram mais frágeis, ou seja, o período menstrual. É nessa altura que os cuidados com a sua saúde (da enfermeira) devem ser ainda maiores (Dominguez-Alcón 1979).

A verdade é que, apesar de todas as mudanças ocorridas na sociedade, concretamente no que respeita ao papel de maior protagonismo da mulher na sociedade, as mulheres são ainda identificadas como o sexo dependente. Porém, atendendo aqui ainda à afirmação de Simone de Beauvoir de que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, então, é necessário encontrar outras explicações para superar a explicação das desigualdades entre os sexos, com base em critérios biológicos. Assim sendo, se a dominação do homem sobre a mulher e a divisão sexual do trabalho são traços comuns em muitas sociedades, também é verdade que ela, a dominação, se constroi historicamente, em função de condições materiais e concretas de produção em momentos históricos determinados (Witz 1992).

Vejamos melhor esta questão. Na génese da enfermagem, sempre foi enfatizada a mulher/enfermeira como um conjunto de atributos morais, comportamentais e atitudinais (Chambliss 1996). Esta postura desenvolvimentista da enfermagem protagonizada por Nightingale acabou por estabelecer uma triangulação entre a estruturação da profissão enfermagem, o modo de produção capitalista e a formação de enfermeiras no séc XIX. Na verdade, o que se verificava no séc. XIX era um discurso de exclusão das “mulheres”, baseando-se numa lógica “naturalista” na caracterização de cada género: ao feminino, catalogava-se a docilidade, a submissão, a sensibilidade, a dependência; ao

masculino, associado às funções com a organização, a força, a agressividade, a independência, a decisão. Trata-se, assim, segundo Witz (1992), de inscrever as relações homem/mulher, numa lógica patriarcal, admitindo que um sistema social seja caracterizado pela dominação do homem sobre a mulher, e que em última instância se traduz na existência de um controlo da sexualidade no sistema produtivo, ou seja, o controlo dos homens sobre a força de trabalho das mulheres. A autora enfatiza ainda que foi através do capitalismo industrial e da sedimentação da lógica patriarcal, que esta divisão ganhou expressão e contornos mais nítidos no quadro societal. Assim sendo, o que ressalta da leitura da tese de Nightingale, através do olhar de Witz (1992), é a presença de um conjunto de relações que explícita ou implicitamente vincula, em última instância, uma perspectiva de produção de cuidados de enfermagem fundada na estrutura patriarcal da sociedade da época, que ainda se prolonga até hoje, quando se afirma que a relação médico-enfermeira é comparável com a situação matrimonial entre marido e mulher²⁹ (Sweet e Norman 1995).

Ora bem, atendendo à tese de Witz (1992) e Marshall (2000), esta relação apenas enfatiza a ideia de uma divisão entre homens e mulheres, quer na família, quer no mercado de trabalho, na sociedade em geral. Trata-se, assim, e sobretudo duma lógica diferenciadora, que coloca em primeira e em última instância, o homem numa posição de superioridade em relação à mulher. Concebe-se, assim, uma dinâmica social fundada numa interrelação entre o plano macro e o nível micro, impregnada não só de uma mera diferenciação sexual e de classe, mas também de relações complexas de género no quadro societal. Daí que, para compreender os processos de prestação de cuidados que ambas as partes, os médicos e os enfermeiros, desempenham no quotidiano de trabalho, é preciso

²⁹ Vejamos ainda o seguinte. A família sempre foi perspectivada como uma unidade de produção e consumo, não sendo separáveis as lógicas de reprodução e manutenção da unidade familiar, das tarefas de produção para consumo ou para troca, nem eram dissociáveis o trabalho doméstico de um (a mulher) em relação a outro (o homem) dirigido para fora. Ou seja, à mulher competia a resolução dos problemas de natureza emocional da família, por sua vez, ao homem competia a resolução dos problemas de natureza financeira, laboral e a decisão. Foi o capitalismo que trouxe uma separação clara entre a casa e o lugar de trabalho, gerando uma dissociação e diferenciação entre o trabalho doméstico não remunerado, efectuado exclusivamente pelo sexo feminino, e o trabalho remunerado, fora do espaço privado da família, realizado preferencialmente pelo sexo masculino. Subentende-se da tese de Witz (1992) que o capitalismo e o patriarcado não são estruturas autónomas, mas conexas, de tal modo que o primeiro fomenta a ideologização das posições hierárquicas nos contextos de trabalho, e o último determina as formas de ocupação destas posições.

focar a questão do género, Isto porque ao tomar em consideração este conceito desloca-se o objecto de análise às «diferenças de homens e mulheres para se centrar nos sistemas de crenças associados ao género» (Amâncio 1992:10). Em suma, estão associados à questão da subordinação da enfermagem um conjunto de conteúdos descritivos e normativos de modos de ser e de comportamento entre os dois sexos.

Se se atender aqui à lógica do patriarcado e à problemática do género, bem como à ideia de que o cuidar é uma actividade feminina, tal como referi anteriormente, então será que às mulheres está reservado o papel do exercício das actividades de enfermagem, e aos homens o lugar da medicina? É evidente que não! Mudanças sociais e económicas que têm vindo a ocorrer nas últimas décadas, fizeram emergir uma inversão deste tipo de relação médico-enfermeiro: por um lado, o aumento do número de profissionais de enfermagem do sexo masculino; por outro lado, o incremento do número de mulheres na profissão médica (Porter 1992). Porém, para Sweet e Norman (1995) estas mudanças não trouxeram ainda mudanças significativas. Também os enfermeiros do sexo masculino se deparavam com os tradicionais confrontos e constrangimentos: a dominação da profissão médica, ou por outras palavras, a sua subordinação às ideologias dos grupos profissionais médicos. Aliás, segundo Savage (1997) e outros, os homens são tradicionalmente admitidos nalguns serviços de saúde, apenas devido à sua masculinidade, isto é, a “força” que possuem, razão pela qual são colocados em serviços onde não praticam a lógica do cuidar, mas apenas o tratar (Sweet e Norman 1995).

Num estudo recente realizado por Maria Araújo (1995), a propósito dos processos de construção identitária³⁰ da enfermagem em Portugal, em termos de

³⁰ Ora bem, falar em identidade e na sua construção se exige um certo cuidado. Em primeiro lugar, ela, a identidade, não remete apenas para o reconhecimento pela exclusividade no idêntico, mas, antes, para o reconhecimento por semelhança, ou dito de outro modo, o reconhecimento por familiaridade. E, em segundo lugar, mas não menos importante, é preciso sublinhar que a identidade dada, numa perspectiva da analítica foucaultiana, não é pela exclusividade de uma permanência, em geral pensada em termos de objectos, mas justamente pela impermanência. Na verdade, numa aparente contradição, a identidade só é possível de ser “detectada” pela não-identidade. Tal como refere Foucault: «de modo paradoxal, definir um conjunto de enunciados no que ele tem de individual consistiria em descrever a dispersão desses objectos, apreender todos os interstícios que os separam, medir as distâncias que reinam entre eles — em outras palavras, formular a sua lei de repartição» (Foucault 1987: 37).

Assim sendo, o que subjaz na conceptualização de identidades profissionais? Claude Dubar (1995), responde a esta questão, sugerindo que a construção de identidades profissionais inscreve-

género, a autora conclui que a legislação sobre o ensino de enfermagem tem vindo a favorecer a continuidade de uma ideologização da enfermagem como uma profissão feminina. Por outro lado, salienta ainda a autora que as representações dos/as estudantes de enfermagem manifestam uma clara formulação estereotipada da feminilidade da identidade sócio-profissional da enfermagem. Estes resultados reforçam assim a ideia de que a divisão do trabalho em enfermagem se processa numa lógica do género, a qual não está dissociado dos efeitos e dos impactos dos quadros ideológicos vigentes numa sociedade, de cariz essencialmente patriarcal, onde as mulheres ainda são perspectivadas, não só pelos homens, assim como pela sociedade no seu todo, como desprovidas de poder e controlo. O estudo de Maria Araújo coloca, assim, em ênfase que a questão não está relacionada como o facto de as mulheres não deterem controlo sobre as suas condições de trabalho, na medida em que também existem homens que não o possuem. O que está em causa é a segregação do trabalho entre sexos na enfermagem.

Ao falar da produção de cuidados de saúde, colocamo-nos perante dois tipos de divisão, a primeira de âmbito mais geral, a divisão técnica e que é aquela que se estabelece ao nível das lógicas da concepção/execução entre médicos e enfermeiros, tal como refere Lopes (1994) e a segunda, situada no domínio da divisão social, tal como apresentei atrás. A constatação da realidade leva-me a considerar que existe um processo complexo no âmbito do desenvolvimento da enfermagem, que premeia, em termos concretos, a delimitação da enfermagem profissional, em dois sistemas de relações de poder: o de género, que se apoia na estrutura do patriarcado e define as relações enfermeira/médico; e o de classe,

se num *puzzle* de movimentos colectivos, em resposta a uma lógica espaço-temporal individual distinta. Na lógica de Dubar, a construção da noção de formas identitárias deriva da reinterpretação duma dupla transacção que estrutura a socialização profissional dos actores, sendo uma de natureza biográfica que reenvia ao eixo temporal a construção da identidade, e a outra relacional, que se reporta às relações dos actores num espaço estruturado. Estas duas transacções colocam em jogo, por um lado, uma convergência ou uma heteronomia de interesses e estratégias entre os grupos profissionais e destes com a própria organização e, por outro lado, uma regulação estratégica das relações, dos mecanismos simbólicos, dos recursos subjacentes à objectivação das categorias de referência que não se encontram dissociados da socialização profissional e da composição identitária. Esta ideia da identidade profissional, percebida numa lógica construtiva, não refuta as teses sincrónicas nem as diacrónicas, mas actualiza-as através do enquadramento da identidade profissional num jogo, o que reforça uma argumentação, cujo núcleo central se baseia no pressuposto de que, na actualidade, as identidades são forjadas por mecanismos de mudança e de renovação do saber-fazer, facto que confere à própria noção de identidade uma figura não abstracta (Dubar 1995).

vinculado ao sistema de produção vigente, que se reflecte na divisão social e técnica do trabalho entre os médicos e as enfermeiras (Witz 1992; Carpenter 1993).

Neste sentido, e em função do exposto acima, pressupõe-se uma trajectória histórica da enfermagem fundada no terreno do género, e numa sociedade de carácter patriarcal, em que as relações de género nessa sociedade constituem fundamentalmente uma relação de poder. Daí que sou levado a concordar com Dominguez-Alcón (1979) quando afirma que, em última instância, a tradicional estrutura ideológica da enfermagem encontra-se fundada num eixo de subordinação, articulado a outros quatro, tal como sintetizo no Quadro 3.

Quadro 3
Ideologias Tradicionais da Enfermagem

Ideologias-Base	Sub-Ideologias
1. <i>Quasi</i> - Médico	Formação igual à do médico, mas menor; A "ignorância" como um valor; A prática como um todo; Missão de intermediário; Diferenças entre a missão dos praticantes e dos enfermeiros; Ser inferior;
2. Profissão Feminina	Profissão eminentemente feminina; O cuidados da enfermagem são cuidados maternos; Os cuidados da enfermagem são ternos, carinhosos e delicados; A saúde e a fortaleza física como características necessárias para o desempenho da profissão;
3. Missão Apostólica	A profissão como um sacerdócio e por vocação; Da filantropia à caridade; Elementos inerentes ao exercício da profissão: desinteresse e amor ao próximo;
4. Subordinação ao Médico	Servidora do médico; Submissão e obediência;
5. Obsessão Higiénica	Importância ao asseio minucioso; Necessidade de uma boa apresentação; Presença da ordem.

Fonte: Dominguez-Alcón (1979)

Assim sendo, coloco uma outra questão. Longe da era em que a prestação de cuidados de saúde se fundava numa exclusiva relação dual entre o médico e o doente, na actualidade, os cuidados são prestados por um conjunto de profissionais especializados nas áreas mais distintas e diferenciadas do

tratamento, da reabilitação, dos meios complementares de diagnóstico. Porém, esta relação não é linear. Assinala Cockerham (1998) que, exceptuando os psicólogos clínicos, a maioria das actividades inerentes à prestação de cuidados de saúde tem vindo a ser organizadas em torno da supervisão e controlo directo dos médicos. De facto, já na década de 70, Eliot Freidson (1973) argumentava a existência de uma lógica da subordinação dos profissionais de saúde, em torno da práticas dos médicos, intimamente relacionadas com quatro aspectos fulcrais: ^{a)} a aprovação, ou melhor, o reconhecimento dos conhecimentos e dos saberes dos profissionais de saúde depende dos médicos; ^{b)} tradicionalmente os profissionais de saúde desenvolvem actividades que exigem apenas conhecimentos rudimentares de diagnóstico e de tratamento; ^{c)} as actividades desenvolvidas pelos profissionais não médicos dependem das prescrições médicas; ^{d)} no campo da saúde, os médicos são aqueles que detêm o maior prestígio junto dos doentes.

Se atendermos a estes quatro critérios, numa primeira aproximação, desvanecem-se as possibilidades de outros profissionais, como a enfermagem, poderem ganhar espaços de autonomia e de afirmação no campo da saúde. Daí que não é de admirar que durante décadas, a enfermagem e outros profissionais, por ausência de autonomia e liberdade de actuação, entre outras lacunas, tenham sido consideradas como semi-profissões (Etzioni et al. 1969), estatutariamente dependente da subordinação médica e do controlo burocrático da administração dos serviços de saúde para o desenvolvimento das suas actividades na produção de cuidados. Acrescentou ainda Fred Katz (1969) que a enfermagem deve ser uma semi-profissão porque, ao contrário da medicina, ela não possui um corpo de conhecimentos próprio, reconhecido e aceite. Não menos verdade, esta lógica interpretativa que vigorou na década de 60, pode igualmente ser justificada pela ideia de género. Se atendermos à realidade do desenvolvimento da enfermagem inglesa, norte-americana, canadiana e francesa, podemos verificar que ela apresenta na sua génese enquanto ocupação, uma situação de certo modo semelhante nos diferentes países, ou seja, sendo predominantemente exercida por mulheres, subordinadas pelo domínio dos homens na hierarquia das organizações de serviços de saúde (Reverby 1989). Tal como refere Anne Witz (1992), por a enfermagem ser exercida predominantemente pelas mulheres, não é de admirar que ela seja considerada como uma semi-profissão, já que esta noção se baseia num modelo profissional androcêntrico para caracterizar os sucessos dos

projectos profissionais dos homens.

Face ao exposto, será de considerar que só os(as) enfermeiros(as) é que estão numa permanente posição de dependência face aos médicos? Não será coerente afirmarmos que também os médicos dependem dos(as) enfermeiros(as)? Se sim, a divisão do trabalho na saúde não pode ser vista como uma lógica natural da dominação A (médico) sobre B (enfermagem), nem se enquadra numa mera posição behaviorista de fragilidade (feminino/enfermagem), encapotada nos domínios da dependência e submissão ao mais forte (masculino/médico). Floge e Merrill (1986) sugerem que os médicos tendem cada vez mais a olhar para os enfermeiros como profissionais mais competentes do que as enfermeiras. Por outro lado, os mesmos autores, argumentam ainda, com base nos seus estudos, que as médicas não adoptam estas perspectivas nas relações de trabalho. Pelo contrário, para os autores, as médicas procuram com mais frequência dialogar, de forma indistinta, com o pessoal de enfermagem sobre os diferentes aspectos da prestação de cuidados.

Para Carapinheiro e Rodrigues (1998), o desenvolvimento da enfermagem não se dissocia das mudanças que entretanto têm vindo a ocorrer noutros domínios, tais como ao nível do crescimento, e da consolidação de algumas das profissões em Portugal, tais como a dos engenheiros, dos economistas e dos médicos. Para as autoras, esta questão inscreve-se no quadro dos processos de mudança social, que no caso da sociedade portuguesa interceptam os seguintes aspectos:

«a extinção e a criação de grupos profissionais resultantes dos processos de desenvolvimento técnico e organizacional das actividades económicas; a terciarização da economia portuguesa com implicações na emergência de novas actividades e na mudança das actividades tradicionais; o crescimento das profissões científicas e técnicas (ou que aspiram a tal designação), resultante da diversidade do sistema de ensino e da inserção de profissionais com qualificações formais mais elevadas em actividades tradicionais; crescimento, complexidade e descentralização do sistema de ensino superior (universidades, politécnicos, ensino público e privado); feminização da população universitária e dos grupos profissionais, incluindo os tradicionalmente masculinos; alargamento do mercado de trabalho a todos os países europeus» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 148-149).

De facto, na actualidade, a enfermagem tem vindo a desenvolver um vasto

conjunto de estratégias de valorização e de revalorização deste grupo, enquanto grupo profissional, como nota Robert Brannon (1990, 1994 e 1996) a propósito da reorganização da estrutura profissional, e ainda como sugere Noémia Lopes (1994), nomeadamente ao nível dos processos e das estruturas da produção de cuidados de saúde e no domínio da formação profissional deste grupo. No âmbito da produção de cuidados de saúde, a autora enuncia e relaciona tais estratégias com dois tipos de mudanças: ^{a)} a aplicação crescente de processos baseados na inovação tecnológica nos processos de trabalho, a par da especialização e formalização dos saberes profissionais; ^{b)} o abandono progressivo do paradigma tradicional bio-médico da saúde-doença, face à crescente complexificação dos novos paradigmas de saúde-doença, questão que já referi anteriormente. No caso da formação profissional, as principais mudanças enunciadas pela autora, derivam do: ^{a)} o aumento da escolaridade básica obrigatória no acesso ao curso de enfermagem e; ^{b)} a reformulação progressiva dos planos curriculares, tendo em conta a promoção da saúde (Lopes 1994).

Os trabalhos de Stein, Watts e Howell (1990), Rank e Jacobson (1977), Carpenter (1993), Porter (1992) Weiss e Lonquist (1994), entre outros, vieram igualmente revelar que a enfermagem tem vindo a assumir outros tipos de relações no trabalho, não admitindo com facilidade a posição de subordinação em relação aos médicos. Admitem os autores que não são só os médicos que exercem poder e detêm a capacidade de dominância. Também os enfermeiros exercem poder ao desempenharem as suas funções de prestadores de cuidados aos doentes nos serviços de saúde (Carpenter 1993). Para os autores, trata-se de um conjunto de mutações que estão relacionadas com o seguinte: ^{a)} declínio do estatuto do médico perante os clientes, movido pelo incremento da pressão da contestação pública face a situações de negligência médica; ^{b)} o aumento do número de mulheres médicas, situação que parece ter vindo a minimizar e quiçá eliminar situações tradicionais de dominação masculina e subordinação feminina; ^{c)} ênfase que a enfermagem tem vindo a protagonizar para se diferenciar dos médicos, nomeadamente sobre a especificidade das suas competências e conhecimentos; ^{d)} desenvolvimento de formações superior e especializada em enfermagem; ^{e)} o incremento de movimentos feministas no seio da enfermagem, nomeadamente para a definição e afirmação da sua autonomia dos seus papéis, enfatizando, por exemplo, as suas capacidades para a gestão, controlo e responsabilidade na

produção de cuidados (Porter 1992). É pela constatação desta realidade que Porter (1992), Kane e Thomas (2000) e Witz (1992) argumentam que a questão do género é fulcral para a explicitação do papel da enfermagem. Daí que, Carpenter (1993) afirma que, com base nestes critérios de género, e ainda de classe social, para a análise da divisão social do trabalho, é possível colocar em evidência não só a relação entre a enfermagem e a medicina, ou melhor, entre os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, em quaisquer serviços de saúde, mas também permite compreender a própria enfermagem, ou seja, saber como ela se encontra dividida internamente de acordo com os mesmos critérios.

Assim sendo, será de admitir que as características, papéis e funções próprios de um sexo se constroem em contexto de trabalho numa relação ou oposição de um face ao outro? Não parece que a oposição possa resultar da mera diferenciação sexual. Isto porque, face aos actuais desenvolvimentos que têm vindo a ocorrer em enfermagem, falar de divisão sexual de trabalho, da ideologia da enfermagem, significa falar não só em género, mas também compreendê-lo enquanto uma relação vivida e passível de transformação, uma vez que a sua construção ocorre em certos momentos históricos e condições sociais muito determinadas. Definindo o género como uma relação social fundada sobre diferenças percebidas entre os sexos como forma para conferir significado às relações de poder (Marshall 2000; Amâncio 1992; Witz 1992; Davies 1996; Porter 1992), então, para além do sexo se constituir num dos principais critérios da divisão do trabalho na saúde, também o poder e o *status*, se constituem como dois importantes aspectos a ter em conta na relação dual médico-enfermeiro (Freidson 1988; Carapinheiro 1993).

Ao reflectir sobre os processos de prestação de cuidados de saúde e sobre as estruturas de poder que modelam e constroem as relações profissionais, demarqueei o meu pensamento em relação a uma análise simplista da enfermagem, das suas formas de desenvolvimento e organização do trabalho. Mas, ao investir numa perspectiva histórica e radical sobre o desenvolvimento da enfermagem, mais concretamente sobre as lógicas ideológicas da profissão, dei conta de uma brecha na paisagem da subordinação da enfermagem que fez emergir não só a questão do género, mas fundamentalmente a questão do poder-saber e disciplinar nas relações interprofissionais. Tratando-se de uma questão de género, torna-se

imprescindível encarar o significado da divisão do trabalho na saúde, onde os dois grupos são, no contexto de trabalho, profissionais semi-autónomos e interdependentes no desempenho das suas funções, cujo objectivo se apresenta como comum: permitir o bem-estar físico, psíquico e social dos utentes (Sweet e Norman 1995).

Não menos verdade é que a enfermagem dos nossos dias pugna por uma autonomia total e por um auto-controlo de toda a sua prática quotidiana (De La Cuesta 1983; Lopes 1994; Mendes 2000), o que parece constituir-se numa batalha árdua e duradoura para a profissão se impor, em virtude das suas raízes históricas e dos seus vínculos ideológicos. Porém, mesmo situando-nos apenas numa perspectiva sócio-histórica do desenvolvimento da enfermagem, tal como sustentam Mick Carpenter (1993), Eleonor Crowder (1985), (Stein, Watts e Howell 1990), Helen Scott (2000b) e George Castledine (2000d), saber se a enfermagem conseguiu ou não a sua afirmação como profissão, é uma questão complexa. Assim sendo, parece que as ideologias tradicionais, o género e as orientações profissionais surgem aos olhos dos actores como um círculo mais vicioso do que virtuoso.

1.2.2. A Enfermagem e a Renovação da Ordem Disciplinar

1.2.2.1. (Re)Pensar a Profissão, a Profissionalização e o Profissionalismo

Ao longo do último século, nomeadamente nos países anglo-saxónicos, a enfermagem tem procurado um constante alargamento dos seus horizontes, quer ao nível da sua formação, quer no domínio da sua independência na profissão. Este movimento engendrado pela enfermagem para a melhoria da sua posição presente e futura, designa-se por profissionalização (Freidson 1988). O que os distingue dos restantes trabalhadores? Ao colocar aqui esta questão, não pretendo pôr em causa que a enfermagem não seja uma profissão, com traços ou características que a distinguem das restantes ocupações na saúde. É sobejamente conhecido que o reconhecimento da enfermagem como profissão já vem de longa data, num movimento que teve início em Inglaterra, em 1888, através da *British Nurses Association*. Já nesta época, a enfermagem se preocupava na conversão da sua profissão numa organização autónoma, controlada pelas próprias enfermeiras, e, fundamentalmente, independente da autoridade e do controlo exercido pelas administrações hospitalares, quer a nível da formação, quer das condições de trabalho (Soares 1997). Na verdade, todo este processo trata-se de uma luta concebida pela enfermagem não só para se tornar independente e qualificada, mas sobretudo para se opor àqueles que procuram conservar a dominância e os interesses nas organizações (Dingwall, Rafferty e Webster 1988).

Existem inúmeras leituras possíveis sobre o conceito de profissão. Para os investigadores anglo-saxónicos e norte-americanos, como é o caso de Logan, Greenwood e Millerson, o conceito de profissão é antes de tudo entendido como uma "ocupação privilegiada" (Evetts 1999). Para Freidson (1988), a palavra profissão comporta, pelo menos, duas características interpretativas. Em primeiro lugar, na tradição anglo-saxónica, a ideia de profissão representa mais do que um mero compromisso de uma ocupação objectivada para a execução de uma dada actividade, interpretável como um atributo dum indivíduo ou grupo com um tipo especial de vocação ou de dedicação. Tal como argumenta Parsons (1972), uma profissão é caracterizada por muitos aspectos altruístas, como seja o desempenho

de uma função que se constitui numa importante contribuição para ajudar a fazer algo ou ajudar alguém.

Se tomarmos em consideração o que referi anteriormente sobre as orientações ideológicas e profissionais da enfermagem, nomeadamente no campo da tónica da orientação do cuidar, modelada tradicionalmente pela visão de uma ocupação fundada no sacerdócio, na vocação, na filantropia e caridade, assim como pelo desinteresse e amor ao próximo, facilmente podemos enquadrar a enfermagem como uma profissão marcada por princípios altruístas. Por esta razão, numa perspectiva funcionalista, parece que a enfermagem pode ser perspectivada como uma profissão que tende a acentuar na sua prática a importância do contexto relacional das profissões, isto é, todo o conjunto de relações e interações que os utentes/público estabelecem com a sociedade em geral.

Porém, é deveras linear definir a enfermagem como uma profissão, meramente através da perspectiva altruísta, centrada na preocupação do bem-estar do próximo. Vejamos. Podemos atribuir às profissões uma valoração positiva «pelo facto de terem na base o conhecimento científico, facilitando formas de organização e legitimação superiores nos saberes e não na herança, na tradição ou no costume» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 147). Neste sentido, no quadro das teorias funcionalistas, o termo profissão designa um conceito justificado por um nível elevado de qualificação, pela existência de associações profissionais, desempenhando um papel sobre a esfera política e com uma ideologia e regras de conduta próprias. Ao analisar a enfermagem verifico que ela detém estas características. Em suma, entender esta profissão segundo a abordagem funcionalista seria como considerá-la como uma comunidade homogénea, cujos membros partilham identidade, valores, interesses e motivações, por força do processo de socialização a que são sujeitos durante o processo de formação. Todavia, trata-se de uma visão naturalista da enfermagem, entendida apenas como resultado da sua capacidade técnica de responder a necessidades sociais. Daí que, Freidson sugira que a ideia de profissão incorpora igualmente uma outra noção relacionada com o trabalho em si, isto é, como uma ocupação de tempo integral baseada no uso de habilidade especializada na relação com o cliente. Cada uma destas perspectivas bastante diferenciadas, isoladamente não podem por si só esclarecer a noção de profissão. Vejamos, um indivíduo pode estar a

oferecer cuidados a outrem, sem ter que possuir qualquer conhecimento ou habilidade especializada. Por outro lado, a execução da tarefa de cuidar pode não implicar altruísmo (Freidson 1988).

Se atendermos ainda à forma como emergiu e se desenvolveu a enfermagem, protagonizada por Nightingale, não parece ser de refutar que ela seja igualmente interpretável como uma profissão à luz do paradigma interaccionista. Aliás, no paradigma interaccionista, o nascimento da profissão é resultado de um processo social de afirmação das ocupações. Para Everett Hughes (1981), a especificidade das profissões não reside em atributos particulares, mas nas condições de exercício. Assim sendo, ao identificar as circunstâncias e/ou o conjunto das interacções e/ou conflitos que a enfermagem tem vindo a protagonizar com os médicos, não será de considerar que ela se tem vindo a afirmar, a si própria e à sua imagem, como uma profissão? Na linha da abordagem interaccionista, Wilensky defende que todas as ocupações procuram adquirir o estatuto de profissão, mas para que tal aconteça, elas terão necessariamente que ultrapassar uma sequência de etapas: «^{a)} passagem de actividade amadora a ocupação a tempo inteiro; estabelecimento do controlo sobre a formação; ^{b)} criação de associação profissional, cujas principais funções são a definição das tarefas essenciais, a gestão de conflitos internos entre membros com diferentes recursos de formação e a gestão de conflitos com outros grupos que desenvolvem actividade semelhante; ^{c)} protecção legal; ^{d)} definição do código de ética» (Rodrigues 1997: 22). Qualquer uma destas características satisfaz a leitura da enfermagem como profissão. Isto porque o actual crescimento do investimento nos enfermeiros, nomeadamente em Portugal, no sentido da posse de instrumentos académicos, associativos e jurídicos (Licenciaturas, Mestrados e Doutoramentos, Estatutos, Código Deontológico e Ordem), permite não refutar a sua legitimação como profissionais com uma competência técnico-científica específica.

Se a ideia de profissão de enfermagem poder situar-se numa perspectiva relacional e de interacção entre os utentes e a sociedade, e ainda pela posse de uma formação superior, isso remete-nos para a interrogação da possibilidade da enfermagem poder ser ou não uma ocupação particular com capacidade para controlar as condições e os objectivos do seu trabalho. Como Terence Johnson (1972) afirma, uma profissão define-se como um tipo particular de controlo

profissional, não sendo uma expressão naturalista de ocupações particulares. Justifica-se, assim, que a configuração de uma profissão deva ser analisada no quadro das relações de poder que estabelece com outras ocupações, com os consumidores e o empregador. Mas, quais são as fontes do poder profissional, exclusivas e diferenciadoras das restantes ocupações? Esta é uma das questões que Freidson procura sistematizar. Nesta linha de raciocínio, o autor propõe-se

«primeiro, estabelecer uma moldura dentro da qual cada indivíduo possa encontrar espaço, uma moldura construída mediante a indicação das características mais básicas de todas as ocupações profissionais ou não, e depois especificar as características cada vez mais particulares que muitas e, finalmente, apenas algumas dessas ocupações chamadas profissões podem alegadamente possuir» (Freidson 1998: 192).

Freidson parte do pressuposto de que, qualquer que seja a profissão, ela representa um tipo de trabalho que as pessoas protagonizam para ganhos económicos na vida. Por outro lado, segundo o autor, uma profissão goza ainda de uma capacidade de auto-controlo, o que quer dizer que os profissionais estão habilitados a decidir que fazer com os seus clientes e a gerir as suas lógicas de actuação, os seus procedimentos, conhecimentos e processos de desenvolvimento (Brint 1993; Halpern e Anspach 1993). Para o autor, o estágio de desenvolvimento de uma profissão passa pela afirmação da sua profissionalização. Freidson (1994) entende profissionalização como um processo pelo qual uma ocupação obtém não só o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, mas também, e fundamentalmente, o controlo sobre a formação, o acesso, assim como o direito de determinar a organização e a avaliação da forma como o trabalho é realizado. Ou seja, para o autor, a profissionalização não está dissociada do poder dos profissionais.

Outra “qualidade distintiva” dos profissionais e directamente relacionada com a anterior é o credencialismo. Para Freidson (1998), o emprego do profissional requer credenciais educacionais especializadas, pois «para que exista como actividade confiável e estável, a *expertise* deve ser institucionalizada de algum modo» (Freidson 1998: 202). O modo pelo qual as pessoas podem identificar e seleccionar um especialista é aquilo a que Freidson designa de credencialismo. É esta carta de referência aceite convencionalmente que confere plausibilidade à competência profissional e atesta a capacidade mínima de realizar um

determinado tipo de trabalho (Freidson 1998). Porém, subjaz na lógica do credencialismo um carácter discriminatório, uma vez que não se trata necessariamente de ser um sinónimo de competência, a delimitação da actividade exclusivamente aos credenciados. A credenciação poderá excluir o competente e incluir o incompetente. Freidson recusa esta perspectiva, acrescentando que a necessidade deste mecanismo, na medida em que permite um controlo ocupacional simultâneo, quer sobre a oferta quer sobre a procura. Este controlo credencial, designado por *gatekeeping*, e que se constitui, no entender do autor, uma das principais fontes de poder dos profissionais, trata-se, na verdade, do controlo sobre o trabalho, nomeadamente, para organizar e definir a forma como deve ser realizado o trabalho.

Por último, dado o tipo muito especial de *expertise* necessário para realizar uma tarefa apropriada ao ponto de justificar um dispositivo de credencialismo, as profissões estão ainda organizadas de modo a manifestar a autonomia profissional. Esta autonomia é sustentada por um monopólio ocupacional que compreende diversas dimensões. Na realidade, este monopólio ocupacional trata-se de um monopólio económico, já que a profissão pode controlar o recrutamento, a formação e a credenciação, regulando, assim, directa e fundamentalmente o número de praticantes disponível para satisfazer a procura (Freidson 1998). Porém, a autonomia profissional inclui também um monopólio político sobre uma área de *expertise*, na medida em que

«a profissão é aceita como o porta-voz representativo para assuntos relacionados com o seu corpo de conhecimento e competência e por isso os seus representantes actuam como orientadores especializados da legislação e das normas administrativas relacionadas com seu trabalho» (Freidson 1998: 207).

Finalmente, é também de assinalar que a profissão tem ainda um monopólio administrativo e supervisional sobre os assuntos práticos relacionados com o campo do seu trabalho, na medida em que os «seus membros ocupam as classes organizacionais relacionadas com o estabelecimento de padrões de trabalho, com o direccionamento e a avaliação do trabalho» (Freidson 1998: 207). Efectivamente, subjaz na tese de Freidson a noção de que *expertise*, credencialismo e autonomia profissional são requisitos de qualquer profissão,

sobretudo os dois primeiros. Dito de outro modo, no paradigma do poder, o estatuto associado à "profissão" confere-lhe uma superioridade e autonomia face à "ocupação", uma vez que a primeira pode exercer um poder de controlo e influência sobre a segunda. Autonomia, conhecimento e credencialismo são, assim, as três principais fontes do poder profissional (Brint 1993; Halpern e Anspach 1993).

Elston distingue três dimensões da autonomia: a autonomia económica, a autonomia política e a autonomia técnica/clínica. O primeiro tipo de autonomia refere-se à determinação da remuneração; o segundo à capacidade e habilidade de os médicos, de alguma forma, exercerem influência nas políticas de saúde; a última, diz respeito à capacidade dos médicos para criarem os seus próprios modelos e para monitorizarem o seu próprio desempenho (Annandalle 1988). No fundo, podemos dizer que estas três dimensões da autonomia apresentadas por Elston se assemelham muito às três vantagens enunciadas por Freidson, enquanto características que retratam o poder dos profissionais, pois na origem de qualquer uma destas formas de poder dos profissionais está o saber, o poder do saber.

Outros autores, como David Armstrong (1990), seguem igualmente as teses de Freidson. Para Armstrong uma ocupação só adquire o estatuto de profissão se dela fizerem parte dois atributos profissionais, que lhe conferem um determinado *status* e reconhecimento, ou seja, a posse de um conhecimento esotérico que permita aos profissionais, enquanto peritos, oferecer aos seus clientes um serviço ideal, explorando, assim, o monopólio do seu conhecimento de especialista. Com base nestas perspectivas, os autores do paradigma do poder consideram que a distinção entre uma profissão e uma ocupação assenta basicamente em dois critérios, que, por sua vez, correspondem apenas à profissão, ou seja, o poder-saber e o controlo daí resultante, colocando a ocupação numa posição de subordinação e de sujeição.

Igualmente, para Magali Sarfatti Larson (1977, 1990) as profissões detêm um monopólio, por um lado, para fechar o mercado, e, por outro, a capacidade de controlar esse mesmo mercado. Para a autora, a ênfase do poder profissional reside no monopólio sobre um mercado de trabalho subordinado a um reconhecimento social de uma competência específica para exercer uma certa actividade no universo de produção. Ainda segundo a autora, as profissões

representam grupos de interesse ligadas ao sistema de classes da sociedade capitalista, razão pela qual a profissionalização constitui, em última instância, um projecto de mobilidade e afirmação colectiva, no qual as ocupações aspiram não apenas a posições económicas superiores, mas também ao estatuto social e prestígio. Na opinião de Larson (1977), tal como para N. Lopes, a profissionalização seria resultado de um processo de fechamento social em que os grupos procuram maximizar os seus resultados e recursos. Assim sendo, o 'fechamento social' dito no sentido larsoniano, constitui-se numa importante etapa do processo de profissionalização e define-se da seguinte forma:

«capacidade de um grupo profissional garantir, tanto o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta, como o monopólio de selecção e formação dos praticantes, como ainda, o monopólio da legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade» (Lopes 1994: 13).

Mas de onde advém toda esta capacidade de poder e de monopólio? Advém de toda uma produção de saberes de natureza técnico-científica. Por um lado, os saberes de natureza esotérica, ou seja, aqueles aos quais os iniciados não têm acesso; por outro lado, os saberes de natureza indeterminada, que são aqueles que requerem um significativo exercício mental e, para poderem ser aplicados, uma boa interpretação.

Em suma, Larson (1977) perspectiva a profissionalização como um projecto de mobilidade colectiva no qual as ocupações tentam conseguir não apenas vantagens económicas, mas também o reforço do seu estatuto social e prestígio. De facto, é a escassez que confere valor aos recursos. Assim, para manter o valor do conhecimento e competência especializada é necessário conservar a escassez, escassez essa que seria controlada limitando o acesso a um círculo restrito de candidatos avaliados em função das qualidades tidas como fundamentais para o exercício da actividade profissional. Todos estes saberes são credenciados pelo diploma universitário. À semelhança da tese de Freidson, na perspectiva de Larson, a competência profissional é adquirida mediante uma formação superior adequada.

Na verdade, todo o desenvolvimento da enfermagem é igualmente atravessado por questões semelhantes às descritas antes. Subscrevendo a tese de

Meyer, Sousa (1996) identifica cinco fases no desenvolvimento do ensino de enfermagem³¹, intimamente relacionadas com a especificidade dos saberes que em cada momento caracterizou o desenvolvimento da profissão. Para a autora, a primeira fase foi caracterizada pelo desenvolvimento das práticas centradas nas tarefas caseiras, no domínio da higiene, da alimentação, no cuidado com as roupas e com as feridas. Na segunda fase, para além das anteriores, é acrescido a formação no domínio dos cuidados com o ambiente e na execução das ordens ou prescrições médicas. A terceira fase foi uma das principais fases de viragem no desenvolvimento das técnicas de enfermagem, apesar da formação, tal como nota Sousa (1996), estar apenas fundada na destreza e na habilidade manual. Na quarta fase formativa, os conteúdos passaram a ser estruturados em torno da perspectiva das necessidades do indivíduo como uma entidade bio-psico-social, distanciando-se da mera aprendizagem das técnicas. Trata-se de uma fase onde a enfermagem começou a preocupar-se com os princípios científicos para a fundamentação das técnicas de enfermagem. Na quinta fase, enquadrada na construção da autonomia profissional, os saberes da enfermagem passaram a ser orientados para a construção das teorias de enfermagem (Sousa 1996).

Anne Witz (1992, 1994) ao debruçar-se sobre esta problemática da profissionalização, procurou contextualizar a caminhada histórica em que ocorreram os desafios da afirmação da enfermagem. Para a autora, o cerne da questão está na abordagem do género dos seus profissionais, tal como já referi

³¹ O desenvolvimento da formação dos enfermeiros em Portugal teve a sua génese nos finais do século XIX, através da criação de três escolas, uma em Lisboa, outra no Porto e outra ainda em Coimbra. Eram escolas criadas no seio dos hospitais, por iniciativas dos médicos e dos administradores dos mesmos hospitais. Entre a década de 40 e 50, a formação da enfermagem foi centrada nos domínios técnicos. Foi em 1947, através da publicação do Decreto-Lei nº 36219 de 10 de Abril que a formação dos enfermeiros passou a ser consagrada em cursos gerais e especializados. Tratava-se de cursos que permitiam a formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assim como de enfermeiros-chefes e monitores. Em 1952, os cursos de enfermagem geral passaram a ser de três anos, tal como vem publicado no Decreto-Lei nº 38884 de 27 de Agosto. Porém, segundo o mesmo diploma, os cursos de auxiliares de enfermagem mantinham a duração de um ano. Em 1965 dá-se uma nova reforma no ensino em enfermagem, passando a exigir aos candidatos a posse do 3º ciclo liceal ou equivalente, em conformidade com o Decreto-Lei nº 46448 de 20 de Julho. Através da Portaria nº 22539 de 27 de Fevereiro de 1967 foi criada em Lisboa, a primeira escola de ensino e administração de enfermagem. A passagem dos cursos de enfermagem para o nível superior e a sua integração no Sistema Educativo Nacional a nível do Ensino Superior Politécnico, só ocorreu em 1988, através da promulgação do Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro. A reconversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem foi legalizada através da Portaria nº 821/89 de 15 de Setembro (Sousa 1996). Trata-se, assim, à semelhança do que ocorreu noutros países, de um processo de profissionalização que toma como pano de fundo o reforço e a legitimação da formação através do Estado.

anteriormente. Sugere ainda a autora que as mudanças que têm vindo a ocorrer na enfermagem, nomeadamente ao nível do seu processo de aprendizagem/educação e das suas práticas, dependem do conceito de ocupação estratégica, em primeiro lugar, e só depois do conceito de profissionalização. Para tal, Witz parte de duas dimensões essenciais para se entender todo o processo actual da enfermagem³², ou seja, um eixo credencialista, à semelhança de Freidson e Larson, como forma de definir a especificidade e a institucionalização dos seus conhecimentos e o eixo legalista através do qual a enfermagem estrutura os mecanismos de controlo da profissão.

Para Anne Witz, todo o processo de profissionalização da enfermagem, nomeadamente o que ocorreu em Inglaterra, tem sido caracterizado por acções desenvolvidas num quadro estratégico de duplo fechamento, fundadas nas dimensões de exclusão, de usurpação e de fomento de tácticas jurídicas e legalistas, como forma de alcance da legitimidade da sua certificação, autonomia, em suma, na obtenção do monopólio do exercício da enfermagem.

Estas questões remetem-nos para a consideração de que as actividades profissionais e as lógicas de profissionalização se desenvolvem num quadro mercadológico, construído através de estratégias ideológicas específicas de auto-sustentação. Para Freidson (1998), a concepção do trabalho dos profissionais pode ser enquadrada em três tipologias de mercados mutuamente exclusivos: um mercado livre, um mercado burocrático e um mercado profissional. No mercado livre, o trabalho, as ofertas e objectivos dos trabalhadores são estruturados em função da procura dos consumidores e do preço que estes estão dispostos a pagar

³² Contudo, Noémia Lopes faz questão de salientar que a obtenção de um diploma universitário não é suficiente para o 'fechamento social' de um grupo profissional, acrescentando ainda que é preciso o desenvolvimento paralelo de formas organizadas de poder que lhe possibilitem não só negociar as suas posições, mas fundamentalmente para garantir o sancionamento jurídico dos seus diferentes tipos de monopólio como forma de obter a exclusividade no controlo da natureza das condições e dos conteúdos do trabalho. Só assim é possível falar de "*cognitive exclusiveness*", como afirma Larson (1977), quando se refere ao monopólio juridicamente garantido do poder discricionário do saber nos diferentes domínios do seu campo de intervenção. Mas o processo de 'fechamento social' só fica completo, no sentido de traduzir a "dominância profissional", quando está assegurada a autonomia funcional, a exclusividade cognitiva, a autoridade e a capacidade de controlo sobre as outras actividades que se relacionam com o seu campo de actuação. Só assim, se constitui o monopólio total que, de acordo com a autora, se concretiza através do accionamento das diferentes modalidades de dominação, que são designadas por Turner da seguinte forma: subordinação, limitação e a exclusão. São estas as palavras-chave que mostram a autoridade e autonomia dos grupos profissionais médicos e também o lugar que a enfermagem ocupa na produção de cuidados de saúde (Lopes 1994).

pelos serviços prestados. Pulverizam-se, assim, as condições de produção e de oferta de bem ou serviços no mais baixo possível de custo. Assim sendo, no mercado livre o consumidor determina o trabalho que deverá ser feito, quem é que o faz, e o preço do serviço ou do produto. Por outro lado, para Freidson, no mercado livre os profissionais são motivados pelo egoísmo material dos ganhos económicos, confiando, assim, que o custo de um bem ou serviços modela a confiança ou qualidade da sua actividade. Trata-se, assim, de uma perspectiva fundada na lógica económica, dirigida às necessidades individuais, sem qualquer tipo de organização central específica.

Quanto ao mercado burocrático, Freidson sugere que ele é contrastante do mercado livre. Neste modelo, tudo é planeado e organizado por uma autoridade central. É a administração central, através dos seus serviços e esquemas legislativos que decidem como devem ser executados as actividades e que tipos de produtos e serviços podem ser oferecidos. Também é através da regulação centralizada que se processa a criação dos postos de trabalho, o contrato dos trabalhadores, em função das qualificações julgadas necessárias para o desempenho das actividades programadas. Entende-se, assim, que no mercado burocrático é o funcionário administrativo quem determina e influencia a concepção das necessidades e dos desejos dos consumidores. A estrutura de trabalho é, assim, organizada e desenvolvida racionalmente, baseada em regras escritas que especificam quer as qualificações requeridas para cada trabalho, quer as responsabilidades subjacentes, quer ainda os direitos dos seus titulares. Na verdade, no mercado burocrático privilegia-se não só uma rotinização das tarefas, mas também se maximiza o princípio do controlo e supervisão do trabalho. Neste quadro mercadológico, o aumento dos salários dos trabalhadores, a sua progressão na carreira, a segurança no emprego são todos assegurados por um conjunto de normas e regras administrativas. Em suma, o que se perspectiva no mercado burocrático é a oferta de serviços, com uma qualidade de produtos de certa forma uniforme.

No que se refere ao terceiro modelo ideal, o mercado profissional privilegia, ao contrário dos modelos anteriores, onde o trabalho é controlado pelo consumidor (mercado livre) ou pelos funcionários administrativos (mercado burocrático), um controlo protagonizado por trabalhadores detentores de um dada

especialização e organização. No mercado profissional é o trabalhador quem toma as decisões sobre o recrutamento, a formação e o tipo de actividades que os seus membros podem efectuar. Encontra-se, assim, subjacente neste modelo, o direito dos trabalhadores deterem a exclusividade e a autoridade para avaliar como é que as suas tarefas podem ser executadas e os bens ou serviços que produzem. Para Freidson, uma das características centrais deste modelo é a organização colegial, fundada em princípios corporativos, onde a solidariedade entre os membros, a posse de uma identidade profissional e a partilha da ideologia do monopólio do seu campo de actividade são estruturados e sedimentados através da formação e da socialização profissional. Salienta ainda o autor a ideia central que subjaz ainda neste mercado profissional de que a existência de uma credenciação selectiva permite oferecer aos consumidores uma maior confiança na competência e na integridade de profissionais.

De notar, assim, que os três modelos de mercado sugeridos por Freidson são mutuamente exclusivos. No mercado livre não é possível quer o desenvolvimento de grupos profissionais e solidariedade entre trabalhadores, tal como se pode verificar no mercado profissional, quer o desenvolvimento de uma organização hierárquica para o planeamento e a organização das actividades e o controlo dos trabalhadores que ocorre num mercado burocrático, na medida em que estas questões são entendidas como processos que violam a livre escolha dos consumidores.

Para Freidson, no caso concreto dos sistemas de saúde, não se pode dizer que existe um modelo predominante de orientação do profissionalismo. De facto, a prestação de cuidados de saúde, tal como já referi anteriormente, não desenvolve numa matriz individual, antes porém, se estrutura num quadro organizado e coordenado de divisão de trabalho. Para o autor, se houvesse formas puras, será possível verificar que num mercado livre, as relações profissionais são mais fluidas, podendo inclusivé verificar-se uma certa confusão e mistura de actividades, tais como os médicos a efectuarem e oferecerem cuidados de enfermagem. Já num mercado puramente burocrático, as relações de trabalho seriam determinadas superiormente, sendo a divisão de trabalho coordenada hierarquicamente. E num mercado profissional, existiria certamente um quadro de negociação entre os diferentes grupos profissionais sobre as formas de

coordenação das actividades entre si. Estão implícitos neste debate de modelos ideais, pelo menos dois eixos ideológicos na concepção das profissões. Por um lado, a perspectiva de que as pessoas estão interessadas em protagonizar formas para "ganhos económicos na vida". Por outro lado, o desenvolvimento de uma actividade modelada por formas distintivas de valorações e virtudes. Enfatiza-se, assim, na tese de Freidson, a ideia da presença de uma orientação discricionária nas profissões, fundada quer em regras e procedimentos burocrático-mecânicos, quer no estabelecimento de relações colegiais e cooperativas, quer ainda na sedimentação da ideia de relações de confiança com os consumidores.

Transferindo a reflexão destas questões para a enfermagem, verifica-se com clareza que não é linear a estruturação da posição discricionária no quotidiano da sua prática. Justamente notam Freidson, Carpenter, Witz e Carapinheiro que, num contexto hospitalar, a enfermagem não está apenas delimitado pelos efeitos da dominação médica, mas também pelas regras e procedimentos burocráticos das administrações hospitalares e das políticas de saúde, controlando assim, os recursos disponíveis para que a enfermagem possa desempenhar em pleno a sua actividade. Não é de admirar que Annandale (1998), Yarling e McElmurry (1986), Porter (1992), Stein et al. (1990), Delamothe (1988), Davies (1972) considerem que a enfermagem é prisioneira da própria estrutura política e institucional dos hospitais, constringendo as possibilidades de afirmação do seu profissionalismo, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de cuidar mais efectiva e plena com o doente.

Em função do exposto, importa reflectir no âmbito do debate sobre as profissões, em geral, e a enfermagem, em particular, sobre o significado do profissionalismo. Porém, a noção de profissionalismo não é recente. Diferentes interpretações tem vindo a lume, caracterizando o profissionalismo como uma forma para manter a estabilidade dos sistemas sociais e profissionais. Vejamos. Durkheim vê o profissionalismo como a moral que sustenta uma sociedade ocupacional. Já os autores Carr-Saunders e Wilson vêem o profissionalismo como uma forma para garantir a estabilidade e a liberdade face à ameaça das administrações governamentais (Evetts 1999; Rodrigues 1997; Dubar e Tripier 1998). O profissionalismo, dito no sentido de Freidson (1998) traduz-se numa forma de enfatizar a ideologia subjacente às instituições que sustentam a

materialização das profissões como ocupações que controlam o seu próprio trabalho. É pela perspectiva apresentada que, Freidson considera que sempre houve a preocupação de fazer com que os profissionais fossem conduzidos por códigos éticos e por comportamentos motivacionais, que lhes permitisse ter um bom desempenho. Na verdade, na base do profissionalismo está o conhecimento e a competência especializados. Contudo, o *expertise* não pode promover os objectivos desejados sem serem criadas formas de institucionalização (credencialismo), pois são estas formas convencionais que permitem que o conhecimento e competência sejam usados para benefício mútuo dos consumidores de trabalho e dos especialistas e impedem, de igual modo, a exploração e a injustiça. Por seu turno, a existência de um nível de autonomia suficiente para permitir no trabalho áreas significativas de arbítrio é também um elemento distintivo das profissões.

Tendo por base a definição que Freidson apresentou de profissionalismo, Noémia Lopes entende por este conceito «a adopção, por um grupo profissional, de um conjunto de atitudes relativas ao trabalho e à sua identidade profissional, que são características dos membros das profissões autónomas» (Lopes 1994: 19). Mas acrescenta ainda que tais atitudes, *per si*, não são suficientes para assegurar o carácter de profissão autónoma, pois “fechamento social” e “autonomia funcional” não podem ser dissociados. Refere ainda a autora que, na linha de pensamento de Freidson, em alguns grupos profissionais, e muito particularmente, no caso da enfermagem, obter graus académicos superiores e a criação de códigos deontológicos, não são suficientes para gerar um reconhecimento social como profissão, visto que para tal seria necessário que a sua autonomia funcional fosse reconhecida, e isso não acontece linearmente (Mitchell 1984; Delamothe 1988; Lopes 1994). Com esta argumentação, a autora pretende mostrar que não podemos falar em total autonomia da enfermagem, na medida em que ela estará sempre «estruturalmente bloqueada pela organização dessa produção em torno de uma profissão dominante» (Lopes 1994: 19), que é, nada mais, nada menos, do que a profissão dos médicos. Na verdade, raras são as formas puras de autonomia profissional na saúde. De recordar que Cockerham (1998) afirma que, exceptuando os psicólogos clínicos, a maioria das actividades de prestação de cuidados de saúde são organizadas em torno da supervisão e controlo directo dos médicos. A este ponto, acrescenta Freidson (1988) que, no caso norte-americano, na actual

divisão de trabalho na saúde, os odontologistas ou dentistas são um caso particular de afirmação de autonomia. Isto porque, trabalham num campo bem delimitado de problemas de saúde, que para além de deter uma jurisdição exclusiva, exercem a actividade independentemente dos médicos. Porém, mesmo neste campo da saúde oral, a divisão de trabalho no tratamento e higiene dental, o higienista oral, encontra-se subordinado, e submetido à supervisão do odontologista.

No caso concreto da enfermagem, assinala Freidson que, apesar de se poder verificar que actualmente esta possui um monopólio na definição dos conteúdos do seu trabalho, e no controlo das políticas de recrutamento e formação, ao contrário de outras ocupações, as enfermeiras parecem continuar a ter dificuldade na reivindicação da sua exclusividade no desempenho das suas actividades. Segundo o autor, são imensas as situações em que as tarefas reivindicadas como exclusivas da enfermagem são executadas por outras ocupações, com menor formação. Por outro lado, qualquer que seja a tarefa executada pela enfermagem, ela desenvolve-se circunscrita pelo quadro estabelecido pelas "ordens" de um médico. Esta posição de subordinado, que já tive oportunidade de referir anteriormente, retrata com clareza a dominação da medicina na divisão de trabalho, mas também corresponde, na perspectiva do autor, a um estado particular da enfermagem como profissão.

Em suma, apesar das interpretações do conceito de profissão variarem de autor para autor, existem, no entanto, algumas semelhanças entre elas, nos modelos funcionalistas, interaccionistas e de poder, e são passíveis de serem utilizados para repensar a enfermagem. Todavia, repensar a enfermagem como uma profissão, no quadro do paradigma do poder, não parece ser linear, já que não é fácil considerá-la com capacidade de controlo sobre o trabalho que exerce, apesar de ser possível reconhecer que ela detém uma identidade própria e uma capacidade em realizar determinadas tarefas particulares, em virtude da posse de um conhecimento específico e de aptidões para a prática.

Vejamos uma outra contribuição mais recente para o estudo das profissões, que procura explicar a diversidade e complexidade das mesmas de uma forma distanciada dos modelos funcionalistas, interaccionistas e de poder. Trata-se do paradigma sistémico comparativo. Neste modelo analítico, são tomadas em

consideração as variáveis tempo e espaço no domínio das profissões. Subscrevendo esta corrente analítica, Andrew Abbott (1988) elabora uma crítica forte aos conceitos de “profissão” e de “profissionalização”, dirigindo-se nomeadamente a Freidson, por ter deixado de lado um aspecto, que é em seu entender, fundamental em qualquer profissão, ou seja, a jurisdição. Segundo o autor, para se estudar a profissão deve haver a preocupação de se centrar a atenção não apenas nos aspectos culturais e organizativos, mas sobretudo nas áreas de actividade em que os profissionais têm a prerrogativa de controlar a prestação de serviços. Assim sendo, para Abbott, a actividade dos profissionais incide sobre problemas humanos, passíveis de serem resolvidos mediante a intervenção de peritos. Diagnóstico, inferência e tratamento constituem, os três actos essenciais da prática profissional. Os dois primeiros são actos de mediação, isto é, de mera gestão de informação, tendo por base sistemas de conhecimento e classificação de problemas; o último, pelo contrário, é um acto puramente profissional, actua quando a conexão entre diagnóstico e tratamento é obscura, por exclusão ou por construção. Partindo deste pressuposto, o autor elabora a sua proposta metodológica que se pode dividir em dois níveis de análise do fenómeno: ^{a)} numa primeira parte, enfatiza-se o processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção de jurisdição, de que são elementos fundamentais a natureza do trabalho profissional (diagnóstico, tratamento e inferência) e as estruturas que suportam as pretensões de jurisdição, através das quais estas são apresentadas, avaliadas e estabelecidas; ^{b)} numa segunda parte, analisam-se as fontes de mudança, localizadas tanto no interior como no exterior do sistema: as profissões são internamente diferenciadas e mudanças na sua composição interna podem afectar ou introduzir transformações no poder e na legitimidade dessas mesmas profissões (Rodrigues 1997).

Na linha do pensamento de Abbott, o conhecimento académico é o elemento chave do sistema, que formaliza o saber-fazer. Por outras palavras, o conhecimento é o elemento legitimador da competência e poder que a profissão tem para definir e resolver certos problemas, constituindo, assim, a peça fundamental no controlo da jurisdição e na competição entre profissões. Todavia, para o autor, o conhecimento *per si* não é suficiente para justificar a jurisdição, sendo igualmente necessário o reconhecimento social da estrutura cognitiva que subjaz à profissão. No quadro do paradigma sistémico, o reconhecimento social é

conseguido através da visibilidade social e da atribuição dos direitos exclusivos, os quais incluem o monopólio da prática profissional (proibição legal dos outros grupos e indivíduos desenvolverem o mesmo trabalho), o direito de autodisciplina, o controlo da formação, do recrutamento e das licenças, uma questão que se aproxima da tese de Freidson e Larson. Em suma, a dimensão social e cognitiva são essenciais no processo de construção do conhecimento e, por conseguinte, na fixação da autonomia profissional, razão pela qual o conhecimento abstracto é, de acordo com aquele autor e para Rodrigues (1997), a característica que mais e melhor identifica uma profissão, porque a abstracção confere aos profissionais a capacidade de sobrevivência no quadro competitivo do sistema de profissões.

O outro nível de análise proposto no modelo de Abbott é relativo à dinâmica e ao equilíbrio do próprio sistema. Para o autor, as forças internas (desenvolvimento de novos conhecimentos ou saberes; mudanças na estrutura social das profissões, como grupo novos ou já existentes que procuram desenvolver-se) e externas (decorrentes de alterações na tecnologia ou nas organizações) introduzem mudanças que provocam uma cadeia de distúrbios que se propagam pelo sistema até serem absorvidos pelas profissões, fortalecendo ou enfraquecendo as áreas de jurisdição respectivas. Nesta linha, no modelo de Abbott são necessários recursos - poder - para conservar e fortalecer a jurisdição e responder às forças do sistema que pressionam para o seu enfraquecimento. Por outras palavras, o autor considera que os conflitos e a competição entre profissionais devem ser vistos como o motor de desenvolvimento profissional, para além de funcionarem como condições que mostram a necessidade de interdependência entre os diversos grupos de profissionais (Abbott 1988, 1991a, 1991b). Abbott reconhece ainda que o processo da profissionalização é complexo, variando de profissão a profissão, e que não se dissocia da emergência, formação e desenvolvimento de cada uma delas, ao nível dos diferentes países. Assim sendo, na perspectiva do paradigma sistémico, o processo de profissionalização é um processo dinâmico e as formas de desenvolvimento organizacional das profissões resultam de processos históricos contigentes de competição jurisdicional, quase sempre envolvendo nos processos de negociação e conflito, diferentes agentes, instituições, etc., sendo igualmente influenciados pelo contexto social, económico e político.

Em suma, através de uma abordagem sistémica da profissão, o autor oferece-nos uma perspectiva dinâmica das mesmas, em que as questões históricas e espaciais são tidas como fundamentais na explicação dos diferentes sucessos das lutas para a legitimação do controlo jurisdicional, razão pela qual interessa aprofundar, ainda, aqui, os seus impactos no desenvolvimento e nos processos de reforço dos saberes engendrados no seio da enfermagem para ganhar recursos, ou melhor, poder.

Para Noémia Lopes (1994), a enfermagem é uma profissão em processo de recomposição dos seus saberes, ideologias e identidades profissionais. Recorrendo aos instrumentos conceptuais desenvolvidos por Abbott (1988), a autora refere como estratégias dos profissionais de saúde os seguintes: delegação de trabalho desqualificado (*dirty work*) e assimilação local (*work place assimilation*) de competências e saberes. O trabalho desqualificado constitui-se numa estratégia de duplo alcance, na medida em que permite, por um lado, aumentar a especialização do trabalho do grupo que o adopta; por outro lado, alargar o domínio de autoridade técnica e social do grupo, através da transferência dos actos de trabalho mais desqualificados e rotinizados para outros profissionais menos qualificados. Paralelamente a este processo, ocorre o processo da assimilação local, o qual Abbott definiu como um processo «de assimilação de saberes entre grupos profissionais cujos actos de trabalho são realizados no mesmo local, e que leva ao esbatimento informal das fronteiras jurisdicionais entre esses grupos» (Lopes 1994: 58).

É com base nestes dois processos, que Lopes (1994), na linha de pensamento de Abbott, refere que os profissionais de saúde procedem à sua separação formal de outros grupos de profissionais que se encontram numa posição de subordinação, como acontece com os auxiliares, o que significa que a delegação do “trabalho desqualificado” da enfermagem a outros grupos com uma menor qualificação se constitui numa das suas principais estratégias. Estratégias para quê? Trata-se de estratégias para permitir a especialização do seu campo de exercício e para tornar mais visíveis os seus saberes especializados. Por outras palavras, trata-se de uma forma de alargar o seu poder enquanto grupo profissional, ao mesmo tempo que fundamenta a sua autoridade face a outros grupos que lhe estão subordinados. Sustenta-se, assim, no quadro da delegação do

“trabalho desqualificado”, a noção de que a recomposição profissional do grupo profissional da enfermagem se processa na ordem lógica da mutação do plano dos saberes em poderes, accionados através de estratégias para o incremento da incorporação de saberes teórico-formais que, em contextos concretos do exercício profissional, mobilizam a desvalorização das rotinas inscritas nos tradicionais saberes práticos que configuravam a matriz identitária da enfermagem (Lopes 1994). A seguinte descrição de Luís Graça, ilustra com clareza esta realidade:

«As enfermeiras, por seu turno, dão preferência às especialidades, desertando da medicina geral. Os serviços de reanimação/cuidados intensivos gozam de grande prestígio. E do mesmo modo, o trabalho de dia é melhor considerado, devido às suas tarefas técnicas, do que o trabalho de guarda ou de vigília. (...) Os dejectos, o vomitado, a ‘merda’ é como a morte: ignora-se, repele-se, evita-se, esconde-se, recalca-se... A enfermeira tolera melhor uma ferida nauseabunda do que o cheiro de um vómito. O acto de limpar, tratar, cuidar de uma ferida é mais valorizado do que o de limpar a ‘merda’ do doente. Porque é considerado um acto técnico. No discurso ideológico da profissão, dá-se muita ênfase ao suporte psico-afectivo, físico, moral e social, a dar ao doente. Mas ao nível do vivido quotidiano, as coisas passam-se de outro modo. Daí a delegação das tarefas ‘sujas’ ao pessoal de acção médica (ou às ‘auxiliares’) ou a sua assumpção ‘sadomasoquista’» (Graça 1992: 2).

A categoria de “assimilação local” de competências e saberes permitiu, segundo a autora, interpretar as estratégias de enfermagem face à delegação do “trabalho desqualificado” dos médicos para o seu domínio de actividades, o que mostra bem a grande resistência da parte da enfermagem à dependência técnica da autoridade médica. Ao proceder a este processo de reelaboração, a enfermagem está a revalorizar-se profissionalmente (Lopes 1994). De facto, Gamarnikow apresenta como modalidade dessa reelaboração aquilo a que chamou de “retradução das tarefas delegadas em actos de enfermagem”. Mas como se processa esta retradução? Processa-se através da «progressiva incorporação dos saberes subjacentes a essas tarefas na matriz de saberes de enfermagem» (Lopes 1994: 60). No seguimento desta linha de pensamento, autores como Kergoat, Alcon e Dingwall, sugerem que a partir de meados do século XX, a enfermagem passou a conceptualizar o seu trabalho em categorias formais, como sejam, “processo de enfermagem” e “diagnóstico de enfermagem” (Lopes 1994). Trata-se de duas categorias formais da enfermagem, que lhes permite ter no seu trabalho

uma componente analítica e uma componente interpretativa, como estratégias de distanciamento das orientações médicas.

Para a autora, no campo da prática da enfermagem existem actividades, tais como os cuidados físicos e os tratamentos decorrentes das prescrições dos médicos, que não se encontram dissociadas dum ambiente de rotinização. Tais competências de execução padronizadas que definem igualmente a essência da enfermagem são igualmente geradoras de uma situação de «não insubstitubilidade, portanto não potenciadoras de recursos de poder. Logo, esvaziam-se as condições relacionais necessárias à transformação dos poderes virtuais em poderes reais» (Lopes 1995:11). Daí que ganha consistência a tese da autora de que a visibilidade social de profissões como a enfermagem, ao recair numa lógica de rotinização, faz emergir um quadro de *déficit* de capacidade de disputa no controlo na organização do trabalho. Justifica, assim a autora a necessidade de princípios de anti-rotinização e de insubstitubilidade na organização da prática em enfermagem, como forma de combater o retorno à lógica de uma profissão auxiliar, e de mero colaborador dos médicos ou assistente das rotinas da prática médica (Carpenter 1993).

Apela-se ainda, nos actuais discursos da enfermagem, a necessidade de uma (re)construção identitária da profissão, através dum mecanismo de socialização inicial eivada de princípios valorativos de lealdade, de integridade, de entre-ajuda e de profissionalismo, construída de modo diferente e diferenciado das valorações das profissões médicas (Lima-Basto 1998; Heitlinger 1999). Trata-se, na realidade, de um processo complexo de materialização da responsabilidade profissional, que não se dissocia das diferentes estratégias de enfermagem, que (re)traduzem, segundo Lopes (1994), diferentes configurações ideológicas e identitárias no interior da profissão. Aliás, para a autora é possível encontrar três diferentes tipos de configurações ideológicas: “vocação”, “profissionalismo” e “profissionalização”.

É de assinalar que no âmbito do discurso produzido no seio da própria enfermagem, tal como afirma Collière, apesar da profissão ter nascido enquadrada no desenvolvimento da medicina, como «um pessoal (...) que lhe prepara o material necessário para efectuar tratamentos curativos» (Collière 1989: 77), hoje com o processo de profissionalização da enfermagem dinamiza-se

outra lógica em torno do papel da enfermeira, nomeadamente através da sua formação, do reconhecimento do estatuto jurídico da sua profissão, dos seus órgãos representativos, das suas publicações e das suas metodologias de trabalho. Entende a autora que é desta forma que a profissão se afirma e que pode servir como garantia da sua competência na prática de cuidados. Segundo Alena Heitlinger (1999), Carmen de la Cuesta (1983) e André Petitat (1989), este processo já vem de longa data, tendo como objectivo não só uma demarcação, mas fundamentalmente a negação dos saberes tradicionais, fundados na oralidade, como era concebida a "enfermagem" pré-Nightingale.

Para Carapinheiro e Rodrigues (1998), foi na segunda metade da década de 60, mais precisamente em 1968, com a criação da Associação Portuguesa de Enfermeiros que se iniciou o processo de profissionalização da enfermagem em Portugal. Segundo as autoras, no período anterior a esta data, não se pode falar de estratégias de profissionalização, já que a actividade da enfermagem situava-se apenas numa regulação directa pelo Estado, apesar de se constatar a obrigatoriedade da posse de "carteiras profissionais" para o exercício da profissão e da filiação obrigatória dos enfermeiros no Sindicato Nacional dos Enfermeiros. Porém, os corpos directivos eleitos do Sindicato estavam sujeitos à aprovação do Estado. Ainda segundo as autoras, a afirmação da visibilidade social da enfermagem em Portugal deu-se em concreto na década de 80, num período marcado por persistentes negociações «das associações e dos sindicatos, que entretanto foram criados a partir de 1974, para obterem a integração do curso de enfermagem no ensino superior. Este objectivo é alcançado em 1988, mas o curso fica integrado no ensino politécnico, mantendo-se excluído do ensino universitário» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 153). Trata-se, assim, de um movimento de profissionalização que se encontra fundado no reforço da legitimação das concepções teóricas, ou melhor do corpo de saberes, baseada na ideia de uma boa formação científica e académica para a melhoria da prestação de cuidados. No que se refere à legitimação das funções, das competências e responsabilidades dos enfermeiros, esta ocorreu apenas na década de 90, através da publicação, em 1996, de legislação específica sobre o seu estatuto profissional. Foi igualmente neste mesmo ano que ocorreu a criação da Ordem dos Enfermeiros, após uma luta iniciada em 1990, em que a enfermagem viu a confirmação pelo Estado do seu «poder de auto-regulamentação e o controlo do respectivo exercício

profissional, deontológico e disciplinar» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 154).

Para complementar ainda a paisagem destas configurações ideológicas, Lopes (1994), apoiando-se na tese de Chauvenet sobre as ideologias hospitalares, enquadra a “ideologia da humanização” no domínio da enfermagem, e a “ideologia da ciência” no domínio da medicina. Na perspectiva da autora, tratam-se de «ideologias que simultaneamente, se dicotomizam e complementam, enquanto sustentação da imagem ‘humanizada’ e ‘científica’ do hospital e das suas duas formas de servir o doente» (Lopes 1994: 63). Subjazem no quadro das configurações ideológicas apresentadas, a conceptualização de distintas categorias de identidades³³ em enfermagem, que Lopes (1994) apoiando-se nas teses de Hughes e Carpenter, entre outros, identifica como sendo: ^{a)} managerialistas; ^{b)} profissionalistas ou especialistas; ^{c)} neo-profissionais; ^{d)} generalistas; ^{e)} dedicadas ou vocacionistas. Segundo os autores, as “managerialistas”, valorizam o trabalho de coordenação e gestão das actividades e dos recursos no domínio da prestação

³³ Tal como referi numa das notas anteriores, para Dubar, o debate em torno da construção identitária não constitui uma mera discussão da presença de uma diferenciação de recursos nos mecanismos de socialização, na medida em que tal debate não se dissocia da discussão dos processos que entrosam os indivíduos e as instituições, nem da abordagem da veiculação de um processo simbólico-ideológico na construção social das categorias identitárias. De facto a forma de reconstrução identitária em enfermagem é singular e não se assemelha às teses de R. Sainsaulieu (1985-1986 e 1987). Para este autor, a construção da identidade profissional funda-se na lógica da diferenciação da aprendizagem e da integração na organização. Trata-se de uma perspectiva que enfatiza o problema da integração social, das estratégias individuais e de grupo no seio das organizações e que se fundamenta no seguinte pressuposto: A percepção dos indivíduos em relação ao trabalho não radica somente na dimensão técnica, mas passa igualmente pela dimensão afectiva, dos desejos e sentimentos, derivada do quadro das representações que os próprios indivíduos constroem sobre a organização. Ou seja, para o autor, a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural, que se constrói no quadro das relações hierárquicas, responsável pela génese de diversidade de modelos culturais, de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra-organizacional. As quatro grandes *famílias* de modelos culturais e identitários traçados por R. Sainsaulieu (1985-1986), resultantes da análise entre as normas de comportamento relacional num contexto empresarial podem ser interpretáveis da seguinte forma: a) O modelo de refúgio ou retraimento, também designado por alguns autores como o modelo dos desimplicados, fugitivos ou retraídos, inscreve-se no quadro cultural daqueles que não detêm quaisquer poderes na organização, partilhando uma valoração utilitarista do trabalho, no sentido material do salário e uma quase ausência de relações colectivas, excepto nos seus círculos de origem, tais como os emigrantes; b) O modelo de fusão reporta-se àqueles cuja forma de acesso ao poder é pela via grupal, e cujas normas salientam o unanimismo, cultivando o valor de massa e o conformismo; c) No modelo de negociação, partilha-se o sentido de solidariedade, estando associado aqueles que, apesar de valorizarem as normas democráticas, segregam valores da diferenciação profissional como modo de posse do poder e dinamização de estratégias de enquadramento organizacional; d) O modelo de afinidades, ou dos excluídos, corresponde àqueles que não detêm uma vida colectiva estável, estabelecendo-se a sua inserção na organização através de mecanismos de valorização dos contextos de diferenciação exacerbada, quer pela via do separatismo, quer no modo de afinidades selectivas.

de cuidados, das competências e saberes. As “profissionais”, valorizam a complexidade técnica e cognitiva do seu trabalho e a interdependência entre este e o trabalho dos médicos. Na realidade, trata-se de um quadro ideológico que funciona no sentido de legitimação das suas referências. Quanto às “neo-profissionais”, estas valorizam a sua autonomia no trabalho com o doente, razão pelo que tendem a investir nas competências que são sustentadas em saberes formais. As “generalistas”, são aquelas em que o trabalho de assistência ao médico e de manutenção da ordem social dos serviços são valorizados. As últimas, que são as “dedicadas”, tendem para valorizar o *bedside care* e a dimensão moral e humanitária que lhes são atribuídas.

Verificam-se, assim, distintas formas identitárias de (re)valorização e de consolidação da matriz de saberes da enfermagem, que se distanciam da mera reprodução da tradicional categoria de “saberes-práticos”, como únicos saberes centrais da profissão. Em relação à realidade portuguesa, Noémia Lopes conclui no seu estudo sobre os hospitais que as estratégias de revalorização são sobretudo desenvolvidas pelas gerações mais jovens dos profissionais, por exemplo através da incorporação de “saberes interpretativos” em actividades que tradicionalmente estavam confinadas a actos rotinizados, ou melhor, associadas ao “saber-fazer”. Igualmente, nota a autora, que uma outra estratégia de visibilidade dos novos saberes teórico-formais é accionada pelos jovens através do confronto geracional, criticando o “pragmatismo” dos enfermeiros mais velhos que hipervalorizam os saberes-práticos.

Até aqui, os cenários apresentados enfatizam a dominação e o saber das profissões, atribuindo aos profissionais um saber-poder decorrente das mais diversas variáveis, de acordo com a perspectiva adoptada. Importa, assim, considerar que a questão da análise do desenvolvimento e do aumento da importância da enfermagem pode ser clarificada através da ressonância dos discursos sociológicos que entretanto “vieram a lume” na análise das profissões. Vejamos que

«a importância atribuída ao fenómeno das profissões resulta do seu crescimento, mas também do facto de noções como profissão e profissionalismo constituírem um modelo de referência no imaginário social positivamente valorizado. Se é verdade que em muitas circunstâncias se contesta hoje o poder dos profissionais e não se aceita, sem discutir, a sua autoridade, é também verdade que o

modelo associado ao profissionalismo se divulgou como um valor positivo, oposto ao do amadorismo, assalariamento, funcionalismo e outros, passando a profissionalização a constituir uma aspiração de muitos grupos profissionais pelo poder, prestígio e autonomia que lhe estão associados» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 148).

Na verdade, a questão do poder e do reforço dos saberes dos profissionais de enfermagem é, também, atravessada por perspectivas contraditórias que se opõem a estas teses da dominação. Efectivamente, Noémia Lopes (1994) não deixa de salientar que esta inevitabilidade não significa que as estratégias da enfermagem, para se afirmar como grupo profissional autónomo, para reconfigurar o seu processo de produção de cuidados de saúde, para o desenvolvimento do seu profissionalismo e fundamentalmente para a disputa de espaços de visibilidade e de afirmação no *locus* organizacional, sejam inócuas.

Assim sendo, ao reflectir sobre a profissão e as características da recomposição ideológica, concluo que a ideia de profissão da enfermagem inclui pelo menos duas características: por um lado, a presença de uma certa incapacidade para deter autonomia sobre o serviço a desempenhar; por outro lado, a existência de uma exacerbação da profissionalização e do profissionalismo objectivados não só para o reforço do seu conhecimento e reconhecimento como *expert*. Trata-se de estratégias profissionais orientadas para a melhoria das condições de actuação, isto é, a posse de poder para dominar na prestação de cuidados num *puzzle* onde jogam distintas e diferenciadas lógicas e desafios, nem sempre visíveis numa primeira aproximação.

1.2.2.2. Lógicas da Reorganização Profissional

Os trabalhos de Basto et al. (2000) confirmam, que a existência de equipas multidisciplinares e o trabalho por grupo favorecem a dinâmica da participação dos actores e uma prestação de cuidados de qualidade. Porém, na actualidade o interesse da enfermagem já não radica somente na disputa de um maior reconhecimento da sua posição no seio de uma equipa de saúde. Reenvia-se o seu interesse para a valorização da sua profissão objectivada à consolidação da

autonomia profissional no seio de uma equipa de saúde, quer a nível dos hospitais, quer nos centros de saúde (Silva 1997). Na verdade, constata-se que, nas últimas décadas, a enfermagem tem vindo cada vez mais a enfatizar uma nova lógica nos conteúdos da sua organização do seu trabalho, introduzindo aquilo que se chama de "processo de enfermagem" (Lopes 1994). Trata-se de um conjunto de actividades, estruturadas segundo De La Costa, Aggleto e Chalmers, em quatro fases: diagnóstico das necessidades, planeamento, implementação e avaliação (Witz 1994). Este novo processo da enfermagem teve a sua origem em 1960 nos Estados Unidos, numa primeira fase apenas aplicada no ensino, no sentido de levar os profissionais de enfermagem a reflectirem sobre as suas práticas e actividades profissionais (Witz 1994).

Segundo Anne Witz, a génese do processo de enfermagem e a sua posterior difusão na prática efectiva no meio hospitalar representa uma estratégia de profissionalização da enfermagem. Apesar disso, para outros autores, como De La Cuesta (1983), trata-se sobretudo de um método objectivado, não só à melhoria da satisfação no trabalho dos enfermeiros, assim como à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes/utentes, sendo por conseguinte mais amplo do que uma estratégia de profissionalização da enfermagem. Para outros, como Dickinson, o processo de enfermagem tem sido aplicado, por exemplo, pelos enfermeiros ingleses como uma forma de incremento da sua autonomia e do seu status profissional. No fundo, podemos dizer que a implementação do processo de enfermagem enquadra-se num processo de luta da enfermagem, tendo em vista a sua afirmação no sistema de saúde, em geral, e nas organizações de serviços de saúde em particular, como profissionais com capacidade de autonomia funcional e de independência face aos médicos (Witz 1994).

De notar que a rejeição dos enfermeiros por uma dependência da profissão médica, estruturada na lógica da oposição entre a decisão clínica e a execução de tarefas, com actos hierárquicos fundados na diferenciação das qualificações face à relação com o utente, não é uma questão de debate recente na profissão de enfermagem. Aliás, esta questão foi igualmente dissecada nos trabalhos realizados por Antoinette Chauvenet (1972, 1973). Nestes estudos, retratava-se a lógica do funcionamento hospitalar, explicitando que o mesmo era fundado numa divisão por especialidade e segmentada por equipas de especialidades médicas. Era a

época da tecnicidade da medicina, onde a função do enfermeiro se situava ao nível da subordinação ao acto médico, sendo a profissão de enfermagem definida como uma actividade residual. Porém, a autora registou nos seus estudos a existência de tendências da enfermagem para a revalorização da sua profissão na produção de cuidados, orientada para uma maior autonomia e participação no serviço, nomeadamente através da valorização do seu papel e do reforço da sua especificidade técnica, com uma componente psicossocial no contacto com o doente (Chauvenet 1972, 1973).

Como se sabe, a actividade da enfermagem tem vindo a apresentar ao longo de várias décadas, um estatuto de precariedade científica face à actividade médica. Estudos oriundos do seio da enfermagem retratam esta questão. Por exemplo, para Bento (1997), no contexto do desenvolvimento da enfermagem, o facto da enfermagem ser tradicionalmente um trabalho maioritariamente feminino, nascido e subordinado à medicina, implicou a centralidade da sua acção, na ajuda ao diagnóstico e tratamento das doenças, facto que contribuiu para a sua sub-valorização. Segundo a autora, o trabalho da enfermagem não se limita a auxiliar o médico, e enquadra-se num "agir específico", modelado por um conjunto de teorizações, nem sempre fáceis e visíveis numa primeira aproximação (Mendes 2000).

Um outro aspecto a assinalar, é que existe uma grande tendência para distinguir a enfermagem e a medicina entre si, a partir dos seus espaços de actuação e das suas competências, ou seja, na visão dicotómica entre "cuidar" e "curar". A dicotomia entre as orientações da prática da enfermagem e médica, é cada vez mais evidente nos actuais discursos da enfermagem, tal como é sintetizado por Daniel Chambliss (1996) e Lisete Ribeiro (1995). De recordar que os resultados dos trabalhos destes autores sugerem que se evidencia uma tónica do "cuidar" (visão bio-psico-social) para a abordagem da intervenção da enfermagem na saúde e doença, reservando ao médico, designadamente ao hospitalar, o papel do "tratar" (abordagem biomédica). Isto não significa que a enfermagem não adopte procedimentos de centrados numa lógica biomédica. Porém, para a enfermagem, a prática dos cuidados organizada nesta lógica, circunscreve a sua actuação em torno das tarefas prescritas pelo médico, implicando que seja a perspectiva da doença e a atomização do doente a conduzir a acção da enfermeira

na prestação dos cuidados. Face ao esgotamento deste modelo, fundamentalmente em virtude da desvalorização do lado humano dos cuidados, sugerem os teóricos actuais da enfermagem a adopção de um modelo de prática bio-psico-social *versus* biomédico, ou melhor, numa modificação de orientação profissional no cuidar em vez de tratar, envolvendo todos os intervenientes (utente, família e instituição). Trata-se de uma orientação profissional que ganhou grande expressão na década de 80 (Ribeiro 1997; Person e Voughant 1986; Bento 1997).

Um dos outros aspectos a salientar dessa “nova” enfermagem, e que marca a sua luta, é a introdução da noção de parceria entre enfermeiros e utentes e a de poder decisório da enfermagem. Perspectiva-se que, no centro do processo estão os utentes não como meros recebedores de um cuidado de saúde, mas como parceiros, enquanto actores estratégicos da sua relação com os profissionais de enfermagem. Trata-se de uma reciprocidade relacional indispensável para as orientações profissionais da enfermagem³⁴ (Basto et al. 2000). Por outro lado, as novas teses enquadram na esfera de competência e de autonomia da prática de enfermagem o poder de decisão ou “*nursing veto*”, para julgar e decidir relativamente às necessidades dos pacientes (Witz 1994).

Como refere ainda Witz, a nova enfermagem advoga uma prática distintiva. Podemos dizer que a nova enfermagem luta, em primeiro lugar, pela prática de cuidados de saúde distintos dos que prestam os médicos. Há, portanto, uma tentativa persistente em demarcar o tipo de actividades desempenhadas pelos dois grupos de profissionais no sentido de delimitar o espaço e poder da enfermagem face aos médicos. Isto não quer dizer que a enfermagem não execute

³⁴ A correntes teóricas que têm vindo a ser desenvolvidas no domínio da orientação do exercício profissional da enfermagem remontam ao fim do século XIX e inícios do século XX, pois já Florence Nightingale e posteriormente Virgínia Anderson e outros defendiam a *apropriação* do utente e do “seu meio ambiente” como pedra basilar do trabalho da enfermagem e da sua distinção em relação à prática médica (George et al. 1993). Na verdade, as novas orientações da enfermagem têm vindo a esforçar-se por substituir a medicina em algumas áreas da sua intervenção, nomeadamente ao nível da educação para a saúde nos cuidados primários de saúde (Silva 1997). Por outro lado, Basto et al. (2000) argumentam ainda, a propósito da realidade dos centros de saúde, que a existência de projectos piloto, tais como os de cuidados continuados, favorecem a melhoria do ambiente de trabalho da enfermagem, e a prática de cuidados de qualidade. A autonomia, a clarificação do papel do enfermeiro, e ainda a existência de um estilo de liderança democrático-participante das chefias de enfermagem são entendidos como vectores fulcrais para o desenvolvimento das potencialidades individuais e colectivas da enfermagem na rede de relações inter e intraprofissionais.

as prescrições emanadas dos médicos. Porém, o que está em causa, é que esta disputa da autonomia profissional, se organiza numa outra lógica a que já fiz referência anteriormente. Trata-se do enquadramento das actividades, naquilo que Gamarnikow designou de retradução das tarefas delegadas em actos de enfermagem, e que segundo Lopes (1994), se processa através da incorporação dos saberes que modelam essas tarefas, no quadro matricial dos novos saberes de enfermagem.

Assim sendo, a reorganização do trabalho da enfermagem, através da implementação do "processo de enfermagem", trata-se sobretudo de uma categoria formal da prática de enfermagem, que lhe permite ter no seu trabalho uma componente analítica e uma componente interpretativa, como estratégias de distanciamento das orientações médicas, e de demarcação profissional não só em relação a estes, mas também face aos auxiliares. Por outras palavras, trata-se, assim, duma manifesta situação de formalização da autonomia privilegiada da enfermagem na personalização dos cuidados que não é senão uma estratégia de instrumentalização profissional orientada para a maximização do poder através do saber, gerada através dos princípios de anti-rotinização e de insubstituibilidade (Lopes 1994). Porém, esta demarcação entre as profissões não é linear, necessitando para o efeito, de um profundo processo de mutação de mentalidades, ou melhor um processo de ressocialização, quer dos enfermeiros, quer dos médicos, quer ainda dos próprios doentes (Witz 1994).

Aliás, Anne Witz ao analisar a realidade inglesa, considera que a génese de uma "nova enfermagem" deve assentar em quatro pilares: ^{a)} desenvolvimento de novas filosofias e teorias sobre a nova enfermagem; ^{b)} processos metodológicos de enfermagem; ^{c)} reforma do processo educativo dos enfermeiros; ^{d)} introdução de uma estrutura clínica de cuidados. Porém, acrescenta a autora, que a emergência de uma nova enfermagem não se trata apenas do apelo à prática autónoma, nem da promoção de qualquer novo discurso de cuidados da enfermagem. Para a autora a renovação da enfermagem deve passar pelo controlo estratégico do seu trabalho e pela afirmação da sua autonomia da prática.

Na realidade, o que sugere a autora é a colocação de um desafio da enfermagem à medicina, tendo como suporte todo o contexto de mudanças que têm vindo a marcar o espaço dos profissionais de enfermagem, sobretudo ao nível

da aprendizagem/educação/prática. Trata-se, assim, da adopção pela enfermagem de um outro percurso para a sua profissionalização, a partir das duas dimensões que anteriormente referimos, ou seja, a dimensão legalista, que implica uma intervenção do Estado para apoiar as aspirações profissionais, nomeadamente a certificação e o registo dos mesmos, e a dimensão credencialista, através da qual se vincula a educação com a profissão, como forma de conversão dos saberes na prática. Só através destas duas dimensões será, segundo a autora, possível falar em "projectos profissionais" de uma "nova" enfermagem (Witz 1994), de um novo desafio para legitimar e reforçar os espaços de actuação da profissão.

Jane Salvage (1988), um dos autores que também se debruçou sobre esta problemática, é da opinião de que o processo de profissionalização da enfermagem deve ser visto como novo modelo de construção da autoridade profissional, identificando dois elementos chave para a sua concretização: o desafio do poder médico pela enfermagem e a redefinição do trabalho da enfermagem, centrado no doente. Witz (1994) concorda com Salvage; porém, acrescenta que é preciso ter em atenção a tradicional estratégia profissional da enfermagem e todas as suas continuidades e descontinuidades, bem como a importância do género/sexo. A verdade é que, e como Anne Witz salienta, a enfermagem foi, é, e há-de ser sempre uma profissão predominante feminina. É por essa razão que a autora apela para a necessidade de se ter em conta as características sócio-históricas que tradicionalmente modelam o percurso da actividade enfermagem quando se reflecte sobre esta profissão.

De recordar, que, ao longo da história do desenvolvimento do trabalho da enfermagem, a profissão tem sido condicionada pela visão da dominação masculina e da subordinação da mulher no quadro da divisão do trabalho. Se na actualidade se vislumbra no espaço social uma importância cada vez maior da posição da mulher, para se falar de uma "nova" enfermagem é necessário tomar em consideração esta realidade. Assim sendo, não é de admirar que para Witz, a reorganização da enfermagem deva ser estruturada na tónica dominante como um "projecto profissional feminino", com novas formas de conteúdo da enfermagem, novos processos de formação/aprendizagem para reforçar os saberes, no sentido de servir da forma mais eficaz os seus utentes.

Tendo em conta este aspecto, levanta-se uma outra questão, que se situa ao nível do profissionalismo da enfermagem. Para Witz, é através do seu profissionalismo que a enfermagem pode colocar em evidência factores tão relevantes, e pelos quais luta a “nova” enfermagem, isto é, a autonomia, o poder de responsabilidade e de decisão na prática. Mas, se por um lado, o profissionalismo levanta estes aspectos, por outro ele acarreta consigo algumas contradições para o novo processo de enfermagem. Vejamos em primeiro lugar, as contradições, mais de natureza intrínseca das relações entre a enfermagem e o doente, como foram assinaladas por Anne Witz. Se a enfermagem se quer tanto autonomizar, nomeadamente face aos profissionais médicos, será que ela é capaz de, em simultâneo, decidir sobre o estado do doente e tornar-se uma “amiga e apoiante” em relação ao utente e aos seus problemas? Ao criar uma relação próxima com o utente não estará a abdicar de alguns dos seus critérios profissionais? Não afectará tal envolvimento o seu eficaz e correcto desempenho profissional?

A segunda contradição, segundo a autora, tem a sua origem no facto de a enfermagem e os cuidados que presta se basear no discurso em que o sexo representa a base das diferenças sociais e profissionais. De acordo com Susan Reverby (1989), o principal problema da nova enfermagem é que se trata de uma forma de trabalho cuja base profissional assenta na obrigação de “cuidar”. Porém, para Witz esta não constitui uma valoração dominante nas actuais sociedades. Por outro lado, acrescenta ainda que a própria sociedade atribui à enfermagem, e em particular às mulheres enfermeiras, as tarefas que promovem o aspecto relacional e compreensivo. É pelas razões expostas que a autora afirma que esta situação faz da enfermagem uma profissão que terá por obrigação desempenhar tarefas, que muitas vezes não sendo da enfermagem, mas que os leva a assumir, a fim de prestar aos doentes todo o apoio e cuidados de saúde da forma mais eficaz, mais humanamente possível.

Mas então, levanto uma outra questão. Não será que o problema de toda esta complexa imensidão de disputas e tentativas se deve àquilo que entendemos pela expressão “lidar com o doente”? Significará esta expressão apenas “cuidar” ou ela envolve também o “tratar”? A verdade é que se trata de um jogo de conceitos que necessitam de ser esclarecidos, não só num contexto profissional, num

sistema de saúde, mas também, num contexto social, do qual fazem parte distintos actores. Não é por acaso que Witz (1994) coloca uma questão bastante pertinente na sua reflexão sobre o discurso do profissionalismo da nova enfermagem, afirmando que ela está perante um jogo de claro/escuro. Afirma a autora que a dimensão do cuidar não é fácil de ser visível. Por outro lado, considera ainda que o trabalho da enfermagem também se encontra contextualizado em estruturas e hierarquias de poder, na medida em que são os critérios género e sexo que determinam as relações profissionais de poder e subordinação/dominância na divisão do trabalho na saúde. Mais acrescenta ainda Witz (1994) que, por detrás de todas estas redes de poder, autonomia e dominância, dever e obrigação, está também um outro aspecto fundamental, o saber profissional dos actores, quer da enfermagem, quer da medicina.

Posto isto, questiono então qual é então o desafio que se coloca à enfermagem no quadro da sua reorganização? Para Witz (1994), Chambliss (1996), Ribeiro (1995), Mendes (2000) e Basto et al. (2000), o que é preciso é reconhecer que a actividade de enfermagem se desenvolve num quadro de proximidade com o utente. Deve ser reconhecida por isso, e não porque executa as suas actividades apenas para cumprir as ordens dos médicos. Entende ainda Anne Witz (1994), à semelhança de Lopes (1994) que, para que haja uma "nova" enfermagem é preciso considerar que as suas práticas possam ser efectivamente autónomas, organizadas com características próprias e definidoras da sua identidade. Só assim se pode falar de uma "nova" enfermagem e de uma profissão não subordinada, mas com um carisma próprio, dotada de responsabilidades e especificidades profissionais próprias, quer no que respeita ao doente, quer no que respeita fundamentalmente às relações com os médicos e os outros profissionais.

Porém, as características que tradicionalmente têm vindo a caracterizar os profissionais de enfermagem têm sido alvo de poucas mudanças. Isto porque, apesar de algumas mudanças que se têm vindo a verificar na enfermagem, quer no domínio do incremento da sua formação, das orientações profissionais e das suas reconfigurações ideológicas, ainda hoje, como revelam Brannon, Carapinheiro e Lopes, entre outros, continua a vigorar a característica da dependência e subordinação da enfermagem à medicina e as lógicas gestionárias das administrações das organizações de serviços de saúde, mesmo tendo em conta as

alterações que têm vindo a ocorrer ao nível da profissionalização e dos conteúdos do seu trabalho fundados no discurso de uma “nova” enfermagem. Na verdade, analisar sociologicamente a dimensão do controlo dos profissionais, a divisão do trabalho, o género e o poder das profissões na saúde é essencial, mas insuficiente para nos darmos conta das mudanças organizacionais que ocorreram na enfermagem e a complexidade da relação entre a enfermagem, a medicina e as administrações. Segundo Anne Witz (1994), pouca importância tem sido atribuída ao contexto político e organizacional em que se desenrolou o novo processo de enfermagem.

A reflexão que vou apresentar em seguida, sobre as tendências e mudanças na reorganização da enfermagem, incide essencialmente sobre a realidade norte-americana. Apesar do sistema de saúde português e as características organizativas da enfermagem portuguesa se distanciarem desta realidade, todo o processo de reorganização da estrutura do trabalho em enfermagem norte-americana merece aqui um ponto privilegiado de passagem.

Para Brannon (1994, 1996), Adams et al. (1996), Aunno et al. (1996), Brechin et al. (1998), Brodeur (1995), Dent e Burtney (1996), Grazier (1999), Loan-Clarke (1996), Lapointe (2000), Ringerman e Ventura (2000), Walby e Greenwell (1994), entre outros, a enfermagem está actualmente ameaçada por uma nova estratégia de gestão para reestruturar o trabalho nos hospitais dos países anglo-saxónicos, nomeadamente através da implementação de processos gestionários, tais como os de “Melhoria Contínua da Qualidade”. Na realidade, trata-se da implementação da reconfiguração dos processos de trabalho em enfermagem, adaptando lógicas gestionárias da indústria, como forma para enfrentar a crisologia do crescente aumento dos custos na prestação de cuidados³⁵. Na perspectiva dos autores, estas configurações parecem ser opostas às estratégias para aumentar a produtividade e melhorar a qualidade, já que vieram trazer alguns efeitos nefastos para a enfermagem. Isto porque, para Brannon (1994), esta reestruturação do trabalho de enfermagem, iniciada na década de 80, gerou ironicamente significativas mudanças, entre os quais a destruição da jurisdição e

³⁵ Em Portugal, a enfermagem segue semelhante tendência. A recente aprovação de um documento sobre a classificação dos actos de enfermagem reflecte com evidência a tese da necessidade de homogeneizar os registos para melhor controlar os custos dos referidos actos, assim como, para melhor conhecer a realidade da prática de enfermagem.

do controlo sobre o trabalho, a emergência de uma racionalização da produção hospitalar, através da diminuição do trabalho realizado por profissionais, e a introdução de outros trabalhadores, ainda que não profissionalizados ou licenciados e que certamente acabam por afectar, não só o desenvolvimento da profissão de enfermagem, mas também, a qualidade dos cuidados prestados e a prestar aos doentes. A constatação desta pressão do controlo administrativo no processo de organização da produção de cuidados de saúde remete-nos para uma outra questão, que se trata da ideia de proletarização em enfermagem.

Para David Wagner (1980), o desenvolvimento da enfermagem, enquanto profissão, foi similar ao processo de proletarização do trabalho em geral. Será que a profissionalização da enfermagem conduziu a aspectos contraditórios? Vejamos o significado de proletarização. Este conceito refere-se ao «declínio de competências e qualificações e da autonomia do trabalho dos profissionais, resultante dos esforços administrativos e burocráticos para melhorar o controlo sobre o processo produtivo» (Rodrigues 1997: 74). Na década de 80, John McKinlay definiu o fenómeno da proletarização como um processo através do qual uma profissão perde alguma autonomia e poder sobre a sua capacidade para controlar determinadas prerrogativas e condições de exercício da sua actividade (Annandalle 1988; Hafferty e McKinlay 1993). Assim sendo, os profissionais, por força do assalariamento, como consequência da entrada dos profissionais nas organizações modernas, e em virtude da massificação do conhecimento, «transformam-se em trabalhadores especializados incapazes de escolher os seus próprio projectos ou tarefas e forçados a trabalharem a ritmos e com procedimentos institucionalizados na descrição de postos ou funções ou nos padrões de operação das organizações» (Rodrigues 1997: 74). Por outras palavras, na tese da proletarização o acento é colocado na desqualificação³⁶ provocada pela

³⁶ A noção de desqualificação, apresentada por Braverman (1974), na sua obra *Labor and Monopoly Capital* está relacionada com a questão da parcelarização das tarefas, ou seja, com o empobrecimento do conhecimento do trabalho. Trata-se de um processo resultante dos esquemas de racionalização do trabalho, potenciado pelos esquemas de produção capitalista que impede ao trabalhador o conhecimento do significado real do trabalho no seu todo (Braverman 1974). Nas teses oriundas das correntes marxistas, tais como as de Braverman, a ideia de qualificação está relacionada com a realização da natureza humana e o equilíbrio entre as lógicas de execução e concepção do trabalho, ou seja, entre o aspecto físico e mental do trabalho. Trata-se de um conceito multi-dimensional relacionado com um conjunto de actividades funcionais, tais como, o grau de complexidade da organização do trabalho, a divisão do trabalho e as relações sociais que a acompanham, a margem de auto-controlo e autonomia dos trabalhadores. Daí que para a análise da qualificação e da desqualificação é uma questão complexa.

acção do poder burocrático-administrativo, que visando um maior controlo do universo de produção, cria uma divisão do trabalho excessivamente especializada e cujo controlo é assumido pelas organizações, alienando quer o conhecimento, quer a autonomia dos profissionais. Os profissionais perdem o controlo sobre a sua "parte" do processo de produção, transformando-se em meros executantes do trabalho, desqualificando-se, tal como refere Harry Braveman (1974).

Tais mudanças, segundo John Mckinlay (1988) e Marie Haug (1973, 1988), têm vindo igualmente a manifestar-se na medicina através de duas importantes questões: por um lado, Mckinlay faz referência à proletarização da profissão médica; por outro lado, Haug refere que as alterações ao nível da acção dos consumidores/utentes na perda gradual da legitimidade da medicina, ou seja, um cenário em decadência do poder profissional e a conseqüente tendência para a desprofissionalização. Para Marie Haug, a desprofissionalização define-se como «a perda das qualidades únicas detidas pelas ocupações profissionais, nomeadamente no que se refere ao seu monopólio do conhecimento e crença pública no *ethos* do serviço, assim como as expectativas de autonomia no trabalho e a autoridade na relação com o cliente» (Haug 1973: 197). Por outras palavras, para a autora, o processo de desprofissionalização fica a dever-se à erosão do monopólio do conhecimento detido pelos profissionais, afectado, sobretudo, por uma escolarização generalizada e universal que implica uma melhoria dos níveis educativos e informacionais dos indivíduos; à revalorização da componente do conhecimento profissional decorrente da experiência empírica, passível de ser apreendido por indivíduos sem formação académica; e pela emergência da divisão do trabalho, no sentido da especialização, em muitos domínios profissionais (Rodrigues 1997; Annandalle 1998). Estes são, na opinião da autora, os elementos que enfatizam a perda da autonomia e da autoridade dos profissionais e que põem em causa a imagem e a confiança humanitária dos profissionais. Foi nesse sentido que Haug (1973), assim como Annandalle (1998), retratam a desprofissionalização como uma "revolta do cliente". É, pois, por todas estas razões que diversos movimentos de consumidores e outros tipos de associativismo tendem a reivindicar a responsabilização dos profissionais pelos seus erros e contestam a liberdade de experimentação, exigindo regulamentação para experiência e ensaios de aplicação. Quer dizer que, de acordo com o conceito de desprofissionalização apresentado por Marie Haug (1973), também o conceito de proletarização

evidencia algo semelhante, isto é, a crescente diminuição dos privilégios dos profissionais. Contudo, falta comprovação empírica para estas teorias, pois vários grupos ocupacionais, como por exemplo os médicos, tal como revela o trabalho de Carapinheiro (1993), ainda mantêm hoje o monopólio do conhecimento e do saber, bem como o prestígio e o estatuto respectivos, factos que constroem as possibilidades de afirmação da visibilidade da enfermagem. Provavelmente, terei de concordar com a perspectiva de Vicente Navarro (1988) e de Raymond Murphy (1990) de que a tese da proletarização se encontra de certo modo eivada de uma fraqueza conceptual, na medida em que subjaz nas lógicas do trabalho profissional um claro controlo organizacional, razão pela qual os efeitos colaterais da perda de autonomia profissional se deve designar por ideologia da burocratização.

Retomando o pensamento sobre a enfermagem, numa linha próxima da tese de desqualificação de Braverman, Wagner (1980) considera que a transição das práticas de enfermagem do sector doméstico e privado para a condição de assalariados da indústria hospitalar, o trabalho da enfermagem era apenas um processo que conduzia a uma prestação de cuidados fragmentada, com perda de autonomia e desqualificada. Por outro lado, acrescenta ainda o autor que a criação de associações sindicais espelha uma outra consequência da proletarização da enfermagem. Ao subscrever a tese de Bellaby e Oribabor, Brannon (1994) apresenta igualmente uma perspectiva semelhante, afirmando que as características do trabalho da enfermagem têm vindo a crescer no sentido da fragmentação, apesar de se ter verificado uma crescente especialização.

David Coburn (1988), a propósito da realidade canadiana, afirma que apesar da enfermagem ter vindo a ganhar uma grande autonomia no desempenho das suas actividades, na verdade, o controlo real do seu trabalho está submetido e dependente das lógicas gestionárias de racionalização dos processos de produção de cuidados. Para outro autor, Susan Reverby (1979), a existência de "assalariados" de enfermagem em meio hospitalar não pode ser analisada apenas numa perspectiva de desqualificação, antes porém, esta forma de racionalização do trabalho em enfermagem, representava igualmente uma oportunidade para assegurar e exercer a sua posição hierárquica e de controlo sobre os auxiliares de enfermagem nos serviços hospitalares.

Barbara Melosh (1982), ao dar o seu contributo sobre esta questão,

subscreeve uma certa concordância simétrica com Reverby. Sugere a autora que o processo de desenvolvimento da enfermagem não trouxe uma tendência para a mutação do trabalho qualificado para a desqualificação, como perspectiva Braverman (1974). Justifica a autora que aquilo que se tem verificado na enfermagem é uma mutação, não só de práticas de "baixos" níveis de tecnicidade para práticas cada vez mais especializadas e de elevada competência técnica, mas também, de uma transição dos reduzidos conteúdos e duração da sua formação para conteúdos mais ricos e uma formação superior. Acrescenta ainda que o desempenho de actividades no meio hospitalar veio permitir aos enfermeiros melhorarem não só as suas competências, assim como também lhes permitiu ganhar uma autonomia na realização das suas actividades. Assim sendo, na perspectiva da autora, com o processo de proletarização e a criação do movimento sindical e de associações profissionais, a enfermagem passou a dispor de uma protecção contra os despedimentos arbitrários, assim como de efectivos regulamentos sobre o seu exercício profissional.

David Gray (1989) considera que a aplicação da tese de proletarização em enfermagem não é linear, apesar de reconhecer que ela possa ter contribuído para a génese e o reforço do associativismo sindical neste sector profissional. Para o autor, o crescimento da especialização da enfermagem não veio reduzir a autonomia, nem a desqualificação da enfermagem, antes porém, conduziu ao reforço da autonomia e da sua qualificação. Por sua vez, o autor, ao estabelecer uma relação entre o processo de proletarização e organização do trabalho com a satisfação da enfermagem na actualidade, defende que tal insatisfação não resulta de modo algum da proletarização em enfermagem. Antes porém, para Gray essa insatisfação em enfermagem e a emergência de campos de conflitos no meio hospitalar está mais relacionada com conflitos sociais mais amplos, nomeadamente com os que resultam das mudanças que têm vindo a ocorrer no âmbito dos papéis e funções da mulher na sociedade.

Robert Brannon (1990, 1994) apresenta uma tese que revela uma certa concordância com a tese de Gray, mas acrescenta ainda que a proletarização em enfermagem se deve também às mudanças que ocorreram no domínio das próprias relações laborais. Para o autor, falar de proletarização não é necessariamente falar de processos de desqualificação. Efectivamente, Brannon considera que os

interesses e as ideologias profissionais são importantes, quer para compreender a organização e as tendências e mudanças na reorganização do trabalho da enfermagem, quer para esclarecer as relações sociais que são produzidas entre os vários grupos de profissionais, no contexto sócio-organizacional do hospital.

Na realidade, ao longo do processo de desenvolvimento da enfermagem³⁷, muitos aspectos contraditórios tem vindo a emergir no sector. Não se trata apenas de questões da formação, nem dos conteúdos do modo de divisão do trabalho, mas também de outras questões. Por exemplo, Ruth G. Rinard (1996) considera que a tecnologia existente nos serviços desqualifica a enfermagem, na medida em que contribui para a rotinização dos seus procedimentos. Uma das situações mais paradigmáticas trata-se da forma como tem vindo a ser reorganizada a enfermagem. Nos Estados Unidos da América, foi antes dos anos 30 que a enfermagem se afirmou através da credenciação. Era a emergência do reconhecimento das competências das "*registered nurses*" (RNs). Porém, tal como Jo Ann Ashley (1976) descreve sobre a enfermagem nos hospitais, não lhes era reconhecido o devido papel no trabalho, interessando às organizações, como aos hospitais, atribuir o trabalho de enfermagem aos "aprendizes" de enfermagem, e sem remuneração, sendo igualmente esta a única via, por um lado de os enfermeiros poderem obter a sua credenciação como profissionais e, por outro lado, da administração dos hospitais não efectuarem gastos com o pessoal de enfermagem. É por esta razão que Ashley refere que, nessa época, o mercado de trabalho da enfermagem credenciada confinava-se essencialmente ao sector privado e doméstico.

Segundo Brannon (1990, 1994), tomando como pano de fundo a realidade norte-americana, nas duas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial, a organização da enfermagem hospitalar sofreu profundas alterações, passando a verificar-se um processo de estratificação da enfermagem, especificamente os profissionais diplomados com formação superior (*registered nurses* - RNs), os com curso de formação profissional para a prática (*licensed practical nurses* - LPNs) e as auxiliares de enfermagem (*nurses' aides* - NAs). Nas décadas posteriores à

³⁷ Apesar do desenvolvimento da enfermagem em Portugal ter conduzido à génese de uma única carreira separada dos auxiliares, com profissionais detentores de um curso superior, esta realidade apenas surgiu em época recente. Até à década de 80, a carreira de enfermagem portuguesa era semelhante a de outros países, onde co-existiam os diplomados e os não diplomados.

Segunda Guerra Mundial, foram admitidos nos hospitais norte-americanos um grande número de RNs, em conjunto de um número alargado de auxiliares (LPNs e Nas), criando aquilo que passou a ser designado de "*team nursing*".

Efectivamente, a noção de "*team nursing*" surge aqui com o significado de agrupamento de diferentes categorias dentro do mesmo grupo profissional. Porém, o que na realidade prevalece neste método é uma divisão dos profissionais de enfermagem, segundo a credenciação e licenciamento, em conformidade com a designação jurídica específica e as competências atribuídas aos trabalhadores. Trata-se, assim, de um processo de organização do trabalho que adoptou alguns princípios de trabalho tayloristas, no sentido de demarcar as tarefas e funções que competem, por um lado aos licenciados ou RN's e, por outro, os auxiliares. Os enfermeiros RNs foram nomeados pela responsabilidade profissional na prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, para o desempenho das tarefas que exigem maiores especializações e mais perícia. Por outro lado, aos trabalhadores não profissionais foi-lhes incumbido o desempenho de tarefas de menor responsabilidade, mas sob o controlo da enfermagem RN. Assim sendo, os LPNs e os auxiliares de enfermagem (NAs) estavam sob a supervisão dos chefes e/ou coordenadores RNs, que lhes delegavam tarefas, enquanto que estes detinham a responsabilidade global sobre os tratamentos. Segundo Brannon (1990, 1994, 1996), na plenitude da "*team nursing*", durante a década de 60, os trabalhadores não profissionalizados preenchiem dois terços do pessoal nos hospitais, enquanto que os enfermeiros registados apenas preenchiem um terço.

Para Everett Hughes (1958, 1993) não se deve referir a "*team nursing*" como sendo uma adaptação de princípios de subordinação taylorista na organização do trabalho, mas sim como uma perspectiva organizativa que permite gerar, quer uma diferenciação funcional nas actividades em enfermagem, quer o desenvolvimento da organização, quer ainda uma crescente complexidade das actividades profissionais. Por outras palavras, a noção de que "*team nursing*" não deve ser confundido como sendo um reflexo da corrente de humanização no trabalho para se opor ao taylorismo, e muito menos com o seu processo de separação entre o comando e a execução de rotinas que caracteriza a divisão do trabalho taylorista. O recurso a princípios tayloristas em enfermagem vai no sentido de sedimentar nos contextos de trabalho hospitalar o "*funcional nursing*",

ou seja, a integração de todo um conjunto de tarefas e funções que competem exclusivamente aos enfermeiros executarem sob as ordens dos médicos. Por conseguinte, a terminologia mais exacta é designar, na perspectiva de Brannon, a organização do trabalho da enfermagem em "*funcional-team nursing*".

Então, falar de "*team nursing*" implica ter de falar de uma reorganização das tarefas, onde é reservado aos enfermeiros uma lógica de desqualificação, que segue a perspectiva de Bravemen (1974). É assim reservado aos enfermeiros um trabalho caracterizado por Everett Hughes (1993), como meros executores das ordens dos médicos no planeamento dos cuidados, apesar de estarem dotados de responsabilidades na organização das equipas de enfermagem, e na avaliação do desempenho dos auxiliares em enfermagem. Assim sendo, aos auxiliares é-lhes reservado, como diz Lambertsen e Deming, um trabalho ainda mais desqualificado, não lhes competindo interpretar, julgar, nem ter responsabilidades perante o doente. É neste sentido que Hughes sugere que, no contexto de profissionalização da enfermagem, a diferenciação das tarefas entre enfermeiros e auxiliares tende a ser uma realidade permanente. Isto porque aos RNs é-lhes reservado a capacidade de exercerem a dominância sobre os auxiliares, na medida em que estes são colocados sob a sua jurisdição (Brannon 1990).

A partir da década de 70, e fundamentalmente na de 80, estas equipas de trabalho foram substituídas por uma nova forma de agrupamento, designado de "*primary nursing*", processo baseado fundamentalmente em enfermeiros RNs. Os enfermeiros RNs predominavam agora nos hospitais norte-americanos, constituindo mesmo dois terços do pessoal, já os LPN e auxiliares de enfermagem (NA) foram reduzidos a um terço. Esta transição da prática da enfermagem norte-americana baseada na centralização da prática ao grupo detentor da "licença profissional" para o efeito é, na perspectiva de Brannon (1990, 1994), indissociável da convergência dos interesses gestionários e dos interesses das elites da própria enfermagem. Porém, esta reorganização veio consolidar ainda mais a situação da diferenciação das tarefas entre os RNs e os auxiliares de enfermagem, tratando-se, assim, na leitura de Brannon como um resultado natural da reorganização da "*work force*" na indústria da saúde.

Mas quais foram os interesses gestionários e profissionais para o desenvolvimento desta forma de recomposição e de reorganização profissional?

Segundo Brannon (1990, 1994, 1996) e Lapointe (2000), nas últimas décadas, tem havido da parte das administrações hospitalares uma certa preocupação com os custos da saúde. Para tal, têm vindo a recorrer a estratégias de gestão que permitam a prestação de bons cuidados e serviços aos utentes, mas que simultaneamente permitam a redução de custos. Face a isto, os empregadores apertaram as concessões salariais e outros benefícios, engendrando como solução para a minimização dos custos operacionais em cuidados de saúde o despedimento dos seus profissionais. Por outras palavras, trata-se de uma estratégia gestonária, para manter a rentabilidade num mercado de crescente competição. Porém, para o autor, esta tentativa para reduzir os custos com mão de obra trouxe, nalguns casos, a sujeição dos profissionais a formas mais tradicionais de intensificação do trabalho, nomeadamente com a aplicação de princípios científicos de administração para subdividir e "acelerar" o processo de trabalho. Sublinha ainda o autor que, neste processo central de reorganização do trabalho, os profissionais mais afectados com a mudança, foram os enfermeiros, isto porque, a mudança de "*team nursing*" para "*primary nursing*" é menos dispendiosa, e considerada mais produtiva.

Brannon afirma ainda que os interesses da gestão na reorganização do processo de trabalho da enfermagem foi facilitado pela própria elite de gestores da enfermagem, já que estes entendiam o processo como uma oportunidade para reforçar o seu projecto de mobilização colectiva e de reconhecimento da sua credenciação. Trata-se assim para a enfermagem de uma oportunidade para reforçar a sua profissionalização. Assim sendo, a cooperação do pessoal de enfermagem na implementação da "*primary nursing*" não é, nem foi ingénua, porque a configuração da "*team nursing*" e as lógicas de divisão do trabalho que existiam não permitiam aos enfermeiros RNs o desenvolvimento de um adequado controlo e responsabilidade directa nos tratamentos dos doentes.

Para o autor, num contexto de trabalho organizado em "*team nursing*", a generalidade das tarefas e demais rotinas de enfermagem eram desempenhadas pelos LPNs e pelos auxiliares, sendo as mesmas supervisionadas pelos enfermeiros RNs. Esta situação, conforme testemunha Brannon, veio originar alguns conflitos internos nos hospitais. Os enfermeiros RNs consideravam que era difícil supervisionar os outros trabalhadores. Já os LPNs e os auxiliares ressentiam-se

com a limitação da sua actividade às meras rotinas impostas no seu trabalho. Porém, não menos verdade é que os RNs notaram que no *"team nursing"* proporcionava-se uma maior proximidade dos LPNs e dos auxiliares de enfermagem (NAs) junto dos doentes, situação que lhes conferia um maior poder e conhecimento, uma maior experiência de contacto e uma maior responsabilidade pelos tratamentos. Trata-se, assim, de uma situação não desejada pelos RNs, na medida em que, além de fomentar conflitos de competências, proporcionava a erosão do seu poder e responsabilidade. Não é assim de admirar que, no estudo de Brannon, o autor tenha notado que a introdução de *"primary nursing"* tenha sido considerada pelos RNs como uma forma para solucionar os conflitos, e como estratégia de demarcação das suas competências face a outros profissionais considerados menos qualificados na produção de cuidados de enfermagem. Em suma, de acordo com Brannon (1990, 1994, 1996), as contradições de *"team nursing"* advêm de três aspectos que estão directamente relacionados com a forma como é praticado o trabalho pelas equipas de enfermagem nos hospitais: ^{a)} a adaptação dos princípios tayloristas a uma divisão formal do trabalho; ^{b)} uma violação informal da subdivisão das tarefas; ^{c)} os problemas que o taylorismo veio criar no sistema de controlo do trabalho.

Se colocarmos o problema sob o ponto de vista do poder e capacidade de dominância, facilmente podemos dizer que os auxiliares (LPNs e NAs) se encontram numa posição inferior e por isso numa situação de produção mais débil, relativamente aos RNs. É uma situação semelhante àquela que se verifica na relação entre os médicos e os profissionais de enfermagem em Portugal, a que fiz referência anteriormente a propósito dos estudos de Carapinheiro e Lopes. Quem domina são aqueles grupos em que o saber impera, o que lhes confere um estatuto de autonomia e superioridade. Assim sendo, a recomposição da enfermagem em *"primary nursing"* foi vista pela enfermagem como um elemento fundamental para a profissão, não só porque seja mais produtivo, mas também porque permite aos RNs ampliar o seu leque de actividades sem qualquer supervisão. Por outras palavras, os interesses dos gestores da enfermagem no *"primary nursing"* estavam então em consonância com os das administrações dos hospitais, já que permitiam combinar uma contenção de custos e uma produtividade crescente, com o reforço da profissionalização dos profissionais.

Porém, com a passagem de “*team nursing*” a “*primary nursing*” as contradições não desaparecem por completo, uma vez que os princípios tayloristas só deixam de existir no seio da própria equipa de enfermagem. A verdade é que, independentemente de serem enfermeiros ou auxiliares, quer um grupo, quer o outro, “devem obediência” àqueles profissionais cuja característica principal é a sua capacidade de dominância e de exercer poder. Ou seja, estou a falar dos médicos que dão ordens aos enfermeiros para fazerem isto ou aquilo. Tal como refere Brannon (1990, 1994), é assim que são definidas as tarefas da enfermagem. Há como que um controlo profissional, apesar das reorganizações vigentes na enfermagem, mantendo, assim, as lógicas já descritas anteriormente nos trabalhos de Freidson e Carapinheiro.

Se a recomposição profissional permitiu alargar mais o poder dos enfermeiros RNs, eliminando as possibilidades de vulnerabilidade da sua autonomia, através da substituição dos trabalhadores não profissionalizados na prestação de cuidados de enfermagem, na verdade esta substituição trouxe outras contradições e problemas. Segundo Brannon (1996) e James Hughes (1994, 1996), com a intensificação do deslocamento de enfermeiros não profissionalizados, iniciada nos anos setenta, originou que ocorresse periodicamente nos hospitais norte-americanos uma escassez de enfermeiros RNs. Esta situação de carência de profissionais, durante a década de oitenta, permitiu num primeiro momento reforçar, quer o sucesso do “*primary nursing*” nos hospitais, quer a possibilidade dos enfermeiros se constituírem como um força de pressão para reivindicarem as suas posições e necessidades, nomeadamente as questões salariais e uma maior participação política nos processos organizacionais. Porém, esta realidade trouxe igualmente o reverso da medalha. Segundo Brannon, ironicamente, esta conquista dos enfermeiros RNs veio contribuir para a reintrodução dos trabalhadores não profissionalizados, nos anos noventa.

James J. Hughes (1994, 1996) argumenta que as recentes pressões para a racionalização administrativa e controlo nos hospitais não se tratam apenas do interesse dos gestores em introduzir padrões mais eficientes na prestação de cuidados; antes porém, se deve à necessidade de contenção dos custos de produção, tendo em vista, entre outras questões, a redução da demora média hospitalar. Para o autor, estes esforços gestionários para a reforma da prática

hospitalar geraram um outro efeito colateral na divisão do trabalho hospitalar, nomeadamente com a redução de efectivos e a substituição do pessoal de enfermagem. No seu estudo, realizado na década de 90, em 45 hospitais universitários norte-americanos, envolvendo uma amostra de 50 mil profissionais, o autor identificou três fases na recente evolução da divisão do trabalho médico-enfermeiro. Na primeira, dado que os médicos necessitavam de dedicar o seu tempo para a investigação, delegavam nas enfermeiras e noutro pessoal os cuidados aos doentes. Trata-se de uma fase que J. Hughes designou de "orientação centrada na enfermagem". Na segunda fase, em virtude da necessidade de responder à competição no mercado, os médicos e os administradores começaram a substituir as enfermeiras registadas (RNs) por pessoal menos qualificado (LPNs e NAs), sendo os médicos encorajados a desenvolver um envolvimento mais directo na prestação de cuidados aos doentes. Nesta fase, a divisão do trabalho passou a ser mais médico-cêntrica. Finalmente, numa fase posterior de crescimento da racionalização administrativa dos cuidados de saúde, os administradores começaram a substituir as equipas de RNs por equipas de médicos apoiadas apenas por pessoal auxiliar, gerando assim uma onda enorme de despedimentos na enfermagem (RN).

A ocorrência destas questões na década de 90 não se dissocia das ideologias administrativas de contenção de custos operacionais de exploração. Na realidade, trata-se da aplicação das ideias e estratégias desenvolvidas na indústria, tais como "Melhoria Contínua da Qualidade" (CQI), "Gestão da Qualidade Total (TQM) e/ou "Reengenharia", a fim de agilizar e melhorar a estrutura da produção nas organizações de serviços de saúde. Como Schiff e Goldfield indicam, a reorganização do trabalho através do emprego de modelos CQI e TQM tornou-se rapidamente num paradigma de gestão dominante na saúde e na indústria. Teoricamente a reestruturação da prestação de cuidados, através destas estratégias gestionárias parece poder oferecer uma superação das limitações impostas pela visão taylorista do trabalho, nomeadamente a fragmentação e a redução dos níveis de hierarquias entre os profissionais (Brannon 1996).

Porém, os trabalhos de Brannon, Lapointe e J. Hughes, entre outros autores, ilustram que tais modelos de gestão, longe de serem processos de sucesso

da melhoria da qualidade dos bens e serviços, e da satisfação do consumidor, não vieram nem melhorar a produtividade, nem conferir mais poder e participação dos trabalhadores nas decisões do processo de organização da produção de cuidados. Isto porque todos os modelos que têm vindo a ser implementados para a reestruturação do trabalho nos hospitais compartilham uma estratégia comum. Os administradores hospitalares pretendem, com a introdução de novos modelos gestionários, criar apenas uma maior flexibilidade na utilização dos trabalhadores credenciados e não credenciados. Trata-se, assim, de uma situação nefasta para a própria enfermagem, na medida em que todo este processo de flexibilização se processa à custa da redução da mão de obra dos enfermeiros RNs, e da reintrodução de mais trabalhadores com menor formação (LPNs e NAs) e outros não profissionalizados nas equipas de enfermagem.

Assim sendo, toda a estratégia da enfermagem americana ao protagonizar no seu projecto profissional um fechamento, controlo do acesso e uma reestruturação organizativa em "*primary nursing*", redundou-se na génese de uma paisagem nebulosa para a própria profissão, abrindo uma brecha nos níveis salariais e um cenário de desemprego no sector³⁸. Toda esta realidade trouxe um clima de tensão e de conflito entre os administradores e o pessoal de enfermagem. Segundo Brannon (1996), para resistirem a este cenário de depreciação no sector, os enfermeiros RNs, apoiados pela Associação Americana de Enfermagem (ANA), iniciaram movimentos de protesto e de informação junto da população, alegando que a reestruturação da enfermagem nos hospitais tem não só reduzido a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, mas também submetido os mesmos a riscos desnecessários face às tarefas desempenhadas por pessoal não habilitado para exercer enfermagem, já que as actividades de enfermagem não podem ser delegadas.

Em suma, podemos dizer que, quer seja a nível da "*team nursing*" quer no domínio de "*primary nursing*", para as RNs trata-se, por um lado, de um processo singular de proletarização em enfermagem, e por outro lado, de um contexto de

³⁸ Na verdade, a realidade portuguesa é outra, já que o que se verifica é a falta de enfermeiros. «No entanto, no que diz respeito ao pessoal de enfermagem, pode considerar-se alguma carência real, tendo em conta que existem em Portugal cerca de 4 enfermeiros por cada mil habitantes, significativamente abaixo da média europeia, de 5,2 por mil, embora esta média seja distorcida pela superabundância registada em alguns países, onde o desemprego é significativo também neste sector» (Antunes 2001:39).

profissionalização nefasto. Tal como Brannon (1994) referem, todo o processo de reorganização do trabalho em enfermagem nos Estados Unidos, para além de gerar uma clara insatisfação no seio dos profissionais, trouxe igualmente a impossibilidade de potenciar o *empowerment* no seio dos enfermeiros. Para o autor, o que na realidade se verificou é que permanece a manutenção da tradicional obediência e subordinação dos enfermeiros ao controlo burocrático dos administradores do hospital, e também aos médicos. Trata-se, assim, de um esquema deveras contraditório que os enfermeiros abraçaram para reforçar o seu profissionalismo e potenciar a visibilidade da sua responsabilidade nos serviços e cuidados que prestam aos doentes, mas que, em última instância, redundou na manutenção da subordinação, de uma outra proletarização/burocratização (Murphy 1990), como forma de garantir a sua segurança no mercado de trabalho.

Daí que é de considerar que estas propostas de TQM e CQI redundam em estratégias gestionárias que não fomentam a autonomia, nem a descentralização, nem tão pouco a cooperação e o consenso. Por outras palavras, se a participação é percebida como uma técnica de gestão e um factor de coesão e de consenso, os estudos de Brannon e J. Hughes revelam que ela é mais virtual do que real. Assim sendo, os novos discursos sobre a reorganização do trabalho nos serviços de saúde centrados sobre a melhoria da prestação de cuidados de saúde e *políticas de qualidade*, na realidade debatem-se com reformas organizacionais que acabam por engendrar uma racionalidade económica e um princípio do *one best way* taylorista. Longe de se poder considerar que os modelos de qualidade introduzidos sejam de inovação e de potenciação da democracia nas organizações, é de admitir que se trata apenas da importação de modelos do mundo empresarial como uma aquisição natural, sem se ter tido em atenção que tais procedimentos podem não gerar consensualidade, antes porém, podem potenciar conflitos no seio dos grupos profissionais. Por outras palavras, os discursos da qualidade que entretanto têm vindo a lume estão impregnados de uma racionalidade económica, onde os critérios de produtividade, de eficácia e de eficiência se estruturam em torno de uma lógica organizativa da produção de mera adaptação às pressões do mercado. Daí que é de considerar que no quadro das novas formas organizativas nos serviços de saúde não se pode dizer que o taylorismo esteja enterrado, pelo contrário parece que ele ressurge com mais energia, quer como ideologia, quer como prática organizacional e administrativa, quer ainda como um verdadeiro

instrumento de controlo. Assim sendo, as novas formas de organização do trabalho são meras estratégias neo-tayloristas que redescobrem o potencial da participação, mas que reeditam os princípios gestionários da integração dos profissionais, através de apelos à autonomia, descentralização e *empowerment*, apenas como instrumentos essenciais de uma política de racionalização técnico-burocrática.

Tendo em conta todos estes condicionalismos, subscrevo a tese de Noémia Lopes e Anne Witz, de que a autonomia da enfermagem é condicionada por um conjunto de condições sociais, organizacionais e políticas, que lhes inviabilizam e delimitam a possibilidade em ascender a uma profissão autónoma. Daí que, os profissionais de enfermagem têm de se afirmar e mobilizar para ganhar o direito de participação na definição das políticas nas organizações, nomeadamente naquelas que afectam a sua autonomia para o desempenho de um trabalho em prol do benefício dos utilizadores/utentes/doentes.

1.2.2.3. Tendências e Mudanças na Saúde e as suas implicações na Enfermagem

Em função do exposto anteriormente, é de considerar que a posição que a enfermagem ocupa no sistema de saúde é em parte determinada tecnicamente pelo sistema de saúde, e suas organizações, mas também pelas clivagens da própria sociedade. Para Carpenter (1993) trata-se de um complexo processo de relações de trabalho, que apesar de se encontrar numa situação de crise está também em vias de mudança, e mudança essa que irá assentar numa reorganização social, não só da realidade organizacional, como também e muito particularmente, sobre as relações sociais e políticas de trabalho entre os diversos actores envolvidos neste sistema tão complexo. Sugere a autora que se devem promover tais mudanças, particularmente ao nível da criação de estratégias organizacionais que procurem interferir na alteração do papel da enfermagem na produção de cuidados, nomeadamente no que se refere à sua tradicional posição de subordinação. Porém, um outro aspecto a considerar é de que a profissão da enfermagem foi sofrendo historicamente algumas alterações à cerca dos seus

domínios de actuação, sendo que a partir de meados do século. XX, tornaram-se cada vez mais visível, sobretudo devido à progressiva complexificação das relações interprofissionais, e do contributo do Estado no desenvolvimento das profissões e na regulação do sistema de saúde (Johnson 1995).

Assim sendo, antes de continuar neste debate, importa reflectir sobre as tendências e mudanças no sistema de saúde. Neste ponto vou tomar como pano de fundo a realidade portuguesa³⁹. É indubitável que toda e qualquer produção de cuidados de saúde se desenvolve no contexto das estruturas organizacionais de um sistema de saúde. Sendo sistemas mais ou menos individualizados em cada país, compostos por uma rede de serviços de saúde, públicos e privados, com hierarquias e regras de funcionamento, os sistemas de saúde assumem um carácter de oferta de cuidados a nível nacional (Ferreira 1989; Campos 1991; Carreira 1996). O actual sistema de saúde português está consagrado constitucionalmente e na Lei de Bases da Saúde, cujos objectivos englobam uma prestação quase gratuita de cuidados de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença. Embora estruturado basicamente num sistema nacional, ao longo das últimas décadas tem vindo a sofrer algumas

«reformulações político-ideológicas e consequentes reconfigurações jurídicas, tornando-o parcialmente irreconhecível face aos objectivos

³⁹ O SNS, tal como vem descrito no Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Novembro, trata-se de um «conjunto ordenado hierarquizado de instituições e serviços oficiais afins, prestadoras de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde». Segundo o Decreto-Lei nº. 335/93 de 29 de Setembro, o SNS organiza-se em regiões de saúde que se dividem em sub-regiões e em áreas de saúde, estas que correspondem aos municípios, em cada sub-região de saúde existe uma Administração Regional de Saúde (ARS). Na verdade, a actual rede de serviços do SNS encontra-se estruturada em três níveis de serviços. Os centrais, encarregados do planeamento, da coordenação e da avaliação das políticas do governo. Os serviços regionais asseguram a coordenação da execução das políticas nacionais na sua área regional. Os serviços locais representam os executores dos programas e actividades propostas pelo serviço regional. A organização deste sistema encontra-se segmentada por três tipos de prestadores: ^{a)} prestadores públicos, integrados na rede de órgãos e serviços do SNS; ^{b)} prestadores privados com fins lucrativos; ^{c)} privados com fins de solidariedade social, destacando-se nestes as misericórdias e as ordens religiosas. Em termos de recursos propriamente ditos, distinguem-se os hospitais, como estruturas de diferentes níveis de diferenciação para a prestação de cuidados de saúde em *continuum* de 24 horas, os centros de saúde, como unidades básicas do sistema para prestar essencialmente cuidados preventivos e os recursos humanos. Apesar disto, sabe-se, segundo um relatório recente do Conselho de Reflexão da Saúde (1997) que um quarto da população portuguesa conta com uma cobertura adicional através de outros sub-sistemas de saúde. Segundo Correia de Campos (1991), os portugueses que utilizam subsistemas ou o sector privado recorrem sobretudo a ADSE. Por sua vez, ainda segundo o autor, as seguradoras privadas não cobrem mais do que um número reduzido de beneficiários. Os restantes esquemas de cobertura distribuem-se por empresas públicas e grupos profissionais do sector terciário, como os trabalhadores da banca e dos seguros (Campos 1991).

de universalidade, generalidade e gratuidade, totalmente garantido pelo Estado, incluídos nos projectos de política de saúde que o fez nascer. Nas décadas de 70 e 80 o percurso histórico deste Serviço atravessou cenários de lutas incessantes entre forças sociais e políticas que, quer o consideravam um "bem indiscutível" a preservar a todo o custo, quer o definiam como um "mal necessário", com limites, internos e externos ao sistema, a esgotar a breve prazo, quer o rejeitavam "de todo", como um projecto de política social consentâneo com os novos parâmetros de desenvolvimento da sociedade portuguesa» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 135).

A agudização das clivagens de posições quanto à evolução possível do sistema de saúde entre as diferentes forças sociais e políticas foi deveras notória na década de 80, sendo basicamente tributária quer do quadro da integração de Portugal na União Europeia, quer da prevalência de uma filosofia da política governativa neo-liberal (Hespanha e Carapinheiro 1997). A reiterada presença destes parâmetros entre as diferentes forças sociais e políticas, resumem-se ao seguinte

«os partidos políticos representados no governo, que consideravam o Serviço Nacional de Saúde um "mal necessário", os partidos políticos da oposição e os Sindicatos Médicos que o consideravam um "benefício indiscutível" e a Ordem dos Médicos que o rejeitava totalmente, defendendo um sistema onde a prática da medicina seria desenvolvida livremente pelos médicos nos seus consultórios e clínicas, cabendo ao Estado o pagamento de cada acto médico, de acordo com uma tabela a fixar anualmente entre o governo e a Ordem dos Médicos» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 135).

Na verdade, o sistema de saúde português enfermava, desde a sua génese, de uma utopia generosa para proporcionar cuidados de saúde praticamente gratuitos e com os serviços de saúde financiados e fornecidos predominantemente pelo Estado. Ele tem vindo a sofrer uma crise cada vez mais evidente, favorecendo a emergência de uma crescente orientação dos programas políticos no sentido da privatização do sistema. Tal como notam Hespanha e Carapinheiro, «a questão da privatização tem vindo a ser colocada por parte dos responsáveis políticos do sector, como uma possibilidade de suprir as "insuficiências" e as "ineficiências" de um serviço público que nunca conseguiu pôr a funcionar plenamente todos os seus recursos e que, por isto mesmo, nunca pôde ser globalmente avaliado» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 136). Efectivamente, a

articulação de uma oferta de cuidados entre o sector público e o privado, foi entendida como uma resposta política, essencialmente derivada de uma incapacidade das disposições e configurações do próprio sistema, nomeadamente na contenção e racionalização das despesas públicas para dar resposta à constante procura por parte dos cidadãos (Mozicafredo 1997; Carreira 1996; Giraldes 1997; Hespanha e Carapinheiro 1997), induzida «pela apropriação social de novos direitos de acesso a prestação de cuidados gerais e especializados» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 136).

De facto, a crise do sistema português não é recente. Em 1987, Graça Carapinheiro e Margarida Pinto sugeriram que o sistema de saúde português enfrentava uma situação de crise que ultrapassava as meras dificuldades financeiras⁴⁰ na gestão dos serviços de saúde. Por outro lado, estudos recentes e sistematizados no documento elaborado pelo Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1997) sugerem claramente que não se trata de uma mera crisologia financeira do sistema, gerada quer pelo constante aumento vertiginoso dos custos, quer devido à situação quase crónica de sub-financiamento, quer ainda derivada de uma constante sangria do orçamento da saúde para o pagamento ao sector privado. Segundo as autoras, assim como na linha dos trabalhos de Mozicafredo (1997) e Carreira (1996), a problemática da crise resulta da falência das políticas sociais, da desagregação do sistema de segurança social, do carácter meramente formal dos mecanismos de regulação do Estado, da crescente importância do sector privado, e da incapacidade dos responsáveis políticos do sector em assumir claramente «a necessidade da coexistência e da complementaridade do sector

⁴⁰ De acrescentar ainda que, segundo relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1997), Portugal gasta uma média anual com o sistema de saúde cerca de 7% do PIB. Numa recente reflexão realizada por Manuel Antunes, na sua obra — *A doença da Saúde* —, o autor denuncia que «em 2000, a despesa consolidada do Ministério da Saúde foi de 1243 milhões de contos, constituindo 14,4% da despesa total da administração Central, e é agora de cerca de 5,8% do PIB, contudo ligeiramente abaixo da média da EU. Em 1995 era de 695 milhões de contos, o que representa um crescimento, praticamente constante, de cerca de 12% ao ano. Claramente, não é possível esperar uma muito maior comparticipação do Orçamento Geral do Estado nas despesas da saúde. Refira-se, no entanto, que os gastos totais com a saúde no nosso País atingiram em 1999 os 8,2% do PIB, contra 8,6%, em média, nos países que integram a EU, com a diferença a ser suportada, directa ou indirectamente pelo cidadão» (Antunes 2001: 80-81). Ainda segundo o relatório do CRS, são os hospitais privados que registam o maior número de prestações de saúde nalgumas áreas fundamentais. Por exemplo, em 1997, cerca de 27% das consultas médicas, 77% dos cuidados dentários, 44% da imagiologia, 66% dos testes laboratoriais e 79% dos tratamentos de fisioterapia são realizados em instituições privadas. Por outro lado, apenas 73% dos internamentos é feito nos hospitais públicos.

público com o sector privado, bem como do sector social, como sistemas produtores de cuidados»⁴¹ (Hespanha e Carapinheiro 1997: 136-137).

Porém, os ecos da crise encontram-se igualmente noutros domínios, entre os quais ao nível da acessibilidade dos utentes, da organização dos recursos técnicos e humanos no combate às endemias, conferindo, assim, a visibilidade dum funcionamento deficiente do sistema e dos serviços, nomeadamente do sector público, no tratamento, na prevenção de novas doenças, na reabilitação e na promoção da saúde (CRS 1997). A par desta realidade, os contornos da crise são igualmente extensíveis à base teórica que tem vindo sustentar as orientações da adequação técnico-científica dos recursos humanos na prestação de cuidados de saúde. Importa recordar aqui que, até há poucas décadas, em Portugal, os princípios orientadores da organização da prestação de cuidados de saúde estavam inseridos numa lógica desenvolvimentista, caracterizável como uma centralidade hospitalocêntrica (Carapinheiro 1993). Imperava a lógica da medicina curativa e o investimento na especialização do tratamento das doenças, absorvendo o sistema de saúde cada vez um maior número de recursos humanos, tecnológicos e custos, numa tentativa ou estratégia de mudança, quer para a melhoria da sua eficácia técnica, quer na tentativa para uma maior satisfação do incremento da procura que, então, se verificava. Segundo Graça Carapinheiro (1993), ao longo das últimas décadas, o papel do hospital no sistema de saúde português tem vindo a ser constantemente mediado por uma forte influência das ideologias políticas, no sentido do reforço da orientação hospitalocêntrica ou do reforço da orientação sanitaria. Ainda segundo a autora, só a partir da década de 60 é que o hospital passou a ser considerado uma peça superior mas não central do sistema de

⁴¹ Não tendo o Estado a necessária capacidade financeira para suportar no actual quadro dos condicionalismos do SNS, o financiamento público e a compensação financeira ao sector privado, o desejável, tal como sugere Antunes (2001), será a existência de um sector privado perfeitamente autónomo e auto-suficiente, isto é, com fronteiras claras entre ambos os sectores. Para o efeito, sugere o autor que é necessário proceder a uma reforma dos estatutos, «com indicação clara das obrigações e prerrogativas, que deverá possibilitar que o Estado possa recorrer aos serviços privados e que estes possam utilizar os serviços públicos, sem duplicação nem promiscuidade» (Antunes 2001:54). Ainda segundo o autor em causa, é necessário exigir ao sector privado os mesmos padrões de idoneidade e de qualidade que se aplicam no sector público, na medida em que «na situação actual, a medicina privada nem precisa de ser eficiente para ter sucesso. Basta-lhe ser menos eficiente que a produzida no sector público. Esta situação gera equilíbrios de baixo nível, sendo a quantidade de serviços de saúde colocados à disposição dos consumidores (doentes) insuficiente face às necessidades. Desta insuficiência deriva que os serviços de saúde oferecidos pelo sector privado não tenham de possuir elevada qualidade para que toda a produção seja 'vendida'» (Antunes 2001: 54-55).

saúde, fruto de mudanças das orientações políticas que substituíram o hospitalocentrismo pelo sanitarismo, nomeadamente através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção da saúde e da implementação de serviços vocacionados para os cuidados primários.

Segundo um relatório elaborado pelo Conselho de Reflexão da Saúde (1997), em 1973, mais de 70 % dos hospitais eram privados, detendo cerca de 50% das camas disponíveis e tratando cerca de 65% dos doentes internados. Em 1993, cerca de 70% dos hospitais pertencem à rede oficial, têm cerca de 80% das camas disponíveis e tratam cerca de 85% dos doentes internados. Porém, têm-se verificado um decréscimo, nos últimos anos, do número de camas por 1000 habitantes, apresentando ainda os hospitais um nível de desocupação dessas camas bastante elevado (superior a 30%). Verifica-se igualmente que a distribuição dos médicos no território de Portugal Continental é ainda hoje bastante assimétrica, tendo os distritos de Lisboa, Coimbra e Porto o maior número de médicos. No que se refere à distribuição dos enfermeiros, esta é menos assimétrica. De um modo geral a evolução dos recursos humanos da saúde tem sido bastante positiva. De 1973 a 1993 o número de médicos por 1000 habitantes passou de 1,73 para 2,67 e o número de enfermeiros passou de 0,65 para 3,22. No que diz respeito à enfermagem verifica-se ainda um *déficit* de recursos, ao compararmos com outros países europeus. No que se refere ao número de médicos, esse número suplanta a média europeia. Estes registos permitem-me considerar que temos falta de enfermeiros e que o número de médicos parece ser suficiente. Não menos relevante, é de concluir ainda que as últimas décadas, as assimetrias regionais não se tem esbatido como seria desejável, face ao aumento considerável dos recursos humanos, pelo contrário verifica-se que os distritos de Lisboa, Porto e Coimbra exercem um maior poder atractivo sobre estes profissionais.

Assim sendo, a lógica desenvolvimentista dos hospitais portugueses e a consequente hipertrofia da tecnicidade não trouxe uma melhoria no funcionamento dos mesmos, antes porém, tem-se revelado um claro subaproveitamento, gerado fundamentalmente pela dificuldade dos hospitais em ajustar o volume da oferta e a procura, da qual não é alheia a sua incapacidade organizacional na captação da clientela e na fixação de recursos, nomeadamente

ao nível dos hospitais distritais em relação aos centrais. Tal como o Conselho de Reflexão da Saúde refere ainda no seu relatório, a maioria dos hospitais distritais não detém, quer, uma capacidade para atingir uma utilização adequada, em termos económicos, face aos custos fixos da exploração, quer condições operacionais para competir com os hospitais centrais na fixação de recursos humanos, situação que se traduz numa clara perda de confiança por parte dos doentes em relação aos hospitais distritais (CRS 1997).

É claro que o cenário de crise económica, política e organizativa do sistema de saúde não é exclusivo de Portugal. Por exemplo, no Reino Unido, nos Estados Unidos e no Canadá, fenómenos como o desenvolvimento tecnológico, o aparecimento de novas doenças, o incremento da procura dos doentes e o conseqüente aumento de custos na prestação de cuidados são a causa principal deste cenário, provocando, assim, uma rápida desactualização das políticas, lógicas e estratégias que regulam e orientam os mecanismos dos sistemas de saúde (Hunter 1991; Freidson 1998; Walby e Greenwell 1994; Lapointe 2000). Nestes países, a questão da crise tem vindo a ser debatida com alguma intensidade nas últimas décadas, propondo algumas organizações internacionais como a OMS, a necessidade de uma melhor gestão da e na saúde, como uma resposta necessária à crise. Em concreto, a OMS sugere a mobilização dos organismos da saúde de cada país, no sentido de aperfeiçoar os processos de planeamento e gestão, para assegurar a melhoria dos processos de fornecimento de bens e serviços numa perspectiva bio-psico-social (Silva 1997).

De acordo com David Hunter (1991), a crise na saúde trata-se de um problema que envolve essencialmente no seu seio, uma relação desequilibrada entre a oferta de cuidados e a gestão, nomeadamente no que respeita às relações que medeiam entre os interesses dos profissionais no hospital e as racionalidades gestionárias da respectiva administração. Para Freidson (1998), a crise vigente nos países anglo-saxónicos é essencialmente tributária de uma clara incapacidade de controlo dos orçamentos institucionais e dos custos da prática médica. Isto porque, segundo o mesmo autor, o médico goza de uma certa liberdade para prescrever ou autorizar o uso da maioria dos serviços e bens relacionados com a saúde, razão pela qual se justificam os esforços discursivos de alguns países como os Estados Unidos, em influenciar directa ou indirectamente os padrões da prática

médica com vista à contenção e ao controlo de custos. Foi com tais entendimentos que a partir da década de 70 e com ênfase nos anos 80 que emergiu essa nova tendência discursiva na prática gestonária dos serviços de saúde, de certo modo surpreendente, que passou a atribuir aos médicos uma posição cada vez mais “central” na administração de serviços de saúde, administração essa que tinha como principal objectivo desenvolver processos e lógicas de participação médica, como uma das formas de amenizar o forte impacto das avassaladoras crises que têm vindo a importunar o “estado” da saúde (Hunter 1991). Por esta razão, Freidson (1998) e Hunter (1991) referem que improvisar uma nova política de gestão na medicina parece ser a única solução e o principal meio para resolver a crise na (re)orientação das lógicas de produção e oferta de cuidados de saúde.

Porém, a crise do sistema não radica apenas na estrutura organizativa e financeira. Uma segunda questão que se levanta situa-se ao nível dos fundamentos da *filosofia* orientadora da prestação de cuidados de saúde. Como referi anteriormente, no passado, a lógica desenvolvimentista dos hospitais era orquestrada a partir de centros de poder de um Estado marcadamente centralizador, e que é ainda hoje na realidade portuguesa simultaneamente o principal prestador e fornecedor de serviços⁴². O próprio Estado e as suas organizações de saúde acabam por ser os principais agentes facilitadores para a difusão no tecido sócio-organizacional hospitalar não só desta hipertrofia desenvolvimentista de estruturas e especialidades hospitalares, mas também da ancoragem do mito de um tecnologismo, e a conseqüente sedimentação de um modelo de prática designado de biomédico. Sob este modelo, atendiam-se às alterações do corpo, separado da mente e do social. Trata-se, assim de uma

⁴² As recentes tendências portuguesas sobre a questão do financiamento dos serviços de saúde, nomeadamente através da criação das Agências de Contratualização no seio das ARSs, vieram colocar em ênfase a continuidade da concentração do papel de financiador e de prestador nas mãos do Estado. Perspectivam os promotores desta nova filosofia gestonária uma nova forma de afectação dos recursos baseada na negociação de contratos-programa, numa base concorrencial, e em função das necessidades dos utentes e a realidade da capacidade produtiva de cada organização de serviço de saúde. Se é verdade que a ideia das agências parece ser apelativa, na medida em que «os orçamentos hospitalares seriam, assim, mais assentes nas realidades e na capacidade que cada um tivesse para prestar os serviços de que o cidadão necessite» (Antunes 2001: 84), a verdade é que tais metodologias de gestão não parecem ser fáceis de concretizar. Por um lado, segundo Antunes (2001) as ARSs têm-se revelado ineficientes na avaliação e negociação dos contratos-programas a nível local. Por outro lado, a lógica da contratualização apenas incentiva a maximização da produção, não contemplando nas suas finalidades qualquer incentivo adicional à produtividade dos profissionais. Assim sendo, será que a melhoria da produtividade e da eficiência hospitalar, baseado na lógica da agência, pode estar condenado ao fracasso?

moderna biomedicina cuja orientação é marcadamente reducionista e tributária da tradição do pensamento cartesiano e da suposta neutralidade científica da medicina, na medida em que tal perspectiva na prática da saúde baseia-se na racionalidade dos actos, na visão da segmentação do corpo do doente como objecto de conhecimento e na ausência de juízos de valor sobre a origem da doença (Annandale 1998; Silva e Moreno 2001). Neste sentido, os hospitais modernos, absorvendo cada vez mais recursos e custos, e fomentando uma prestação de cuidados na lógica da biomedicina, poderiam, então, ser comparáveis a cadeias de produção fabris, onde o doente é perspectivado como um corpo-máquina, que entra num serviço para verificação, avaliação e arranjo das peças deficientes (Engel 1977; Cockerham 1998; Annandale 1998).

Efectivamente, dotando um hospital moderno de recursos físicos, materiais e técnicos, invejáveis para as práticas clínica e de enfermagem, e com um gigantismo, quer em termos de dimensão das estruturas físicas, quer em termos de complexidade de serviços e de recursos humanos, ele constituiu e constitui inevitavelmente, como revela Graça Carapinheiro (1993), um pólo privilegiado para o desenvolvimento de políticas de saúde e de práticas profissionais. Para a autora, o que resulta desta realidade é a presença constante nos hospitais de uma orientação política *sui generis* das práticas dos profissionais, nomeadamente ao nível da modernização dos níveis técnicos dos médicos na gestão dos corpos dos doentes, segundo especialidades clínicas, situação que concorre, em última instância, para o incremento da eficácia das suas actividades⁴³.

⁴³ É a este nível que assume pertinência sociológica interrogar as diversas representações e interpretações produzidas sobre a saúde e a doença, nomeadamente sobre as formas de consagração jurídica e política das condições sociais que modelam certos estados biológicos e sobre a sua relação com a posição determinante do saber e das práticas médicas (Carapinheiro 1986 e 1993). Porém, este não é o fulcro da discussão da minha Tese. Todavia, não deixo de referir que, se atendermos que a doença pode ser entendida como uma “realidade construída” e o doente “um personagem social”, não nos é difícil conceptualizar a “construção social da doença” e a sua importância. É, assim, de acrescentar ainda que «os elementos de estruturação da identidade social do doente (construção social do estatuto do doente): relação social do doente com a doença (percepção, representação e experiências subjectivas e objectivas da doença); níveis de descoincidência entre a “doença do doente” e a “doença do médico”; possibilidades de afirmação da perspectiva do doente (conjunto de ideias tecidas sobre a condição de doente, autónomas relativamente ao pensamento médico)» (Carapinheiro 1986:10-11).

Porém, «a crescente consciencialização da população em relação a sintomas e sensações das doenças (...) tem reflexos na atribuição de recursos na saúde e na atenção que as pessoas dedicam à alimentação. À dieta e à perda de peso. (...) Finalmente, a progressiva medicalização do dia-a-dia, vem criar um aumento das expectativas de cura que, por não serem satisfeitas na totalidade, vão provocar um aumento de insatisfação. Os sintomas e as limitações físicas são hoje encarados de

ao nível dos hospitais distritais em relação aos centrais. Tal como o Conselho de Reflexão da Saúde refere ainda no seu relatório, a maioria dos hospitais distritais não detém, quer, uma capacidade para atingir uma utilização adequada, em termos económicos, face aos custos fixos da exploração, quer condições operacionais para competir com os hospitais centrais na fixação de recursos humanos, situação que se traduz numa clara perda de confiança por parte dos doentes em relação aos hospitais distritais (CRS 1997).

É claro que o cenário de crise económica, política e organizativa do sistema de saúde não é exclusivo de Portugal. Por exemplo, no Reino Unido, nos Estados Unidos e no Canadá, fenómenos como o desenvolvimento tecnológico, o aparecimento de novas doenças, o incremento da procura dos doentes e o consequente aumento de custos na prestação de cuidados são a causa principal deste cenário, provocando, assim, uma rápida desactualização das políticas, lógicas e estratégias que regulam e orientam os mecanismos dos sistemas de saúde (Hunter 1991; Freidson 1998; Walby e Greenwell 1994; Lapointe 2000). Nestes países, a questão da crise tem vindo a ser debatida com alguma intensidade nas últimas décadas, propondo algumas organizações internacionais como a OMS, a necessidade de uma melhor gestão da e na saúde, como uma resposta necessária à crise. Em concreto, a OMS sugere a mobilização dos organismos da saúde de cada país, no sentido de aperfeiçoar os processos de planeamento e gestão, para assegurar a melhoria dos processos de fornecimento de bens e serviços numa perspectiva bio-psico-social (Silva 1997).

De acordo com David Hunter (1991), a crise na saúde trata-se de um problema que envolve essencialmente no seu seio, uma relação desequilibrada entre a oferta de cuidados e a gestão, nomeadamente no que respeita às relações que medeiam entre os interesses dos profissionais no hospital e as racionalidades gestionárias da respectiva administração. Para Freidson (1998), a crise vigente nos países anglo-saxónicos é essencialmente tributária de uma clara incapacidade de controlo dos orçamentos institucionais e dos custos da prática médica. Isto porque, segundo o mesmo autor, o médico goza de uma certa liberdade para prescrever ou autorizar o uso da maioria dos serviços e bens relacionados com a saúde, razão pela qual se justificam os esforços discursivos de alguns países como os Estados Unidos, em influenciar directa ou indirectamente os padrões da prática

Com a integração dos SMS nos centros de saúde, e com a criação da carreira de clínica geral em 1982, emergiram novas oferta de cuidados na periferia das estruturas hospitalares. Porém, os clínicos gerais, comparativamente aos médicos da carreira hospitalar, não conseguiram consolidar na sua história, «os atributos de prestígio e poder acumulados pelos médicos hospitalares e sobre a base de uma cultura hospitalocêntrica, que sempre atravessou e ainda atravessa o sistema de saúde português» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 138-139).

De facto, o conjunto desses fenómenos, na sua dinâmica, parece constituir uma perversão à reorganização do sistema de saúde. Num recente estudo desenvolvido por Hespanha e Carapinheiro (1997), as autoras reforçam a noção das clivagens entre a recentralização do lugar dos cuidados de saúde primários e a racionalidade do hospitalocentrismo. Para as autoras, é inequívoco que, apesar dos cuidados de saúde primários estarem mais relacionados com uma visão médica globalista, e os cuidados diferenciados, associados ao médico hospitalar, denotarem um enquadramento de uma visão médica casuística, esta dicotomia assume-se como um sistema dicotómico de produção de cuidados desequilibrado, já que aos primeiros, os clínicos gerais são olhados como protagonistas de “cuidados menores”. Trata-se de uma concepção ideológica que é sustentada pela lógica de uma «cultura profissional médica elitista, que expulsa para “lugares marginais” todos aqueles que estão mais distantes do hospital e que, portanto, apenas desenvolvem um trabalho de suporte do trabalho hospitalar» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 142).

Por outro lado, não estando em causa a aceitação de uma perspectiva integrada de oferta de cuidados de saúde, numa rede plurifacetada de estruturas e serviços⁴⁵, os novos centros de saúde constituíam no seu *locus* organizacional, arenas de conflito entre os clínicos gerais e os médicos de saúde pública, na medida em que colidiam no seio «duas carreiras médicas com territórios de funções e tarefas cujas fronteiras estavam por delimitar» (Hespanha e

⁴⁵ Em data recente, Antunes sugeriu a necessidade de corrigir as assimetrias da cobertura sanitária, argumentando em concreto que «uma rede geograficamente equilibrada de centros de saúde contribuirá, certamente, para aliviar a pressão sobre as camas hospitalares, tendo em conta o princípio de que ‘os doentes tratam-se não se internam’. Com a mesma finalidade, torna-se também importantíssimo que se estabeleçam mecanismos de articulação entre os centros de saúde e os hospitais regionais e centrais da respectiva área geográfica, e inversamente, de modo a facilitar e racionalizar os diferentes níveis de assistência, sem lacunas mas também sem duplicações desnecessárias» (Antunes 2001: 29). Será que o SLS pode vir a ser uma solução?

Carapinheiro 1997:139). Para agravar estas tensões e conflitos no quotidiano de trabalho, verificava-se um desfasamento na articulação com os cuidados hospitalares, quer no que se refere à circulação de informação, quer em relação à «colaboração programada entre o clínico geral e o médico hospitalar» (Hespanha e Carapinheiro 1997: 139), potenciando deste modo as assimetrias na oferta de cuidados.

A par desta realidade, outras crises veiculam nas rotinas de trabalho nos centros de saúde. Verifica-se que neles tem-se vindo a desenvolver, nas últimas décadas, uma prática clínica e de enfermagem, em última instância, de certo modo, semelhante à realidade fragmentária da prestação de cuidados a nível hospitalar. Vejamos melhor. As actividades eram organizadas em valências e por problemas de saúde. Por ausência de recursos ou por deficiente organização interna, o que na realidade os centros de saúde ofereciam era uma medicina essencialmente curativa (Durval et al. 1989, 1992). Isto porque, em face da dificuldade de contacto dos utentes com os prestadores, incrementava-se a afluência dos mesmos aos serviços de urgência dos hospitais, assim como às “urgências” dos próprios centros de saúde (CRS 1997), que hoje se designam por serviço de atendimento permanente (SAP), retroalimentando, assim, a dependência dos doentes às lógicas biomédicas então vigentes nos hospitais. Salvaguardando as respectivas distâncias em relação aos hospitais, nomeadamente no que se refere à sua concepção formal em termos de estrutura e tipos de oferta especializada, não posso deixar de dizer que, na última década, o aumento da procura dos utentes dos centros de saúde aos serviços de urgência dos hospitais, por ausência de médicos, constitui uma completa perversão ao sistema e à lógica do princípio de prevenção e de promoção da saúde que deveriam caracterizar as práticas nos centros de saúde (CRS 1997; Antunes 2001).

Entre 1985 e 1995, o número de centros de saúde aumentou cerca de 12% em Portugal. No período entre 1990 e 1995, o número de atendimentos permanentes cresceu cerca de 20%. Porém, o número de centros de saúde com atendimento permanente diminuiu (CRS 1997). Assim sendo, se a existência dos centros de saúde poderia representar uma melhoria da acessibilidade dos cidadãos, o que de facto se tem vindo a verificar-se, apesar do aumento do número de centros de saúde no país, conforme testemunha o CRS (1997), é de que

os mesmos não têm servido os objectivos para que foram criados, funcionando apenas como válvulas de escape, à face à falta de resposta dos médicos de família e demais recursos nos próprios centros de saúde. É assim de concluir que, mesmo ao nível dos centros de saúde, onde se poderia supor uma outra lógica no modelo de prestação de cuidados, na prática o que subsistia era um modelo de orientação biomédico e da sua abordagem reducionista, organizada num contexto dual cartesiano de causa/efeito, de doença/cura e de tratamento/cuidados ocasionais e individualizados (Silva 1997).

É no quadro deste entendimento que é igualmente necessário considerar que, hoje em dia, a tradicional visão biomédica e a lógica tecnológica que toma como referência a fragmentação do corpo têm vindo, cada vez mais, a ser colocadas em causa. Isto porque, não só os processos existentes não eram, nem são capazes de solucionar a questão do incremento das doenças crónicas, o aumento de problemas de saúde na terceira idade e de novos problemas como a SIDA, mas também porque as teses que entretanto vieram a lume trouxeram uma nova visão e a importância das implicações dos contextos sociais e comportamentais sobre a saúde e a doença. Por outro lado, esta ruptura com a biomedicina encerra em si, não só uma clara falência do modelo de gestão e de política de saúde, mas também, e fundamentalmente, corresponde ao perfeito esgotamento do modelo teórico que o sustenta. A leitura resultante destas duas situações, o "novo" modelo de abordagem da saúde e doença emergente apresenta-se, assim, incompatível com uma ênfase hospitalocêntrica, medicocêntrica, hipertecnológica e na oferta de serviços centrada na doença, que só tem vindo a consumir custos e recursos. Face a este conjunto de paradoxos da saúde e dos seus modelos organizativos de produção de cuidados

«temos de agir apresentando uma imagem mais correcta e uma melhor qualidade dos serviços de saúde. E esta melhor qualidade passa, necessariamente, não só por uma melhoria técnica dos serviços prestados, mas também, por um melhor acesso à saúde, por uma melhor informação relativamente ao próprio estado de saúde do doente, pelo carinho com que este é tratado e pela atenção dedicada aos seus sentimentos e valores. (...) E isto é tarefa que deverá ser abraçada por todos aqueles que, directa ou indirectamente, estão relacionados com os serviços de saúde: definidores de política de saúde, gestores e líderes de instituições de saúde, médicos e profissionais de enfermagem (mesmo aqueles não desempenham funções de gestão), pessoal técnico e auxiliar e os cidadãos da comunidade onde as organizações de saúde se inserem» (Ferreira e

Seco 1993: 162)

Nesta encruzilhada de mudança nas orientações teóricas da prestação de cuidados de saúde, coloca-se em evidência não só uma enorme necessidade de velar pela qualidade e pela melhoria contínua dos cuidados de saúde e de afirmação da enfermagem (Lopes 1994; Brannon 1990, 1994, 1996; Walby e Greenwell 1994; Lapointe 2000), mas também, faz emergir um confronto entre duas concepções distintas na prestação de cuidados de saúde, que mais não é que um confronto entre a concepção tecnicista, sedimentada no discurso tecnológico e na hiperespecialização das práticas médicas, e a concepção humanista, que se apoia numa paisagem mais holística, globalizante e relacional com o doente (Carapinheiro 1989). Para Issel e Anderson (1996), este novo paradigma sobre a prestação de cuidados de saúde, trata-se de uma mutação de mentalidades e das práticas, que inclui a transição a) da orientação dos apoios/cuidados individuais para os orientações de cuidados comunitários; b) do tratamento da doença para a promoção do bem estar, numa perspectiva holística; c) da visão do indivíduo doente como um não consumidor de custos para a perspectiva de um utente, consumidor da qualidade da informação; d) da autonomia profissional para interdependência entre profissionais.

Distingue-se, ainda, como traço característico da nova lógica da prática dos cuidados de saúde, quer médica, quer em enfermagem, a cooperação e o consenso, distanciando-se da concepção individualista da doença e do doente de outrora. Por outras palavras, longe da era da mera dominância profissional dos médicos, e da existência de uma permanente relação dual de autoridade nas organizações de serviços de saúde, torna-se igualmente imprescindível ter em atenção outros profissionais, como os da enfermagem. Isto porque a prestação de cuidados não é apenas uma mera troca económica, e que para a sua melhoria é necessário ter em conta uma panóplia de actores e as suas estratégias de actuação. Por outro lado, neste paradigma emergente, que (re)valoriza a dimensão da pessoa, enquanto actor e protagonista, com uma dimensão cultural e social, traduz igualmente uma clara modificação do estatuto do doente, distanciada da sua tradicional visão de objecto dependente dos prestadores, razão pelo qual se exigem novas referências gestonárias e profissionais na organização

da produção de cuidados.

Issel e Anderson (1996) sugerem, entre outros autores, a necessidade de uma cada vez maior flexibilidade e desburocratização das estruturas organizacionais, a implementação de espaços de criatividade e o reforço na qualificação e na participação de todos os profissionais na organização do trabalho. Trata-se de novas referências para as orientações profissionais e organizacionais, adoptando modelos gestionários mais participativos na prestação de cuidados. Trata-se de novos discursos, tributários da era pós-fordista da organização do trabalho e que tem vindo a trazer profundas implicações nas organizações de serviços de saúde (Walby e Greenwell 1994). São, por exemplo, as propostas para formação de equipas multidisciplinares⁴⁶ (Silva 1997; Graça 1992; Basto et al. 2000), ou simplesmente de equipas de médicos e enfermeiros, cada vez mais especializados e qualificados para o desempenho das suas actividades.

Porém, o impacto destas ideias, e da lógica da equipa, não trouxe ainda alterações substanciais na renovação das relações entre as profissões. Descrevem Walby e Greenwell (1994), a propósito da realidade no Reino Unido que as teses pós-fordistas de organização do trabalho na saúde não vieram eliminar as lógicas centralistas, nem as tensões e conflitos entre os trabalhadores e as administrações dos hospitais. Argumentam ainda as autoras que, apesar das teses pós-fordistas

⁴⁶ Tal como referi numa nota anterior, a noção de equipa remete para a perspectiva de uma lógica orgânico-flexível nas estruturas relacionais do trabalho. A aplicação da noção de equipa no campo da saúde pode ser vista de modo semelhante com o que se passa no mundo empresarial, constituindo uma perspectiva que pode reforçar o desenvolvimento de uma orientação flexível e humanizadora na prestação de cuidados de saúde, a fim de dar resposta às expectativas e necessidades de uma comunidade, bem como à satisfação do trabalhador e à melhoria das condições e da qualidade de vida no trabalho. (Silva 1997). Porém «A variedade de grupos profissionais de natureza técnica (de prestação directa ou indirecta de cuidados), dos sectores de apoio, da crescente componente de administração e apoio administrativo, torna a gestão dos recursos humanos da saúde uma matéria difícil e particularmente sensível, face aos diversos interesses em presença e aos diferentes estatutos sócio-culturais, por vezes, pouco conciliáveis. Por outro lado, há uma clara tendência para substituir o trabalho individual, outrora retratado no paradigma relacional médico-doente, pelo trabalho de equipa, em que os enfermeiros, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, os técnicos sociais, os biólogos, os epidemiologistas, etc, assumem um papel cada vez mais imprescindível na programação, na prestação e na avaliação dos cuidados de saúde» (CRS 1998: 175). Assim sendo, para a constituição das equipas deve-se privilegiar a articulação de competências técnico-científicas diferenciadas dos diferentes profissionais, e a autonomia de processos em torno dos objectivos da organização, de modo a estabelecer uma *interface* homogénea e individualizada do sistema com o utente e a expressão diferenciada dos sentidos individuais de cada profissional. Sugere-se, assim, que, trabalhar em equipa não se reduz a uma acção concertada entre duas ou mais pessoas, como outrora, mas baseia-se no estabelecimento de uma base de igualdade, não subordinada e não hierárquica entre os membros (Graça 1992).

sugerirem a necessidade de promoção da autonomia dos trabalhadores qualificados, na verdade mantêm-se as lógicas de um controlo mais apertado e fino dos chefes, por exemplo dos enfermeiros-chefes junto dos seus pares, no sentido da melhoria dos níveis de produção.

Um outro aspecto, salientado pelas autoras reside nas contradições da noção de equipa. A questão situa-se ao nível da problemática da liderança das equipas multidisciplinares. Tensões e conflitos subjazem na escolha de líderes, isto porque os médicos não aceitam de forma pacífica que a liderança de uma equipa de saúde se situe nas mãos da enfermagem. Daí que quando se fala de equipas na saúde, apenas se pode constatar, como revelei num estudo anterior (Silva 1997), uma frágil relação de cooperação entre profissionais, já que os enfermeiros continuam a estar subordinados à dominação dos médicos na liderança das equipas. De facto, encontro um certo paralelo entre os argumentos de Walby e Greenwell (1994) e de Luís Graça (1992). Para este último autor, a questão das equipas nas organizações de serviços de saúde comporta vantagens e desvantagens. As vantagens radicam na possibilidade de melhoria da eficácia organizacional, nomeadamente no que concerne à qualidade da informação, motivação e satisfação dos profissionais. Quanto às desvantagens situam-se no domínio da eficiência, nomeadamente os custos homem/hora, bem como uma certa ausência de clareza na construção da liderança, e na assumpção de responsabilidades de cada profissional, constituindo, em última instância, um obstáculo ao funcionamento da própria equipa.

Neste domínio da renovação da organização do trabalho na saúde, é ainda de referir que Schneller e Ott (1996) e Brannon (1996) informam que tem vindo a ser aplicados cada vez mais modelos derivados da gestão da qualidade total (TQM) e outras técnicas gestionárias industriais. Porém, Schneller e Ott (1996) chamam a atenção para o facto de que a transição mecânica dos princípios de gestão empresarial moderna para a esfera da saúde pode funcionar negativamente no sentido de cancelarem a "*action orientation*", e que, segundo os mesmos autores, se identifica como uma das principais componentes do trabalho profissional. Entendem ainda os autores que qualquer sistema de mudança na organização da prestação de cuidados deve garantir a preservação da "*professional voice*", na medida em que ela pode funcionar como uma forma para assegurar a qualidade

dos cuidados de saúde. É com base nestes princípios que os autores sugerem que as profissões devem ter um papel relevante num contexto de mudança da organização da produção de cuidados. Os saberes, as competências, o conhecimento científico e novas formas de organização do trabalho, com base no princípio de práticas participativas, são cada vez mais entendidos como factores principais, quer para a solução de problemas no quotidiano da prestação de cuidados de saúde, quer para a reforma do sistema de saúde.

Na verdade, a introdução de esquemas gestionários para a reforma dum sistema nacional de saúde e da organização da produção de cuidados não está dissociada das estratégias de regulação concebidas pelo próprio Estado (Walby e Greenwell 1994), enquanto representante legítimo da sociedade. Daqui resulta uma outra questão que se refere à governação⁴⁷ do sistema de saúde. Perspectiva-se cada vez mais a necessidade do Estado de associar novas formas de conhecimento mais específicas e exigentes na promoção e na prestação de cuidados de saúde, isto é, a progressiva implementação de uma relação privilegiada do Estado com as profissões, através daquilo que Johnson (1995) chama de institucionalização dos *expertises*. Convém referir aqui que a ideia de governação é polissémica. Na tese de Foucault (1992), este conceito está associado com a rejeição da noção do Estado como uma entidade coerente cujo poder político se manifesta e se dirige inevitavelmente de encontro aos interesses da sociedade civil. Em vez disso, e na linha da perspectiva de Foucault, o Estado é visto como um conjunto de instituições, procedimentos, tácticas, cálculos, conhecimentos e tecnologias que em conjunto e de forma combinada resultam numa forma particular de governação. O que daqui resulta é que as formas de governação, ou melhor, as artes e os critérios de governamentalidade⁴⁸ deixam de

⁴⁷ Segundo Foucault (1984), no período do Renascimento, *governar* não se tratava apenas da questão da gestão política e do Estado, mas da maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes. Porém, o autor descreve que, na Modernidade, o uso da palavra *governar* restringiu-se às coisas relativas ao Estado, argumentando que tal facto deveu-se à forma como as relações de poder foram progressivamente governamentalizadas, ou seja, elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob a caução das instituições do Estado. Para o autor, a governamentalização do Estado resultou de um longo processo histórico no mundo ocidental, apoiando-se em três dispositivos: pastoral, novas técnicas diplomático-militares e finalmente a polícia (Foucault 1984).

⁴⁸ Na perspectiva de Foucault, desde o século XVIII que a Humanidade vive na era da governamentalidade. Para o autor esta noção traduz-se como tácticas de governação que permitem definir em cada instante aquilo que deve ou não competir ao Estado, ou seja, aquilo que é de facto público ou privado, ou melhor, aquilo que é ou não estatal, etc. Por outras palavras,

assentar na soberania e no «direito de governar» para passarmos à governação por aqueles que dominam os conhecimentos, tácticas e tecnologias necessárias para controlar as populações e territórios (Foucault 1984, 1994b). Porém, o problema em questão seria o de saber se, uma vez que as profissões estão sujeitas ao controlo da regulação, licenciamento e regulação estatal, como é que elas poderão manter a sua autonomia na produção de cuidados? Ora bem, a resposta a esta questão entende-se nos termos em que o Estado deixa nas mãos das profissões as questões ligadas aos aspectos técnicos do seu trabalho, o que por si só constituirá uma garantia da sua autonomia, que Freidson (1998) designou de autonomia técnica, tal como já referi anteriormente. Na verdade, a visão do dualismo da relação profissão/Estado e esta visão de uma certa “semi-dependência” não corresponde de todo ao olhar de Foucault. Isto porque na linha do pensamento do autor não se pode falar em dualismo uma vez que as profissões constituirão elas próprias um *output* da governamentalidade, sendo que não será o domínio das técnicas que as distingue, mas sim o domínio de determinados conhecimentos restritos. Assim sendo, a tese de Foucault aparece no campo oposto da linha defendida por Freidson vendo o Estado não como um agente externo, mas como a forma institucionalizada do processo de governação, que inclui os *experts*, que é o mesmo que dizer as profissões. Daqui resulta ainda que no pensamento foucaultiano não fará sentido o tal dualismo profissões/Estado, ou seja, as profissões e o Estado surgem lado a lado como partes de um todo comum na definição das políticas oficiais.

Larson (1977, 1990) apresenta uma tese sobre as profissões, de certo modo semelhante a de Freidson, tal como já descrevi anteriormente. Para a autora é a intervenção estatal que funciona como o escudo que garante a autonomia das profissões. Contudo, segundo ela, não são a autonomia técnica e a dependência sócio-económica de que Freidson fala, os eixos caracterizadores das relações entre as profissões e o Estado. Para a autora, a emergência da autonomia profissional teria sido construída como uma parte dos processos de formação de classes e dos Estados, em que os profissionais ou *experts* não só funcionaram como formas de legitimação do poder, como até se imiscuiram como partes dos

governamentalidade define-se como o «encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si» (Foucault 1994b: 785), através do desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.

processos de governação e de legitimação do poder. Esta perspectiva de Larson sustenta, assim, a ideia da existência de uma dependência mútua na relação profissão/Estado, o que de certo modo se aproxima da perspectiva foucaultiana.

Abbott (1988, 1991a, 1991b) por seu turno, considera que os profissionais nunca mantiveram uma posição neutral em relação aos processos e objectivos políticos. Esteve sempre presente no desenvolvimento histórico das profissões, um processo de lutas e competições em que os profissionais reivindicam constantemente as suas áreas de domínio. Subjaz, assim, nestas reivindicações corporativas a própria perspectiva de Foucault a propósito das políticas de governamentalidade. Isto porque para Abbott o processo de afirmação das profissões resulta sobretudo de uma competição e de um processo político em que, para além de visar o reconhecimento por parte da opinião pública, em geral, as profissões procuram sobretudo obter, por parte do Estado, o reconhecimento legal do seu estatuto. Por outras palavras, as profissões, segundo a perspectiva de Abbott visam, em concreto, ocupar o seu próprio espaço no processo político de governação, ao lado dos administradores e dos políticos, o que aliás constitui parte daquilo que Foucault descreve como sendo a técnica de dominação através da governamentalidade.

A tese foucaultiana oferece-nos uma perspectiva de que as profissões constituem como partes integrantes do Estado, isto é, para Foucault, as profissões caminhariam a par com o Estado constituindo mesmo os “agentes no terreno” encarregados de implementar as políticas oficiais da governação. Nesta ordem de ideias, não faria sentido falar de dualismo profissões/Estado uma vez que estes dois elementos concorreriam para os mesmos objectivos, sendo que fazem parte do mesmo bloco. Ora, esta perspectiva que coloca as profissões e o Estado a caminharem lado a lado, parece-me um pouco estranha, se considerarmos que as relações entre as profissões e o Estado nem sempre confluem para os mesmos objectivos. Na verdade, não são raras as vezes em que é o próprio Estado quem procura deliberadamente entrar no campo das profissões, procurando mesmo implementar directrizes que nem sempre vão ao encontro dos objectivos das profissões, como é o caso da medicina e da enfermagem, regulando as condições de acesso no ensino e formação, as vagas e a remuneração no mercado de trabalho do sector público. Apesar das possíveis contradições, é de admitir que as

profissões precisam do Estado para se afirmarem, mas o Estado não poderá desprezar as profissões porque elas, no fundo, acabam também por constituir-se como agentes legitimadores das políticas governamentais, uma vez que acabam por ser elas quem, na prática, as executa. Por outras palavras, sem os profissionais, não há reforma do sistema de saúde, nem tão pouco se pode falar de reorganização do trabalho na saúde. Por outro lado, sem o Estado não é possível falar em controlo jurisdicional e legitimidade das profissões (Johnson, Larkin e Saks 1995).

De acordo com Issel e Anderson (1996), as recentes tendências para a reforma e mudança nos sistemas de saúde só poderão ser mais facilmente compreendidas e sedimentadas na prática se a enfermagem vier a participar directamente na reformulação política do sistema de saúde, não só para a contenção dos custos, mas também para a legitimação de novas formas organizacionais e de novos processos profissionais na saúde. Aliás, na reflexão realizada anteriormente sobre o modelo de reorganização do trabalho em enfermagem, reforça-se igualmente a perspectiva de que a enfermagem se encontra perante um conjunto de desafios. Para Anne Witz (1994), esse desafio não pode ser visto apenas a partir da divisão do trabalho, ou seja, a partir das relações ocupacionais estabelecidas entre dois grupos profissionais diferentes, médicos e enfermeiros. Baggreley et al., Piore e Sable, Atkinson e Aglietta sugerem que o desafio que hoje se coloca à enfermagem, situa-se, em última instância, na sua capacidade em influenciar as políticas de saúde (Witz 1994). Outros autores como Flynn (1992), Lathrop (1993), Dent (1993), Steinberg (1992), Taylor (1996), Walby e Greenwell (1994), West e Field (1995) sugerem ainda que tais desafios dizem respeito a todos os profissionais envolvidos no processo de produção de cuidados.

Trata-se, assim, de um complexo sistema de enunciações que sustentam toda uma renovação de mentalidades sobre a movimentação organizacional no sentido da promoção de uma nova prática na saúde, que se distancia da tradicional lógica medicocentrista. A verdade é que estamos perante um desafio que extravasa a capacidade autogestionária da própria enfermagem, na medida em que a governabilidade e a governamentalidade do campo da saúde se tem vindo a confinar nas mãos dos políticos, administradores de saúde e médicos. Daí

que sugira Freidson (1990) que devem ser reforçados não só os mecanismos legislativos que permitam reorientar a reforma do sistema de saúde, mas também, novos regulamentos que possam garantir a legitimidade do credenciamento e da exclusividade no desenvolvimento de novas formas de organização, de procedimentos e de autonomia da enfermagem nos seus campos profissionais. Por outras palavras, a posição da enfermagem como profissão poderia ser consolidada e fortalecida se fosse possível reivindicar para si uma jurisdição de facto, não só do seu corpo de conhecimentos, mas sobretudo das competências que possam ser materializadas na prática de forma independente, quer das orientações da medicina, quer do controlo burocrático-administrativo das políticas das administrações das organizações de serviços de saúde. Tudo isso combinado fez surgir os apelos para uma maior interligação da enfermagem entre os outros grupos profissionais e respectivas decisões com as decisões administrativas ou do âmbito da gestão, como resposta à crise na saúde dos países anglo-saxónicos, cuja ressonância em Portugal, apesar de recente, tem vindo a ganhar expressão.

Estas novas propostas, que têm vindo a lume, no sentido da participação da enfermagem na promoção da qualidade nos serviços de saúde e para a satisfação dos utentes sugerem em concreto a (re)organização das estruturas de prestação de cuidados de saúde, mas que acabam por se fundar num discurso que pretende fazer florescer a essência dum profissionalismo mais transparente nas organizações, baseadas na revisão de procedimentos entre pares, cuja meta visa não só fortalecer o compromisso colectivo com a qualidade do trabalho em benefício dos doentes, mas também constitui a expectativa de um vector fulcral para o enriquecimento do próprio sistema de saúde (Freidson 1998; Issel e Anderson 1996; Schneller e Ott 1996; Lapointe 2000; CRS 1998). Em suma, as organizações de serviços de saúde estão perante a necessidade emergente de uma reforma não só financeira, mas fundamentalmente de ordem organizativa que instaure reorganizações de modelos e práticas, com a integração de todos os grupos profissionais, nomeadamente da enfermagem, na definição política de novos procedimentos, a fim de dar resposta às mudanças e problemas que enfrentam.

1.3. Contextualização dos Processos Organizacionais

Em função do exposto nos capítulos anteriores, sou levado, num primeiro momento, a concluir que o processo participativo da enfermagem nos serviços de saúde sofre de carências importantes, quiçá “quase” impossíveis de se materializarem na prática. Porquê? Por um lado, as intenções de recomposição ideológica demonstradas pelos profissionais de enfermagem não se concretizam e, por outro lado, algumas acções modificadoras de reorganização profissional tomam forma sem que tenham sido previstas pelos membros da profissão, sendo apenas integradas nos processos formais de gestão organizacional, quando os administradores os entendem como recursos e vantagens para os seus objectivos de racionalidade económica.

Perante este contexto, o que devo efectivamente considerar? Renunciar à reflexão sobre práticas de participação nas organizações de serviços de saúde, ou procurar avançar e aprofundar o debate e o processo investigativo, interrogando outras realidades ocultas? Ora bem, sabendo que hoje a enfermagem se caracteriza por um vasto conjunto de mudanças, quer na sua estrutura formativa, quer nas formas de legitimação das suas organizações profissionais, justifica-se o aprofundamento do estudo sobre os processos de participação na organização. Aliás devo dizer que constitui um interessante desafio a considerar. Para o efeito, considero que para compreender melhor de que formas se manifesta essa participação da enfermagem na organização do quotidiano do seu trabalho, implica uma análise mais detalhada da perspectiva analítica que adoptei. Não se trata de estar aqui a inventariar os trabalhos de investigação consagrados às teorias organizacionais. Limito-me a focar o enquadramento da postura teórico-metodológica, sobretudo aquelas perspectivas teórico-conceptuais que permitem esclarecer a descodificação das redes de interacções, os contextos e os constrangimentos organizacionais, enquanto elementos essenciais à compreensão da problemática da acção colectiva nas organizações.

1.3.1. Para uma Leitura da Dinâmica nas Organizações

1.3.1.1. Relatividade e Complexidade da Relação Actores — Organização

As diferentes teorias organizacionais⁴⁹, e a forma como elas foram evoluindo têm contribuído para provocar alterações na leitura do modelo clássico organizacional, fundada numa mera racionalidade económica, ou seja, a perspectiva de que uma organização ser dirigida pelos seus chefes, em função de uma lógica de optimização dos factores de produção, com vista única e exclusivamente a ganhos económicos, ou melhor o lucro.

A interpretação da racionalidade nas organizações tem vindo a ser perspectivada, como nota Michael Reed (1992), na eleição de ideias alternativas ou optimizadas, para integrar o potencial humano e os recursos materiais, enquanto conjunto organizado e coerente, de acordo com um sistema de valores, cujas consequências no comportamento dos membros das organizações podem ser avaliadas. Assim sendo é de interrogar se a adaptação do homem nas organizações resulta exclusivamente de um processo consciente, ou se trata de processos “inconscientes”. Com que objectivos e com que valores se deve julgar a sua

⁴⁹ A diversidade das leituras sobre a realidade organizacional conduziram ao aparecimento de inúmeras sínteses. Uma delas, efectuada por Gibson Burrell e Gareth Morgan (1994), assenta numa grelha heurística que opõe diferentes correntes de pensamento organizacional. Trata-se simultaneamente de um ensaio explicativo, destinado a ordenar as diferentes correntes e a fornecer elementos explicativos para a sua compreensão. De acordo com os autores, a teoria do social pode explicar-se com a ajuda de quatro paradigmas-chave cuja construção se baseia na consideração de que os trabalhos desenvolvidos sobre as organizações assentam, quer numa filosofia do conhecimento, quer numa filosofia da sociedade. Esta distinção permite, segundo os autores, definir as duas dimensões da sua grelha analítica: uma objectiva, que realça a ideia de sociedade, e, uma outra subjectiva, que realça a noção de ‘homem’. Cada uma destas dimensões pode assumir quatro perspectivas: ontológica, epistemológica, natureza humana e metodológica. Para os autores, situam-se na dimensão subjectiva as seguintes correntes teóricas: interaccionismo simbólico, etnometodologia, simbolismo organizacional, institucionalismo. Na dimensão objectiva, enquadram-se as seguintes: teoria da acção social, teoria das disfunções burocráticas, teoria do sistema social (teoria clássica de gestão, estudos de Hawthorne, teorias do equilíbrio organizacional, estrutural-funcionalismo, sistema aberto, ecologia da população, teoria da contingência, Grupo de Aston), teoria pós-estruturalista, teoria dos weberianos radicais, teoria realista. Neste capítulo, não perfolho *ipsis verbis* esta tese, na medida em que não me permite dar conta do quadro de racionalidade limitada que modela as relações indivíduo-organização, nem tão pouco explicitar os contextos e os modos de construção da acção estratégica e organizada. Todavia, algumas das ideias de Burrell e Morgan serão integradas no decurso do desenvolvimento da minha reflexão sobre a problemática da perspectiva analítica das organizações.

racionalidade? Vejamos de forma sumária a evolução dos debates que têm emergido sobre esta questão.

Tomando como ponto de partida a análise de Max Weber (1971), relativamente ao processo de racionalização nas sociedades industriais ocidentais, constato que o autor realça e enfatiza a implantação de uma racionalidade formal ou instrumental como um princípio regulador no desenvolvimento dos sistemas sociais. O conceito de racionalidade, dito no sentido weberiano, constitui um processo relacionado com os comportamentos, com as consciências, com as realizações deliberadas, com as finalidades de uma organização, e com as finalidades do indivíduo. Para Weber, todo o comportamento humano relativo a um dado objecto adquire o seu significado através da sua especificação. Ou seja, ele é compreendido e interpretado, segundo duas lógicas: ^{a)} uma dita de racionalidade subjectiva, orientada pelo significado da finalidade que o próprio actor confere à sua acção; b) uma racionalidade objectiva, engendrada pelos actores, no sentido da exactidão da conduta, em conformidade com as soluções consideradas válidas para uma dada situação relacional. Assim sendo, a racionalidade colectiva face a um problema num dado contexto organizacional é sobretudo um produto das soluções idênticas encontradas para o mesmo problema. Uma “boa” administração resulta, assim, no sentido weberiano, de um comportamento que se adapta a realidade aos seus fins, calculado com exactidão, nesta suposta “objectividade” racionalista. Na verdade, a questão da racionalidade nas organizações tem constituído um campo de imensos trabalhos, sendo muitos tributários da perspectiva weberiana da noção de burocracia.

Para Max Weber (1971), a organização burocrática na vida económica, política e administrativa constitui a maior expressão institucional da racionalidade formal ou instrumental. Trata-se, para o autor, do estabelecimento de um mecanismo objectivo de tomada de decisão, baseado em regras impessoais e em conhecimento especialista, que excluiu todas as considerações subjectivas, morais ou igualmente irracionais. A concepção da organização burocrática como uma “máquina” eficaz, e codificada segundo os princípios racionais incorporados objectivamente nas estruturas hierárquicas e nos processos de tomada de decisão, era perspectivada como fundamental para a criação e implementação de práticas específicas e/ou de técnicas de controlo orçamental e de supervisão e selecção de

peçoal nas organizações formais⁵⁰.

A análise weberiana relativamente à burocracia tem sido acusada de fornecer uma racionalização, baseada na lógica de um determinismo cultural, que produz um modelo excessivamente formalístico e mecânico da organização. Segundo os críticos, a organização é mais complexa do que parece à primeira vista, pois a investigação empírica posterior revela que uma organização fundada numa "burocracia racional" do tipo weberiano é, igualmente, um sistema social instável. São por exemplo, os estudos desenvolvidos nomeadamente na linha das investigações Hawthorne e do movimento de relações humanas, protagonizado pela equipa de Elton Mayo, na década de 30, que vieram colocar ênfase nos aspectos informais e não racionais existentes nas estruturas organizacionais. As

⁵⁰ As organizações enquanto unidades sociais têm o propósito de alcançar objectivos para o colectivo, para a sociedade em geral. Os indivíduos são indispensáveis para a realização de metas e objectivos colectivos, mas não enquanto instrumentos. Enquanto que nas organizações burocráticas weberianas, o homem era um fim ao alcance dos objectivos organizacionais, nas organizações como sistemas recusa-se a ideia que o homem é um instrumento. De facto, segundo Michael Reed (1992) e Edmundo Campos (1971), a crença do sucesso da organização burocrática baseou-se nas categorias da racionalidade instrumental que se impôs de uma maneira objectiva e impessoal no comportamento individual e na acção colectiva dos seus membros e clientes e exerceu uma influência muito poderosa no desenvolvimento histórico da teoria da organização. Através desta concepção, os seres humanos indisciplinados poderiam ser transformados em membros organizacionais governáveis e eficientes. Subjaz, assim, nesta concepção a ideia de que baseando-se numa racionalidade instrumental inerente às estruturas e práticas das organizações complexas, em processos cognitivos, excluiriam com sucesso todos os mal entendidos e erros nas tomadas de decisão nas organizações. Assim sendo, é de considerar que a ideia do triunfo da burocracia baseou-se na conceptualização de um poder cognitivo dominante e de uma superioridade técnica na lógica organizacional interna, como mecanismos atenuadores de conflitos.

Na verdade, Max Weber (1971), no seu trabalho sobre a burocracia, descreveu uma série de atributos organizacionais. As suas características fundamentam-se num tipo de legitimidade legal-racional. Weber parte da questão do fundamento da "dominação", isto é da aceitação, pelos membros da organização, do poder daquele que os domina. Distingue-se, assim, uma legitimidade de tipo tradicional, uma outra de tipo legal-racional ou burocrático, e uma ainda designada de legitimidade carismática. Para o autor, a autoridade impõe-se nas sociedades emergidas da era industrial, quer em virtude da sua legalidade, quer em virtude da crença na validade dum estatuto legal e duma competência positiva fundadas sobre regras estabelecidas racionalmente. A este tipo de legitimidade racional corresponde a uma forma de organização que Weber chamou de burocracia, sendo caracterizada pelo seguinte: a) distinção precisa entre propriedade privada e propriedade da organização; b) o indivíduo não é proprietário da sua função e não pode transmiti-la; c) a burocracia funciona segundo as regras e recusa qualquer aceitação de pessoa como qualquer caso particular; d) os postos são rigorosamente definidos; e) à definição dos postos corresponde a especialização das funções e das competências do indivíduo que as preenche; f) uma organização burocrática organiza-se como uma hierarquia; g) uma burocracia emprega funcionários, isto é, que sejam especialistas a tempo inteiro e que aí fazem carreira. Porém, tal como revela Carapinheiro (1993), face à presença de um sistema dual de autoridade, fundada numa reconciliação dos padrões burocráticos de autoridade com as normas profissionais dos médicos, o modelo weberiano não se adequa à análise da realidade das organizações dos serviços de saúde. É neste sentido que a autora classifica um hospital como uma "semiburocracia".

organizações não possuem apenas uma dimensão formal, mas também uma componente informal. Vejamos alguns dos aspectos destas distintas evoluções do discurso sobre a racionalidade organizacional que se encontra aliada aos comportamentos dos indivíduos e dos grupos nas organizações.

Segundo as correntes, ditas clássicas, anglo-saxónica e francesa sobre a organização científica do trabalho e teoria geral da administração, representada respectivamente por Frederick Taylor (1982) e por Henri Fayol (1984), os comportamentos humanos não constituem problemas, nem eram a preocupação fundamental dos dirigentes das organizações. Os comportamentos ditos negativos dos trabalhadores eram perspectivados, não como o resultado da sua irracionalidade no trabalho, mas sim frutos de estruturas de trabalho mal concebidas. Duas premissas são colocadas nestas teses surgidas no início de século XX: por um lado, o dinheiro constituía o principal factor motivador e incentivo do trabalho e, por outro lado, a supervisão minuciosa e directa do trabalho era entendida como essencial para assegurar que o mesmo fosse efectivamente realizado com exactidão, em conformidade com o prescrito. Porém, trata-se de uma tese onde não se reconhece o conflito indivíduo/organização, sendo a organização encarada meramente sob o ponto de vista administrativo, numa lógica de "*one best way*", do homem certo para o lugar certo, o que é bom para a organização também é para o trabalhador, pressupondo, assim, a harmonia total dos interesses entre os trabalhadores e a administração ou a direcção das organizações. Assim sendo, uma clara divisão do trabalho, uma marcada especialização de funções e tarefas, uma separação criteriosa entre o planeamento e a execução e uma hierarquia inflexível na autoridade dos dirigentes eram perspectivadas como elementos imprescindíveis para a coordenação e o controlo nas organizações. Fomentou-se, deste modo, a lógica da organização científica do trabalho, da teoria administrativa das organizações e a génese do *homo economicus*, indivíduo racional, cujos comportamentos eram totalmente previsíveis (Friedberg 1995).

Porém, estudos desenvolvidos nos anos seguintes, nomeadamente na década de 30, pela equipa de Elton Mayo nas fábricas da Western Electric em Hawthorne (Chicago) vieram colocar em evidência a importância dos sentimentos, dos factores afectivos e psicológicos, em suma, a importância das necessidades

psicossociais dos trabalhadores para a compreensão dos comportamentos humanos nas organizações. Colocou-se, desta forma, em causa através de uma corrente humanista, dita da escola das relações humanas, que as relações indivíduo-organização não se resumem a relações simples no âmbito das condições físicas e materiais do trabalho, antes porém, o indivíduo não é movido somente pela apetência do ganho, mas também pela sua afectividade, pelas suas necessidades psicológicas e pelo reconhecimento social (Strati 2000; Friedberg 1995). Enfatizou-se, assim, através desta “descoberta”, a importância das relações informais, da participação emocional e de outras necessidades psicossociais na motivação e satisfação dos trabalhadores.

Se é verdade que a tese de Taylor veio conceber no quadro organizacional o *homo economicus*, a escola de relações humanas trouxe o *homo socialis*. Na verdade, trata-se de uma perspectiva que tomou como pano de fundo a teoria motivacional de Abraham Maslow (1954), enfatizando que a participação na organização está intimamente relacionada com um conjunto hierarquizado de necessidades psicológicas, nem sempre estáveis e congruentes.

Na década de 50 e 60, estas ideias influenciaram inúmeros trabalhos⁵¹ que procuraram apreender as relações indivíduo-organização, cujas conclusões apontaram para a necessidade do enriquecimento dos conteúdos do trabalho e do reforço das expectativas como forma de motivação dos trabalhadores. Por outras palavras, o movimento das relações humanas enfatizava a ideia de causalidade, pressupondo que uma maior satisfação no trabalho conduzia certamente a uma maior produtividade, menosprezando e ignorando outras necessidades, tais como a auto-realização, o sentido de responsabilidade dos trabalhadores, etc. Esta corrente das relações humanas foi a base de um movimento que fez multiplicar,

⁵¹ São por exemplo os trabalhos de: Douglas McGregor (1960) sobre a sua teoria Y e teoria X; Frederick Herzberg (1966) sobre os factores higiénicos e motivadores do trabalho; Clayton Alderfer sobre as necessidades de existência, relação e crescimento; David McClelland sobre as necessidades de realização, de poder e de afiliação; Turner e Lawrence sobre a relação entre as características da tarefa na satisfação e sobre o absentismo; Edwin Locke em relação à fixação dos objectivos; Victor Vroom sobre a relação entre a motivação do indivíduo e as expectativas de sucesso; Chris Argyris (1975) a propósito da influência da organização no desenvolvimento da personalidade dos trabalhadores; Rensis Likert (1967) que destaca a importância da liderança democrática nas organizações, enfatizando a importância da participação dos trabalhadores na tomada de decisões. Edward Lawler sugere que a compensação salarial motiva não apenas o desempenho, mas também a dedicação. Porém, os resultados dos trabalhos realizados por Edwin Locke e outros não permitem concluir que o dinheiro seja uma variável que possa contribuir para o aumento da realização e do desempenho dos indivíduos (Vala et al. 1994).

em todos os países ocidentais, programas de melhoria das condições de trabalho, de humanização do trabalho, de reestruturação do trabalho sob a forma de enriquecimento e de alargamento das tarefas ou da criação de grupos semi-autónomos de produção. Contudo, o alcance destes programas foi limitado, porque estes baseavam-se numa reflexão muito redutora, que não se libertou do quadro tayloriano (Friedberg 1995). Isto porque, se é verdade que esta vertente de estudo e análise organizacional veio desocultar a realidade das interações informais que existem nas estruturas formais das organizações, contudo ela encerra uma certa ambiguidade, já que o interesse por este bem estar dos trabalhadores redundava, em última instância, num benefício para os empresários. Por outro lado, ainda hoje está por provar a existência de uma correlação perfeita e no mesmo sentido entre a satisfação e a motivação.

É justamente sobre estas questões que esta corrente humanista se configura como uma perspectiva mais pró-empresarial do que a favor dos trabalhadores, fundada na harmonia dos interesses entre os trabalhadores e a direcção e que, ao ignorar o conflito, apenas favorece a parte do grupo dominante, isto é, a direcção ou a administração das organizações. Não é de admirar que na sua análise sobre as perspectivas do movimento das relações humanas, Friedberg tenha afirmado o seguinte:

«os contributos dados no plano conceptual e intelectual, nomeadamente em termos de raciocínio organizacional, acabaram por se revelar decepcionantes. A verdade é que permanece prisioneiro da visão tayloriana de um indivíduo passivo no trabalho, respondendo de forma estereotipada aos estímulos a que é submetido. Aos estímulos económicos haviam-se limitado a acrescentar os estímulos afectivos. A considerável complexidade que a introdução dessa afectividade no raciocínio implica é contrabalançada e, de algum modo, disciplinada pelo postulado de uma "natureza humana", cujas propriedades e necessidades são inventariáveis, previsíveis e, logo, influenciáveis» (Friedberg 1995: 347).

Trata-se, assim, de perspectivas que apesar de legítimas, são redutoras e simplificadoras *a priori*, na medida em que as preocupações normativas e prescritivas da corrente das relações humanas a levaram a raciocinar de maneira estática, unidimensional e mecanicista sobre a relação indivíduo-organização, postulando um modelo ideal e único de saúde psicológica e moral, que tanto vale

para os indivíduos como para os grupos, assim como para as organizações. Daí que o autor conclui que, quer se opte por adaptar o indivíduo e o grupo à organização, como perspectivaram todas as teses desenvolvidas pelo movimento das relações humanas, quer se procure inverter a ordem das prioridades, adaptando a organização às necessidades e aos desejos dos indivíduos, o resultado final é muito semelhante. Num e noutro caso não se dissocia de um enquadramento normativo e *a priori* da realidade das interações indivíduo-grupo-organização que, em última instância acaba por oferecer uma visão sobre a reconstrução da organização ideal, segundo um ângulo dedutivo, a partir e em função de um olhar e procedimentos que lembram o taylorismo.

Argumenta ainda Friedberg que, na tradição analítica da corrente das relações humanas sobre as organizações, o que mudou foi apenas o nível de necessidades que merecem interesse de estudo e análise, mas não a maneira como são introduzidas na argumentação os problemas de relação indivíduo-grupo-organização. Isto porque as perspectivas adoptadas por esta corrente teórica, marcadas por um excessivo psicologismo, não conseguem explicar a génese dos grupos, das suas opções e acções, já que não tocam no ponto fundamental desta problemática que são os interesses de um grupo como um constructo humano, nem tão pouco permitem ultrapassar a inteligibilidade da dicotomia entre a estrutura formal e informal de uma organização, acabando por aprofundá-la e reforçar, quer a sua solidez, quer a presença de uma racionalidade perfeita.

É precisamente por isso que Crozier e Friedberg (1977) e Friedberg (1995) sugerem que no estudo e na análise organizacional, em vez de exagerar na leitura da racionalidade do actor, será mais eficaz e realista tentar reconstruir essa racionalidade sempre limitada e contingente do actor, ligando a conduta deste ao contexto no qual se desenvolve, apesar de nem sempre ser fácil de se observar. Por outras palavras, entendem os autores que o ser humano não é totalmente racional, sendo por isso incapaz de otimizar. A sua informação e a sua liberdade são demasiado restritas deixando-o num contexto de "racionalidade limitada", situação que faz com que a resolução de um problema corresponda à primeira solução encontrada, como forma de assegurar um patamar mínimo de satisfação. É aquilo que Friedberg chamou e chama de "dimensão oportunista" do comportamento humano. Trata-se de uma perspectiva que encontra os seus

fundamentos no quadro da teoria decisional de James G. March e Herbert Simon (1974), nomeadamente no conceito de racionalidade limitada desenvolvida por Herbert Simon (1979, 1983). Vejamos, as condições materiais, estruturais e humanas que definem, segundo a perspectiva simoniana, essa liberdade e racionalidade limitada.

Na década de 60, autores como Richard M. Cyert e James G. March (1963) perspectivam que nas organizações os indivíduos agiam conscientemente no sentido da defesa e aumento da sua influência no funcionamento da sua organização. Para estes autores, esta racionalidade situava-se ao nível das funções reguladoras das estruturas e dos fins organizacionais, razão pela qual os processos de decisão e as negociações representavam não só a trama da vida organizacional, mas também constituíram os fundamentos que explicam a oposição dos participantes ou membros da organização entre si. Na verdade, os autores propõem duas perspectivas sobre a organização. Por um lado, uma interpretação política da organização, admitindo que o seu funcionamento é obtido através do ajustamento conflitual, entre as lógicas de acção divergentes entre os actores. Por outro lado, com uma visão inscrita mais próxima de um discurso funcionalista da organização, colocam em evidência que são as estruturas e as regras os principais motores das "rotinas organizacionais". Aqui já não se opõe a afectividade dos homens e a racionalidade das estruturas, na medida em que, para os autores, as características do funcionamento da organização definem-se a partir dos problemas dessa afectividade e os limites cognitivos do ser humano na percepção das características estruturais. Assim sendo, as estruturas e os fins de uma organização não são já consideradas como a expressão de uma racionalidade exterior e superior aos processos organizacionais, ou seja, como uma variável exógena, antes porém, tornam-se numa variável endógena, protagonizada e dependente dos critérios de racionalidade e das capacidades e limites cognitivos dos actores.

Para March e Simon (1974), a teoria clássica das organizações peca por um completo irrealismo porque contava com um homem dotado de uma racionalidade perfeita. Segundo os autores, este modelo clássico, designado de racionalidade omnisciente ou objectiva, apoia-se em três premissas essenciais: a) quem decide dispõe de todas as informações de que precisa, assim como, uma capacidade

ilimitada para o seu tratamento; b) um decisor tem uma ideia clara das suas preferências, considerando que elas são dadas de uma vez, de uma forma estável, coerente e hierarquizada; c) o mesmo decisor é capaz de accionar um raciocínio de sistematização e de síntese que lhe permite escolher uma solução óptima em função das suas preferências, após uma análise comparativa e exaustiva das soluções possíveis.

Simon (1979, 1983) contesta e critica este modelo de racionalidade objectiva, considerando que o homem é por natureza imprevisível, não onnipotente, e que nem sempre consegue dispor de todas as informações e capacidades de interpretação, sistematização e difusão que necessita. Acrescenta ainda o autor que muitas vezes os decisores não conseguem otimizar as suas opções e soluções, já que nem sempre detêm uma ideia clara das suas preferências, na medida em que considera que elas nem sempre são estáveis. Por outras palavras, na tese simoniana qualquer escolha faz-se sempre sob uma certa coacção, sendo a racionalidade humana limitada por estes dois grandes constrangimentos que se assumem como irreduzíveis: por um lado, a informação que se apresenta é sempre incompleta; por outro lado, nenhum decisor é capaz de otimizar as suas soluções, devido à complexidade dos processos mentais que seriam exigidos ao ser humano e que não dispõe. É pelas razões expostas que a tese da racionalidade limitada sustenta que um decisor opta sempre por uma solução que se lhe afigura apenas como a melhor dentro de todas que lhe foi possível examinar. Daí que March e Simon (1974) argumentem que aquilo que um decisor efectua aquando da tomada de decisão, tanto a nível das organizações como a nível pessoal, não corresponde a uma optimização, nem a qualquer maximização das suas competências e capacidades cognitivas, sendo apenas a adopção de uma solução dita satisfatória. Nota-se, assim, na perspectiva dos autores a noção de que as preferências de um decisor não são precisas, coerentes e unívocas, antes porém, trata-se de opções e soluções múltiplas, fluídas e ambíguas, sendo muitas vezes contraditórias. Por outro lado, as "boas razões" que se encontram por detrás das decisões aparentemente racionais, não são estáveis, nem independentes das condições de escolha. Pelo contrário, trata-se de formas adaptativas e sujeitas a modificações endógenas produzidas pela própria situação de escolha. Por outras palavras, os critérios de decisão adoptados são sujeitas a manipulações voluntárias ou involuntárias, ditos conscientes ou inconscientes por

parte dos decisores (March e Simon 1974; Crozier e Friedberg 1977).

A ideia de racionalidade limitada, apresentada pelos autores, pode ser assim considerada como tributária de uma trajectória histórica do decisor, que se aproxima à tese da acção⁵² de Raymond Boudon (1978, 1995), na medida em que uma dada decisão que um decisor engendra, no presente, emerge de um dado contexto de acção, determinado e condicionado pelas possibilidades do seu acesso às informações (efeito de posição). Por outro lado, é igualmente de admitir que a decisão surge modelada pelos efeitos de disposição, fruto de disposições mentais, cognitivas e afectivas do mesmo decisor, em função do seu processo de socialização (Friedberg 1995). Por esta razão, Catherine Paradeise (1994) argumenta que a posição do actor face a uma determinada decisão é uma questão muito complexa, fundada numa relação entre o conhecimento e a acção. Para a autora, um actor ao decidir é influenciado não só pelas suas escolhas e preferências, assim como se torna prisioneiro, quer das suas próprias preferências, quer da sua racionalidade limitada.

Ao considerar que esta racionalidade é sempre fruto ou produto simultâneo de um efeito de disposição e de um efeito de posição, Crozier e Friedberg (1977) argumentam que ela não pode ser pensada fora dos constrangimentos e oportunidades que o contexto de acção fornece aos indivíduos, na medida em que ela se configura a partir da instabilidade e da variabilidade do comportamento humano. No entanto, argumenta ainda Friedberg que, os indivíduos não devem ser vistos como meros reflexos do seu passado, nem os seus comportamentos podem ser interpretados como simples reflexos da sua socialização, já que tais comportamentos são frutos da interacção dessa socialização, quer com as características do contexto de acção, quer com os constrangimentos e

⁵² Para Boudon (1978, 1995), as dinâmicas de relações entre os actores pode ser explicada através dos princípios do individualismo metodológico. Para o autor, todos os factos sociais, sejam de ordem institucional ou individual, têm que ser explicados à luz das acções individuais. Assim sendo, na perspectiva de Boudon, os grupos não existem como actores sociais, excepto se configurarem como instituições. Neste sentido, toda a acção humana é individual. Porém, os indivíduos não agem de forma totalmente racional e intencional, apesar de serem guiados por uma hierarquia de preferências bem ordenada. Ou seja, os actores não dominam inteiramente as suas acções, dado à complexidade dos próprios contextos de acção. A esta situação Boudon designou-a de efeitos de composição. Nota-se, assim, na tese do autor a noção de que todas as relações sociais são relações de interacção e que se desenrolam em contextos específicos, moldados por constrangimentos próprios do seu quadro de interacção.

oportunidades que modelam os espaços de acção do indivíduo⁵³.

Nesta perspectiva, os comportamentos dos actores reportam-se a duas dimensões de actuação. Por um lado, remetem para a história pessoal da pessoa, para os processos de aprendizagem que ela atravessou na sua família, na escola ou na sua vida profissional e nos quais pôde adquirir capacidades cognitivas e relacionais que condicionam tanto a sua percepção da situação como a sua

⁵³ A tese de Crozier e de Friedberg é tributária da noção de acção dita no sentido weberiano, na medida em que a sua ênfase é colocada na ideia de que toda a acção do actor resulta da sua racionalidade. Na verdade, Max Weber, na sua obra — *Economia e Sociedade* —, já sugeria que a ideia de acção invoca o sentido do comportamento humano. Para o autor, a acção social divide-se em duas categorias, sendo uma designada de acção racional relativamente a um fim (*zweckrational*) e a outra de acção racional relativamente a um valor (*wertrational*). Weber sugere ainda duas categorias complementares a estas, e que chamou-as de acção afectiva ou emocional e de acção tradicional. É igualmente de salientar que as perspectivas crozierianas aproximam-se da tese do individualismo metodológico de Raymond Boudon (1978), não só porque se fundamentam na complexidade da acção do actor, mas também porque perspectivam um pensamento utilitário do próprio actor, nas escolhas racionais que modelam a acção. Porém, Crozier e de Friedberg (1977) distanciam-se das perspectivas do individualismo metodológico de Boudon, já que este valoriza mais o actor em detrimento do sistema social, considerando ainda que os mesmos estão sempre lúcidos no que refere à sua acção. Para Crozier e Friedberg, o actor não existe fora do sistema que lhe define a sua liberdade e racionalidade limitada, o que significa que os autores valorizam mais a interacção actor-sistema. Assim sendo, os constrangimentos do sistema delimitam e subjagam a acção dos actores, tornando-se mais relevantes do que os objectivos dos próprios actores.

Habermas (1994) considera igualmente que os homens são dotados de capacidade de acção, agindo em função da sua racionalidade, isto é, da sua razão e dos seus interesses. Para o autor, existem quatro tipos de acções: a) acção estratégica ou teleológica (trata-se de um agir baseado num permanente cálculo do sujeito, fundado numa relação de meios e fins; b) acção normativa (corresponde à acção dos sujeitos baseada no princípio da partilha das suas expectativas e no ajustamento dos seus comportamentos às normas e aos valores); c) acção dramática (toda a acção é perspectivada num princípio estratégico de auto-representação e dirigida a uma dada audiência); d) acção comunicativa (a acção desenvolve-se a partir do acordo voluntário e envolvimento explícito dos sujeitos em cooperar). Porém, a tese da acção habermasiana baseia na ideia da necessidade de condições óptimas para a materialização da acção dos homens.

Para Reynaud (1997), a noção de actor é um produtor de regras. A ideia de regra está associada ao seu protagonista, ou seja ao actor. Porém, é necessário considerar que a par das regras do jogo que permitem a legitimidade da acção dos actores, está o poder e a influência dos trabalhadores no controle das zonas de incerteza, uma vez que todos os indivíduos, enquanto actores sociais, possuem uma racionalidade, embora essa racionalidade seja limitada e contingente (Crozier e Friedberg 1977; Friedberg 1994), tal como referi anteriormente.

Um outro autor que se situa na linha da perspectiva accionista é Alain Touraine (1965). Para este autor, as organizações são unidades colectivas de acção, modeladas por categorias específicas de recursos e legitimidade, geridas por uma autoridade própria. Enquadram-se, assim, na acção colectiva três conceitos fundamentais: poder, autoridade e influência. O poder emerge como uma manifestação de dominação social, movida pela capacidade de um actor impor certos fins, tais como relações sociais e autoridade. Na verdade, para Touraine, o poder numa organização resulta da dominação de uma classe, sendo esta legitimada pelo sistema político. Aliás, para o autor, uma empresa é, por um lado, um produto da acção histórica de uma sociedade industrial e, por outro, um lugar onde se enquadram relações de conflito de classes. Um maior aprofundamento dos fundamentos e processos de uma sociologia da acção pode ser encontrada nos trabalhos desenvolvidos por Isabel Guerra (2000).

capacidade de ajustar os seus comportamentos. Por outro lado, têm a ver com os constrangimentos e oportunidades da situação presente que provêm da participação da pessoa em jogos estruturados e na estrutura de interdependência subjacente. Esta realidade dual de orientação dos seus comportamentos, obriga os actores em contexto de acção, não só ao fomento de actos de construção da própria acção, mas fundamentalmente à necessidade de cortarem com os seus princípios, a infringir esta ou aquela regra. Em suma, a diversificação, a redefinição, o enriquecimento e a modificação dos critérios de satisfação modelam não só os fundamentos de racionalidade, mas também as orientações comportamentais que o passado legou aos actores.

Assim sendo, a racionalidade limitada oferece, na perspectiva de Crozier e Friedberg, não só uma visão da relação indivíduo-organização, fundada numa relativização das intenções e do cálculo nos comportamentos humanos, assim como coloca em evidência que apesar dos indivíduos estarem dotados de uma dada autonomia e liberdade, raramente têm preferências ou objectivos claros. É pelas razões expostas que o autor considera impossível ou ilusório admitir que o comportamento humano seja sempre reflexo de um cálculo e de estratégias engendradas a partir de objectivos fixados à partida. Esta perspectiva da racionalidade toma, assim, em consideração, por um lado, uma perspectiva mais subjectiva do que objectiva da realidade da acção, sendo porém fundada naquilo que Friedberg (1995) chama de racionalismo ou utilitarismo metodológico, ou melhor, de um método de análise das organizações e da acção organizada, não dissociada da noção de actor; por outro lado, vem igualmente pôr a nu uma outra perspectiva sobre a noção de organização. Vejamos cada uma destas questões.

Se no modelo clássico a organização é vista como um todo unificado e coerente, totalmente estruturado por fins pré-determinados e fixados a título definitivo, o que na realidade se pode constatar é que os mecanismos não estão perfeitamente ajustados uns em relação aos outros, nem obedecem todos a uma racionalidade única. Face ao exposto, a noção de organização deve ser, assim, definida como um conjunto onde se opõe e confronta uma multiplicidade de racionalidades cuja convergência não tem nada de espontâneo, mas é o resultado da construção de uma ordem. Perspectiva-se, assim, segundo Friedberg, a organização como uma arena política ou um mercado onde se trocam

comportamentos e se perseguem estratégias de poder especiais para a conceptualização da acção colectiva. Isto porque existe uma multiplicidade de aspirações e motivações por parte dos membros de uma organização. Assim sendo, os sentidos e a afectividade, por um lado, e o cálculo e a eficácia, por outro lado, constituem dois mundos opostos, cujo confronto produz, por vezes, resultados não desejados e quiçá disfuncionais, isto é, contrários à eficácia procurada pelas teses clássicas das organizações.

Se é verdade que a adopção de uma perspectiva de relativização das relações actor-organização e sua regulação⁵⁴, nos abre para uma outra leitura da realidade organizacional, não menos importante é a possibilidade de perceber as organizações como um objecto social fundado numa complexidade, na qual existe um triplo *deficit*: a racionalidade, a interdependência e a legitimidade.

Relativamente ao primeiro défice, March refere-o como sendo um resultado da própria acção humana, irredutivelmente limitada, produto de uma mistura complexa de afectividade, de considerações morais e éticas e de

⁵⁴ O conceito de regulação é tributária das ciências físicas e biológicas. Na perspectiva da análise organizacional, o conceito de regulação, e mais precisamente de regulação social, define-se como um conjunto de mecanismos de ajustamento presente no sistema social de uma organização, objectivado, por um lado, à manutenção do seu equilíbrio interno, e por outro lado, à adaptação e/ou mesmo à antecipação às mudanças do meio envolvente. Para Jean-Daniel Reynaud (1997), o debate sobre a regulação nas organizações não se reduz na mera discussão sobre a oposição entre os contextos formal e informal. Para o autor, a questão é outra, argumentando que existem dois tipos de regulação nas organizações: a regulação de controlo e a regulação autónoma. A primeira é exercida pelos dirigentes e é dirigida do topo para a base. A segunda, é produzida pelos grupos, e não se traduz numa oposição às regras existentes formalmente. Trata-se de uma tese fundada nos princípios sistémicos e que coloca em oposição duas formas de regulação no seio dos grupos das organizações, sendo uma exterior à mesma, que é a regulação de controlo, e a outra produzida no interior dos grupos, que é a regulação autónoma, traduzindo esta última a noção da lógica de auto-organização dos actores. Para o autor, os conflitos nas organizações não emergem como resultado da regulação autónoma, antes porém são tributários da relação de subordinação imposta pelos dirigentes.

Quanto ao desenvolvimento dos processos de regulação nas organizações, Reynaud evidencia duas perspectivas, sendo uma inscrita nas teses de Crozier e Friedberg (1977) e designada de utilitarista ou interaccionista. A este nível, perspectiva-se que os actores sociais são racionais e calculistas cujas estratégias de regulação autónoma visam unicamente os seus interesses, nomeadamente o alargamento da sua zona de autonomia para a redução da sua insegurança e incerteza em relação aos seus adversários. A outra perspectiva de regulação toma como pano de fundo uma visão cultural da organização, sendo por conseguinte designada de culturalista. Inscrevem-se a este nível as teses de Sainsaulieu que recusam a dominância da perspectiva utilitarista. Para este autor, a organização não se reduz a um palco onde os actores actuam, antes porém, é um lugar gerador de valores, de modelos e representações que partilhados por todos os membros, sem a qual uma organização deixa de se poder funcionar. No debate desta questão na minha investigação, apesar de não a considerar como um tema central da análise, irei focar transversalmente nos momentos adequados as perspectivas culturalistas, nomeadamente a perspectiva de Sainsaulieu.

estratégias e cálculos mentais, na medida em que

«a racionalidade limitada, própria da toda a acção humana infunde tudo, tanto os comportamentos humanos no dia-a-dia, como os dispositivos materiais, as regras, os procedimentos e as estruturas que supostamente os canalizam, os 'racionalizam', os regulam e os articulam para objectivos colectivos» (Friedberg 1995: 109).

No que se refere ao segundo défice, o da interdependência, trata-se da forma de inter-relação dos elementos no seio de uma organização. Para o autor, existe uma omnipresença de elos frágeis nas organizações, isto porque os elos que ligam os membros de uma organização não têm todos a mesma importância, intensidade e frequência. Aliás, para Friedberg (1995), a relação entre os actores não se assume como uma causalidade linear e homogénea, na medida em que, nas organizações, os elos são frágeis e, por conseguinte, elas são ricas em heterogeneidade e descontinuidade.

Quanto ao último défice referido pelo autor, o da legitimidade, trata-se da forma como as normas, os valores e os registos de justificação no qual se apoiam os "objectivos e fins englobantes" das organizações, surgem igualmente como elementos limitantes do mesmo. Isto porque nem todos os objectivos são, aos olhos dos actores como legítimos, razão pela qual, Friedberg afirma que

«Nunca se está na presença de medidas, regras/estruturas que tiram a sua legitimidade unicamente de considerações técnicas: misturam-se sempre considerações de oportunidade 'política', no sentido da gestão das relações de poder e de acomodamento dos compromissos necessários entre lógica de acção e registos de justificação» (Friedberg 1995: 111).

Este "triplo défice" vem revelar que a organização enquanto objecto de estudo mostra-se tão complexa que perde não só a sua particularidade como a própria simplicidade, previsibilidade e finalidade. Assim sendo, da ideia simples e concreta de uma organização como entidade unificada e coerente ao serviço passivo de uma racionalidade única, passa-se à noção muito mais complexa, abstracta e fluída. É neste sentido que se entende que sendo a relação indivíduo-grupo-organização afectada por todos os défices referidos acima, o contexto de acção particular que veicula na organização não são estruturadas e codificadas,

quer no plano formal, quer no domínio informal. A ordem local em que prevalece, tal como as regras e os mecanismos da regulação, não são nem dados, nem independentes desses processos de interacção e de negociação, são o seu produto e como tal são sempre contingentes e problemáticos.

Efectivamente, segundo Friedberg a abordagem organizacional sobre a relatividade e a complexidade da relação actores-organização intercepta o sistema⁵⁵ de acção colectiva dos homens, enfatizando a importância do homem

⁵⁵ A teoria de sistema nas organizações é tributária dos trabalhos de Ludwig von Bertalanffy (1968). Na perspectiva da teoria sistémica, os sistemas podem ser abertos ou fechados, dependendo da existência ou não de contacto com o meio que rodeia. Entende-se que os sistemas sociais são necessariamente abertos. Constituem propriedades dos sistemas abertos: *inputs* (entrada de matérias primas como a informação); *outputs* (saída de produtos acabados); mecanismo de retroalimentação (*feedback*); equifinalidade (possibilidade de chegar por diversas formas ao mesmo resultado final). Renate Mayntz analisa na sua obra — *Sociología de la organización* —, a noção de sistema afirmando que «um sistema é um todo integrado por elementos que guardam entre si uma relação recíproca. (...) Dentro dum sistema, a variação de um elemento repercute-se sobre os demais elementos. Um sistema possui uma certa medida de integração e de hermeticidade. Apesar de ter uma fronteira que o separa do mundo circundante, mantém relações recíprocas com este mundo» (Mayntz 1990: 53). Desta forma, «as organizações estão em constante relação com o seu meio social circundante» (Mayntz 1990: 59). Outra das características da organização enquanto sistema social é a auto-preservação. Ainda de acordo com Renate Mayntz, nas organizações a auto-preservação é o pressuposto para que se possa alcançar o seu fim ou objectivo de uma maneira continuada.

Esta questão, leva-nos à ideia de sistemas sociais de Niklas Luhmann (1997). Para o autor, os sistemas sociais são auto-organizados, ditos no sentido de *autopoiesis*, fundados numa lógica de comunicação. Argumenta o autor que um sistema social é unicamente composto por processos comunicativos, de mensagens e informações. A informação constitui, assim, a fonte de energia do sistema, sendo processada de forma auto-organizada. Na sua teoria de sistemas autopoieticos, a dinâmica e a evolução de uma estrutura social pressupõem uma intemporalidade de conectividade dos diferentes elementos que compõem o sistema. Ou seja, na perspectiva do autor, na ausência desta conexão e de uma permanente reprodução dos elementos, um sistema deixaria de existir. Assim sendo, segundo Luhmann, a acção desenvolve-se num sistema social a partir de um “Eu”, construído a partir de dados, informações, códigos e símbolos, criados no imaginário de um ambiente que lhe fornece os referidos elementos. Os sistemas sociais representam, apresentam-se e reportam a uma rede de sentidos de acções em permanente confronto com o ambiente. Um outro aspecto que caracteriza a noção de sistema autopoietico de Luhmann é a ideia de uma não hierarquização da importância entre o ambiente e o sistema, na medida em que ambos existem em permanente relação e interacção. Porém, este facto não traduz para Luhmann a ideia de um sistema permanentemente aberto. Um sistema abre ou fecha-se em função das suas necessidades de sobrevivência. Considera-se nesta perspectiva de que não há valores sociais eternos, nem orientações ético-morais e tradições eternas. As mudanças ocorrem em função das flutuações energéticas do processo comunicativo. A auto-organização e a auto-referência constituem qualidades internas do sistema. Esta noção também coloca em evidência que não é possível existir controlo unilateral dentro de um sistema social. Antes, porém, as interacções surgem num contexto de dupla contingência, sendo esta tributária da incerteza dual existente em ambas as partes. Em resumo, sendo um sistema autopoietico fundado em pressupostos de autoregulação, pode ser interpretado, por um lado, como sendo “normativamente” fechado e, por outro lado, aberto, dito no sentido cognitivo, na sua relação com o meio ambiente.

Salvaguardando os limites epistemológicos, a noção de autopoiesis de Luhmann não pode encontrar ressonância na ideia de auto-preservação das organizações, tal como subscreve Renate

como actor, ou melhor, como actor estratégico na organização, contrapondo às teorias clássicas que analisam as organizações como se esta relação existisse num mundo sem actores e fosse o resultado de leis impessoais de selecção ou de imitação. Na verdade, para o autor, a análise das organizações devem passar necessariamente pela análise dos comportamentos dos actores que o constituem na medida em que os espaços de acção compõem-se de actores que pensam, que tem intenções, que são capazes de escolher «e que podem ajustar-se inteligentemente a uma situação, ou pelo menos à cognição (percepção) que dela tem e desenvolver a sua acção em consequência» (Friedberg 1995: 200). Para o autor, este actor estratégico define-se como

«um ser activo que não absorve passivamente o contexto que o rodeia, mas que o estrutura por sua vez, um ser activo que, ao mesmo tempo que se adapta às regras do jogo do seu contexto de acção, as modifica por seu turno através da sua acção» (Friedberg 1995: 200).

A estratégia resulta assim de um inferência «*ex post* das regularidades dos comportamentos observados empiricamente» (Crozier e Friedberg 1977: 57). Diz Bernoux (1989) que o conceito de estratégia é, pois, central nas relações indivíduo-organização. Subscrevendo as teses de Crozier e Friedberg, Bernoux considera que um actor só raramente possui objectivos claros e projectos coerentes, na medida em que o seu comportamento é activo, racional. Mas acrescenta ainda o autor que «a sua racionalidade define-se mais em relação com as oportunidades que lhe oferece a organização e com os comportamentos dos outros actores do que em relação aos objectivos e projectos coerentes» (Bernoux 1989: 135-136). Na verdade, um tal actor estratégico caracteriza-se, segundo Friedberg, por três qualificativos: empírico, humano e calculista. Para o autor, nenhum actor se limita, num sistema, às funções que lhe são atribuídas no mesmo sistema. Na linha de pensamento do autor, todos os participantes numa organização ultrapassam, transbordam as suas atribuições ou papéis. Justifica a sua perspectiva, afirmando que o seguinte: participar na regulação de um sistema

Mayntz, já que para Luhmann os sistemas sociais e as acções não nascem nem de consensos, nem da coordenação de interesses e decisões dos actores, mas sim das flutuações do acaso e da instabilidade do próprio sistema. Na presente investigação, a noção de sistema é essencialmente tributária das teses de Crozier e de Friedberg (1977), onde a dependência dos recursos, o poder, o actor e o seu sistema de acção, marcam um lugar privilegiado de abordagem e que será debatida e reflectida ao longo dos diferentes capítulos.

é, sempre e ao mesmo tempo, respeitar «regras do jogo», e infringi-las contribui tanto para a sua manutenção como para a sua mudança. Mais acrescenta ainda o autor que são os mecanismos empíricos de intervenção que fornecem ao actor, individual ou colectivo, a capacidade de acção. Assim sendo, um grupo de participantes numa organização é um actor colectivo que interage com a organização para a definição e manutenção dos interesses comuns. Daí que um «agente da regulação do sistema que não seja um actor, isso não existe» (Friedberg 1995: 202). Neste sentido, como afirma Friedberg, a análise de um campo⁵⁶ de acção pode pôr em evidência e em cena actores individuais e colectivos na condição de tratar esses actores colectivos como construções sociais. Sustenta assim o pensamento friedberguiano que todo o campo sócio-organizacional é contruído porque nada existe por si, fora e independente da acção dos actores. Daí que o actor é sempre empírico e é aquele que pertence ao campo estudado porque o seu comportamento contribui para estruturar esse campo. Porém, para Friedberg, estes actores não passam de actores humanos, isto porque no pensamento friedberguiano os actores não humanos não têm estratégia. Todavia, este facto não significa que o autor refute a existência de actores não humanos. Efectivamente, o autor prefere delimitar a análise ao nível dos actores humanos uma vez que ao extravasar este domínio, acaba por diluir o mundo social, enquadrando o seu funcionamento num mundo não vivo.

Ao limitar a leitura ao nível dos actores humanos, caminha-se para a

⁵⁶ A tese de campo social do pensamento friedberguiano é próxima da noção de campo desenvolvida por Pierre Bourdieu, na década de 80. Para o autor, a noção de campo serve para designar uma variedade de universos sociais. Estes universos, segundo Bourdieu, não se dirigem apenas à delimitação dos meios para a prossecução dos objectivos, distintos e diferenciados, dos agentes sociais. Segundo o autor, um campo define-se como um espaço estruturado e hierarquizado de posições ou de lugares, cujas características são relativamente independentes dos agentes que os ocupam. Argumenta ainda o autor que cada campo é definido pela presença de interesses específicos, não sendo por conseguinte redutíveis a outros campos. Acrescenta ainda Bourdieu que a pertença a um campo implica como condição *sine qua non* a posse de um capital específico ou próprio deste campo, e o conhecimento das suas regras de jogo. Assim sendo, a pertença a um campo está intimamente vinculado à posse de dispositivos apropriados, que Bourdieu designa de *habitus*. Para o autor, um campo não se trata de um espaço formal estático, antes porém, de um espaço dinâmico na qual se jogam as lutas para conservar ou reforçar as posições dominantes ou para transformar as dominadas. Trata-se de lutas que se manifestam como relações de força para a maximização das posições de uns e para desqualificar os outros. São precisamente com estas lutas que, na perspectiva de Bourdieu, se constroi a própria evolução e dinâmica da estrutura do campo. Porém, o conceito de campo, apesar de se referir a espaços dinâmicos, dotadas de estruturas distintas e diferenciadas de acção para os agentes, não se confunde, nem se sobre põe com a ideia de organização. A noção de campo de Bourdieu surge, assim, como um espaço de acção onde se estruturam relações de poder, de interesses e de dominação.

procura da compreensão dum campo social «estruturado», investido por um mundo material (técnicas) e imaterial (cultura) que se condiciona e sustenta mutuamente. Para Friedberg, interrogar os actores é sobretudo questionar um sistema de actores caracterizado por um conjunto de dispositivos e de estratégias de poder que o materializam e lhe fornecem uma base concreta. Em suma, a procura da compreensão do «investimento de que tais objectos e dispositivos são alvo por parte dos actores humanos» (Friedberg 1995: 212), na medida em que a circunscricção a este nível de abordagem permite colocar em evidência os elementos de oportunidades e de constrangimentos que modelam a sua acção. Dito de outro modo, «o actor como a organização não pode analisar-se independentemente do seu ambiente» (Bernoux 1989: 136). Assim sendo, é precisamente por serem humanos que os actores são capazes de escolha, na medida em que possuem uma racionalidade e um cálculo. Na realidade, esta perspectiva de Friedberg reactualiza os trabalhos que desenvolveu em conjunto com Michel Crozier. Tal como referi anteriormente, para este autor, os actores são dotados de um «instinto estratégico», já que os seus comportamentos não têm a ver apenas e exclusivamente com a sua socialização passada, mas derivam também da sua percepção face às oportunidades e constrangimentos do seu contexto de acção. Isto significa que os actores concebem antecipações formuladas mais ou menos intuitivamente sobre as condutas dos seus parceiros/adversários no jogo, com base na perspectiva dos seus interesses. Entende-se, assim que «a racionalidade que aqui está em causa não postula um actor onisciente nem um mundo transparente» (Friedberg 1995: 213), isto porque, a racionalidade de que aqui se trata, integra todo um conjunto de limitações (cognitivas, afectivas, culturais, ideológicas, etc.). Por outras palavras, este debate sobre a racionalidade limitada não se funde num mero raciocínio utilitário e puramente instrumental, já que é necessário tomar em consideração a ideia de cultura, de norma, de sentimento, de afectividade dos actores. Daí que a racionalidade perfeita, pura e universal, sem limitações cognitivas, afectivas, estruturais não existe.

Porém, ao imputar aos actores capacidades e cálculos de ajustamento e/ou de antecipação não significa que eles tenham uma lucidez sempre perfeita e um conjunto de preferências claras, estáveis e definidas. Na verdade, um actor não escolhe nunca a solução óptima, mas «decide de forma sequencial e escolhe para

cada problema que tem de resolver a primeira solução que corresponde para ele a um limiar mínimo de satisfação» (Crozier e Friedberg 1977: 46). Entende-se, assim, que a acção humana pode ser motivada por um desígnio, sem necessitar de precisar melhor a natureza desse desígnio ou desse móbil. Para os autores, esta perspectiva repousa indubitavelmente «numa noção alargada e por assim dizer heurística do interesse. Esta engloba todos os *móviles* imagináveis e não exclui nenhum *a priori*» (Friedberg 1995:217). Isto não significa que as características pessoais de um actor, tais como a sua educação, socialização, experiências anteriores, os seus valores não tenham qualquer influência sobre o seu comportamento. Seria completamente absurdo ignorá-los. Daí que, para a leitura das relações indivíduo-grupo-organização é necessário apurar o olhar investigativo, para melhor perceber os constrangimentos e as características estruturais do seu contexto de acção. Aliás, são precisamente esses constrangimentos que condicionam também as suas decisões, que paradoxalmente elas só emergem na análise quando estiver eliminado o filtro ou o ruído dos modos de explicação pelas características pessoais postas *a priori*, por um actor abstracto, descontextualizado e provido de uma natureza humana estável.

Em função do exposto, é de considerar que as organizações, em geral, e as relações indivíduo-grupo-organização, em particular, não são um instrumento passivo e transparente ao serviço de objectivos que lhes são exteriores e anteriores, sendo o seu funcionamento e comportamento dependente da maneira como a natureza afectiva e sentimental do homem reage face às racionalidades das actividades levadas a cabo pela própria organização. Tal como a tese simoniana e seus seguidores referem, a troca de informações, a comunicação e as interacções nas organizações não estão sempre ao serviço de interesses muito conscientes e não colhem o seu sentido unicamente dos problemas a resolver ou as decisões a tomar. Assim sendo, as organizações são extremamente vulneráveis às tendências dos seus membros para se aproveitarem das assimetrias de informação existentes, remetendo a seu favor a conceptualização de esquemas de protecção contra os controlos da organização. Isto significa que a integração funcional não é um dado adquirido, antes porém negociado (Friedberg 1995).

Perspectiva-se, assim, a ideia de que as organizações podem ser entendidas como unidades “quasi-coerentes” e sustentáveis socialmente. Toda a

dinâmica organizacional fundamenta-se numa reconstrução contínua, reproduzindo-se e reestruturando-se, através de uma contínua interacção social. Esta questão chama, por um lado, «a atenção à fragilidade subjacente e à impermanência das estruturas organizacionais» (Reed 1992: 84), e por outro lado, coloca em evidência a possibilidade de uma organização poder ser traduzida como uma ordem negociada⁵⁷. Por outras palavras, os fins e as estruturas organizacionais são fruto de uma agregação complexa e relativa, não sendo exteriores ao campo de relações entre os indivíduos, antes pelo contrário, constituem parte integrante dos processos de interacção entre os indivíduos que estruturam o sistema organizacional, e que ao mesmo tempo são estruturados pelo mesmo sistema. Em suma, é de considerar que «não há ordem social sem a ordem negociada» (Strauss 1978: 250), já que é possível considerar que a acção colectiva pode canalizar e dirigir processos negociativos na mobilização de um conjunto de mecanismos organizacionais.

Um outro aspecto a considerar é de que o utilitarismo alargado de que aqui se trata na relação indivíduo-grupo-organização comporta uma dimensão metodológica que intercepta a noção de actor, a hipótese de racionalidade limitada, para descobrir as características de um contexto de acção. Esta forma de «raciocínio organizacional completa assim naturalmente a noção de actor/agente estratégico com o do sistema que o constrange e que ele mantém, através das suas interacções com os outros actores do campo» (Friedberg 1995: 283). Em suma, reflectir sobre a relação indivíduo-grupo-organização é adoptar uma reflexão sobre o actor e o seu sistema de acção.

⁵⁷ Para Reed, os pressupostos da perspectiva das ordens negociadas na análise organizacional podem ser sintetizadas da seguinte forma: «as organizações são unidades sociais que foram criadas, sustentadas e transformadas através da interacção social; elas não separam as existências como entidades ou estruturas independentemente do seu estabelecimento na interacção social; como fenómeno socialmente construído e negociado, as organizações constituem temporariamente classificações ou modelos originados pelo empreendimento da interacção (...) social por actores sociais os quais estão sempre abertos à modificação, revisão e mudança através das suas interacções; os produtos da interacção negociada têm limites temporais no sentido de serem revistas, reavaliadas, relidas, revogadas ou renovadas fora do tempo marcado; as relações organizacionais e de ordem negociada originaram um processo negociante que teve de ser trabalhado; as bases e formas organizacionais produzidas e reproduzidas através da interacção têm de ser reconstruídas continuamente; as convenções mais formalizadas e permanentes, regras e relações permanecem como estruturas fixas estabelecidas em limites parciais para tomar direcção para o processo de negociação (...); os elementos organizacionais constituem um fluido relativamente ao poder e controlo da estrutura que contraria e facilita a acção política de regatear os acordos organizacionais sobre a localização, distribuição e utilização dos recursos» (Reed 1992: 84-85).

1.3.1.2. Revisita às Perspectivas sobre Sistema(s) de Acção Colectiva

As organizações retratam uma realidade social e humana de uma extrema complexidade⁵⁸, visto que dela fazem parte não só toda uma panóplia de jogos de poder, de relacionamentos, mas também todo um enredo que coloca em confronto interesses e objectivos, que, se por um lado, se cruzam e complementam, por outro lado, evidenciam o contexto relacional dos diversos actores na organização. Ao longo do século XX, surgiram imensas teorias organizacionais⁵⁹. Uma parte desses autores, por seu turno, propõem uma representação organizacional baseada na natureza sistémica do funcionamento das organizações, pondo em relevo a interdependência entre as organizações e o seu meio envolvente. Uma outra parte dos autores tem vindo a revelar os limites do poder dos dirigentes das organizações, realçando o facto de que as mesmas são, com efeito, sistemas de acção colectiva.

Michael Reed (1992), ao reflectir sobre o campo das teorias organizacionais, reage contra a descontinuidade existente nestas análises, de forma a mostrar que existem temas dominantes que permitem ir mais longe do que o mero estudo descritivo das teorias das organizações⁶⁰. O autor realça quatro

⁵⁸ Francisco Nunes (1994) no seu trabalho sobre as crenças organizacionais revelou precisamente que as organizações dos serviços de saúde são influenciadas por factores de ordem diversa (tecnológica, diferenciação profissional, tendências de autonomia, etc.), sintetizáveis em três níveis, relativos à natureza, ao funcionamento e estrutura das organizações, revelando, assim, a presença de uma certa ambiguidade e de conflito de papéis que podem afectar as estratégias de mudança organizacional.

⁵⁹ Existem diferentes teses sobre a análise organizacional. A sua recensão exaustiva não constitui objecto desta Tese. Porém, não posso deixar de assinalar entre outros, os contributos de Gareth Morgan (1996) a propósito das imagens das organizações. Para o autor, as teorias e as explicações da vida organizacional são baseadas em metáforas, na medida em que retratam formas de pensar e maneiras de ver o mundo organizacional. Sendo as organizações, fenómenos complexos e paradoxais, Morgan sugere que elas podem ser compreendidas através de distintas metáforas: mecânica, orgânica, cérebro (sistema de informação ou cibernética), cultura, política, prisão psíquica, fluxo e transformação, dominação.

⁶⁰ Para Michael Reed (1992) os diferentes quadros conceptuais existentes na análise organizacional retratam as seguintes perspectivas: a organização enquanto sistema social determinado pelo seu meio envolvente; a organização enquanto constructo negociado entre actores; a organização enquanto sistema de poder e de dominação; a organização enquanto constructo simbólico e a organização enquanto prática social, demonstrando que cada um destes quadros de referência se alimenta da crítica dos outros. Para o autor, como sistema social, as organizações são analisadas de modo a demonstrar as estruturas de coordenação e controlo, uma vez que a tensão resultante entre

grandes temas que têm dominado das teorias organizacionais: a racionalidade, a alienação, a anomia e o poder. Para o autor, estes temas demonstram de forma clara a ambiguidade do período da modernidade. Na sua perspectiva, o progresso trazido pela modernidade tem por contrapartida a despersonalização e os conflitos entre actores sociais, sendo esta mesma ambiguidade que veio alimentar o desenvolvimento das organizações e dos conhecimentos que se fizeram a este respeito. Reed conclui que existe uma grande fragmentação ao nível das teorias organizacionais, originada pelo grande alargamento dos temas estudados a este nível. Assim, o autor procede a uma sistematização das teorias contemporâneas da organização, estipulando a existência de duas grandes tendências distintas: as que apresentam uma posição radical, para quem o saber equivale a poder social, o que significa que os novos conhecimentos não podem ser avaliados senão em função da legitimidade que esses conhecimentos possam ter em relação a novas formas de domínio; e as que reafirmam a predominância da metodologia e das práticas científicas ao serviço dos dirigentes (Strati 2000; Massicotte 1995; Bilhim 1996).

a organização formal e o informal - entre o controlo e a vontade própria - geram instabilidades e conflitos que alteram o equilíbrio entre os vários elementos da organização. Para Weber, a ordem era estabelecida segundo um conjunto de regras e regulamentos, formalmente estabelecidos, governavam as acções e as decisões oficiais. Na organização as ordens são negociadas. Os actores são livres e autónomos, negociam, trocam e tomam decisões. A negociação é um processo temporário, um produto da interacção de indivíduos e grupos. A análise das organizações como ordem negociada, tal como referi numa nota anterior, considera que o alcance dos objectivos, os mecanismos e os sistemas de controlo, só têm sentido quando negociados e esta negociação baseia-se na acção colectiva. Esta concepção distancia-se determinantemente da de Weber, que considera que as organizações dependem de um sistema de regras e regulamentos, formalmente estabelecido, que governa as acções e decisões oficiais. As organizações como estruturas de poder e dominação focam a sua análise na estrutura das organizações, uma vez que estas são vistas como entidades transcendentais, o que significa que, enquanto a ordem negociada analisa as estruturas como construções conscientes, resultantes do processo de negociação, as organizações como estruturas de dominação e poder existem sem interferência dos actores sociais. Esta análise assenta num modo de explicação determinista, no qual a lógica de sistema de mudança e de desenvolvimento, (quer a nível da organização, quer a nível do ambiente), força o actor a adaptar-se à organização para manter a sobrevivência social. As organizações são definidas como mecanismos construídos para protecção e desenvolvimento económico, político e social. Os mecanismos de controlo são necessários para regular conflitos de interesses e valores entre os grupos subordinados e dominantes. A análise cultural ou simbólica considera que todo o processo organizacional deriva do desenvolvimento cultural e/ou simbólico. A cultura é o processo segundo o qual, a interacção e a acção social são continuamente construídas. Valorizam-se as concepções subjectivas, chamam a atenção para a construção do social enquanto sistemas de valores e significados. Finalmente, a organização como prática social que se refere à estrutura como acção em construção. A prática social tende a analisar as organizações como síntese da análise estrutural do sistema e da perspectiva do poder, bem como da ordem negociada e da cultura. O que se pretende é uma análise do todo organizacional. Na abordagem dos sistemas de acção colectiva que apresento, tomo por empréstimo algumas das ideias presentes nos diferentes quadros conceptuais.

Na verdade, Reed advoga uma posição intermédia, de acordo com a qual vê a organização enquanto lugar de integração de fenómenos sociais e como principal vector estratégico do desenvolvimento da modernidade, caracterizada pela capacidade reflexiva dos seres humanos, por analogia à reprodução e à mudança dos sistemas sociais. Assim sendo, a perspectiva de Reed, tal como nota Strati (2000), Massicotte (1995) e Bilhim (1996), permite lançar um olhar lúcido entre as duas correntes organizacionais que contrabalançam as estratégias dos actores e aquilo que é determinado pelos sistemas sociais. Conclui-se ainda da tese de Reed que uma organização não depende única e exclusivamente do exterior, mas é a sua capacidade de estruturação a nível interno que contribuirá para a forma como consegue “sobreviver”. Desta forma, torna-se necessário para uma melhor inteligibilidade desta dicotomia, traçar em seguida uma síntese das tendências e perspectivas analíticas dos sistemas de acção colectiva.

A dupla polarização entre os actores e o sistema, referido por Reed, já estava de certa forma presente no pensamento de Chester Barnard (1938). Este autor foi um dos primeiros a conceptualizar a organização moderna na perspectiva da função da direcção. O autor define a organização formal como «um sistema de actividades ou esforços conscientemente coordenados entre duas ou mais pessoas» (Barnard 1938: 73). Argumenta ainda o autor que tal sistema só é possível quando se verifica que: «há pessoas capazes de comunicarem umas com as outras, que querem contribuir com acção, para atingir um objectivo comum» (Barnard 1938: 82). Barnard argumenta que estes três factores, a comunicação, a disposição para servir e a existência de um objectivo comum, não só constituem as condições necessárias e suficientes para a definição de organização, mas também elas podem ser encontradas em todas as organizações formais. Porém, para o autor, o sistema de cooperação na organização apresenta-se com graus variados entre os indivíduos, em função dos seus objectivos, desejos e impulsos, mas também face às possibilidades que lhes são oferecidas. É neste sentido que Barnard reconhece que o desequilíbrio é um estado muito comum nas organizações. Esta matriz deliberada e de desequilíbrios, constitui um dos pontos fulcrais da função da direcção de uma empresa. Isto porque o papel dos dirigentes organizacionais, que dominam tudo o que se passa no seu interior, consiste em assegurar uma participação contínua dos seus membros nos objectivos organizacionais (Burrell e Morgan 1994).

O trabalho de Barnard reflecte as perspectivas e orientações dominantes de uma época de análise das organizações como sistemas sociais, cujas actividades podem ser entendidas no quadro do conceito de equilíbrio. Segundo o autor, se nos afastarmos desta perspectiva organizacional, será para lhe atribuir, por um lado, uma realidade própria que determina, de uma forma ou de outra, o comportamento dos actores e, por outro lado, para entendermos as transformações que aí ocorrem enquanto resultado de jogos deliberados e conscientes aos quais se entregam os actores de uma organização. De acordo com Barnard, não é possível escolher entre estas duas perspectivas; pelo contrário, uma adequada análise da realidade obriga a que tenhamos por base estas duas visões que correspondem a realidades coexistentes no interior da organização. Esta dupla perspectiva, dos actores e do sistema, é a que oferece a melhor representação da realidade organizacional, uma vez que na organização tanto existem aspectos provenientes de acções conscientes e deliberadas dos indivíduos e dos grupos, como se verificam fenómenos sociais que se lhes impõem, sem serem necessariamente determinados por esses mesmos actores (Strati 2000; Burrell e Morgan 1994; Massicotte 1995).

Peter M. Blau (1954, 1979) revela, nos seus trabalhos, de que forma a própria organização pode, em última instância, perverter as intenções dos membros da direcção e evoluir de acordo com a sua lógica intrínseca. Recorrendo à utilização dos conceitos de função e de disfunção, Blau demonstra que esquemas gestionários destinados ao melhoramento do funcionamento das organizações geram frequentemente resultados imprevistos. Trata-se daquilo que, segundo o autor, constituem as chamadas disfunções. Na verdade, as perspectivas do autor seguem de perto as teses de Merton (1968), a propósito da unidade e a interdependência do sistema social na compreensão das disfunções burocráticas e em compreender como é que um comportamento social desviante pode ser interpretado como um produto da estrutura cultural e social. Para Merton, são as limitações organizacionais que promovem a eficácia organizacional, e não as funções da burocracia, fundada em regras, métodos e disciplina, concebidos de forma ideal, contrariando, assim, a tradicional visão da burocracia formal weberiana (Bilhim 1996; Burrell e Morgan 1994).

As funções, segundo Blau, originam as disfunções e é através do resultado

obtido que a organização assegura o seu próprio desenvolvimento. Estes ajustamentos processam-se no seio das unidades de trabalho, pelo que não se torna necessária a intervenção deliberada dos superiores. Contudo, para o autor, existem algumas questões prévias necessárias à existência deste auto-ajustamento organizacional: ^{a)} um mínimo de segurança no trabalho; ^{b)} valores que encorajem o rendimento elevado; ^{c)} grupos de trabalho que valorizem a pertença a uma equipa; ^{d)} ausência de conflitos estruturais entre a direcção e as unidades de base; ^{e)} compreensão de necessidades organizacionais para as quais se devem imaginar as respectivas soluções. Na verdade, esta perspectiva de Blau assenta na noção de espontaneidade organizacional, que não se deve confundir com a anarquia, mas é devida ao aparecimento de modelos de funcionamento ditados pelas condições de operação, sem a intervenção da direcção. De facto, para o autor, na maior parte do tempo, os trabalhadores mais não procuram que melhorar a sua situação e corrigir situações problemáticas, a fim de contrabalançar ou até reduzir as intervenções da direcção (Bilhim 1996; Burrell e Morgan 1994; Massicotte 1995).

Uma tese próxima de Blau é a apresentada por Gouldner (1954). Para este autor, o funcionamento burocrático depende da forma como os membros da organização aceitam a legitimidade das regras ou das “normas legais”, em conformidade com a forma como as mesmas são estabelecidas, isto é, se por acordo ou por imposição. Argumenta o autor que o estabelecimento das regras e as respectivas sanções são potenciadoras de diferentes níveis de tensão e de conflito. Na sua análise sobre a burocracia, o autor sugere ainda que nas regras formais, se verifica a criação e o uso de regras impessoais, com as consequências imprevistas nas relações interpessoais na organização. Na verdade, para Gouldner, as regras apresentam-se distintas, em conformidade com os fins a que se destinam, sendo por conseguinte disfuncionais face aos objectivos formais da própria organização. Assim sendo, Gouldner ilustra a sua tese com duas questões fundamentais. Por um lado, as organizações possuem metas, objectivos e finalidades que podem ser consideradas abstractas para os seus membros e, por outro lado, a realidade da vida organizacional é dominada por indivíduos e grupos que se posicionam em pólos diametralmente opostos quanto aos seus objectivos e os da organização.

Os trabalhos de Blau e de Gouldner, apesar de temporalmente distantes, e

sendo ambos divergentes quanto às teses weberianas, conduzem ao esclarecimento de que sempre existiram nas organizações jogos que os actores colectivos impõem face à vontade dos dirigentes, reforçando, assim, a noção de que os aspectos informais e não racionais se impõem em determinadas circunstâncias às lógicas da estrutura e do racionalismo dos dirigentes (Burrell e Morgan 1994).

David Silverman (1973) é igualmente um dos autores pioneiros do estudo da acção organizacional. A sua concepção da realidade social como socialmente construída, socialmente conservada e socialmente modificada leva-o a encarar, ao nível organizacional, os fins da organização, ao mesmo tempo que os enquadra na problemática da acção. Na realidade, o autor questiona se os membros de uma organização são ou não capazes de se aperceber dos fins dessa organização para poderem orientar as suas acções nesse mesmo sentido. Convém salientar que, Silverman (1973) não nega a existência da organização enquanto sistema, mas adianta que, se por um lado, se pode considerar o comportamento dos actores enquanto reflexo da estrutura organizacional, por outro lado, essa organização pode ser vista como o resultado da interacção de pessoas motivadas que procuram resolver os seus próprios problemas. Nesta perspectiva, o meio envolvente da organização poderá ser considerado como uma fonte de significado graças à qual os indivíduos definem as suas acções e dão um sentido às acções dos outros actores. O autor encontra-se, assim, numa posição intermédia entre a dimensão subjectiva e a objectiva, no sentido de Burrell e Morgan (1994). Na verdade, este autor reconhece que o quadro de referência accionista pressupõe em si mesmo a existência de um sistema que é fruto da acção humana e é por ela condicionado. Porém, para Silverman, esta perspectiva não explica de uma forma satisfatória a realidade do sistema que é a organização, nem tão pouco o modelo sistémico consegue, por si só, dar uma explicação satisfatória à acção, tal como nota Massicotte (1995).

A realidade da organização enquanto sistema foi igualmente objecto de trabalho de James D. Thompson (1967). Na sua perspectiva, os quadros teóricos do campo de leitura organizacional caracterizam as organizações enquanto sistemas fechados e sistemas abertos. Segundo o autor, o sistema fechado realça, sobretudo, a racionalidade e a eficiência, procurando eliminar todos os factores

de incerteza restringindo-se ao que pode ser planeado e dominado em função de uma lógica de optimização dos factores que contribuem para a obtenção de resultados. Quanto ao sistema aberto, Thompson afirma que este acentua a existência de uma multiplicidade de factores que afectam a organização e a impossibilidade manifesta de prever o seu impacto e ainda menos de os dominar. Por outras palavras, a tese sobre os sistemas fechados centra-se na organização enquanto instrumento que permite atender a objectivos específicos, enquanto que na perspectiva dos sistemas abertos incide no estudo da organização como um sistema social. Na verdade, este autor interessa-se, acima de tudo, pelas organizações enquanto tais e não tanto pelo que se passa no seu interior. Thompson afirma que factores como a racionalidade, a técnica e o contexto, bem como a forma como se combinam, estruturam a própria organização. Sem negar o contributo de cada indivíduo no seio da organização, a sua atenção centra-se nas forças impessoais que originam a transformação das organizações. Conclui Thompson que, uma vez que as organizações são sistemas que devem produzir resultados, espera-se que uma racionalidade modele o seu funcionamento.

Na verdade, é possível equacionar a realidade da organização enquanto sistema numa outra perspectiva, conforme ilustram os trabalhos de March e Simon (1974), e a que já fiz referência. Os autores procuram conciliar algumas características dos sistemas abertos na leitura organizacional, reconhecendo a influência da complexidade do meio envolvente sobre a organização, nomeadamente no que se refere à racionalidade e às decisões tomadas de forma deliberada pelos actores. Na verdade, a adopção desta perspectiva não rejeita as “vantagens” da tese dos dois modelos dominantes apresentadas por Thompson. Contudo, os autores ao definirem as organizações complexas como sistemas abertos, estão efectivamente a relacioná-las com o indeterminismo do meio e os critérios de racionalidade limitada, ou seja, procuram relacionar as tomadas de decisão dos actores com a incerteza.

A existência de fronteiras claras que permitam distinguir sem ambiguidade um interior e um exterior constitui uma das premissas do modelo clássico da organização. De facto, o problema da fronteira de uma organização e das influências que sobre ela exerce o seu “meio ambiente” constitui uma preocupação de alguns autores na década de 60. Uma das correntes teóricas que

surgiu neste período foi a teoria de “contingência estrutural” de Paul Lawrence e Jay W. Lorsch (1967). Trata-se, na realidade, de um paradigma organizacional que não se centra na análise dos processos internos, focando a sua interrogação sobre organizações enquanto entidades estruturais formalizadas. Por outras palavras, para os autores, o interesse da análise organizacional não se situa ao nível do estudo dos indivíduos e dos grupos nas organizações, antes porém, são as próprias organizações que representam as únicas unidades de análise pertinentes. Para esta corrente analítica, trata-se de inventariar, de descrever e se possível de medir a influência que as principais dimensões do contexto podem exercer sobre as estruturas, o funcionamento e a *performance* de uma organização. Por outras palavras, trata-se de situar a eficácia organizacional como uma resultante da adequação entre as formas de diferenciação interna e as exigências da envolvente (Bilhim 1996). Na verdade, apesar desta tese advogar a fluidez das fronteiras, continua a subscrever a definição clássica das organizações, entendendo-as como entidades estruturais dotadas de fins explícitos, de uma estrutura formalizada e de um corpo de regras concebidas para modelar os comportamentos com vista à realização desses fins (Friedberg 1995).

De acordo com Jeffrey Pfeffer e Gerald Salanzick (1978), as fronteiras organizacionais permanecem fluídas, imprecisas e móveis, estando directamente relacionadas com as associações/agrupamentos humanos que giram em torno do “núcleo duro” da organização. A influência do meio envolvente nas organizações enquanto sistemas sociais é objecto central dos autores. Trata-se, na verdade, de uma explicação que toma como referência a existência simultânea de interacção e interdependência entre a organização e o seu meio envolvente. Desta forma, a organização é entendida pelos autores enquanto um sistema aberto onde as fronteiras das relações com outros grupos mais ou menos organizados se podem esbater. Estes autores demonstram ainda que o meio envolvente da organização não é necessariamente o meio objectivo, mas o meio percebido pelos actores sociais e é este meio envolvente que domina, com efeito, a estratégia organizacional. Isto faz com que o papel dos dirigentes na organização esteja, em certa medida, limitado e condicionado por factores externos. Contudo, argumentam os autores que uma vez que o dirigente dispõe de alguma influência, é ao nível do meio envolvente que esta será exercida (Strati 2000; Massicotte 1995). Pfeffer e Salanzick demonstram, assim, de que modo os contextos da

organização afectam e condicionam o seu funcionamento e a forma como esta reage a esses condicionalismos externos.

Um outro grupo de autores, D. S. Pugh, D. J. Hickson, C. R. Hinings, K. M. MacDonald, C. Turner, T. Lupton, entre outros, denominado Grupo de Aston, desenvolveram igualmente, na década de 60, estudos sobre os constrangimentos estruturais e o comportamento grupal dentro de um modelo em que a organização é vista como um sistema aberto (Bilhim 1996). Como resultado da investigação empírica que efectuaram em 46 organizações de trabalho na área de Birmingham, os autores sugeriram três variáveis contextuais primárias (o tamanho, a dependência e a tecnologia) que eram vistas como estando sistematicamente relacionadas com três variáveis estruturais primárias, nomeadamente a estruturação de actividades, a concentração da autoridade e o controlo do fluxo de trabalho. Para os autores é ainda possível afirmar que ^{a)} a dimensão da organização (por exemplo, o número de empregados) prevê a estruturação das actividades organizacionais; ^{b)} a dependência prevê a concentração da autoridade; e ^{c)} a tecnologia prevê o controlo do fluxo de trabalho, controlo esse que pode ser ou não personalizado. Sugerem ainda os autores, que as pressões do meio envolvente, condicionam ou determinam a resposta estrutural dada pela organização. De acordo com a sua perspectiva, as pressões externas geram respostas internas na organização devido às exigências que o meio impõe. Desta forma, é possível afirmar que a lógica de orientação dos teóricos do Grupo de Aston se situa neste âmbito: as organizações, e por extensão, o comportamento e as atitudes dos grupos e dos indivíduos que nela se inserem, têm de se adaptar de modos específicos aos constrangimentos ou exigências contextuais ou do meio que enfrentam. Ainda de acordo com o seu ponto de vista, é possível dizer que os processos de administração e direcção organizacionais, isto é, as actividades de tomada de decisão nas quais os membros se empenham de modo a causar impacto ao nível estrutural, são determinadas pelas condicionantes contextuais e estruturais dentro das quais ocorrem. Efectivamente, segundo Reed (1992), existe um grau considerável de determinismo estrutural/ambiental inerente à lógica explicativa que sobressai dos estudos do Grupo de Aston. Trata-se de uma contribuição teórica que veio abrir um outro caminho «para o desenvolvimento posterior de uma abordagem baseada nos sistemas da análise organizacional» (Reed 1992: 137).

Uma outra tese que perspectiva a visão sistémica aberta é expressa pela corrente socio-técnica. A sua estrutura analítica das organizações, mais concretamente das situações no trabalho, é tributária do modelo de Hawthorne. Apesar de no período pós-Hawthorne, alguns estudos terem vindo a registar algumas relações entre a tecnologia e a estrutura social das organizações, foi apenas a partir de 1950 que esta relação foi tomada como objecto de análise, nomeadamente pelos investigadores Emery e Trist do Instituto Tavistock. Para os autores desta corrente, apesar do sistema organizacional interagir com o meio, ele apresenta, não só uma dinâmica interna dos actores, mas também uma interdependência entre as componentes sociais e técnicas. Um outro aspecto salientado pelos autores, é a sua recusa do determinismo tecnológico. Porém, situam-se nas teses desta corrente, tal como nota Burrell e Morgan (1994), os pressupostos de um modelo de equilíbrio. Para os autores, a introdução de uma mudança tecnológica pode constituir um elemento perturbador do "equilíbrio pré-mecanizado" dos trabalhadores. Realçam assim os autores da corrente sócio-técnica que o ambiente interno de uma organização constitui um campo de forças psicológicas e sociais, cujo equilíbrio é influenciável pela interação entre os factores técnicos e humanos. Na verdade, trata-se de uma concepção do sistema organizacional como um todo, com acções e reacções análogas ao organismo. Daí que os autores que subscrevem esta tese, sugiram que numa intervenção nas organizações para a implementação de novas formas de organização do trabalho, baseada nos princípios sócio-técnicos deve ter em atenção, não só a identificação dos disfuncionamentos, a criação de novas formas de funcionamento, mas também, o imprescindível envolvimento directo dos actores nas diferentes etapas do processo de mudança. Por outras palavras, o desenvolvimento de um *design* sócio-técnico deve ser centrado num ciclo de actividades composto por acções não-lineares de intervenção na arquitectura social da organização (Eijnatten 1999).

Para Howard Aldrich (1979), Glenn Carroll (1984) e Michael Hannan e John Freeman (1988), é igualmente importante compreender o contexto no qual a organização evolui, isto é, o seu meio envolvente. Trata-se de uma perspectiva analítica que designam como "ecologia da população". Sugerem os autores um certo determinismo da envolvente sobre as opções dos actores, assim como, uma lógica sistémica que está para além da lógica dos actores. Concentram-se, assim,

os autores na análise organizacional, sobretudo na leitura dos movimentos dinâmicos e dos mecanismos de mudança com eles relacionados ao nível do total da população organizacional. Isto significa, antes de mais, que a sua unidade de análise é a população, mais do que a unidade organizacional e as tarefas envolventes. A sua perspectiva consiste essencialmente em explicar as inter-relações que se geram entre os processos organizacionais e as estruturas sociais mais alargadas⁶¹. Trata-se de uma perspectiva que coloca uma visão mais macro da realidade organizacional, fundada no determinismo da envolvente na mudança organizacional. Por outras palavras, a organização não pode ser tida como adquirida, uma vez que ela "faz tudo" o que é preciso em ordem à sua sobrevivência a longo prazo. Essa sobrevivência depende da sua eficácia, sendo que esta se encontra, por sua vez, directamente relacionada com a forma como a organização considera as necessidades dos grupos de interesse de que ela depende em termos de recursos, tese que encontra uma certa concordância com as propostas de Pfeffer e Salancik (1978). Desta forma, um dos factores críticos para a organização é a aquisição e manutenção de recursos, recursos esses que

⁶¹ O tipo de análise proposto pelos ecologistas da população permite, assim, segundo Reed (1992) retirar a conclusão de que a formação de novos tipos de organizações com formas organizacionais renovadas, é crucial para o processo de aumento da diversidade nas populações organizacionais. A formação de novos tipos de organizações é central para o processo de aumento da diversidade no mundo das organizações. Seguindo esta linha de pensamento, é possível dizer que a natureza e a distribuição de recursos sociais e materiais no meio envolvente das organizações, mais do que a liderança interna, os processos de tomada de decisão e a estratégia da decisão, são encarados enquanto factor primário na explicação do conteúdo e direcção da mudança organizacional. Para os autores da ecologia da população, o processo de mudança inter-organizacional é explicado em termos de um modelo em três estádios que consiste na "variação", na "selecção" e na "retenção". Pretende-se com este modelo explicar como é que as formas ou estruturas organizacionais se estabelecem, sobrevivem e se difundem através de uma população organizacional. Mike Reed (1992) sistematizou os três pressupostos deste modelo (variação, selecção e retenção), argumentando, em primeiro lugar que, a variação nas formas organizacionais é tomada como uma característica dada ou "natural" de todos os meios envolventes à população organizacional. A variação nas formas organizacionais é conceptualizada como o resultado de mudanças em circunstâncias ecológicas, mais do que o resultado da acção social estrategicamente centrada. Quanto à selecção, segundo Reed, refere-se àquelas estruturas que são seleccionadas positivamente pelo meio envolvente devido ao facto de corresponderem às exigências desse meio em termos de providenciar uma eficácia superior no que respeita ao desempenho de tarefas. Daqui se depreende que as formas organizacionais eficazes são escolhidas pelo meio. E em relação à retenção, para o autor trata-se de uma perspectiva que enfatiza a noção da forma como os mecanismos preservam inicialmente as estruturas seleccionadas, de modo que se vão difundindo gradualmente através da população enquanto um todo. Argumenta ainda o autor em causa que as tecnologias materiais e sociais adequadas que facilitam a retenção das formas eficazes irão assegurar que elas serão preservadas, reproduzidas e difundidas por números suficientes de organizações. Em suma, subjacente a este modelo está a ideia-chave de que as pressões do meio envolvente estão em competição pelos recursos escassos, revelando-se estes a força mobilizadora central na mudança organizacional.

dependem de outras organizações ou grupos aos quais ela se encontra ligada. Quanto maior a capacidade das organizações absorverem os recursos da envolvente, mais as organizações sobrevivem (Bilhim 1996).

Os teóricos da Ecologia da População, nas palavras de Michael Reed, rejeitam algumas das perspectivas do Grupo de Aston; rejeitam a ideia de uma lógica implícita de eficácia e eficiência enquanto análise racional que explica o processo de adaptação organizacional. Porém, existem áreas, mais de proximidade do que de distanciamento entre ambos os grupos. Aliás, ambos os grupos teóricos estão comprometidos numa perspectiva das organizações dirigidas para os seus objectivos, para a manutenção de fronteiras e sistemas de actividade dependentes da manutenção de certas regularidades estruturais que asseguram a estabilidade a longo prazo e a sua própria sobrevivência. O que se pode concluir daqui é que ambos os grupos apresentam teorias que se baseiam na força da necessidade do meio envolvente enquanto explicação para a mudança estrutural⁶².

Um dos autores que analisou a relação dos actores com uma possível regularidade das configurações estruturais das organizações foi Henry Mintzberg (1983, 1995, 1998). Rejeitando a hipótese tayloriana de "one best way" organizacional ou de uma única forma estrutural como a melhor de todas, o autor sugere que a estrutura organizacional encontra-se relacionada com o ambiente, mas não através de uma via mecânica. Para o autor, as configurações estruturais nas organizações distinguem-se através da articulação de três dimensões fundamentais, nomeadamente o mecanismo de coordenação principal, o núcleo da organização e o tipo de descentralização. Seguindo uma perspectiva analítica da teoria da contingência, o autor define a estrutura formal do *locus* organizacional como uma articulação de um conjunto de actores para o alcance dos objectivos da organização, que se distribuem respectivamente por áreas como o topo

⁶² Na verdade, os ecologistas da população argumentam a favor dos processos de selecção que operam ao nível macro da envolvente, em vez do domínio organizacional imediato ou do envolvimento de tarefas (incluindo factores tais como a dimensão da organização, os mercados, a dependência e a tecnologia). Contudo, subjacentes a estas diferenças de análise, entre os ecologistas e o Grupo de Aston permanecem semelhanças muito significativas, nomeadamente no que se refere ao sentido em que as organizações e a sua mudança são teorizadas. Aliás ambos os grupos teóricos operam relativamente a um modelo sistémico de organização e tudo o que isso implica em termos de tendência explicativa a favor de uma análise estrutural. É neste sentido que Mike Reed (1992) afirma que o contraste teórico desenhado entre a selecção e a adaptação é menos pronunciado do que parece à primeira vista. A aprendizagem adaptativa para unidades organizacionais consiste, efectivamente, na selecção entre formas estruturais variadas.

estratégico (entidade de comando), linha hierárquica (supervisores dos operacionais), tecno-estrutura (analistas, técnicos de planeamento e elementos do controlo do trabalho), centro operacional (os elementos de base, produtores de bens e serviços) e suporte logístico (unidades diferenciadas de serviços internos).

Na verdade, para o autor, qualquer configuração organizacional engendra o seu próprio equilíbrio em torno, não só, de uma força dominante que estrutura o campo de relações, mas também em função de uma ideologia veiculada na organização. Com base nesta noção e a forma como se articulam entre si os diferentes sub-sistemas, comparável a um «lego organizacional», Mintzberg sugere a existência de distintas configurações organizacionais: estrutura simples, burocracia mecanicista, burocracia profissional, forma divisional, adhocracia, missionária⁶³. As diferentes configurações apresentadas por Mintzberg, sugerem

⁶³ A configuração organizacional simples caracteriza-se por um contexto de centralização favorável ao exercício do controlo das decisões e da supervisão directa do trabalho pelo topo estratégico. Trata-se de um contexto de contingência simples. O poder está concentrado no dirigente da organização que o exerce de forma pessoal. Existe em organizações caracterizáveis como empreendedoras, em que existem poucas ou nenhuma actividades formalizadas (Mintzberg 1995, 1998).

Na burocracia mecânica, a força dominante resulta da tecnoestrutura. As organizações com este tipo de configuração designam-se de organização mecanicista, cuja lógica de funcionamento está fundada numa organização racional e estandardizada dos processos de trabalho, resultante da pressão da tecnoestrutura. Por outras palavras, estas organizações caracterizam-se por uma forte centralização do poder de decisão, por uma pressão exercida pela tecno-estrutura no sentido de uma descentralização horizontal limitada, e por uma comunicação intra-organizacional muito formalizada.

Na burocracia profissional, a força dominante situa-se no centro operacional. Trata-se de uma configuração onde os membros do centro operacional promovem uma descentralização interna, vertical e horizontal, através dum processo de estandardização das qualificações, situação que favorece a minimização da influência dos gestores e dos analistas da tecno-estrutura e da linha hierárquica, assim como uma possível anulação da supervisão directa do controlo administrativo. Por outras palavras, trata-se de uma estrutura que existe em organizações onde o poder está concentrado no centro operacional.

A estrutura divisionalizada é caracterizada por uma configuração cuja força assenta na linha hierárquica. Trata-se uma configuração que favorece a descentralização vertical e a concentração do poder nas unidades, sendo promovida pelos gestores da linha hierárquica. A formulação da estratégia organizacional situa-se entre dois pontos, situando um pólo ao nível do grupo, e o outro ao nível das divisões, situação que favorece um certo risco de “balcanização” ou de competição entre divisões. Porém, o poder que é sedimentado nas unidades ou divisões, é mais virtual do que real, na medida em que existe somente uma relativa autonomia no funcionamento das mesmas unidades. Aliás, segundo Mintzberg, as organizações divisionalizadas apresentam uma lógica mecanicista, na medida em que a definição das estratégias e o controlo financeiro são delineadas pelo topo estratégico da sede central e a forma de coordenação da organização desenvolve-se pela estandardização dos resultados, ou seja, é orientada no sentido do produto.

A concepção de uma estrutura adhocrática encontram-se em organizações cujos actores perfilham o objectivo da permanente inovação. Nesta configuração estrutural, o poder radica nos especialistas do suporte logístico. Estes actuam sobre a linha hierárquica e o centro operacional, conduzindo à génese de equipas multidisciplinares. Por outras palavras, na configuração

formas "gestalt, como um todo integrado" (Mintzberg 1998: 41), enfatizando, assim, não só uma lógica contingencial do funcionamento organizacional, bem como apresenta a organização dependente das formas de assimilação e de adaptação ao ambiente, fundada numa perspectiva *quasi* darwinista, ou seja, ou a organização se adapta ou não sobrevive. Trata-se, assim, de uma perspectiva que, por um lado, enfatiza uma visão formalizada da articulação de subsistemas organizacionais dependentes do meio envolvente, e, por outro lado, nega a capacidade, a racionalidade e a liberdade dos actores para engendram as redes informais na regulação das ordens locais (Amblard et al. 1996; Nizet e Pichault 1995).

Contrapondo esta tese mintzberguiana, encontra Alain Eraly (1988) que define a organização na perspectiva das relações entre actores. Na perspectiva do autor, as próprias estruturas organizacionais não existem senão no sentido em que são constantemente reafirmadas através de actividades quotidianas dos actores. Esta tese de Eraly sugere em concreto uma ligação entre as actividades e as estruturas organizacionais, argumentando assim que qualquer mudança organizacional se trata de uma transformação intencional, mas sempre limitada pela disponibilidade de recursos cognitivos e materiais. Na verdade, para Eraly um actor organizacional nunca dispõe, *a priori*, de um conhecimento directo e completo do sistema organizacional, razão pela qual os actores limitam-se a intervir na organização a partir da sua própria posição, da informação disponível e dos recursos que dispõem, que são sempre condicionadas pela complexidade do sistema em que se inserem. Esta tese de Eraly, para além de realçar uma certa

adhocrática, existe um certo ajustamento mútuo entre os profissionais de especialidade diferenciada e uma coordenação interna nas equipas. A divisão do trabalho na adhocracia apresenta-se sob uma forma dual, sendo uma no plano vertical (total autonomia no trabalho) e outra a nível horizontal (flexibilidade e polivalência funcional). Assim sendo, o modelo da adhocracia existe em organizações onde se veicula uma forte influência do pessoal de apoio nos processos de tomada de decisão. Daí que Mintzberg classificou as organizações que detêm esta estrutura como organizações inovadoras.

Para Mintzberg (1998), ainda é possível introduzir uma outra tipologia nas configurações, baseada na avaliação do grau de influência da ideologia, no sentido dos valores partilhados na organização, e que classificou de missionária. A dinâmica da organização baseia-se nas normas e convicções, mais do que nas regras e procedimentos padronizados. Na linha do pensamento do autor, estas organizações caracterizam-se pela força dominante do sentido da missão. Nestas organizações a coordenação das tarefas processa-se através da standardização das normas, cuja convergência é assegurada pela força da ideologia. Neste sentido, os valores, as normas e as crenças predominam nestas organizações, sobrepondo-se às configurações estruturais e aos parâmetros de concepção formais. Trata-se de uma configuração que se apresenta como o estado mais puro da descentralização do poder de decisão (Amblard et al. 1996; Nizet e Pichault 1995)

aproximação à linha do pensamento simoniana sobre a racionalidade limitada, sugere em concreto que as estruturas organizacionais não existem fora da acção dos actores sociais, bem como o conhecimento que os mesmos possuem desempenha um papel principal na determinação da sua capacidade de acção estrutural.

Hamid Bouchikhi (1990) é um outro autor, tal como Eraly, que perspectiva que os processos de estruturação que ocorrem no interior de uma organização são múltiplos e influenciam-se reciprocamente. Na linha do pensamento do autor, as estruturas organizacionais são fruto de processos de interacção, de constructos sociais que se constituem através da interacção entre os actores. Na verdade, para este autor, os actores e as estruturas sociais constituem dois pólos principais de uma relação dialéctica. Argumenta Bouchikhi que as estruturas são, não só o meio, mas também a resultante da interacção entre os actores. É através desta perspectiva que o autor explica a presença no mesmo campo de interacção organizacional, dos aspectos cooperativos e dos aspectos conflituais que modelam os jogos formais e informais entre os actores. Porém, o autor defende a ideia de que as organizações são sempre sistemas contingentes, onde os actores desenvolvem acções e interacções nas fronteiras da contingência, mobilizando um processo continuado de conservação da sua posição ou de conquista de novas posições. Daí que se entende, na linha do pensamento de Bouchikhi, que a mudança organizacional emerge sempre de forma contínua e dependente das acções estratégicas e deliberadas dos actores. Esta tese, tal como é concebida por Bouchikhi privilegia um quadro de referência accionista que reforça a tese clássica de Crozier e Friedberg (1977) sobre a explicação dos fenómenos organizacionais.

Na perspectiva de Crozier e Friedberg, o sistema é também fundamental para a inteligibilidade da realidade organizacional. Para os autores o sistema representa um constructo social, fruto da liberdade dos actores, não sendo algo dado, ou que lhes é imposto. Esta predominância do actor é acompanhada, nesta visão, por uma concepção racional da acção, não no sentido clássico em que o actor apresenta uma racionalidade transcendente, que não domina, mas no sentido em que as estratégias dos actores comportam intrinsecamente a sua própria racionalidade. Esta visão estratégica de Crozier e Friedberg privilegia o poder enquanto dimensão essencial do processo de interacção entre os actores

sociais. Estas trocas entre os membros pertencentes à organização não eliminam a realidade própria da organização, enquanto resultado dessas interacções e o local onde existem diferentes jogos entre actores. Esta tese remete-me para uma outra questão, a das relações de força que modelam um campo social. Mas, esta ideia de campo e de relação de força não se confunde com a tese de Pierre Bourdieu (1980). Em primeiro lugar, para este autor, um campo social define-se como um espaço estruturado de relações de força, detendo, por um lado, um certo grau de institucionalização que persiste no tempo e, por outro lado, as posições ocupadas pelos agentes sociais e que estruturam o campo, são de certa forma independentes dos seus ocupantes. Em segundo lugar, para Bourdieu, a ideia de campo remete à consideração de consensos, que suportam e condicionam as lutas que se engendram para a defesa do campo. Já na tese de Crozier e de Friedberg (1977) esta questão de institucionalização e de consenso não estão presentes num sistema de acção concreto, antes porém, a existência deste sistema pressupõe apenas que os princípios de acção são moldados por mecanismos de regulação, não fundados em lógicas apriorísticas das regras de jogos entre os actores.

Na verdade, as perspectivas de Crozier e Friedberg (1977) aparecem, então, como resultado de uma direcção teórica específica, mas a sua tese de sistema de acção concreto não se dilui na ideia de organização. Trata-se de uma perspectiva que atribui uma particular importância ao jogo dos actores em contexto organizado. Esta insistência no jogo, de acordo com as suas próprias percepções da realidade, para a criação e execução de estratégias com impacto nas organizações, reforça a noção de que as mesmas estratégias resultam, efectivamente, de todos os actores organizacionais e não apenas dos seus dirigentes. Assim sendo, a tese de Crozier e Friedberg maximiza a existência real de complexos sistemas de acção concretos nas organizações. Para os autores, elas resultam da acção de actores sociais que coexistem, quer no seu interior, quer no seu meio envolvente, ou podem ser elas resultantes dos sistemas sociais nos quais se inserem. Porém, para além destes aspectos, o que ressalta ainda da descodificação de um sistema de acção concreto é a noção cada vez mais abstracta, complexa e conflitual da organização. Isto porque uma organização não surge como um conjunto de mecanismos ordenados e movidos só por uma racionalidade, antes porém, parece que ela desencarnou-se dos seus objectivos próprios, para se delimitar a um contexto de acção, através da qual se geram

relações de cooperação, de trocas e de conflitos entre actores com interesses divergentes. Coloca-se, assim, em evidência a existência de situações não só complexas, mas fundamentalmente ambíguas.

Efectivamente, parece que as possibilidades tradicionais de avaliar as consequências da uma decisão e de as relacionar com objectivos organizacionais, numa relação causa-efeito, deixou de ser possível de existir ou quase impossível de se materializar. Esta questão remete-nos à noção de "anarquia organizada", teorizada por Michael Cohen e James C. March (1974) que designa as organizações desordenadas pelo seguinte: uma forte ambiguidade das preferências; uma tecnologia mal dominada e uma participação fluida nos processos de decisão. Toda a situação de escolha numa anarquia organizada pode, deste modo, ser comparada com um modelo de "caixote do lixo" (Cohen, March e Olsen 1972) onde se descarregam constantemente e de forma independente, "problemas", "soluções" e "participantes à procura de decisões" (Friedberg 1994). Daqui resultam duas questões: a primeira é de que os objectivos organizacionais são expressos através de jogos de poder ou simplesmente dito de outro modo, são concebidos pelos actores tendo em vista a interacção na organização; a segunda diz respeito às decisões, que podem ser vistas como um fruto do acaso e não de uma vontade de qualquer um dos actores, já que a ordem aparente das organizações esconde uma grande desordem nas relações indivíduo-organização, ou melhor, entre os actores. Neste sentido, a realidade organizacional assemelha-se em certos aspectos e em certos momentos a "sistemas fragilmente ligados", ou melhor, tal como sugere Karl Weick (1976) de "sistemas imperfeitamente conectados", já que as relações indivíduo-organização contrariam a integração, e exacerbam a importância da independência entre os elementos de uma organização.

O facto das organizações funcionarem e se manterem ao longo do tempo, significa que os objectivos dos actores sociais podem ser repartidos, postos em comum e partilhados ou, pelo menos, que esses actores tenham interesse em manter a organização, uma vez que esta constitui o meio privilegiado onde são organizadas e estruturadas as suas relações de poder. Aliás, «toda a acção colectiva é de certa maneira 'organizada'» (Friedberg 1995:169). Mas, isso supõe ainda que nenhum actor do campo se pode desinteressar por completo da sorte

das suas capacidades de acção sem as quais se torna um simples meio nas mãos dos outros. Esta constatação de um interesse dos actores pelas situações em que participam e nas quais se comprometem, leva-nos precisamente à necessidade de explicar, uma outra questão que não é o poder, mas sim o interesse nos sistemas de acção colectiva. Como é que as pessoas com interesses diferentes podem pôr-se de acordo? Segundo o autor, as pessoas entram em acordo porque necessitam de «suspender a incerteza e para se entenderem sobre um princípio superior comum que estabelecerá sem equívocos a grandeza relativa dos seres» (Friedberg 1995:268).

Se é verdade que esta perspectiva nos oferece uma plausível justificação da lógica do compromisso entre os actores, porém, ela não explica a razão pela qual as pessoas se contentam com o compromisso. Será porque o respeitam? Ou será porque a visibilidade de um compromisso faz parte de todo um jogo e da previsibilidade ou da possibilidade de engendrar futuros jogos de contestação? É uma questão que não pode ser esclarecida *a priori*, devendo constituir uma dos fulcros principais da análise organizacional. Porém, é possível fazer realçar desta dimensão do interesse, o seguinte: em primeiro lugar, um actor não pode ter um interesse sem estar numa situação de interdependência face a outros actores; em segundo lugar, um actor não fará normalmente nada que possa levá-lo a perder nessas relações de interdependência, ou melhor, no jogo e na negociação que elas formam no espaço de acção. Assim sendo, num sistema de acção colectiva, as apostas que se desenvolvem nesse espaço, exigem como condição *sine qua non* que os actores avaliem *ex-ante* a importância relativa dos interesses que têm neste espaço de acção em relação a todos os seus outros interesses. Por outras palavras, é de considerar na linha do pensamento de Crozier e Friedberg que nenhum actor de um sistema se encontra nele sem que tenha um interesse e/ou um objectivo. Porém, uma organização não está apenas submetido a um 'sistema de acção concreto' de interesses, assim como, é estruturado por um conjunto de "regras do jogo" que moldam estes mesmos interesses. A este propósito, Friedberg (1994) acrescenta ainda que não há acção social sem poder e que esse poder supõe e constitui uma estruturação do campo de acção.

Na verdade, para Friedberg, uma organização é essencialmente um produto misto de processos formais e informais, numa regulação mista, onde as regras são

sempre ambivalentes, na medida em que os actores ora tentam contorná-las, ora proteger-se a partir delas. Igualmente para Jean Daniel Reynaud (1997), a noção de actor é, com efeito, inseparável da regra: a actor é um produtor de regras. Para ambos os autores, as regras não são um dado natural, nem são estáveis, antes porém, são uma construção social. Porém, para Reynaud esta instabilidade das regras deriva da forma como os actores conferem ou acordam uma legitimidade. A noção de legitimidade, não utilizada por Friedberg, é essencial na tese de Reynaud. Para este autor, os actores interagem, lutam ou negociam com o propósito último de legitimar as suas acções. Dito numa frase, para Reynaud é através da acção colectiva legítima que é possível criar o actor colectivo, o actor social.

Para Friedberg, o aspecto fulcral da noção de actor é o seu carácter empírico, fundado numa racionalidade limitada e calculista, mas que se distancia da racionalidade económica e dos princípios de um mero utilitarismo. Este aspecto não é refutado por Reynaud, antes porém considerando que um actor social não maximiza os seus interesses individuais no sentido da racionalidade económica. Acrescenta ainda o autor que é através da descodificação da racionalidade do actor que é possível compreender ou explicar a sua acção.

No que se refere às formas de regulação, Reynaud privilegia mais a dimensão local. Aliás, para o autor, as regras, apesar de resultarem de um "projecto" de orientação colectiva da acção, não significa que a noção de colectivo seja tomada como sinónimo de sociedade, de colectividade em geral, antes porém, traduz apenas a ideia de "actor colectivo". Tal como o autor refere, as regras sociais não derivam da "consciência colectiva", dito no sentido durkheimniano, antes são produtos do «compromisso dos indivíduos numa acção colectiva» (Reynaud 1997:134).

Para Friedberg, as regras também assumem uma dimensão mais local. Acrescenta ainda o autor que as regras têm de se revestir de uma certa flexibilidade consoante o espaço de acção, na medida em que uma regra pode ser oportuna numa dada situação, e revelar-se inoportuna noutra, quer pelas características dos indivíduos que fazem parte dela, quer pelos objectivos que estão na sua origem, quer ainda pelas situações que surgem do e no espaço envolvente. Assim sendo, falar de organizações, interrogar os sistemas de acção

concreto, que são sempre locais e parciais, é ter em atenção as quatro dimensões da acção organizada: ^{a)} o grau de formalização da regulação; ^{b)} o grau de consciência que têm os participantes; ^{c)} o grau de finalização da regulação; ^{d)} o grau de delegação explícita da regulação.

O que é acentuado por Friedberg na sua análise das relações entre as ordens locais (sistemas de acção à escala organizacional) e a regulação que se exerce a uma escala societal, é de que os sistemas de acção mais importantes estruturam o campo do social. Todavia, este autor não analisa a totalidade dessa regulação, uma vez que apenas pode ser encontrada enquanto fragmento nas condutas dos actores. Esta perspectiva indica pois que os comportamentos dos actores são o produto ou o resultado de uma autonomia relativa e que nunca são completamente reabsorvidas pelas regulações mais vastas. Isto significa portanto que não se pode perspectivar o sistema de um lado e o actor do outro; o que se pode observar são sistemas de actores a operar em escalas diferenciadas, em que os sistemas locais são os mais convincentes, uma vez que são locais privilegiados de autonomia humana.

Reynaud e Friedberg, cada um à sua maneira, estão de acordo com a autonomia do actor nas formas de regulação social e na dinâmica da acção colectiva. Assim sendo, a organização já não se assemelha, neste contexto, a uma entidade monolítica, dirigida a partir do topo, ou submissa a um conjunto de regras dominantes, mas como um constructo resultante dos jogos dos actores que se vão tecendo no seu seio. Há, assim, uma certa relativização da organização formalizada que Friedberg e Crozier contrapõem com os sistemas de acção concretos entendendo estes como

«estruturas de acção colectiva pelas quais são 'organizados' os espaços de acção, ou seja, são construídas e perpetuadas as ordens locais graças às quais os actores conseguem estabilizar, pelo menos provisoriamente, as suas negociações e as suas interacções estratégicas» (Friedberg 1995: 111).

Em suma, a consideração da presença de um sistema de acção concreto leva-nos à ideia de uma crescente complexidade da noção de organização. Para Friedberg, existem nesta noção de complexidade organizacional duas questões fundamentais: em primeiro lugar, a génese da estruturação dos campos

perpetuados pelos processos de organização, como corolário da dinâmica endógena dos processos de interacção compreendidos como processos de negociação e de poder, unindo os actores num determinado espaço de acção. Em segundo lugar, a natureza dessa estruturação ou dos mecanismos de regulação e de estabilização dos processos de negociação, de poder e de cooperação entre os actores organizacionais, conduz-nos à constatação que, a prazo, conduz a uma contestação da dicotomia entre o formal e o informal. Reforça-se, assim, a ideia de que as organizações não se dicotomizam numa parte formal e noutra informal. Tratar de maneira independente aquilo que na realidade é inseparável, e focar apenas na dimensão formal, reactualiza, segundo Friedberg, a lógica de custos e de eficiência, e a parte oficial e codificada da estrutura, minimizando a organização informal, ou seja, o conjunto de práticas, interacções e relações não previstas oficialmente, vistas como clandestinas e ocultas. A estrutura formal não é independente do campo de forças que ela constrói, nem corresponde a qualquer racionalidade superior, quer das condutas, quer das práticas que os actores procuram regular. A organização formal e informal é, por assim dizer, interdependente e deve constituir-se num todo, onde as relações entre os actores se distanciam da mera expressão cristalizada e codificada *a priori*.

1.3.1.3. Renovação dum Discurso Viciado na Relação entre os Actores

Apesar de os novos modelos sócio-produtivos apresentarem uma nova roupagem discursiva, no que diz respeito à acção colectiva e à cooperação, fundada em princípios de participação directa dos actores, na verdade tratam-se apenas de modelos ideais⁶⁴, que, em última instância, não permitem uma

⁶⁴ A emergência de novos modelos organizacionais tem na sua base a cooperação, esquemas de acção colectiva e quiçá formas distintas de leitura do poder e da participação nas organizações. São, por exemplo, as designadas organizações qualificantes, aprendentes ou formantes, as estruturas em rede e por projecto. Em relação às organizações qualificantes, trata-se de modelos que procuram situar-se como alternativa ao taylorismo, estabelecendo uma ponte entre a economia e o desenvolvimento da aprendizagem e das competências dos actores (H. Lopes 2000). Na verdade, a ideia de organização qualificante supõe mais do que uma mera reorganização das actividades. antes porém, baseia-se no reforço e «circulação diferente dos fluxos de comunicação» (H. Lopes 2000: 166), sem a qual não é possível facilitar a qualidade e a riqueza da aprendizagem dos actores. Para Helena Lopes, se é verdade que estes aspectos são fundamentais, não menos relevante, é que «a comunicação não se reduz à transmissão de informações, mas implica também

compreensão dos diferentes aspectos e situações de antagonismo entre os actores que influenciam o fenómeno participativo e, conseqüentemente, a cooperação. Porque existem em todas as organizações e não se pode aliás, falar de cooperação sem atender à sua existência. Na verdade o discurso optimista destes novos modelos esquecem as situações de oposição, isto é, o conflito e os interesses individuais. É nesse sentido que, se é verdade que as tendências de renovação das estruturas de organização permitem uma outra visão da integração dos

a prossecução de objectivos comuns. Assim, numa organização que ensina (...) têm que ter objectivos comuns em vez de terem cada um objectivos individuais» (H. Lopes 2000: 166). Philippe Zarifian (1993) foi um dos autores que mais contribuiu para o entendimento e a definição do conceito de "organização qualificante". Em primeiro lugar, é necessário considerar que existe uma diferença entre a noção de qualificante e qualificada. Para o autor, a noção de organização qualificada sugere que nela se desenvolve a iniciativa no trabalho, mas não a iniciativa em relação à organização. Efectivamente, para o autor, existem no conceito de organização qualificante três questões. Uma que coloca em evidência que uma organização qualificante é aquela cuja actividade tem por base as redes de comunicação entre pessoas com saberes e experiências vivenciadas distintas, mas complementares; uma outra questão, refere-se ao acesso à informação, sugerindo o autor que nela se medeia uma "zona de incerteza", situação que coloca a lógica qualificante comparável com a lógica racionalizadora organizacional; e, uma terceira questão, a que Zarifian faz alusão, refere-se aos objectivos das actividades desempenhadas por cada actor organizacional, e que devem deter um sentido partilhado. Para implementar tais objectivos, sugere o autor que são necessárias duas diligências: a prescritiva e a concertada. A primeira encontramos-na na lógica racionalizadora, e a segunda na lógica qualificante. A ideia racionalizadora encerra em si a lógica da selectividade de trabalhadores com níveis de qualificação elevadas para potenciar a produtividade e fazer face às pressões do mercado. Para Zarifian só a segunda lógica reconhece aos trabalhadores uma capacidade de implicação estratégica nas decisões, situação que não se verifica e que lhes é negada numa organização tradicional. É através de uma orientação concertada entre os actores que é possível verificar uma maior participação e implicação dos actores nas decisões e na tangibilidade dos objectivos organizacionais. Trata-se, assim, de uma outra perspectiva da distribuição dos poderes na organização. Argumenta ainda Zarifian que é também desta forma que se faz evoluir o profissionalismo (Petit e Dubois 2000). Por outro lado, ao contrário das organizações qualificadas, os pressupostos de organizações qualificantes sugerem que o conflito e a desordem representam fontes de mudança. Perspectiva-se que uma organização qualificante permite colocar a experiência grupal, ou seja, a acção colectiva, em primeiro lugar. Enaltece-se nos pressupostos deste novo modelo organizacional a ideia de reciprocidade, de partilha e de colectivo. São as terminologias e as referências a co-organização, co-responsabilidade, co-resolução, comunicação, etc., que traduzem que é uma organização qualificante e não a qualificada quem promove a cooperação, enquanto processo de sobrevivência organizacional. Perspectiva-se, assim, que uma organização qualificante é aquela que é capaz de fazer face a imprevistos e a disfuncionamentos, é aquela que pressupõe uma reorganização dos poderes e a descentralização das decisões na empresa (H. Lopes 2000).

Em síntese, enquadram-se como organização qualificante as organizações que proporcionam conteúdos de trabalho que favoreçam a aprendizagem dos actores, que detenham uma ruptura radical na organização do trabalho com o taylorismo, e que adoptem os princípios de gestão dos recursos humanos baseados no reconhecimento das competências adquiridas pelos actores. Por outras palavras, uma organização qualificante é «aquela que pede a todos os trabalhadores para fazerem escolhas, tomarem decisões, elaborarem propostas (...) aquela que considera que a sua capacidade de aprendizagem constitui um factor central da sua eficiência» (H. Lopes 2000: 40-41). Trata-se de um modelo que tem no centro a cooperação, materializada através de um discurso que enfatiza a lógica da participação dos actores, como fenómeno indispensável para a mudança organizacional.

trabalhadores nas finalidades da empresa⁶⁵, o que se verifica na realidade é a emergência de um novo interesse gestor que branqueia as noções de conflito ou de oposição, entre os interesses organizacionais e os dos actores (Petit e Dubois 2000). A consideração destas questões conduz-nos a outras. Qual é o lugar do próprio actor individual no processo cooperativo para a mudança? Como explicar a mudança sem atendermos às representações sociais, mentalidades e racionalidades de cada um?

Sugere-se, assim, em concreto, um virar de atenção para uma nova forma de actuação nas organizações, na medida em que nas decisões e actividades passa a estar presente também a "opinião" dos trabalhadores. Este aspecto veio, assim, introduzir mais uma erosão e ruptura com as teses tayloristas, ao centrar-se nas competências dos actores, deixando estes de serem conceptualizados como indivíduos passivos e manipulados, para passarem a ser perspectivados como actores, capazes de actuar activamente e de uma forma estratégica no auto-desenvolvimento das suas competências. Significa isto ainda, que há uma tendência para impregnar no contexto organizacional, uma ideia de construção da realidade, que também é individual e colectiva, da possibilidade de uma constante renovação da aprendizagem baseada na cooperação, na participação e no exercício de poder. Pode-se dizer, assim, que, na última metade da década de 90, se desenvolveu um clima de euforia e de optimismo sobre as potencialidades e possibilidades para a renovação e a mudança organizacional. Na verdade, integram-se nestes discursos renovadores outros discursos mais ou menos antagónicos sobre as práticas organizacionais.

⁶⁵ Segundo Denis Collins (1995), apesar de não haver ainda consenso quanto ao impacto do fenómeno da participação e da cooperação no redimensionamento organizacional do processo produtivo, existem sete 'benefícios', que tanto os gestores como os trabalhadores, reconhecem: ^{a)} melhoria nos processos de produção; ^{b)} novas ferramentas e tecnologias; ^{c)} aumento do desenvolvimento e formação; ^{d)} melhoria da qualidade do produto; ^{e)} formação em dinâmica de grupo; ^{f)} melhoria dos processos comunicacionais; ^{g)} novas oportunidades de progressão na carreira. Relativamente a estes sete pontos, chegar-se-ia à conclusão de que os benefícios directos para os trabalhadores tornar-se-iam benefícios indirectos para os gestores. Por exemplo, relativamente aos benefícios directos para os trabalhadores, o primeiro ponto reflectiria-se em tarefas de trabalho mais fáceis; o segundo numa maior voz no processo de tomada de decisão; melhoria nas condições de saúde e segurança, seria o efeito do terceiro ponto; o ponto cinco, manifestar-se-ia em menores reivindicações dos trabalhadores. Os benefícios directos para os gestores, seriam também benefícios indirectos para os trabalhadores: menores custos; menor resistência para mudanças do contexto de produção. Está latente, assim, a ideia optimista de que a cooperação entre os membros de uma organização é, pois, entendida com uma aposta no futuro, um benefício directo ou indirecto para todos.

Assim sendo, longe de poder aceitar *ipsis verbis* as tendências gestionárias optimistas, baseadas na mera potenciação da aprendizagem dos actores, idealizando o elogio harmónico de uma suposta possibilidade de mudança organizacional para um outro mundo paradisíaco de comunhão de interesses e objectivos organizacionais, importa lançar o olhar para outras realidades, que de algum modo interagem no seio das relações contingentes entre os actores. Refiro-me em concreto aos paradoxos do poder nas organizações, que não podem ser desnaturados à luz deste clima de euforia e de harmonia entre o actor e o mundo organizacional. Não se trata de interrogar aqui, qual é a configuração do poder. O que me interessa colocar e interrogar, é como ela se exerce.

Para Foucault, o poder não existe enquanto algo que se manifesta ou que se assume com uma configuração monolítica, na medida em que o poder

«não é algo que se possa dividir entre aqueles que possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como riqueza ou bem» (Foucault 1992:183).

O que existe, na perspectiva do autor, são práticas ou relações de poder que se encontram disseminadas ao nível de todo o tecido social. Para o autor, falar de poder, é falar de relações de poder e é, sobretudo, falar em práticas sociais. Porém, acrescenta ainda o autor que as relações de poder não devem, nem podem ser analisadas no âmbito de uma perspectiva globalizante, antes porém, para a sua análise, é necessário adoptar uma abordagem analítica, focada quer nas ordens locais e globais, quer ao nível dos contextos históricos que moldam as manifestações do poder. Daqui se conclui que, no olhar foucaultiano não existe uma teoria geral do poder⁶⁶ a-histórica, aplicável de forma indiscriminada a todas as formas de dominação numa dada sociedade. Na linha do pensamento foucaultiano, o exercício do poder não radica meramente numa

⁶⁶ Para Foucault, as instituições não servem para explicar a normalização de um sistema de dominação de um elemento ou grupo sobre o outro. Para o autor, existe uma correlação de forças múltiplas. Para um aprofundamento do debate sobre o olhar de Michel Foucault sobre o poder, veja as suas obras: *Microfísica do Poder* (1992); *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (1993); *Vigiar e Punir* (1987); «Deux essais sur le sujet et le pouvoir»; Hubert Freyfus e Paul Rabinow (1984), *Michel Foucault. Un parcours philosophique*.

relação linear entre sujeitos, ou melhor entre, "parceiros", individuais ou colectivos. Trata-se sobretudo de

«um modo de acção de alguns sobre outros. Isso quer dizer, claro, que não uma coisa como o "Poder", ou "do poder" que existiria globalmente, massivamente ou num estado difuso, concentrado ou distribuído: só existe o poder que se exerce por uns sobre os outros; o poder só existe no acto, mesmo se ele se inscreve num campo de possibilidades em desordem que se apoiam em estruturas permanentes. (...) É um conjunto de acções sobre acções possíveis: ele opera sobre o campo de possibilidades onde se vêem inscrever o comportamento dos sujeitos actuantes: ele incita, ele induz, ele contorna, ele facilita ou torna mais difícil, ele alarga ou limita, ele torna mais ou menos provável; no limite ele constribe ou impede completamente; mas ele é sempre uma maneira de agir sobre um ou sobre sujeitos actuantes, enquanto eles agem ou são susceptíveis de agir. Uma acção sobre acções.» (Foucault 1984: 313).

Para o autor, é através da multiplicidade de correlações de força que subjazem no exercício do poder, nas acções das acções, que se sustentam as estruturas sociais e as instituições. Perspectivam-se, assim duas questões. A primeira é que o poder está em toda parte, não porque engloba tudo, mas sim porque, como argumenta Foucault, o poder⁶⁷ provém de todos os lugares. Paralelamente, Foucault considera ainda que «o poder não é uma instituição, nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada» (Foucault 1993: 89). Aliás, para o autor, os processos de poder funcionam «não pelo direito, mas pela técnica, não pela lei, mas pela normalização, não pela

⁶⁷ É pelas razões exposta que no estudo sobre o poder, «em vez de orientar a pesquisa sobre o poder no sentido do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos de Estado e das ideologias que o acompanham, deve-se orientá-la para a dominação, os operadores materiais, as formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas e os dispositivos estratégicos» (Foucault 1992:186). Numa comunicação apresentada no Congresso do SI-RC 10 da Associação Internacional de Sociologia realizado nas Canárias em Junho de 1997, subordinada ao título de «Uma forma diferente de pensar a participação: o conceito de poder em Michel Foucault», Moisés Martins e José Pinheiro Neves argumentam que a tese foucaultiana do poder não se reduz à identidade de uma soberania, à unidade de uma lei e à hegemonia de uma dominação. Este parece ser um equívoco. Para os autores, a análise do poder só será coerente se se atender às relações de força, e sem se reduzir à violência, tomando ainda em atenção que as relações de força se referem a acções sobre acções, ou seja, actos positivos, tais como a indução, o alargamento ou a limitação das situações em que se enquadram os sujeitos em acção. Sobre esta questão consultar ainda a página-web de José Pinheiro das Neves <<http://delta.ci.uminho.pt/ICS/DSA/neves/neves.html>>, onde o autor expõe um conjunto de reflexões sobre as organizações, assim como uma tradução de um extracto da obra de Michel Foucault (1984), «Deux essais sur le sujet et le pouvoir», Hubert Freyfus e Paul Rabinow, *Michel Foucault. Un parcours philosophique*.

punição, mas pelo controlo, e que se exercem em níveis e formas que ultrapassam o Estado e os seus aparelhos» (Foucault 1993: 119).

Subjaz, assim, a noção de que o poder emerge como uma estratégia de acção, modelada por dispositivos e técnicas muito subtis e eficazes, que se manifesta «fora do modelo do Leviatã, fora do campo delimitado pela soberania jurídica e pela instituição estatal» (Foucault 1992:186). Daí que, para Foucault, na análise do poder, ou melhor, das relações de poder se exige, no mínimo, a interrogação e o reconhecimento de cinco questões: 1) toda a relação de poder coloca em acção um conjunto de diferenciações e assimetrias e que, em última instância, são para ela simultaneamente condições e efeitos; 2) o tipo de objectivos perseguidos por aqueles que agem e interagem sobre a acção dos outros, nomeadamente para a manutenção de privilégios, o exercício da autoridade no contexto de uma função ou profissão; 3) as características ou modalidades instrumentais que assumem a materialização do exercício de poder, tais como, do uso ou não da ameaça de armas, a presença ou não de mecanismos complexos de vigilância e de controlo; 4) as formas de institucionalização e o princípio de regulação das relações de poder num dado conjunto social; 5) os graus de racionalização que subjazem no jogo das relações de poder, mais ou menos elaborados em função da eficácia dos instrumentos e dos resultados (Martins e Neves 1997). Por todas estas razões, o exercício do poder é complexo, sendo engendrado a partir da possibilidade de acção sobre a acção dos outros, e que se materializa sob múltiplas formas de disparidade individual e/ou colectiva, em função de objectivos, de instrumentações, de institucionalização e de organização. Em suma, é na base do reconhecimento destas questões que se podem aperceber, na perspectiva foucaultiana, as diferentes formas de poder, o seu modo de elaboração, a sua transformação e organização.

Stewart R. Clegg (1998) argumenta igualmente que o conceito de poder é polissémico. Na verdade, o poder, como não poderia deixar de ser, fenómeno por excelência estudado no domínio das organizações, comporta consigo uma não menor complexidade. Para o autor, o poder na organização é um fenómeno que abarca várias dimensões, de grande complexidade, tais como, a autoridade, o controlo, a liderança e ainda a influência social, muito particularmente nas redes de actuação e estratégias dos actores, não só de uma forma individual, mas

também, colectiva, ou seja, por grupos. Clegg argumenta que as organizações e o ambiente que as envolve,

«devem ser concebidos como arenas, onde as agências com níveis de poder diversos, isto é, com um controlo diferenciado dos recursos disponíveis, competem por recursos diferencialmente valorizados no contexto de jogos complexos e regidos por regras indeterminadas que cada agência procura explorar em proveito próprio. Geralmente, as perspectivas de poder exploram as questões relacionadas com o controlo dos recursos valorizados, como o capital, as competências, a informação, a propriedade, as redes de informação. As versões mais sofisticadas tendem a contextualizar o exercício deste controlo em jogos complexos, instáveis e regidos por regras indeterminadas, e a tomar as próprias regras por elementos centrais de análise» (Clegg 1998: 96).

Pois bem, uma questão que se coloca a nível organizacional é o interesse do poder nas organizações. Será para modelar e mediar a cooperação entre os actores? Diz Bernoux que o poder pode, então,

«definir-se como a capacidade de um actor, na sua relação com outro, de fazer de modo a que os termos da troca lhe sejam favoráveis. Trata-se de mobilizar recursos numa relação que, numa organização, é sempre um constrangimento maior. Os actores que não podem evitar entrar em relação, pois é o sistema de relações que constrói a cooperação. A relação de poder é vista aqui sob o aspecto em que ela constrói a organização, não sob aquele em que ela a destrói. O poder não é guerra, nem forçosamente o conflito» (Bernoux 1989: 140).

Trata-se de uma argumentação próxima de Crozier e sobretudo Friedberg (1994) que vêem o poder como uma relação de construção da organização. É pois nesse sentido que se pode referir ao poder «como um reconhecimento da complexidade e da contingência dos fenómenos de poder nas organizações e, logo da dificuldade em apreender (...) os seus múltiplos factores: psicológicos, sociológicos, psicossociológicos, económicos, políticos, etc.» (Petit e Dubois 2000:77). A verdade é que, não descurando ou rejeitando a importância que os factores pessoais possam assumir, quando nos debruçamos sobre o estudo do poder, eles são alvo de crítica dado o seu peso de relatividade e excessivo psicologismo (Friedberg 1995). Porém, também é verdade que não há líder sem grupo, tal como não há poder sem indivíduos em situação de contexto relacional de actuação. Mas como se materializa o exercício do poder nas organizações?

Para Gareth Morgan (1996), o poder nas organizações é um meio através do qual os conflitos de interesse entre os seus membros são resolvidos, e que se traduz, em última instância, que quem detém o poder arrasta consigo uma certa habilidade, por forma a conseguir levar o outro a fazer algo. Trata-se, assim de uma relação entre actores, que pode reenviar à noção de Max Weber que perspectiva o poder como a possibilidade de alguém impor a sua vontade sobre o comportamento de outrém. Num linha de reflexão próxima da ideia weberiana, Robert Dahl (1957) conceptualiza o poder como uma relação entre A e B, em que A tem um poder sobre B, na medida em que pode levar B a fazer algo, que B de outra maneira não faria. Trata-se, assim, duma perspectiva que salienta que o exercício de poder se materializa através da influência nos comportamentos dos membros de uma organização, tal como nota Henry Mintzberg (1983), Crozier e Friedberg (1977) e Touraine (1965). Neste ângulo analítico, igualmente Bertrand Russel (1979) sugere que o poder se reporta à produção de efeitos desejados nos comportamentos dos indivíduos, acrescentando ainda que os resultados do exercício do poder devem ser conseguidos independente da forma da sua obtenção.

Esta questão leva-me à consideração de uma outra. Trata-se da existência de uma dimensão psico-afectiva do poder (Petit e Dubois 2000). De facto, qualquer que seja o actor individual dentro de um grupo, especificamente, ou dentro de uma organização, mais amplamente falando, só poderá tornar-se o alvo, o centro do comando, se a sua autoridade se fizer sentir fortemente no seio do grupo. Significa isto que, mais uma vez chegamos à conclusão de que a liderança num grupo depende de dois campos de actuação relacional; ou seja, por um lado, da animação do próprio líder; por outro lado, da manifestação e vontade dos restantes membros do grupo. Assim sendo, a liderança, o comando enquanto fenómeno de poder, advém de uma reciprocidade que é conjunta, contextual, mas também individual. Tal como já referi anteriormente, qualquer que seja a posição que um indivíduo ocupe na organização só terá sentido e razão de ser quando relacionada com outras. Essas diferentes posições têm no seu cerne uma diversidade de interesses e racionalidades próprias dos actores (Petit e Dubois 2000; Crozier e Friedberg 1977).

Neste sentido, o poder, enquanto poder formal reconhecido e legitimado, é

parcialmente regulado pelo complexo jogo dos estatutos e dos papéis dos actores que constituem a organização. Daí que seja possível afirmar que todos os actores dentro de uma organização têm poder; porém, esse poder, manifestado nas decisões, comportamentos, atitudes e expectativas dos actores é, por sua vez, limitado, ajustado, quer no contexto relacional, quer no contexto organizacional. Assim sendo, tal como Jeffrey Pfeffer (1981) perspectiva, o poder nas organizações resulta de uma relação específica entre os actores, onde nenhum actor, dito no sentido individual, está esvaziado de poder, podendo contudo deter mais poder do que outro numa determinada situação. Confirma-se, assim, que o poder circula, não é monolítico, não está apenas concentrado nas mãos de uns, tal como refere Foucault (1992).

Neste contexto diferencial de redes de poder, quais são as bases e as fontes que permitem potenciar a relação do exercício de poder entre os actores? John R.P. French e Bertram Raven (1968) respondem a esta questão, sugerindo que o poder numa relação interpessoal, pode resultar das seguintes situações: ^{a)} recompensa, que se refere à capacidade de A poder recompensar B; ^{b)} coerção, relacionado com a capacidade A poder punir B; ^{c)} legitimidade, ligado à posição legal ou formal de autoridade que A detém em relação a B; ^{d)} referência, que se traduz na identificação de B com A, tentando B comportar-se como A, tal como ele se apresenta; ^{e)} competência, no sentido de especialização, relacionado com a posse de um dado conhecimento específico, especializado e privilegiado de A em relação a B.

Por sua vez John Kenneth Galbraith (1983), identifica três bases de poder: ^{a)} poder condigno, que se obtêm através da possibilidade de infligir ou ameaçar consequências adversas; ^{b)} poder compensatório, que resulta da capacidade de gerar recompensa; ^{c)} poder condicionado, que está relacionado com as crenças e os hábitos. Para o autor, o exercício de poder depende, em concreto, de três elementos: ^{a)} personalidade, revelando, assim, que o carisma de um indivíduo pode criar uma relação de poder entre A e B; ^{b)} propriedade, confinando, assim a materialização do poder em função da posse de bens e recursos; ^{c)} a organização, que foca o poder como a capacidade dos gestores de topo em envolver os outros membros nos seus objectivos organizacionais, assim como, traduz o poder como uma resultante dos efeitos organizacionais sobre o seu meio envolvente.

Tal como referi anteriormente, Amitai Etzioni (1974) sugere que o poder está relacionado com as formas de consentimento ou obediência. Trata-se de uma leitura que encontra algumas traduções nas ideias de recompensa, punição e condicionamento de French e Raven, e ainda de Galbraith, já que para Etzioni é através do exercício de tipologias de poder como o coercivo, remunerativo e normativo que se materializam formas de participação (alienativa, calculista, moral) dos actores nas organizações. O poder emerge como o "motor" das formas de participação.

Assim, como Galbraith, Gareth Morgan (1996) distingue igualmente, no plano organizacional, uma rede de poder no interior das organizações. Para o autor, as condições que originam a génese das relações de poder e de dependência, são diversas, sendo as suas principais bases, as seguintes: ^{a)} autoridade formal; ^{b)} controlo sobre os recursos escassos; ^{c)} uso da estrutura organizacional, das suas regras e regulamentos; ^{d)} controlo dos processos de tomada de decisão; ^{e)} controlo do conhecimento e da informação; ^{f)} controlo dos limites das interacções entre os membros e a organização; ^{g)} capacidade e/ou habilidade para enfrentar e lidar com a incerteza; ^{h)} controlo da tecnologia; ⁱ⁾ alianças interpessoais, redes de influência e controlo da dimensão informal da organização; ^{j)} controlo da contra-organização, ou melhor dos focos de resistência à mudança na organização; ^{k)} gestão dos simbolismos organizacionais e da administração do seu significado; ^{l)} gestão das relações entre os sexos, ou melhor das relações sociais de género na organização; ^{m)} factores estruturais que definem o estágio da acção; ⁿ⁾ o poder que já se tem, ou melhor, o que adquirido ou herdado anteriormente.

Crozier e Friedberg (1977) sugerem que o poder pode derivar da posse de uma competência específica, sendo este "movido" pela diferenciação posicional ou funcional, ou ainda pela capacidade para controlar a circulação da comunicação interna nas organizações. Assim sendo, o poder reporta-se aos domínios do saber (Freidson 1986b; Carapinheiro 1993), da ideologia, às regras organizacionais, ao controlo da informação e às relações com o meio. A teoria do poder nas organizações, segundo Crozier e Friedberg (1977), baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são detentores de objectivos próprios, possuindo uma margem de li-

berdade e autonomia e um sentido estratégico perante a organização⁶⁸. O poder e autonomia são complementares, mas não se diluem, antes porém, reportam-se a questões distintas. O exercício de poder diz respeito ao controlo de recursos, e a autonomia refere-se à capacidade dos actores em controlar os recursos a seu favor⁶⁹. Em suma, nesta interacção de redes de poder(es), os actores detêm um comportamento activo, de certo modo racional, mas limitado.

Segundo as perspectivas apresentadas, tais como as de Crozier e Friedberg (1977) e Pfeffer (1981), as fontes de poder surgem num quadro de dependência dos recursos que podem ser de ordem diversa, quer os físicos (por exemplo, matérias-primas), monetários, políticos, informações, e/ou conhecimentos. Porém, para Mintzberg (1983, 1998), além da dependência de recursos, constituem igualmente como as fontes de poder, quer as prerrogativas legais, expressas pelas leis e pelos regulamentos vigentes nas organizações, quer ainda o acesso privilegiado que os detentores de poder detêm em relação a outras fontes de poder. Esta perspectiva de Mintzberg encontra uma certa concordância simétrica com as teses apresentadas por outros autores descritas acima, entre as

⁶⁸ Um outro aspecto a considerar é de que no estudo de Graça Carapinheiro (1993), a autora revela que a entrada dos doentes num hospital, processa-se de acordo com critérios e interesses médicos. Num hospital geral o modo predominante de entrada é o directo, predominando num hospital universitário, a entrada pela consulta externa. Esta realidade só vem revelar que a estratégia de angariação de casos clínicos de maior interesse para os médicos é mais dominante num hospital universitário do que num geral. É pelas razões expostas que, para a autora, as dimensões estratégias médicas definem-se face ao hospital, no sentido de fazer prevalecer a pertença profissional sobre a pertença institucional, no âmbito do projecto da organização do seu poder no hospital. Um outro aspecto a considerar ainda, são as formas de utilização dos serviços que os médicos engendram. A este propósito, é ainda de referir que sistematicamente tem vindo a lume na comunicação social, notícias diversas denunciando as formas como se estruturam as práticas médicas, nomeadamente no que se refere à forma de utilização dos serviços públicos para a prática da actividade privada. São questões complexas que merecem um outro aprofundamento numa linha de investigação específica.

⁶⁹ Se considerarmos ainda que as principais características que distinguem uma profissão assentam essencialmente no saber e na capacidade de controlo (Freidson 1986b), então ela é caracterizada por um “saber” e por um “poder-saber” ou melhor, um poder disciplinar (Foucault 1987) no controlo da divisão do trabalho. A combinação do poder de *gatekeeper* dos médicos com o seu monopólio de conhecimentos relevantes e estratégicos para a organização, resulta um terceiro, por outras palavras, dito no sentido de Freidson, um “poder interpessoal com os clientes” (Carapinheiro 1993), intimamente relacionado com o seu estatuto privilegiado de autonomia e uma certa liberdade de actuação como referi anteriormente. De facto, esta questão do poder interpessoal com os utentes parece, no meu entender, constituir-se numa das principais fontes de poder dos médicos. Com isto pretendo dizer que a relação dual que se estabelece entre médico e doente é de uma extrema importância, já que o exercício profissional só se concretiza quando alguém (o doente) recorre ao seu saber e se submete às suas práticas. Para tal, o contacto próximo e pessoal emerge como uma relação imprescindível para a consolidação do *status* da profissão médica junto dos clientes e no seio da sociedade (Hunter 1991).

quais as de Morgan, de Galbraith e de French e Raven.

Assim sendo, é de considerar que o poder coercivo e de recompensa nas organizações pode ser entendido como uma forma que é utilizada formalmente por aqueles que detêm uma dada autoridade formal e certas prerrogativas legais para controlar os recursos, ditos essenciais ou críticos. Ou melhor, o poder coercivo só pode ser exercido por quem detém o poder legítimo. Quanto ao poder especializado é exercido por quem detém conhecimentos especializados para controlar a informação e os recursos nas organizações. Em relação ao poder referente, este manifesta-se no quadro da posse dos recursos políticos, considerados essenciais ao bom funcionamento da organização, sendo tradicionalmente concentrados num número reduzido de membros (Mintzberg 1983, 1998). Face ao exposto, o poder só se pode constituir a partir de uma rede de relações, em função dos jogos situacionais de acção e das próprias expectativas face às estratégicas, nas quais interceptam os valores, as atitudes e os comportamentos dos actores na organização⁷⁰. Na verdade, constata-se uma pulverização de noções sobre fontes de poder, facto que, tal como nota Morgan (1996) e Reed (1992), não torna linear delimitar este fenómeno. Por um lado, o poder emerge como um fenómeno de comportamento interpessoal, e por outro lado, surge como uma manifestação de factores estruturais sedimentados na organização.

Porém, uma questão me parece constituir o denominador comum das diferentes perspectivas. Trata-se da tese de Crozier e Friedberg (1977) que considera que o poder, ou melhor, que as relações de poder estão presentes em

⁷⁰ Tal como Reed argumenta, «as classificações estruturais e as práticas administrativas típicas das organizações formais ou complexas são determinadas por vastas configurações de dominação; as organizações reproduzem os constrangimentos ideológicos e políticos; o contexto dos constrangimentos institucionalizados postos por grupos dominantes, - como os administradores, profissionais, técnicos, trabalhadores com e sem experiência, e clientes - que se esforçam em controlar as ideias e as técnicas através do qual o trabalho é coordenado; este esforço para controlar conflitos gerados nos interesses e valores dentro e entre os actores organizacionais sobre o qual o trabalho é para ser estruturado, e os benefícios derivados da actividade produzida, são distribuídos por todos; os conflitos da estrutura social produzem contradições e tensões que têm que ser reguladas pelas tecnologias administrativas e práticas directivas, geradas nos interesses dos grupos dominantes - é para ser sustentada; estas tecnologias regulativas e práticas são parcialmente bem sucedidas mas, geralmente, dão origem a problemas no estabelecimento de novas fontes de poder e controlo, que são combatidas sobre grupos afirmados; a sucessiva mudança de fontes de poder reproduzidas pela luta desigual, entre os dominantes e os subordinados, para exercitar algum controlo sobre as condições da existência organizacional, é reproduzida, através da força subjacente, que conduz às transformações» (Reed 1992: 93-94).

toda e qualquer acção colectiva, ou ainda aquilo que Foucault (1993) refere, que o poder está em todo o lado. Para Crozier e Friedberg, o exercício de poder nas organizações surge de uma «troca desequilibrada da possibilidade de acção, ou seja, de comportamentos entre um conjunto de actores individual e/ou colectivos» (Friedberg 1995: 115). Apesar da relação de poder ser de facto inegável e nascer de uma relação desequilibrada, não se pode de modo algum considerá-la negativa. As relações de poder são imprescindíveis nas organizações, nomeadamente para a prossecução dos seus objectivos. É impensável uma organização sem relações de poder, pois seria difícil haver tomadas de decisão, objectivos partilhados por todos, acções organizadas de forma pacífica.

Uma outra questão parece-me que é de colocar aqui. Se atendermos aquilo que foi dito anteriormente sobre a participação e a democracia nas organizações, será que os benefícios esperados resultam de convergência entre os desequilíbrios de poder e a cooperação? Vejamos melhor a questão, tomando novamente como ponto de partida a questão dos sistemas de acção, para discutir as relações de poder. Face ao exposto anteriormente sobre os sistemas de acção, entendo que para a análise organizacional da participação directa é necessário ter em consideração o carácter interessado da acção social, já que o interesse existe, e não resulta de qualquer geração espontânea, nem se trata de qualquer processo de convergência dos actores. Antes porém, ele resulta da (inter)dependência, do desequilíbrio e dos confrontos de vontades, ditos de existências, e, portanto, de conflitos de poder entre os actores.

Assim sendo, as organizações apresentam-se como locais estratégicos para a condução de lutas de poder persuasivas entre os grupos da oposição sobre o controlo das estruturas e das práticas, através dos quais o trabalho é organizado (Reed 1992). Neste sentido, toda a acção organizacional pode ser entendida como «um resultado indeterminado de lutas substantivas entre diferentes actores: pessoas com diferentes recursos; pessoas com identidades organizacionais diferentes» (Clegg 1989: 197). Tratando-se de actores que procuram controlar e decidir a natureza da acção organizacional, então é igualmente de considerar que os interesses dos actores nas organizações e as suas decisões emergem necessariamente de processos contingentes (Clegg 1989; Reed 1992). Parto, assim, do princípio de que não há congruência de interesses entre os actores, pelo que o

verdadeiro problema nos sistemas de acção organizada

«não é, pois, que os actores tenham sede de poder, mas que eles não possam evitar a dependência e o seu corolário, o poder. A única maneira de enfrentar estes fenómenos é arranjar recursos para trocar e, em primeiro lugar, o recurso que contem todos os outros, a saber, autonomia e pertinência dos seus próprios comportamentos, o que nos reconduz ao nosso ponto de partida, o poder como capacidade de acção» (Friedberg 1995:275).

Na perspectiva de Friedberg (1995), poder e cooperação são uma "sequência natural", não sendo, por conseguinte, uma contradição. No fundo, o poder, apesar de ser engendrado numa relação assimétrica, visa a troca, a reciprocidade, a cooperação, e acrescento ainda, a participação directa, para que sejam alcançados os objectivos comuns, que mesmo sendo imperceptíveis, estão sempre presentes em todas as redes do quotidiano organizacional. Porém, se a cooperação, concebida num plano mais vasto de participação directa, é importante e necessária no funcionamento de uma organização, ela não deve ser "misturada" e "confundida" linearmente com o poder *per si*, antes porém, deve ser situada no plano das relações de poder. Parafraseando Crozier e Friedberg (1977), entendo que o carácter cooperativo e da participação directa na organização se mantém através destas diferentes concepções de jogos, mas também resulta do papel dos dirigentes e das suas relações com os actores da organização, assim como das interacções, interesses e relações de poder engendradas pelo conjunto de actores. Na óptica de Friedberg (1995) o poder de cada actor

«num processo de troca, provém da pertinência das possibilidades de acção de cada um dos participantes para a solução, ou pelo menos, para o controlo e gestão dos problemas nos quais tropeça a realização das empresas ou dos desejos dos outros» (Friedberg 1995:120).

Se considerarmos que nas relações entre os actores existe um jogo de interesses, estes também podem ser percebidos como um *illusio* (ou jogo), dito no sentido de Pierre Bourdieu (1997). Para este autor, define-se *illusio* como «o facto de reconhecer a um jogo social a sua importância, de reconhecer que o que nele se passa importa aos implicados, aos que fazem parte desse jogo» (Bourdieu 1997:106), ou melhor, na medida em que o 'participante' reconhece o

jogo e os objectos em jogo. Então, o interesse em estar no jogo é «'ser de', fazer parte, portanto, admitir que o jogo merece ser jogado e que os objectos em jogo engendrados no e pelo facto de se jogar o jogo merecem que o busquemos» (Bourdieu 1997: 106). Assim sendo, se reconhecermos que os intervenientes interiorizaram o próprio jogo, na medida em que «incorporaram uma multiplicidade enorme de esquemas práticos de percepção e de apreciação funcionando enquanto instrumentos de construção da realidade» (Bourdieu 1997:109), poder-se-á, então, falar de relações estratégicas e de poder, na medida em que ambos se confrontam para 'ganhar o jogo'. Mas como se manifesta esta estratégia? Utilizando Foucault para definir em que vertentes se manifesta tal estratégia, poderia defini-la, dizendo que:

«A palavra estratégia é utilizada correntemente em três sentidos. Para já, para designar a escolha dos meios empregues para chegar a um fim; trata-se de uma racionalidade posta em acção para atingir um objectivo. Para designar a maneira como um parceiro, num dado jogo, age em função daquilo que ele pensa ser a acção dos outros, e daquilo que ele estima ser o que os outros pensam ser a sua; em suma a maneira como se tenta ter o comando sobre o outro. Enfim para designar o conjunto de procedimentos utilizados num confronto para privar o adversário dos seus meios de combate e levá-lo a renunciar à luta; trata-se dos meios destinados a obter a vitória» (Foucault 1984: 316).

Efectivamente, a estratégia, imprevisível numa negociação, não é idêntica em contextos diferentes. Em última instância, tal como argumentam Crozier e Friedberg, é o carácter indeterminado do jogo dos actores que constitui o fenómeno central de funcionamento e de desenvolvimento das organizações. Assim sendo,

«quanto mais um contexto é constringido e regulado, mais a imprevisibilidade que resta será importante para todos os participantes, e mais reforçará as possibilidades de negociação dos poucos raros actores que ainda são parcialmente imprevisíveis. Em contrapartida, num contexto fluído e em processos de troca relativamente pouco estruturados, a possibilidade e a vontade de renunciar temporariamente à sua capacidade de rebelião e de se tornar assim mais previsível para os outros poderiam tornar-se uma fonte de poder, pelo menos a curto prazo» (Friedberg 1995: 125).

Friedberg identifica duas estratégias nas condutas dos participantes numa

relação de poder, sendo uma delas de tipo ofensivo, visando aumentar a previsibilidade dos outros, e a segunda de tipo defensivo, visando o alargamento de autonomia e a margem de manobra. Trata-se de jogos de actores que reforçam a posição negocial dirigido à obtenção de resultados naquilo em que os actores se empreendem. Assim sendo, este jogo de relações estratégicas, manifesta-se frequentemente em estratégias de poder. Pode-se chamar estratégia de poder

«ao conjunto de meios postos em acção para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Pode-se falar dessa estratégia própria às relações de poder na medida em que elas constituem modos de acção sobre a acção possível, eventual, suposta dos outros. Podem-se então descodificar em termos de "estratégias" os mecanismos postos em acção nas relações de poder» (Foucault 1984: 297-321)

Na verdade, segundo Friedberg, existem duas formas de jogar este jogo: a troca económica, onde os jogadores trocam recursos, e a troca política, onde os jogadores para além de trocarem recursos tentam simultaneamente manipular em seu favor as regras que governam esta troca. Na verdade esta troca assume aspectos particulares

«os participantes de todo o processo de troca durável procuram meios para reduzir a autonomia dos seus parceiros, ou seja, a sua capacidade de interromper a troca e desertar. A organização ou a hierarquia não fazem mais que tornar essas estratégias mais difíceis, ao mesmo tempo que diminuem a sua força de atracção, pois que garantem a permanência desses processos» (Friedberg 1995:132).

Assim sendo, as relações de poder e as trocas negociadas, nem sempre podem ser entendidas como conflituais (Crozier e Friedberg 1977). Existe uma dimensão oclusiva, onde cada jogador, ao tentar melhorar a sua própria posição de negociação, vai tentar reduzir as possibilidades de escolha dos parceiros, contribuindo assim para a estabilidade da relação. Este jogo de trocas com as suas regras garante estabilidade acabando por definir estratégias e exigências, fundando um equilíbrio que ainda que não seja igualitário constitui uma espécie de compromisso aceitável, cujo interesse fundamental é (re)ordenar a estrutura de poder inicial para promover a cooperação. Assim sendo, os campos de acção nos processos de troca situam-se sempre num meio termo onde o acesso aos recursos é incompleto e desigualmente repartido, onde a interdependência dos

actores nunca é equilibrada. Para além disso, a avaliação dos actores acaba sempre por estar sujeita à manipulação por parte do outro, não sendo nunca uma avaliação de *performance* completa como seria desejável (Friedberg 1995).

As teses de Crozier e Friedberg (1977) e de Friedberg (1995) permitem-nos, assim, apercebermo-nos da grande diversidade das lógicas organizacionais existentes, assim como dos fenómenos contrastantes que são vividos e partilhados no interior das organizações. Para além disto, é um modelo que propõe regras de compreensão ao caracterizar o jogo dos actores como um constructo social que institucionaliza outros constructos sociais que condicionarão, por sua vez, os jogos dos actores sociais. Um outro aspecto a considerar é a questão da indeterminação. O conceito de incerteza enquanto elemento central da explicação do jogo dos actores sociais é rico e diversificado uma vez que, segundo Crozier e Friedberg, permite compreender porque é que existe acção e liberdade de acção, bem como o comportamento dos actores organizacionais perante distintas situações. Esta perspectiva fornece, sob este ponto de vista, a chave da explicação das estratégias racionais que os actores realizam em função dos objectivos que perseguem e dos meios de acção que privilegiam, dentro do seu contexto e das oportunidades de acção.

Na verdade, para Friedberg a acção colectiva ou organizada não é um exercício gratuito, antes porém, é sempre uma aliança de homens contra a natureza, face a problemas materiais para cuja solução são obrigados a cooperar. Aliás, como ele próprio refere, «são problemas que têm que se resolver em comum e cujo domínio diferencial estrutura o campo de acção e as relações de troca entre os participantes» (Friedberg 1995: 253). Os sistemas de actores e as construções de jogos que lhes dão coesão e consistência estruturam-se à volta das incertezas "naturais" ou "objectivas" resultantes das características técnicas, económicas ou outras dos problemas a resolver. Essas incertezas impõem-se como um dado aos actores e constituem um constrangimento tanto para a estruturação como para os resultados dos jogos através dos quais estes últimos tornam possível a sua cooperação. O que é incerteza do ponto de vista dos problemas é poder do ponto de vista dos actores. A seguinte afirmação de Friedberg é ilustrativa desta realidade:

«Escorada nas incertezas inerentes aos problemas a resolver, toda a

estrutura de acção colectiva, logo todo o sistema de acção concreto, constitui-se como um sistema de poder. Ela é fenómeno, efeito e facto de poder. Enquanto construção humana, ela arruma, regulariza e cria poder para permitir que os actores cooperem nas suas empresas. De facto, a acção colectiva que ela torna possível não é mais que política quotidiana, ou, se se preferir, micropolítica: o poder é a sua matéria-prima, é a mediação comum e ao mesmo tempo autónoma dos objectivos e apostas diferentes dos actores envolvidos que conservam uma relativa autonomia uns dos outros» (Friedberg 1995: 255).

Mas, Crozier e Friedberg (1977) ao colocarem o poder no centro da cooperação humana, naturalizando-o como uma dimensão irreductível e perfeitamente "normal" das relações humanas no trabalho, não estarão a imaginar o mundo e acção social povoados por pequenos "maquiáveis" perfeitamente cínicos e amorais? Não estarão os autores a conceptualizar os actores que para satisfazer a sua sede de poder e para aumentar a sua influência sobre os outros, passariam por cima de tudo e de todos? Ora bem, segundo Friedberg esta configuração é possível nas organizações, já que se os participantes na organização desejarem obter o êxito nas suas tarefas, «todos os membros de uma organização, serão levados, quer queiram ou não, quer gostem ou o façam contra vontade, a tentar influenciarem mutuamente as suas condutas, isto é, a exercer poder uns sobre os outros» (Friedberg 1995: 260). Porém, considera o autor que apesar do poder se desenvolver à sombra das estruturas formais, nomeadamente nas zonas ditas fluídas, não sendo assim possível conhecer com precisão a sua configuração e limites, não é necessário que se adopte uma perspectiva negativista em relação ao poder. Isto porque

«uma análise empírica de relações de poder que subentendem as construções de acção colectiva de um campo (...) exige que se abandone uma visão puramente negativa de poder substituindo-a no contexto dos processos de troca desigual e de cooperação conflitual que formam a trama e a base de toda a acção colectiva» (Friedberg 1995: 259).

Justifica-se assim que, ao colocar o poder no centro da problemática dos sistemas de acção organizada, não significa que as organizações só funcionem na base de relações de poder, nem que o poder constitua a principal motivação, e quiçá a única, de todos os actores. Porém, o poder tal como é concebido «levanta a questão dos seus laços com a competência dos actores, e fá-lo de duas maneiras

diferentes» (Friedberg 1995:281). A primeira é que se trata de competências, saberes práticos que permitem controlar incertezas. Para o autor, nenhuma incerteza nem nenhuma competência são adquiridas a título definitivo e sobretudo qualquer incerteza é sempre construída pelas próprias competências que servem para a controlar. Todavia, «o controlo de uma incerteza não equivale, portanto, ao seu desaparecimento. Com frequência acontece mesmo o contrário. Na medida em que serve de suporte a uma negociação é muito provável que se amplifique» (Friedberg 1995: 281).

Assim sendo, o saber prático que serve para controlar a incerteza só pode desenvolver-se se for exercido com regularidade, e certamente fá-lo tanto melhor, como sugere Friedberg, quanto se exercer em condições difíceis e em casos complexos. Mas, segundo o autor «o poder está ligado à noção de competência num segundo plano, o da competência dos indivíduos e dos grupos para enfrentar essa realidade em vez de a esconder» (Friedberg 1995: 285). Contudo, as vantagens que derivam da posse de uma competência específica na resposta às lógicas da incerteza intra-organizacional, só adquire sentido, na perspectiva de Teresa Ganhão (1993), se se verificar a correlação de três critérios sobre a importância do próprio saber, nomeadamente o domínio, a raridade e a necessidade. Para a autora, a necessidade está intimamente relacionada com a questão da incerteza na organização, visto que, quanto maior for o nível de incerteza, mais importante se torna o valor e posse do saber, apesar de que

«a concessão de maior ou menor poder por parte deste está directamente relacionada com o grau de dificuldade do seu domínio, onde a complexidade e iniciativa funcionam como condicionantes (...). Na análise da complexidade do domínio tem de se atender ao número da diversidade dos elementos intervenientes na tarefa (...). A iniciativa (...) corresponderá à margem de autonomia do titular da tarefa na adopção de soluções e resolução de problemas. (...) Na raridade do seu saber, que dificulta a substituição a curto prazo, ele encontra o meio de fortalecer a sua posição, de aumentar o poder, consolidando os recursos advenientes da situação» (Ganhão 1993: 60-61).

Porém, como justamente notam Crozier e Friedberg (1977), esta competência é de ordem pessoal correspondendo à aprendizagem individual e progressiva de uma capacidade de construir a relação com outrém. Trata-se de uma questão relacionada com a cultura e os processos de socialização dos

indivíduos. São precisamente as ferramentas culturais e a armadura psicológica, frutos de uma aprendizagem familiar e social que permite aos actores construir as possibilidades de dominar as conseqüências afectivas da relação com o outro. Trata-se certamente, como refere Friedberg (1995), de um domínio relacional desigual, já que as relações são de natureza colectiva, não sendo, assim possível de serem separadas das estruturas de acção colectiva, dos constrangimentos materiais estruturais e sociais que caracterizam os jogos em que os indivíduos participam.

Todavia, apesar de não ser de desprezar aqui a própria função psicológica dos actores, interessa ainda desmistificar um outro aspecto do espaço social onde os jogos se desenvolvem. Onde se posiciona o interesse dos grupos em 'disputa', em manifestar a não participação em processos de mudança organizacional? Assim sendo, em vez de interesses, não se estará a falar ou a colocar o possível desinteresse nos domínios dos sistemas de acção concreta? Bourdieu respondeu já a esta questão:

«Se o desinteresse é sociologicamente possível, só o pode ser por meio do encontro entre *habitus* predispostos ao desinteresse e universos nos quais o desinteresse seja recompensado. Entre estes universos, os mais típicos são, juntamente com a família e toda a economia das trocas domésticas, os diferentes campos de produção cultural, campo literário, campo artístico, campo científico, etc., microcosmos que se constituem na base de uma inversão da lei fundamental do mundo económico e nas quais fica suspensa a lei do interesse económico» (Bourdieu 1997:116)

Poder-se-á observar que, neste caso concreto, não se poderá falar de desinteresse. O desinteresse não parece norma visto que não existe a suspensão da lei do interesse económico. Aliás, a participação e democratização nas organizações, as melhorias das condições de trabalho advêm com a melhoria das condições económicas, seja através das reivindicações, seja através da partilha e/ou convergência de objectivos comuns. Neste sentido, como se manifesta o poder? Neste caso específico, manifesta-se através do poder de decisão, na capacidade de gerir, no acumular dos ganhos, na capacidade de controlar a repartição dos lucros. A manutenção do poder é a raiz do interesse. A possível repartição dos poderes é em si um desvirtuamento da própria concepção tradicional da organização. O poder de decidir, de gerir, de exercer autoridade,

provavelmente será a força motriz dos detentores da capacidade e dos recursos para a tomada de decisão. Assim sendo, será possível falar de democratização nas organizações, para mais em sociedades democráticas? Na verdade, pelo facto das sociedades serem democráticas, tal como nota Dachler e Wilpert (1978), não é necessário que todas as suas instituições o sejam, assim como não é imperativo que as organizações assim se tornem. O próprio uso destes dois étimos conjugados manifesta o desvirtuamento da 'democracia'. O poder dos trabalhadores não pode coincidir com o lugar em que o gestor conduz o desenrolar da acção social. A questão coloca-se não na igualdade de circunstâncias e de decisão entre estes dois grupos (gestores e trabalhadores assalariados), mas no desejo do grupo com menos poderes ascender e ter mais poder. Parece-me que é o desejo de poder que se manifesta neste dualismo, nesta competição ou melhor dizendo neste jogo de interesse e/ou *illusio*. O que é necessário considerar, tal como propõem Crozier e Friedberg (1977) é que a não congruência de interesses entre os actores não se traduz numa sede de poder, mas pela impossibilidade de evitar a sua dependência nas interacções organizacionais. Daí que, sugerem os autores, o exercício de poder é apenas sinónimo de capacidade de acção.

Efectivamente, reflectir sobre a participação directa, coloca a nu que a(s) relação(ões) de poder na organização engendram-se num quadro de estratégia(s) de luta, num apelo recíproco à negociação, à cooperação e às trocas perpétuas, encadeadas num campo (in)definido de interesses, e que não se reduzem a um mero jogo de soma nula. Assim sendo, será de considerar que, quando os actores aceitam em participar directamente nas organizações, por exemplo num processo de *empowerment*, dito no sentido de Hardy e Leiba (1994), trata-se da materialização de um interesse dos mesmos, em potenciar a sua capacidade de acção, no sentido de afrouxar o controle formal e potenciar as oportunidades de iniciativa pessoal e colectiva?

1.3.2. Pensamento Estratégico como Preferência Analítica das Orientações da Lógica da Participação Directa da Enfermagem

As diferentes questões colocadas anteriormente colocam em evidência que as estruturas organizacionais não podem ser vistas como identidades transcendentais, antes, porém, possuem uma lógica, que não «pode ser isolada e analisada sem referência aos actores sociais e aos significados partilhados através dos quais eles constroem os acontecimentos»⁷¹ (Reed 1992: 92-93).

Apesar de ser fácil admitir que a relação entre a enfermagem e outros profissionais deve ser, acima de tudo, uma relação de participação, baseada numa lógica de cooperação e esforço conjunto, na verdade os contornos desta relação abrigam a questão disciplinar, que foca, em concreto, uma variedade de significados na rede de relações profissionais. Desta interacção resulta como que um “jogo” que dá origem a dois campos distintos de acção dos quais fazem parte peças igualmente distintas, mas que no fundo, reflectem a necessidade de se afirmarem ora dependentes ora independentes um do outro. Essas peças funcionam como meios para cada um dos campos se afirmar e assim lhes atribuir uma identidade, ou seja, características próprias que lhes conferem uma determinada posição na interacção que estabelecem (Sweet e Norman 1995; Carpenter 1993; Marshall 2000; Amâncio 1992; Witz 1992; Davies 1996; Porter 1992; Freidson 1988; Carapinheiro 1993; Lopes 1994). Subjaz igualmente da leitura das diferentes teses apresentadas, a consideração da presença e da importância de uma ordem negociada, continuamente construída e reconstruída no quadro de

⁷¹ Aliás tal como salienta este autor, «os objectivos oficiais e estruturas formais apenas têm significado para a acção social se elas forem encaixadas nos processos de negociação que estabelecem os acordos de trabalho através do qual “as coisas são feitas”. As estruturas formais e os sistemas de controlo, agora são simplesmente vistos como os acordos oficialmente designados e codificados, que emergem dos complexos processos de negociação entre os actores organizacionais (...) A organização formal é vista como uma representação redutora e para justificação de acordos realizados por actores continuamente comprometidos em renegociar e reorganizar as constantes mudanças das fundações da ordem organizacional. É negado o *status* explicativo como uma entidade ou força independente (...). As bases da acção colectiva nas organizações complexas têm de ser continuamente reconstituídas através de processos de negociação que ostentam certos padrões gerais ou configurações, mas são operacionalmente contingentes sobre a sua localização em cenários organizacionais específicos» (Reed 1992: 146).

uma interacção social e dos significados partilhados, colocando de uma forma, de certo modo, determinística a explicação de que os actores sociais têm de adaptar-se à ordem negociada, «se quiserem sobreviver ou prosperar» (Reed 1992: 93). Um outro aspecto que marcou a reflexão efectuada é a ideia de que as organizações constituem arenas estratégicas, onde interagem e manifestam as redes de poder.

Efectivamente, a noção de abordagem organizacional numa perspectiva estratégica é fruto de uma conceptualização teórico-metodológica de Friedberg (1995), herdeira dos fundamentos da análise estratégica descrita na obra — *L'Acteur et le Système* —, de Crozier e Friedberg, que toma em atenção não só as estruturas de poder e os interesses locais, mas também a ideia de que os actores constroem o contexto, no qual as acções estratégicas operam. Isto equivale a dizer que, na minha perspectiva, as premissas que sustentam a análise da participação directa da enfermagem no quotidiano do trabalho, encontram a sua ressonância nos três aspectos que Friedberg (1994, 1995) considera de inseparáveis: ^{a)} Um actor capaz de cálculo e de escolha; ^{b)} o poder como meio/forma de troca; ^{c)} o contexto de acção como sistema de acção concreto. Vejamos melhor de forma sumária, cada uma das premissas do pensamento estratégico da abordagem organizacional.

1.- A primeira, a noção de actor, assenta no facto de que todo e qualquer actor possui uma capacidade para escolher e uma capacidade de cálculo. Todo o actor é portador de uma estratégia, o que quer dizer, portador de uma racionalidade. Por outro lado, qualquer indivíduo é um actor pelo facto de pertencer a um determinado contexto de acção, onde o seu comportamento contribui de uma ou de outra forma para a estruturação desse mesmo contexto. Por esta razão, pela sua capacidade de construção de acções, que Crozier e Friedberg designam de actor estratégico e também por agente, que pode por sua vez, revelar-se um ser individual ou colectivo com instinto estratégico. Contudo, não se pode esquecer que estes últimos, como tudo o mais no interior da organização, são constructos sociais. Seja de uma forma ou de outra, actor ou agente, o que interessa aqui é considerar que todo o protagonista em contexto de acção possui sempre uma capacidade para escolher, na medida em que é portador de uma racionalidade, apesar de limitada, e de um cálculo. De recordar que Friedberg faz questão de salientar que a racionalidade não significa apenas lucidez

ou consciência e nem o cálculo significa somente utilitarismo ou instrumentalismo puros. O utilitarismo significa, em traços gerais, que o investigador se preocupa mais com as relações do que com as pessoas propriamente ditas, centrando-se numa hipótese de racionalidade para descobrir as características de um contexto de acção.

Não será demasiado voltar a referir aqui que, um actor estratégico é simultaneamente um actor humano, empírico e calculista (Friedberg 1995). Porque interactiva com os outros, o actor dispõe de si próprio e dos outros, participando na elaboração do seus interesses, comportamentos, atitudes e desejos. Quer isto dizer que o indivíduo, ou melhor, o profissional de enfermagem pode ser entendido como um ser activo, interessado e calculador, que não absorve passivamente o conteúdo que o rodeia, e que, por se tratar de um ser activo, se adapta simultaneamente às regras de jogo do seu contexto de acção e as modifica através da acção. Tal como já referi anteriormente, os interesses dos actores podem ser definidos independentemente da situação de interacção. De notar ainda que, o conceito de "interesse" é entendido num sentido lato, englobando desta forma todas as forças imagináveis, nenhuma excluída *a priori*, cabendo ao investigador, a função de descodificar a natureza destes interesses e, através deles, a estruturação do campo de acção que a enfermagem engendra nas relações organizacionais.

2.- A segunda grande premissa traduz-se no poder enquanto meio ou forma de troca. Crozier e Friedberg consideram o poder uma dimensão irreduzível e perfeitamente normal, ou seja, está sempre presente em todos os papéis e funções desempenhadas por qualquer actor. Mas acrescentam ainda os autores que é uma dimensão de todos os papéis humanos/sociais, quer sejam na ordem do conflito ou na ordem da cooperação. Na realidade, trata-se de uma dimensão indispensável à análise estratégica, no sentido de que possibilita a explicação de conflitos e de acordos e dessa forma evita considerações pouco consensuais das estruturas de acção colectiva. Tal como argumenta Friedberg (1993, 1994, 1995), as dicotomias instabilidade/estabilidade e conflito/integração fazem ambas parte do comportamento dos actores estratégicos. Trata-se, assim, de analisar a questão das relações de poder, colocando esta noção no interior dos contextos de acção e privilegiando, para tal efeito, a análise empírica. Por outro lado, é

necessário atender ao facto de que as relações de poder, e, porque há sempre uma zona de incerteza em determinado contexto de acção, permitem explicar que a complexidade do comportamento dos actores assenta numa lógica não linear. É preciso, contudo, para proceder a este tipo de análise, como sugere o autor, que se abandone a visão puramente negativa do poder, colocando-a no contexto dos processos de troca desigual e de cooperação conflitual que formam a rede e a base de toda a acção colectiva. O autor privilegia, deste modo, não a dimensão política, mas a problemática da dependência e da interdependência, bem como as capacidades de acção no seio dos sistemas de acção. Por outras palavras, falar de relações de poder implica falar de relações de interdependência entre os actores, de comportamentos, capacidades e competências que condicionam fortemente o funcionamento formalizado da organização.

É neste sentido que Friedberg se insurge contra a concepção segundo a qual a organização aparece enquanto oposição a tudo o que não é organizado. Esta ideia, de acordo com o autor, subestima o carácter estruturado e até mesmo "organizado" dos contextos de acção mais difusos e sobrestima explicitamente o carácter estrutural e discriminante da formalização das organizações. Esta constatação é muito importante para a problemática da participação; aquilo que não é formal não é menos estruturado e o que é formal não tem necessariamente o alcance que se espera. Aliás, o autor em questão pensa que as estruturas formais apenas fazem sentido enquanto enquadramento à acção e apenas têm um impacto real na medida em que são retomadas pelos actores. A interdependência e a cooperação entre actores são cimentadas e estabilizadas por "ataques de forma" e as práticas reais destes mesmos actores afastam-se das prescrições contidas e inscritas nestas formas. O formal e o informal coexistem no interior de uma tensão criadora, tensão essa que é variável de um campo para o outro. Nesta perspectiva, as organizações constituem a forma mais artificial, intencional e construída da classe de estruturas de acção colectiva produtoras de uma ordem local e contingente. Assim sendo, estes sistemas constituem, pois, o resultado da interacção estratégica e dos processos de troca e de poder entre os actores. Em termos metodológicos, não é a organização que deve ser considerada como objecto de estudo, mas o sistema de acção concreto.

3.- A terceira premissa é aquela a que já teci alguns considerandos na

secção anterior, e que considera o contexto de acção participativa como um sistema de acção concreto. Não se trata de uma repetição, mas sim, uma sistematização daquilo que já referi. Quando se fala do sistema de acção concreta, implica, de acordo com Friedberg (1994), falar de um tipo de pensamento: o pensamento sistémico e estratégico. Este tipo de pensamento não procura explicar, mas antes encontrar as causas dos fenómenos observados num contexto, ou melhor, em todo um conjunto de relações em que se inserem os indivíduos com os seus comportamentos e estratégias de acção. Na opinião do autor, os sistemas são locais, construídos e reconstruídos no quotidiano através de um conjunto de relações de interacção e de troca mais ou menos duráveis. A sua perspectiva direcciona-se, acima de tudo, para as relações entre actor e sistema: na sua opinião, sistema e actor são "co-constitutivos", estruturando-se e reestruturando-se mutuamente⁷². Assim sendo, um sistema não é explicável senão a partir da acção que o institui e reinstitui continuamente. A noção de sistema não apresenta um conteúdo definido *a priori*, fora de um contexto particular. Trata-se, portanto, de um instrumento de conhecimento.

A noção de sistema é utilizada por Crozier e Friedberg (1977), enquanto instrumento de análise que permite utilizar a racionalidade limitada e contingente dos actores, quer para descobrir as propriedades e as características de um contexto sistémico, quer para identificar de onde provêm os seus recursos e simultaneamente os seus constrangimentos. O sistema não é funcional e, portanto, prévio aos comportamentos dos actores, nem tão pouco é territorializado, ou seja, claramente delimitado no tempo e no espaço. No seguimento do pensamento dos autores, a necessidade de um sistema de acção funda-se na hipótese heurística sobre a existência de um mínimo de ordem e de interdependência que advém da aparente desordem das estratégias dos actores individuais e colectivos inseridos num determinado campo de acção. De acordo com os autores, não se pode dizer que um determinado sistema de acção está

⁷² Perspectiva-se assim, tal como nota Isabel Guerra (2000), uma interdependência e hierarquização dos elementos do sistema de acção concreto, não sendo possível neste contexto, qualquer possibilidade de privilegiar um elemento em relação a outros, tais como «a prioridade do económico ou dos valores sobre as restantes dimensões do sistema» (Guerra 2000: 26). Acrescenta ainda a autora que a concepção do sistema de acção concreto «postula ainda uma homogeneidade do campo social numa postura muito próxima da ecologia humana, onde os comportamentos e valores humanos co-existem com outros elementos naturais que os podem influenciar» (Guerra 2000: 26).

sempre bem. A verdade é que se trata de um processo que permite explicar como as estratégias e os comportamentos dos actores permitem o funcionamento de tal sistema e o modificam constantemente. Enfim, um sistema de acção concreto implica interdependência entre actores e é essa interdependência que permite criar mecanismos de regulação do sistema e que interessa investigar para demonstrar a existência dessas regulações.

Esta perspectiva é partilhada por Jacques Lautman (1994). Para o autor, falar da análise estratégica implica ter que se falar indispensavelmente de actores, da diversidade de acções e comportamentos individuais. Porém, isto não significa que tal procedimento analítico se reduza a uma questão do individualismo metodológico. Na verdade, o autor em causa subscreve que cada actor, enquanto indivíduo que faz parte de um determinado sistema organizacional, vai construindo um espaço, uma zona de incerteza e regras próprias. Entende-se assim que o actor possui uma racionalidade estratégica da qual faz uso no seio da colectividade a que pertence. Por esta razão, Lautman refere que as duas principais noções da análise estratégica são a «omnipresença de processos de negociação explícitos ou implícitos e a aprendizagem colectiva» (Lautman 1994: 182). Por outras palavras, e na linha do pensamento do autor, para se agir estrategicamente no modelo crozieriano, cada actor precisa de desenvolver diferentes níveis de negociação, pois só assim será reconhecido a cada actor o direito e a possibilidade de negociar, ou seja, de se afirmar com uma identidade própria e dessa forma participar e escolher. Na base de tudo isto está, um conjunto de processos que se traduzem na «aprendizagem colectiva de regras, na criação de novas regras e através dessas regras, a descoberta de objectivos, a apropriação do sentido da acção» (Lautman 1994: 183).

É, pois, face a tudo isto que Lautman considera que a originalidade da análise estratégica reside no facto de evidenciar as funções, comunicações, incertezas, ligações e explica quais são as duas grandes diferenças face ao individualismo metodológico. A primeira, porque o individualismo se distancia do realismo empírico e se orienta para um ponto de vista mais construtivo. A segunda diferença refere-se ao sentido que o actor dá à acção. Nas palavras do autor, «o individualismo é intransigente» (Lautman 1994: 184), precisamente porque os actores conhecem os seus objectivos num determinado sistema e estão

conscientes das suas acções bem como dos seus parceiros e adversários. No quadro da análise estratégica a racionalidade é limitada. De facto, Lautman, à semelhança de Crozier e Friedberg, chama a atenção para a acção dos actores. Porque um actor está inserido num grupo, ele manifesta-se por comportamentos e vive de motivações que o levam a pensar as suas acções na dinâmica conflitual que toda a organização possui. Assim sendo, ao contrário do individualismo metodológico, e que já fiz referência anteriormente, a análise estratégica de Crozier e Friedberg, privilegia o sentido dado pelos actores. Efectivamente, Lautman afirma que a análise estratégica assenta em toda uma filosofia de liberdade que todos os actores possuem; porém, argumenta ainda o autor que é essa mesma liberdade que faz com que eles não acreditem que a possuem. Segundo ele, esta situação deve-se ao facto de tal liberdade não se resumir a um conjunto de liberdades individuais e totais dos actores, já que os mesmos possuem uma racionalidade limitada sobre a realidade. É por esta razão, que os estudos organizacionais devem passar «pelo estudo das atitudes e exploração do universo das representações dos sujeitos» (Lautman 1994: 185)⁷³. Posto isto, a principal

⁷³ De facto, estou de acordo com o autor, sobre a pertinência da exploração das representações e das atitudes dos actores na análise organizacional. Porém, as representações constituem um conceito complexo. Já Durkheim se preocupava pelas formas como os indivíduos pensam sobre o contexto social. Igualmente os interaccionistas, como George Mead, vieram atribuir uma importância particular ao papel das representações sociais nos processos simbólicos da linguagem e da interacção social. Em época recente, autores portugueses das correntes da psicossociologia, tais como Jorge Vala, vieram igualmente debruçar-se sobre esta questão. Para este autor, «uma representação social compreende um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilidade do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e de elaboração das respostas e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade» (Vala 1993: 355). Na concepção de Moscovici as representações sociais são definidas como estruturas cognitivas específicas da sociedade contemporânea. Para este autor, elas constituem uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, e que tem uma finalidade prática. São as representações que modelam as atitudes dos actores, constituindo estas uma pré-disposição individual, construída racionalmente, dito no sentido de Doise (1986) e Jodelet et al. (1989), e que assume um carácter favorável e/ou desfavorável em relação a dado objecto. Subjaz ainda nas orientações dos comportamentos dos actores um sistema de valores que se define como um sistema de preferências que modela as disposições e as avaliações cognitivas dos actores sobre a realidade. Neste sentido, as representações produzidas pelos diferentes actores são dinâmicas e reactualizam-se em função de processos de objectivação, ancorada sobre as atitudes, as informações e as reelaborações simbólicas da realidade. Compreende-se aqui que não existe representação sem objecto e que a interpretação de novos objectos processa-se em função das categorias conhecidas (Doise 1986; Jodelet et al. 1989). Aplicando aqui a noção de representações sociais para o campo organizacional, sou levado a considerar que as representações dos actores sobre a realidade organizacional derivam igualmente de um processo de apropriação e de reelaboração intra-subjectiva dos mesmos sobre essa realidade, sendo construído e interpretado em função do modo como o actor processa a construção selectiva, a esquematização estruturante e a identificação das interacções organizacionais.

conclusão apresentada por Lautman (1994) sugere que o individualismo metodológico e a análise estratégica de Crozier e de Friedberg têm em conta o comportamento do actor inserido numa organização, e se resumem a dois blocos «parcialmente convergentes, frutos um do outro, mas cada um mais adaptado a uma classe de fenómenos» (Lautman 1994: 190).

De acordo com Françoise Gonnet (1992, 1994), só apenas há cerca de dez anos que se tem tentado aplicar o pensamento estratégico e sistémico para desocultar os problemas, ao nível do sistema hospitalar em França. Através deste procedimento analítico, afirma a autora que se tem vindo a constatar um acumular progressivo de conhecimentos e resultados e a criação de um clima favorável neste âmbito. Vejamos melhor. De acordo com a autora, pode-se falar em três grandes etapas distintas de desenvolvimento:

«o investimento no conhecimento do meio; a modificação do pensamento sobre os problemas através inquéritos e de experiências de formação; a reflexão sobre os problemas de mudança e a elaboração de um novo método de intervenção no meio hospitalar» (Gonnet 1994: 337).

1.- Em relação ao investimento no conhecimento, para Gonnet trata-se de um novo olhar sobre a realidade hospitalar. Segundo a autora, o recurso à análise estratégica radica na possibilidade de descobrir se a realidade hospitalar se constitui num sistema humano onde os problemas não podem ser compreendidos sem se fazer referência ao sistema. Para além, disto aponta também para um outro aspecto: é que para se ter conhecimento do funcionamento da unidade hospitalar é preciso ter sempre em conta os actores hospitalares, para que se possam compreender as situações complexas, nomeadamente sobre os seguintes três aspectos: ^{a)} lógicas múltiplas e divergentes; ^{b)} o aspecto central da cooperação; ^{c)} identificação dos problemas.

Lógicas múltiplas e divergentes porquê? Falar de um hospital implica, para a autora, falar de um universo em plena profissionalização, onde a especialização tende cada vez mais a tornar-se considerável, onde surgem novas funções, novas categorias, etc. Posto isto, um diagnóstico do sistema hospitalar torna-se indispensável, possibilitando a compreensão de lógicas múltiplas, igualmente divergentes e por vezes contraditórias, bem como os comportamentos que lhes

estão subjacentes. Nesta óptica, o diagnóstico sociológico permite-nos, segundo Gonnet (1992, 1994), não só compreender o sentido dos comportamentos e das estratégias, sintomas e causas imediatas, mas também nos permite encontrar explicações, julgamentos de valor e até análises moralizantes, relativamente frequentes no mundo hospitalar. Por outras palavras, enquadra-se na noção de diagnóstico sociológico «a ideia de um novo conhecimento construído a partir de conhecimentos parciais já existentes» (Gonnet 1992: 256).

Por outro lado, o diagnóstico do sistema hospitalar evidencia não só o aspecto central da coordenação, como também da cooperação entre os diferentes actores, portadores de diferentes lógicas. Trata-se, segundo Gonnet, de um aspecto de importância crucial para a compreensão do funcionamento da organização hospitalar, bem como dos diferentes actores onde todos desempenham a mesma missão: combater a doença. Acresce que a sua importância reside no facto de evidenciar os elementos integradores e reguladores que permitem assegurar a cooperação, apesar das exigências e interesses divergentes. Ou seja, chama a atenção para a existência de funções ou categorias que resultam da articulação de diferentes lógicas e que são expostas a diferentes tensões, pressões ou constrangimentos.

Um outro aspecto relevante a considerar é de que o diagnóstico do sistema permite identificar de uma forma bastante rápida os problemas e sobretudo, as suas causas mais profundas, bem como estabelecer prioridades (Gonnet 1992, 1994). O conhecimento aprofundado de um determinado conjunto de problemas tem a vantagem de estabelecer distinções bem claras entre um ponto fraco e um ponto forte do sistema, entre o problema profundo e um disfuncionamento no sistema, ou seja, susceptível de pôr em causa o equilíbrio do sistema. Por outras palavras, será o mesmo que dizer que este tipo de diagnóstico do sistema hospitalar faz com que progressivamente se crie um “olhar” menos compartimentado da realidade hospitalar, bem como apreender todo o tipo de interdependência/interligação entre os actores e os grupos de actores.

2.- No que se refere ao recurso às técnicas de investigação social para a identificação dos problemas, Gonnet argumenta da seguinte forma. Ter uma visão estratégica e sistémica sobre os problemas e levar a cabo uma análise é, na perspectiva da autora, colocar-se no seio dos problemas. Assim sendo, as técnicas

de investigação e as ferramentas de intervenção são cruciais para ^{a)} compreender os comportamentos; ^{b)} pensar no problema identificado; ^{c)} pensar nas interacções; ^{d)} pensar sobre o que está bem.

De acordo com Gonnet, a racionalidade limitada põe em causa as personalidades e as próprias estruturas, visto tratar-se de um tipo de compreensão que permite "entrar" na lógica do "outro" e compreendê-la. Por outro lado, argumenta a autora que os vários estudos realizados sobre a realidade hospitalar mostram que as dificuldades inerentes a este sistema encontram-se predominantemente ao nível da inter-relação e cooperação entre os vários grupos profissionais, funções ou categorias na resolução dos problemas. Trata-se pois, por isso de um aspecto bastante importante, uma vez que suscita dois pontos fundamentais das relações no seio do hospital: ¹⁾ trabalho e relações, ou seja, por um lado, as funções, a organizações, por outro lado, a afectividade, os sentimentos que são normalmente apreendidos nas relações de trabalho; ²⁾ as relações doenças/pessoas são abordadas da mesma forma, isto porque a visão interactiva tem a vantagem de dar conta das influências que são recíprocas, bem como identificar os problemas do próprio sistema.

3.- Quanto ao "efeito do conhecimento" como chave da mudança num hospital, para Gonnet, a intervenção estratégica fundada sobre o conhecimento é o melhor método de mudança. Isto porque é possível alcançar modificações através do seguinte: ^{a)} conhecimento com base nos resultados; ^{b)} conhecimento elaborado com os actores da instituição. A relevância do conhecimento com base nos resultados trata-se de uma vantagem que permite quer a consolidação de uma identidade colectiva, quer aos diferentes actores reconhecerem-se na sua especificidade, quer ainda oferecer a possibilidade de os actores se aperceberem de que tais especificidades se relacionam e se tornam interdependentes, face a problemas comuns. Por outras palavras, será o mesmo que dizer que cada actor pertence a um colectivo e é esse grupo que o leva a tomar decisões e a agir de acordo com esta ou aquela forma. O mesmo será dizer que se está a tomar em consideração que conhecimento é elaborado com base nos actores da instituição.

Gérard Pouvourvil (1994) foi um dos outros autores que mostrou que a análise estratégica permite a compreensão do meio complexo que é o hospital. Mas porquê? Trata-se de um tipo de organização cujo meio é propício ao estudo

empírico dos comportamentos dos actores que, como não poderia deixar de ser, estabelecem relações de interdependência. Para o autor, à semelhança de Gonnet, a aplicação da análise estratégica ao mundo hospitalar permite confirmar que há como que uma dependência entre o médico e o doente, ou seja, os diferentes actores, porque se relacionam entre si, por um lado, e tendem, por outro, a criar um espaço próprio, para preservar um espaço de autonomia. A análise estratégica vem precisamente evidenciar os factores contingentes de uma determinada situação. Neste sentido, segundo o autor, é possível falar da análise sociológica da realidade hospitalar que privilegia a análise estratégica, distanciando-se da tradicional análise dos engenheiros, pondo a tónica na análise das condições concretas de acção num meio organizado.

Segundo Pouvourvil são duas as grandes diferenças que residem entre estes dois tipos de análise: no que respeita à sua finalidade e aos seus métodos de leitura de uma realidade organizacional como é o caso do hospital. Para o autor, adoptar o segundo tipo de análise no estudo de uma organização será o mesmo que dizer que se privilegia o conhecimento de uma dada realidade organizacional em articulação com um conjunto de hipóteses sobre o comportamento humano dos actores. De acordo com o autor, a principal distinção entre estes dois tipos de análise reside no facto de fazer com que a visão dos actores tenha sempre em atenção o conjunto dos fenómenos em causa. Em suma, Pouvourvil é outro autor que concorda que a análise estratégica centra-se muito particularmente nos actores e nas suas relações e que permite explicar as estratégias ou as relações de poder dos actores na organização.

Efectivamente, a abordagem organizacional através da análise estratégica trata-se sobretudo do percurso de um meio de intervenção nas organizações, tendo em vista a mudança, que comporta um conjunto de implicações aquando da sua adopção no processo investigativo e na prática de intervenção numa organização. A primeira implicação refere-se ao resultado de todo um processo racional e de todo um conjunto de soluções *à priori*. A contingência dos construtos organizacionais impõe o reconhecimento da contingência das soluções inseridas num determinado contexto. As soluções devem ser concebidas por forma a ser mensuráveis, tendo por base o conhecimento e a compreensão das características específicas do campo de acção em questão. É necessário evidenciar os problemas,

ou seja, considerá-los como essenciais e centrais, mais do que a elaboração das soluções. Não quer dizer que as soluções não sejam importantes, tal como argumenta Friedberg, já que a experiência nos mostra que há uma tendência para mais fácil encontrar soluções quando um problema é bem identificado. Esta visão mostra, portanto, a necessidade de uma forte intervenção prolongada e de um investimento, obrigado ao reconhecimento da natureza comportamental da mudança.

Uma orientação cognitiva da acção de mudança, representa para Friedberg (1994, 1995), a segunda implicação. Para o autor, a função da análise estratégica num processo de mudança é naturalmente cognitiva, ou seja, tem uma função racional de conhecimento. A estrutura e as regras do jogo prevalecem sempre num determinado contexto de acção. É aqui que a análise estratégica, enquanto processo de apoio à tomada de decisão para a mudança, contribui através da reflexão sobre as consequências.

Porém, de acordo com Catherine Paradeise (1994), para se construir uma teoria da decisão é preciso estabelecer uma relação entre o conhecimento e a acção, situação que nem sempre é fácil, já que todo o actor tem a sua liberdade, sendo contudo, limitada. Por esta razão Paradeise (1994) sugere que a posição do actor face a uma determinada decisão é uma questão muito complicada, ou seja, um actor ao decidir é influenciado pelas suas escolhas e preferências. Torna-se prisioneiro, por um lado, das suas preferências e, por outro lado, da sua racionalidade. De acordo com Catherine Paradeise as escolhas de cada actor só podem ser compreendidas tendo em conta sempre a situação de acção, relacionada com a posição de cada actor num sistema de interdependências. Contudo, segundo a autora, é possível falar de duas formas diferentes, mas igualmente complementares de encarar este "problema", se assim puder ser chamado. De um lado, aquela que isola o sistema como um espaço pertinente de acção, do outro lado, aquela que tem em conta a interdependência entre os actores do sistema, pois todos os "jogos", as regras de acção do actor têm por pano de fundo um sistema de acção. Nas palavras da autora, há aquilo a que se chama de um espaço interno, ou seja, o sistema, e um espaço externo, o meio. Como principais conclusões a sublinhar na perspectiva de Paradeise sobre as opções dos actores, é que a decisão de um e qualquer actor funciona como «um

instrumento de afastamento das acções individuais e dos fins colectivos» (Paradeise 1994: 198), uma vez que eles não se articulam de uma forma espontânea. Uma outra e muito importante conclusão deve-se à passagem da independência à interdependência dos actores no sistema, uma vez que é ela que permite verificar que a realização dos objectivos dos actores não depende unicamente da decisão do actor/decisor, mas também de todo o conjunto de condições, regras, etc. que as suas escolhas produzem num determinado espaço concreto.

É em função do exposto que Friedberg conclui que o papel do investigador cinge-se à produção de conhecimento concreto acerca de uma dada situação no sentido de assistir os actores a desenvolver as suas capacidades individuais e colectivas que lhes permitam estruturar as suas interacções e de jogar da melhor forma o jogo da cooperação conflitual. Na verdade, devo salientar que não procuro no âmbito desta investigação, elucidar os cenários das desigualdades na distribuição do poder profissional entre vários grupos que modelam o processo interno de negociação, nem qualquer processo de mudança organizacional. Estes não constituem o tema central da minha investigação. Em concreto, procuro alcançar uma certa inteligibilidade do “sentido de organização” e a forma como os actores (considerando os enfermeiros como tal), individuais e colectivos, usam e manipulam, ou seja, constroem e reconstroem os espaços de acção na organização formal/informal num contexto de participação directa, e que passa pela descodificação das racionalidades limitadas e a acção estratégica dos actores e pelo questionamento das suas representações e atitudes sobre a realidade organizacional. Efectivamente, entendo que a noção da acção estratégica de Crozier e de Friedberg (1977) permite-me enriquecer a descodificação das representações da enfermagem sobre a sua participação na vida organizacional, quer no que concerne às relações hierárquicas, quer no que se refere às formas de apropriação de processos de divisão do trabalho na saúde, de distribuição, de acesso e de controlo sobre os recursos, como o tempo, o espaço e o conhecimento.

Nesta Tese, a ideia de participação directa da enfermagem na produção de cuidados pode ser entendida como um processo resultante de distintas lógicas profissionais de construção e de manutenção da ordem organizacional, modelado

por constrangimentos e regras do jogo específicos enquanto elementos de controlo sectorial nas estruturas que balizam a sua acção estratégica. Neste sentido, é de considerar como hipótese de trabalho, a seguinte: a participação directa da enfermagem no quotidiano da produção de cuidados pode ser entendida como um processo de reorganização do trabalho, não regulado unilateralmente pelas hierarquias, mas sim pelos próprios profissionais, sendo a sua adesão e rejeição à introdução e ao desenvolvimento do processo e das formas que assume, mediada por uma orientação avaliativa, positiva ou negativa, quer em relação à profissão, quer face aos diferentes contextos de estruturação e de reestruturação das práticas no quotidiano. Trata-se de um desafio para a construção de um conhecimento o mais claro possível, para a descodificação das contingências dos actores no seu sistema de acção participativa. Foi a partir desta vontade de conhecimento e de esclarecimento das minhas dúvidas sobre a acção participativa da enfermagem que parti para o terreno, a fim de recolher elementos substantivos que permitam esclarecer a problemática da participação directa, cujos traços metodológicos vão ser descritos em seguida.

2. Procedimentos Analíticos e Opção Metodológica

2.1. Questões Preliminares sobre a Estratégia da Pesquisa

Ao empreender o caminho para a leitura da participação directa em enfermagem, encontrei interpretações distintas e modelos teóricos diversos sobre o conceito. No quadro desta diversidade, não foi fácil determinar o sentido metodológico, mesmo tendo em consideração as linhas que teci anteriormente sobre as preferências analíticas de abordagem organizacional centradas na orientação estratégica da corrente crozieriana e friedberguiana. A questão que coloco não é saber até que ponto as práticas participativas directas da enfermagem, no quotidiano dos diferentes sistemas de acção, são de facto possíveis de ser descritas. Trata-se, sim, de construir uma modalidade investigativa que privilegie o conhecimento preciso da forma como os actores (os enfermeiros) utilizam para a apreensão, a avaliação e a explicação da realidade da acção participativa no quotidiano do trabalho. Parto da noção que elas existem, quer pelo conhecimento que detenho do terreno, quer pela literatura revista sobre o tema, pelo que procuro na presente investigação a descodificação dos factores condicionantes de adesão e de rejeição que subjazem no núcleo da organização da produção de cuidados para o desenvolvimento da participação directa. Em concreto, interessa-me saber: Como é que ela se apresenta? Quais são as similaridades e as diferenças entre a área hospitalar e os cuidados de saúde primários? Qual é a sua importância para a enfermagem no seio destas duas formas de prestação de cuidados? Como se processa o seu desenvolvimento? Foram estas questões, entre outras que me chamaram a atenção para a necessidade de uma leitura mais aprofundada da noção de participação na vida quotidiana da realidade estudada.

2.1.1. Na Defesa das Características do Estudo

Ao adoptar uma perspectiva analítica alicerçada nos princípios da análise estratégica (Crozier e Friedberg 1977), ou melhor, aproximando-me dos fundamentos da análise organizacional de Friedberg (1994, 1995), trata-se evidentemente de uma escolha não meramente subjectiva, mas fundamentalmente porque considero que através desta postura metodológica é possível efectuar uma confrontação contínua ou permanente com os problemas inerentes ao "terreno da pesquisa" e à própria análise e interpretação da realidade da problemática da participação directa. Aliás, os resultados da reflexão efectuada sobre as características da dinâmica organizacional, assim como, os trabalhos de Carapinheiro (1993) e de Lopes (1994) sobre a realidade organizacional da saúde em Portugal, justificam claramente a importância desta minha opção. Assim sendo, tendo como objectivo de estudo a análise da participação directa dos profissionais de enfermagem materializada ao nível do discurso e das práticas quotidianas de trabalho, de consulta, de delegação e de decisão nas organizações públicas de serviços de saúde portuguesas da Região Alentejo, configurei uma estratégia de pesquisa correspondente a um estudo de caso.

Porquê o caso? Para responder a esta questão, vejamos o seguinte. O interesse pelo caso é comum em todas as disciplinas das ciências humanas e sociais. Apesar da sua frequente adopção na investigação e da sua posição central nos diferentes discursos metodológicos, o termo de "caso" e de outras noções relacionadas com a ideia de análise de caso é diversa (Ragin e Becker 1992). Na verdade, os casos podem ser definidos como unidades empíricas e/ou como constructos teóricos. Enquanto unidades empíricas (*empiricals units*), a especificidade da concepção do caso reside na realidade empírica (*cases are found*). É ainda pela especificidade e pelo reconhecimento da delimitação dos contornos bem definidos dos fenómenos e/ou situação, que lhes tornam passíveis de serem identificados como objectos sociais (*cases are objects*). Considerar um caso como um constructo teórico (*theoretical construct*) é admitir que um dado

caso pode resultar da explicação, da interpretação e da compreensão, em profundidade, sobre uma dada situação social, mas inscrita dentro de referências teórico-conceituais que lhe produzem sentido (*cases are made*). Assim sendo, é da reflexão teórica e do reconhecimento dos "casos", de uma forma não especulativa, adivinhatória e intencional do autor, que se define o itinerário do caso e das suas relações de interdependência interna e externa na estrutura social. Neste sentido, um caso pode resultar de uma "convenção", ou melhor do "acordo" (*cases are conventions*) que se estabelece dentro de um dado paradigma teórico-metodológico (Ragin e Becker 1992).

Face ao exposto, em termos estritos podemos definir o caso como uma entidade, simultaneamente singular e complexa. Porquê?. Em primeiro lugar, para Charles Ragin e Howard Becker (1992), é de considerar que um caso, encerra em si a possibilidade de adoptar um olhar de singularidade complexa, onde os esquemas gerais da complexificação do real desaguam nos detalhes acumulados na vertente particularista de cada fenómeno individualizado. Acrescentam ainda os autores que, em segundo lugar, é de admitir que a escolha do caso e a sua importância derivem dos contextos de pertinência, não só do fenómeno *per si*, mas também, e fundamentalmente, de uma lógica descritiva, interpretativa e explicativa do fenómeno, captável através do olhar clínico, o "gaze", dito no sentido de Michel Foucault (1994a). Mas este facto não pode ser efectuado a qualquer custo. Falar de caso é sobretudo falar do caso de qualquer coisa. Neste sentido, reflectir sobre a noção de caso radica, em primeira e em última instância, no debate sobre o "critério da verdade" do próprio caso, quer através da definição dos pilares epistemológicos, nomeadamente na discussão sobre os contornos do fenómeno em estudo, e na análise reflexiva das estratégias metodológicas que se permitem colocar ao serviço do investigador (Dodier 1994). São estas as situações concretas que Ragin e Becker consideram fulcrais para a identificação de um caso.

Olhar para o singular e simultaneamente procurar não perder o horizonte do geral, o holístico, não é linear. Para Ragin e Becker (1992) é necessário adoptar critérios, ditos pertinentes, que permitam tomar a diversidade das significações num único modelo de leitura do real. Porém, a adopção deste procedimento tem os seus limites. Isto porque, em última instância, a aceitação linear deste tipo de procedimento pode fazer-nos cair no ridículo do primado epistemológico da

atribuição de significações inexistentes na quantificação dos critérios ditos pertinentes. Focar a pertinência dos critérios, apenas para salientar a sua necessidade, resvala numa armadilha paradigmática de falsa autoridade e de rigor, fundada num vazio e, quiçá, numa mera narrativa de fantasias (Dodier 1994).

Para Robert Yin, «o estudo de caso é um estudo empírico que: investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto real; quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claras; e em que são utilizadas múltiplas fontes de dados» (Yin 1989: 23). Na verdade, no âmbito desta investigação, para a adopção de uma abordagem organizacional através do "case study method", recorri a uma das estratégias de pesquisa de casos múltiplos, propostas pelo autor. Ele propõe dois tipos de estudos de caso, comportando cada um deles dois níveis analíticos⁷⁴: a) estudo de caso simples, com um (Tipo 1) e/ou vários níveis de análise (Tipo 2); b) estudo de caso múltiplo com um (Tipo 3) e/ou vários níveis de análise (Tipo 4). Nesta Tese, adoptei a situação de estudo de caso múltiplo com dois níveis de análise, procurando deste modo investigar a problemática da participação directa em dois tipos de organizações de serviços de saúde, delimitado ao nível da abordagem dos discursos e as práticas participativas do grupo profissional da enfermagem.

Reflectir sobre um caso, é para Ragin e Becker (1992), Dodier (1994) e Yin (1989) tomar em consideração, numa abordagem metodológica, todas as operações ou procedimentos que permitam materializar os particularismos do próprio caso, seja ele uma pessoa, um grupo, etc. Porém, é necessário salientar aqui que tomar conta da complexidade de cada caso, considerado de forma isolada, não pode nem deve ser considerado como um dogma. Na verdade, a polaridade entre a singularidade e a complexidade não se distancia das clássicas oposições, tão frequentes nos desenhos ou modelos de investigação. Veja-se por exemplo, a análise probabilística *versus* a análise normativa, a oposição entre o indutivismo e a dedução, e a lógica da compreensão *versus* explicação, etc. Mas, a existência desta realidade polar não invalida a necessidade do investigador adoptar no estudo de caso, metodologias comparativas, fundadas em campos

⁷⁴ Para Yin (1989), um nível de análise significa a focalização do estudo num grupo de indivíduos, por exemplo, num grupo profissional. Vários níveis de análise, trata-se da aplicação do estudo de caso, a vários grupos e em organizações distintas e diferenciadas (p.ex. públicos e privados).

teórico-conceptuais, tal como Friedberg sugere, no que se refere à abordagem organizacional, ou na linha de Glasser e Strauss formularam, a propósito do *grounded theory*⁷⁵. Ou seja, a pertinência do estudo de caso e a sua compreensão não advêm da mera análise comparativa⁷⁶ e descritiva das características dos factos. Isto porque, da análise dum caso a partir de pequenos fragmentos da sua natureza (se bem que em profundidade), se interpõe a dimensão dos conceitos que balizam a demarcação das evidências empíricas. Só assim é possível entender e aceitar, segundo Ragin e Becker (1992), não só a existência real do caso, mas também a conceptualização do seu estudo, a generalização do perfil empírico, ancorada no estatuto teórico dos conceitos. É pela definição do «constructo metodológico» (Ragin e Becker 1992:3), não como uma causa ou uma mera correlação de situações e factos que se determina a qualidade do próprio caso e do seu estudo. Assim sendo, considere-se que a participação directa em enfermagem trata-se de um caso que não surge do vazio. Admito que ele possa ser construído, quer através da delimitação empírica, mas sustentada teoricamente, quer pela aceitação da evidência das suas singularidades e dos seus processos holísticos e complexos, quer ainda da consideração da existência de uma configuração dita pertinente e verdadeira, com contornos próprios de um caso, e passível de ser estudado. Por outras palavras, admito que o caso da acção estratégica da

⁷⁵ A perspectiva de *grounded theory* trata-se de uma estratégia de abordagem qualitativa desenvolvida na década de 60 por Barney Glaser e Anselm Strauss. Para os autores, a questão da generalização qualitativa é possível de se alcançar a partir de microgeneralizações. Porém, para o desenvolvimento desta estratégia, implica a adopção de três critérios ou procedimentos. Uma clara contextualização dos conceitos, ancorada nos dados. A formulação de categorias através da agregação dos conceitos. A elaboração de proposições ou hipóteses a partir da interpretação das relações que subjazem entre as categorias e os conceitos. Para um aprofundamento destas questões, pode-se consultar a obra de Barney Glaser and Anselm Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*; Juliet Corbin and Anselm Strauss (1990), «Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria»; Anselm Strauss and Juliet Corbin (1997), *Grounded Theory in Practice*.

⁷⁶ Importa salientar que a ideia de comparabilidade do *grounded theory* não se confunde com as orientações do *extended case method* (método de caso alargado). Este trata-se de um procedimento metodológico que, apesar de procurar incorporar uma visão macro e micro da realidade, apoia-se numa orientação indutivista para construir explicações *genéticas*, a partir de dados particulares. Distingue-se do *grounded theory* por ser a-temporal e a-espacial (Estanque 2000), tal como sugere Burawoy «No modo genético, o significado de um caso refere-se ao que ele nos diz acerca do mundo no qual está inserido. Qual será a verdade acerca do contexto social ou passado histórico para que o nosso caso tenha assumido as características que nós observamos? O significado refere-se aqui ao significado societal. A importância do caso único recai sobre o que ele nos diz sobre a sociedade como um todo mais do que acerca da população de outros casos similares» (Burawoy, *apud* Estanque 2000: 105). No domínio da sociologia portuguesa, alguns autores tem vindo a aplicar esta metodologia do estudo de caso alargado, entre os quais Elísio Estanque, no seu trabalho «Entre a Fábrica e a Comunidade».

enfermagem no desenvolvimento de processos participativos, já existe em si, isto é, tem de fazer parte da realidade da interacção dos actores de forma natural nas relações de trabalho. Tal como Robert Yin (1989) argumenta, o caso é um fenómeno que ocorre naturalmente e que existe anteriormente ao projecto de investigação e que se espera que ele continue a existir no final da investigação. Para além disso, privilegio ainda a ideia de um caso sustentado teórica e empiricamente, admitindo que as regras e procedimentos específicos que hierarquizam os actores pelos seus saberes e competências técnicas constituem a fonte primária para a génese de uma configuração particular de acção estratégica da participação directa da enfermagem a nível intra-organizacional. Aliás, justamente sublinha Friedberg, «a estruturação particular do campo que se procura conhecer, não obedece a um empirismo simples. É, pelo contrário, por uma problemática e um modo de raciocínio, isto é, pelas premissas de uma série de noções teóricas» (Friedberg 1995: 301).

Para além do exposto, é ainda de acrescentar que a lógica da opção pela abordagem do estudo de caso sedimenta-se igualmente noutros níveis de pertinência. Um primeiro, situado no plano teórico-metodológico que sustenta a necessidade de uma abordagem organizacional focada numa leitura intensiva da acção estratégica (Crozier e Friedberg 1977) e/ou organizada (Friedberg 1995) da participação directa dos actores; situação apenas possível se se configurar a estratégia metodológica num estudo de caso. Para o efeito procedi, tal como sugere Friedberg, a um “corte epistemológico” recusando qualquer discriminação e aceitando como condição prévia antes da entrada no trabalho de campo e durante a recolha de dados, quer qualitativos, quer quantitativos,

«uma igualdade total *a priori* de todos os testemunhos, relatórios, documentos e outras fontes utilizados, a vontade de os considerar a todos como igualmente interessantes, importantes, pertinentes, significantes» (Friedberg 1995: 303).

De entre os limites e eventuais riscos inerentes a este tipo de abordagem, valeu-me não só a necessária ruptura epistemológica, mas também a definição e delimitação conceptual, perspectivando que a enfermagem hospitalar e dos centros de saúde como um actor estratégico, cujos comportamentos são a expressão de intenções, de reflexões, de antecipações e de cálculos e nunca são,

em caso algum, inteiramente explicáveis pelo mero a priorismo. Considero, assim, numa linguagem figurativa, que a enfermagem é um actor que coloca continuamente estratégias, hipóteses e cálculos acerca do mundo organizacional que a rodeia, construindo redes de relações e de alianças que lhe permitem confirmar estas hipóteses e defendê-las face às contestações que os outros poderão fazer.

Uma segunda razão, situada ao nível da estratégia da pesquisa, está intimamente relacionada com as tipologias das questões colocadas para a investigação. Na presente investigação, tal como sugere Yin (1989), incidi nos formatos de "Quem", "Quando", "Porquê", "Como", "Qual". Para o autor, é através da formulação das questões que determinam e fundamentam o estudo de caso. De facto, ao longo da minha vivência nas organizações de serviços de saúde, pude constatar que existem distintas formas de participação na organização do trabalho⁷⁷. Daí que pareceu-me importante saber, em primeiro lugar, o que é a prática de enfermagem, até que ponto a participação directa é importante para o desenvolvimento da enfermagem e quem são os protagonistas que apoiam a difusão deste processo? Em segundo lugar, porquê ou quais as razões da sua introdução na organização do trabalho?, Como foi desenvolvido?, Quais as formas predominantes?, Quando são utilizadas?, Quais os efeitos da participação nos modelos locais dos diversos contextos de acção?.

A terceira razão lógica da pertinência do estudo de caso múltiplo está intimamente relacionada com a questão da operacionalidade do modo de acesso à informação. Ou seja, justifico a selecção desta tipologia de estudo de caso múltiplo, incidindo sobre um grupo profissional de dois tipos de organizações, em virtude da necessidade de delimitar o número de unidades sociais de observação a estudar, e de unidades analíticas a comparar, dado que um elevado número poderia fazer submergir a presente investigação num mar de informações e levar à perda do controlo na recolha de dados face à multiplicidade das situações a interpretar, a descrever e a comparar.

É neste sentido que conferi uma importância particular ao trabalho no terreno e à análise "*clínica*" enquanto estratégia de penetração nas lógicas

⁷⁷ Para além da vivência, os resultados da investigação realizada para a dissertação de Mestrado em Sociologia, abriram os horizontes para a necessidade investigativa sobre a participação.

particulares de cada unidade do caso concreto, eleito para o efeito, a fim de compreender, o sistema de acção concreta nas organizações, em geral, e os processos de participação directa, em particular. Mas, ao defender aqui uma perspectiva de estudo de caso, subscrevendo, entre outros, as teses de Friedberg (1995) sobre a abordagem organizacional e de Yin (1989) e Ragin e Becker (1992) sobre o caso, recorri a uma metodologia dual quanti-qualitativa (Creswell 1994) para a análise organizacional, utilizando um conjunto de técnicas entre as quais a observação no terreno, a entrevista semi-estruturada, o inquérito por questionário e a triangulação de testemunhos, métodos e teorias, como um lugar privilegiado de passagem para clarificar a problemática das práticas participativas no contexto regional, que descreverei mais adiante. Efectivamente, procurei no decurso da investigação, uma constante triangulação de técnicas e de testemunhos para enriquecer os resultados, para controlar os desvios e para des-construir as evidências aparentes de cada unidade social de observação, afim de ser possível seleccionar progressivamente um conjunto de factos que tenham um significado mais lato, passível de reconstrução ou materialização num modelo interpretativo que, ultrapassasse em primeira e última instância, a mera contingência local, dito no sentido de Friedberg (1995), para me situar num primeiro nível de generalização das regularidades e para a compreensão das singularidades da participação directa dos enfermeiros. Foi esta atitude crítica que me permitiu potenciar a explicitação dos factos implícitos nos testemunhos ou nas argumentações dos actores sobre os contextos de sua acção concreta.

Face ao exposto, não me pareceu ser possível, no contexto da presente investigação, ter optado por uma outra estratégia metodológica para colocar em evidência as microquestões e a sua relação com a envolvente, ou seja, os aspectos específicos certamente transversais à organização e à divisão do trabalho, nomeadamente a vida quotidiana e o relato dos constrangimentos dos actores, a sua compreensão sobre o significado de participação directa, a maneira como se relacionam e cooperam, bem como as suas normas, crenças e valores no contexto de sistemas concretos de acção organizada. Assim sendo, entendi que a adopção do perfil de um estudo de caso múltiplo, com características mais "avaliativas", enquanto diagnóstico sociológico, justifica-se essencialmente pela natureza dos objectivos de estudo, da especificidade do próprio caso e da informação que pretendi recolher e analisar, circunscrita num espaço sociogeográfico e em duas

áreas organizacionais de prestação de cuidados de saúde bem delimitados. Foi por todas as razões expostas que considerei as orientações metodológicas adoptadas, uma estratégia de certo modo *ideal* para uma abordagem pormenorizada da acção estratégica nas unidades de análise com o mínimo de perda de informação.

Para a operacionalização da estratégia de estudo adoptada, centrada num tipo de estudo transversal, de natureza não experimental ou causal, mas sem rejeitar uma abordagem dual qualitativa e quantitativa para descrever, avaliar e interpretar a natureza da participação directa em enfermagem, propus um programa de trabalho com cinco momentos ou fases. Na primeira, procedi à revisão bibliográfica sobre estudos de casos, estudos comparativos, ensaios e artigos para a clarificação de conceitos, o delineamento de um conjunto de questões orientadoras, assim como uma primeira integração no terreno para a realização de observações e entrevistas exploratórias numa unidade social, escolhida intencionalmente. Na segunda fase iniciei o desenvolvimento de uma hipótese teórica de partida, a definição, a delimitação e a selecção das unidades de análise do caso, a definição do plano de amostragem, tendo continuado ainda nesta fase o aprofundamento da revisão bibliográfica. Ainda, neste segundo momento da investigação, entre o balanço dos dados exploratórios recolhidos, e as leituras, reformulei a hipótese teórica, conceptualizei um modelo de análise e as hipóteses operacionais de trabalho, e iniciei o desenho de um guião de entrevista e de um inquérito por questionário, efectuando ainda o seu pré-teste. Na terceira fase, redefini, a partir da sistematização contínua dos resultados das primeiras fontes recolhidas na observação no terreno sobre as práticas nos serviços de saúde e do pré-teste, a estrutura final do guião de entrevista e do questionário e procedi à sua aplicação no terreno. Na quarta fase concentrei-me na análise de dados do diário de campo, das entrevistas e dos questionários, privilegiando os procedimentos informáticos. Igualmente, nesta quarta fase, efectuei e analisei novas entrevistas e elegi dois casos para o estudo intensivo e para aprofundamento das situações e das configurações do sistema de acção dos enfermeiros. A compilação dos resultados e uma nova revisão bibliográfica constituíram a quinta fase. E, por último, na quinta fase, desenhei as conclusões e as recomendações, encerrando o estudo.

Neste sentido, para a abordagem do caso da participação directa da

enfermagem, parti de uma exploração intensiva, aplicando em seguida uma orientação extensiva, cujos resultados permitiram-me redefinir a selecção de duas unidades analíticas para uma nova abordagem intensiva, uma numa unidade hospitalar e a outra num centro de saúde. Apesar de ser transversal no espaço e no tempo, justifica-se no quadro dos objectivos da investigação a opção metodológica que me permite obter uma maior intensidade e profundidade na análise e consequentemente uma melhor compreensão dum fenómeno ainda pouco explorado na realidade social das organizações de serviços de saúde portuguesas. Por outras palavras, tratou-se de uma pesquisa fundada essencialmente no desejo do conhecimento empírico das condutas reais da enfermagem e das condições específicas da sua participação directa na produção de cuidados de saúde, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde da Região Alentejo.

Em resumo, subjaz na estratégia de investigação adoptada a ideia da comparabilidade no mesmo plano analítico, delimitados no confronto entre a realidade hospitalar e dos centros de saúde. Trata-se, na realidade, da aplicação de uma lógica comparativa que se apoia nos princípios estratégicos de replicação de procedimentos (Yin 1989), apoiada por uma matriz teórica de partida, gerada, aferida e avaliada após uma exploração empírica intensiva numa das unidades do caso múltiplo. Considerei, assim, que é da possibilidade e da obrigação de comparar que se pode esperar encontrar os desvios e diferenças de processos e práticas de acção estratégica, não em relação a uma norma exterior, mas em relação às normas, às representações e às expectativas contidas naquilo que os actores de cada campo organizacional pensam e fazem no contexto de acção participativa. Estas foram as estratégias e as opções metodológicas que adoptei para dar conta dos objectivos do estudo da problemática da participação directa da enfermagem no quotidiano dos centros de saúde e dos hospitais da área geográfica em causa.

2.1.2. Os Limites e os Desafios de um Modelo Analítico: Para uma Fundamentação das Hipóteses Operacionais ou "Utilitaristas" da Investigação

Sabe-se que a enfermagem tem vindo, nas últimas décadas, a construir um novo discurso de afirmação de espaços de autonomia profissional, para se distanciar das tradicionais perspectivas de subordinação médica na produção de cuidados, introduzindo estratégias de revalorização profissional da enfermagem e de reorganização das suas redes de relações profissionais (Lopes 1994). É também conhecido que, nas organizações de serviços de saúde, os hospitais modernos constituem um espaço marcado por uma exacerbação de uma autoridade dual, fundada nas lógicas formais de intervenção burocrática da administração e nas autonomias decisórias dos médicos, sendo os profissionais de enfermagem colocados numa situação periférica de produção nesta relação dual de poderes (Carapinheiro 1993).

Porém, algumas experiências têm vindo a ser ensaiadas nalguns serviços de saúde, ao nível da organização do trabalho, com a introdução de modificações profundas na metodologia e que trouxeram alguns impactos nas relações profissionais. São por exemplo, as intervenções para a reorganização do trabalho nos centros de saúde, fundadas na organização do trabalho em equipa, e baseada numa interacção multiprofissional, entre médico-enfermeiro-administrativo⁷⁸. Tratou-se de uma experiência iniciada há cerca de década e meia na Sub-Região de Saúde em Beja, cuja ressonância veio encontrar ecos em toda a Região de

⁷⁸ Os seguintes estudos ilustram a importância da investigação sobre o trabalho em equipa em Portugal: Graça Alves (1990), *Modelos culturais nas relações de trabalho: identidades culturais nos profissionais do Centro de Saúde de Barão do Corvo*; Luís Delgado (1985), *O trabalho em equipa: estudo e algumas condicionantes ao trabalho em equipa no Centro de Saúde dos Arcos de Valdevez*; Rui Lourenço (1989), *Trabalho em equipa: estudo do caso do centro de saúde de Aljustrel: um ano de experiência*; Raquel Martins (1994), *Mudança para trabalho em equipas*; Maria Pires (1990), *Trabalho em equipa e promoção de saúde em saúde escolar: Centro de Saúde de Sintra: percepção dos profissionais de vários sectores intervenientes*; Luís Graça (1992), «O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão»; Carlos Silva (1997), *Centros de Saúde: Cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo de caso de três centros de saúde do Distrito de Beja*; Carlos Silva (1999), «Contributions à l'analyse du quotidien dans un centre de santé de l'Alentejo».

Saúde do Alentejo e noutros pontos do país. Este processo de reorganização do trabalho, fundado numa filosofia de grupo misto, trouxe uma outra visibilidade à enfermagem, passando esta a deter uma maior autonomia técnica e participação nas decisões, em geral, contrariando as lógicas de outrora, em que era encarado como um elemento secundarizado e simples aplicador das prescrições médicas (Silva 1997; Durval et al. 1989, 1992). Será que efectivamente existem maiores espaços de afirmação da enfermagem nos centros de saúde do que nos hospitais? Numa primeira aproximação, parece que a renovação dos procedimentos gestionários trouxe uma melhoria do funcionamento na relações de trabalho nos centros de saúde. Mas, que processos participativos existem nos hospitais? Quais as suas similaridades e diferenças dos processos entre estas duas áreas de cuidados?

Neste estudo, não pretendo pôr em causa que a participação directa possa representar uma técnica de gestão, engendrada pelos gestores do *topo*, objectivada para a maximização do envolvimento dos trabalhadores nos objectivos organizacionais, através de esquemas de consulta e de delegação de poderes para a tomada de decisão individual ou em grupo. Situar-me apenas a este nível, coloca uma questão fundamental. Trata-se da delimitação da discussão dos modos de acção participativa a um nível formal, onde as diferenças hierárquicas e o poder legítimo na organização e controlo das práticas seriam as principais configurações condicionantes do sistema de acção. Assim sendo, ao enquadrar a discussão da participação apenas como uma técnica de gestão, levaria ainda, em última instância, a um branqueamento da visão da organização dos serviços de saúde como uma organização sem problemas.

Não perfilho esta perspectiva de delimitação formal. Interessa-me questionar sobretudo, informalmente as contradições, as formas de ajustamento, a regulação e os esquemas de adaptação que os actores engendram na adopção das práticas de participação. Ou seja, mais do que descrever a situação, interessa-me questioná-la. Trata-se de privilegiar nesta investigação uma abordagem analítica dos problemas e da identificação das divergências que subjazem nas condições de trabalho e nas relações profissionais. Daí que, as características fundamentais do fio condutor da investigação realizada, encontram-se inscritas num modelo de pensamento não linear, nem sequencial, nem tão pouco

apriorístico, mas faseado em etapas de construção e de reconstrução das lógicas internas dum sistema local, e compará-la com outros sistemas locais. Assim sendo, o conhecimento das lógicas dos sistemas de acção nos quais as intenções de participação podem tomar forma e/ou procuram actualizar-se, bem como o conhecimento dos modos de acção organizada da enfermagem, é indispensável não só para a inventariação das condições de trabalho deste grupo profissional, mas também, e fundamentalmente para interrogá-los sobre a importância da participação directa, as suas formas predominantes, o seu processo de desenvolvimento e os seus efeitos, nos diferentes contextos de acção.

Porém, ao adoptar esta visão para compreender os discursos e a organização das práticas participativas directas em enfermagem nas duas áreas de prestação de cuidados de saúde, não recusei a necessidade de outras hipóteses operacionais de trabalho, para além da hipótese de partida:

a participação directa da enfermagem no quotidiano da produção de cuidados pode ser entendida como um processo social de reorganização do trabalho, não regulada unilateralmente pelas hierarquias, mas sim pelos próprios profissionais, sendo a adesão e rejeição à sua introdução, ao desenvolvimento do processo e das formas que assume, mediada por uma orientação avaliativa, positiva ou negativa, quer em relação à profissão, quer face aos diferentes contextos de estruturação e de reestruturação das práticas no quotidiano.

De salientar que elas, as hipóteses "operacionais" (Quadros 4A e 4B), resultaram da articulação dos elementos empíricos e teóricos gerados, na fase preliminar e exploratória da investigação, numa das unidades de análise, sem todavia negligenciar as propostas de estudo da participação directa da FEMCVT, nomeadamente o modelo analítico sugerido por Geary e Sisson (1994). Estes autores procuraram, através da construção de um modelo de análise da participação directa, reflectir sobre distintos aspectos analíticos e contextuais desta questão. Em termos de modelos formais para a descodificação desta realidade, existem três perspectivas fundamentais: a) a participação directa emerge como uma variável dependente, relacionada com a questão do que leva à sua introdução ou do porquê da sua implementação no contexto de uma dada organização; b) a participação directa pode ser uma variável independente,

abrangendo então questões como os efeitos que a sua introdução provoca na vida dos trabalhadores ou o papel desempenhado pelos sindicatos ou pela performance económica da própria organização; c) por último, a participação directa pode ser tratada como uma variável *interventora* ("intervening variable"), referindo-se então a questões como o que conduz à sua introdução na organização e quais são os seus efeitos.

Para os autores, cada uma destas perspectivas tem o seu valor, mas para a construção do seu modelo analítico, optaram pela escolha da terceira, que permite ultrapassar os problemas das duas primeiras que analisam a participação directa num ponto de vista estático e que excluem toda e qualquer possibilidade de relacionamento recíproco e interactivo entre um conjunto de variáveis. As vantagens de considerar a participação directa como uma variável *interventora* dizem respeito à seguinte relação: Causas - Participação directa - Efeitos. Na verdade, para Geary e Sisson (1994), os diferentes elementos componentes deste modelo analítico podem ser dissecados separadamente. Para os autores, as *causas* referem-se fundamentalmente ao "quem", "porquê" e "como" da participação directa; por seu turno, o elemento *participação directa* aparece relacionado com a questão "qual" e as formas que ela assume ou é implementada na organização; por fim, os efeitos referem-se ao impacto da participação directa e do seu sucesso / insucesso. Na construção deste modelo, os autores desenharam um número elevado de hipóteses estatísticas, 79 no total, que os ajudaram a esclarecer os dados quantitativos recolhidos durante as investigações e os estudos de caso. As hipóteses formuladas por Geary e Sisson (1994), mais num sentido estatístico, foram agrupadas em diversos conjuntos fundamentais: difusão, motivos, processo, formas, efeitos e sucesso/insucesso. Em resumo, o modelo apresentado tem subjacente um princípio de avaliação quantitativa do impacto da prática gestionária de participação directa, através de um modelo de orientação hipotética-dedutiva, que privilegia a análise do papel desempenhado pelos gestores ao nível da introdução, do desenvolvimento e das formas adoptadas em todo o processo decisional sobre a mudança organizacional através da reorganização do trabalho.

Nesta investigação, não perspectivou um modelo de leitura da participação directa apenas com uma concepção estatística. Aliás, perspectivou a participação

directa como um processo social, resultante de distintas lógicas profissionais de construção e de manutenção da ordem organizacional, modelada por constrangimentos e regras do jogo específicos enquanto elementos de controlo sectorial nas estruturas da sua acção estratégica. Por outras palavras, o que pretendo é realçar, não só a natureza dinâmica do fenómeno da participação directa, mas também os traços das orientações da acção participativa da enfermagem no quotidiano da organização da produção de cuidados, captáveis numa perspectiva dual qualitativa e quantitativa.

Neste sentido, tomando como pano de fundo a análise estratégica de Crozier e Friedberg (1977), a abordagem organizacional de Friedberg (1994) e a estratégia de replicação de Yin (1989), as perspectivas do modelo de Geary e Sisson (1994), e, sobretudo as orientações de Françoise Gonnet (1995), delineei um modelo de leitura pluri-etápico, incorporando novas perspectivas de leitura da problemática nas diferentes unidades do caso múltiplo, e formulando um novo conjunto de perguntas e de hipóteses de trabalho para a análise comparativa, intensiva e extensiva, dos fundamentos da participação directa, do processo, das formas e dos seus efeitos.

Em termos pragmáticos, trata-se de um modelo fundado em dois eixos, articulados entre si (Quadro 4C). Um eixo reporta-se à dimensão formal e informal das orientações da enfermagem na organização do seu trabalho, e o segundo diz respeito à explicação do processo, à adequação das formas e à avaliação dos efeitos da lógica das práticas de participação directa. Na verdade, enquadra-se nesta linha, além do princípio explicativo, o meu interesse em mergulhar na zona de incerteza de cada um dos contextos organizacionais, tendo em vista a pesquisa e a análise dos jogos e da regulação que subjazem no sistema de acção concreto da enfermagem. Efectivamente, encontra-se intrínseco neste eixo da contextualização das orientações da enfermagem na organização do trabalho um interesse investigativo na procura das respostas do "como se caracteriza a orientação da enfermagem na organização do seu quotidiano de trabalho". A hipótese de base deste eixo assenta na ideia de que o quotidiano da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde é moldado por lógicas de subordinação, bem como por eventuais clivagens e problemas de afirmação profissional e de visibilidade sócio-organizacional. Trata-se da procura da inteligibilidade dos

códigos e indicadores que informam e regulam a especificidade da recomposição ideológica da enfermagem na estrutura organizativa das suas práticas, assim como, da natureza e da composição dos recursos que ela, a enfermagem, detem e utiliza para a construção e reconstrução da sua autonomia profissional (Quadro 4A).

O segundo eixo, denominado o eixo da dinâmica da participação, tem a ver com as trajectórias de três etapas investigativas, organizadas em torno de quatro questões principais e as respectivas hipóteses “operacionais” (Quadros 4A e 4B).

1.- A primeira etapa, fundada na questão do “Porquê” foi formulada no modo seguinte: Porquê razões os enfermeiros aderem e/ou rejeitam as formas de participação directa na organização do seu trabalho? Trata-se de uma questão, com a qual pretendi, desocultar os fundamentos e as causas que modelam a adesão e a rejeição formal e informal das práticas participativas. Assim sendo, subjaz nesta questão, uma primeira hipótese formulada no modo seguinte: As razões de adopção de formas de participação directa ao nível da organização do trabalho dos enfermeiros resultam da necessidade de dar resposta aos factores internos dos contextos de trabalho [H1]. A comprovação desta hipótese permite considerar que as razões de adopção de práticas participativas reflectem uma necessidade dos profissionais em dar resposta mais aos factores internos dos contextos de trabalho, entre os quais os relacionados com a autonomia profissional, do que aos factores externos, tais como as reivindicações sindicais e/ou da ordem dos enfermeiros, e as iniciativas governamentais, da administração central e regional e/ou das direcções dos serviços de saúde.

2.- Para a segunda etapa do modelo analítico, delineei três questões. Com uma primeira questão centrada no “Como”, e formulada em termos de “Como são os processos envolvidos e/ou utilizados para o desenvolvimento da participação directa?”, procedi à introdução no núcleo central do funcionamento da esfera da participação. Procurei, assim, dirigir a pesquisa no sentido da descodificação das ocorrências na esfera da organização e do desenvolvimento dos processos participativos, e a sua relação com a especificidade dos contextos das acções participativas e as características sociográficas dos actores. Admiti como hipótese de que a valorização das práticas participativas em enfermagem variam essencialmente com as clivagens intergeracionais e intraprofissionais dos

enfermeiros [H2]. Neste sentido, a comprovação desta hipótese permite considerar que existem diferenças na valorização das práticas participativas em enfermagem adoptadas nos centros de saúde e nos hospitais da Região Alentejo, encontrando-se tais diferenças mais relacionadas com as clivagens intergeracionais e intraprofissionais que modelam a percepção dos actores face aos valores profissionais, às estratégias de valorização e revalorização profissional, e aos processos formais e informais que veiculam no seio de cada um dos referidos campos socio-organizacionais.

Ainda ao nível da abordagem da adequação das lógicas participativas no funcionamento do quotidiano do trabalho, formulei outras duas questões, articuladas entre si, e centradas no "Qual". Trata-se das seguintes questões: Quais são as formas de participação directa mais adoptadas em enfermagem? E, quais são as actividades de enfermagem mais influenciadas pelas diferentes formas de participação directa? Para dar conta destas questões, orientei a pesquisa dentro de uma terceira hipótese, considerando que o trabalho em grupo reflecte maioritariamente a preferência dos enfermeiros como forma de participação directa [H3]. Assim sendo, a comprovação desta hipótese permite-me aperceber que não existe uma única forma de participação directa nos hospitais e nos centros de saúde, sendo de esperar a predominância no sistema de preferência dos enfermeiros o trabalho em grupo para situações não relacionadas directamente com a produção de cuidados de saúde.

3.- Pretendi com uma terceira etapa a procura de uma resposta sobre a avaliação da problemática da participação directa. Trata-se de uma etapa centrada na procura do "Efeito" da dinâmica da participação, através da seguinte questão: Será que a satisfação no trabalho, as relações profissionais, hierárquicas, de autoridade e de sociabilidade entre os enfermeiros e estes com os outros profissionais, podem ser alteradas e melhoradas pela existência de um processo participativo? Pretendi com esta questão identificar não só os problemas e as respostas dos actores face aos constrangimentos que modelam o seu sistema de acção, mas fundamentalmente, analisar os eventuais disfuncionamentos, as fragilidades e os equilíbrios que subjazem nas práticas de participação directa. Admiti, assim como hipótese, de que a participação directa é um instrumento que influencia positivamente a actividade profissional dos enfermeiros ao nível da

satisfação no trabalho, das relações profissionais, hierárquicas e de autoridade [H4]. A comprovação desta hipótese remete-me à consideração de que a participação directa pode exercer uma certa influência positiva nas condições de trabalho em enfermagem, nomeadamente ao nível da satisfação no trabalho, das relações profissionais, hierárquicas, de autoridade, e que se traduzem, em última instância, em ganhos, quer ao nível das condições de trabalho, quer na materialização de espaços de autonomia e de visibilidade profissional.

Quadro 4A
Questões e Hipóteses de Estudo

Eixo 1:- Contextualização da Enfermagem na Organização do Trabalho		
Questão	Objectivo	Hipótese
Como se caracteriza a orientação da enfermagem na organização do seu quotidiano de trabalho?	Analisar a especificidade da estrutura organizativa das práticas da enfermagem, assim como da natureza e da composição dos recursos que este grupo detém e utiliza para a construção e reconstrução da sua autonomia profissional.	A organização do quotidiano da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde é moldada por lógicas de subordinação, bem como por clivagens e problemas de afirmação profissional e de visibilidade sócio-organizacional.
Eixo 2:- Dinâmica da Participação Directa		
Etapa 1- "Porquê"		
Questão	Objectivo	Hipótese
1. Porque razões os enfermeiros aderem e/ou rejeitam as formas de participação directa na organização do seu trabalho?	Compreender e explicar os fundamentos e as causas que modelam a adesão e a rejeição formal e informal das práticas participativas.	As razões de adopção de formas de participação directa ao nível da organização do trabalho dos enfermeiros resultam da necessidade de dar resposta aos factores internos dos contextos de trabalho.
Etapa 2- "Como"		
Questão	Objectivo	Hipótese
2. Como são os processos envolvidos e/ou utilizados para o desenvolvimento da participação directa?	Caracterizar a esfera da organização e do desenvolvimento dos processos participativos, e a sua relação com a especificidade dos contextos das acções participativas e as características sociográficas dos actores.	A valorização das práticas participativas em enfermagem variam essencialmente com as clivagens intergeracionais e intraprofissionais dos enfermeiros.

Quadro 4B
Questões e Hipóteses de Estudo (Continuação)

Eixo 2:- Dinâmica da Participação Directa (continuação)		
Etapa 2- "Qual"		
Questão	Objectivo	Hipótese
3. Quais são as formas de participação directa mais adoptadas em enfermagem? E, quais são as actividades de enfermagem mais influenciadas pelas diferentes formas de participação directa?	Caracterizar e analisar os modelos de participação directa e as suas influências nas actividades quotidianas.	O trabalho em grupo reflecte maioritariamente a preferência dos enfermeiros como forma de participação directa.
Etapa 3- "Efeito"		
Questão	Objectivo	Hipótese
4. Será que a satisfação no trabalho, as relações profissionais, hierárquicas, de autoridade e de sociabilidade entre os enfermeiros e estes com os outros profissionais, podem ser ou não alteradas e melhoradas pela existência de um processo participativo?	Identificar não só os problemas e as respostas dos actores face aos constrangimentos que modelam o seu sistema de acção, mas fundamentalmente, analisar os eventuais disfuncionamentos, as fragilidades e os equilíbrios que subjazem nas práticas de participação directa.	A participação directa é um instrumento que influencia positivamente a actividade profissional dos enfermeiros ao nível da satisfação no trabalho, das relações profissionais, hierárquicas e de autoridade.

Quadro 4C
Modelo de Estudo

Eixo 1:- Contextualização da Enfermagem na Organização do Trabalho		
Eixo 2:- Dinâmica da Participação Directa		
Etapa 1	[Causas ou Razões de Adesão] Porquê	Hipótese 1
Etapa 2	[Características da Participação] Como Qual	Hipótese 2 Hipótese 3
Etapa 3	[Efeitos da Participação] Efeitos	Hipótese 4

Foi através deste conjunto de questões e hipóteses que procurei no quadro da perspectiva analítica adoptada, organizar a leitura da lógica dos modelos locais de sistemas de acção e compreender o significado e a dinâmica das práticas de participação directa em enfermagem (Causas - Características da Participação Directa - Efeitos). Reconheço ainda que a compreensão dos modelos locais de participação, e acima de tudo, a sua comparação sistemática extensiva e intensiva entre os diferentes serviços, pode eventualmente elevar o nível de generalização destes mesmos modelos e práticas. Trata-se, assim, de uma opção metodológica, que se traduz na adopção de uma postura que não se apoia na mera verificação de hipóteses gerais, mas sim em hipóteses mais "utilitaristas" (Friedberg 1995) que pudessem apoiar a minha reflexão e os caminhos para desocultar a configuração do terreno de acção e a sua estruturação particular e contingente. Este utilitarismo colocado a título de hipóteses, é assim, ao invés do *apriorismo* de ideias acerca da natureza humana e dos valores que prevalecem como predominantes, um conjunto de afirmações meramente orientadoras que permitiu enriquecer o conhecimento sobre o sentido do comportamento da enfermagem que caracterizam os diferentes contextos participativos observados a nível hospitalar e dos centros de saúde. Em suma, foram estas hipóteses, ditas "utilitaristas" e/ou operacionais, que me apoiaram na exploração da natureza dos jogos que circulam no interior desses contextos de acção participativa, bem como me auxiliaram na descoberta dos seus elementos estruturantes, materiais e imateriais, estratégicos e simbólico-ideológicos, racionais e afectivos entre os actores dos hospitais e dos centros de saúde.

2.2. Os Elementos do Caso e as Técnicas de Exploração

2.2.1. Unidades Sociais de Observação, População-Alvo e "Amostra" - Critérios e Procedimentos de Selecção

O caso múltiplo construído é composto pelos elementos dos serviços hospitalares e dos centros de saúde da Região de Saúde do Alentejo (RSA). Na verdade, algumas destas organizações de serviços de saúde não constituem um *locus* desconhecido, na medida em que detenho mais de vinte anos de actividade profissional como técnico na área da saúde, e recentemente como docente e investigador. Ao longo destes anos, acumulei conhecimentos diversificados sobre as características dos diferentes grupos profissionais de saúde na área geográfica estudada. Vejamos de forma sumária, algumas destas características sociográficas, mais recentes, para um melhor enquadramento das seis unidades sociais de observação eleitas para o presente estudo.

Segundo o balanço social da Região de Saúde do Alentejo (RSA), em 1999, o número total de enfermeiros situou-se na ordem dos 1545 efectivos, sendo 1045 da área hospitalar e 500 da área dos cuidados de saúde primários. Os dados oficiais da RSA de 1999 revelam, em termos globais e regionais, que a enfermagem representa 29,2% do total dos efectivos. Comparando os hospitais com os centros de saúde, noto que a percentagem de enfermeiros nos hospitais é superior. Em termos regionais, 81,7% são do sexo feminino, sendo 18,3% masculinos. A realidade da distribuição por sexo, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde acompanha a tendência regional, sendo de assinalar que nos centros de saúde o peso do sexo feminino na enfermagem é ligeiramente superior (83%). Em igual período, e em comparação com os médicos, a situação regional é inversa. Constato nos médicos, a presença de um peso de 43,7% do sexo feminino, contra 56,3% do sexo masculino (Quadro 5). Este predomínio do sexo feminino na enfermagem tem vindo, na última década, a acompanhar o seu desenvolvimento em Portugal. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a evolução desta tendência tem-se mantido de certa forma estacionária, no período em causa, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde. O peso

percentual do sexo feminino neste grupo profissional situou-se, sempre, acima dos 80% (Quadro 6). Quanto aos médicos, os dados disponíveis pelo INE revelam que nos últimos anos existe uma certa tendência para a redução das diferenças percentuais entre ambos os sexos, sendo ainda de registar que a partir de 1996, e ao nível dos centros de saúde, o peso do sexo feminino ultrapassou os valores do sexo masculino (Quadro 7).

Quadro 5
Distribuição dos Médicos e Enfermeiros por Sexo
Região de Saúde do Alentejo em 1999

		H	%	M	%	Total	%
Região	Médico	413	56,3	320	43,7	733	13,9
	Enferm.	283	18,3	1262	81,7	1545	29,2
	Total *	1488	28,1	3800	71,9	5288	
Hospitais	Médico	232	61,2	147	38,8	379	12,3
	Enferm.	198	18,9	847	81,1	1045	34,0
	Total *	883	28,7	2190	71,3	3073	
Centros	Médico	181	51,1	173	48,9	354	16,0
	Enferm.	85	17,0	415	83,0	500	22,6
	Total *	605	27,3	1610	72,7	2215	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

Quadro 6
Evolução da Distribuição dos Enfermeiros por Sexo em Portugal: 1989 a 1997

Hospitais	H	H%	M	M%	Centros	H	H%	M	M%
1989	4021	19,1	16989	80,9	1989	888	12,1	6435	87,9
1990	4112	19,3	17223	80,7	1990	852	13,5	5465	86,5
1991/92	4380	19,0	18668	81,0	1991/92	830	13,0	5540	87,0
1993	4644	19,0	19821	81,0	1993	790	12,1	5720	87,9
1994	5013	19,5	20755	80,5	1994	731	11,7	5492	88,3
1995	5013	18,8	21656	81,2	1995	832	12,1	6048	87,9
1996	5324	19,1	22610	80,9	1996	796	12,1	5779	87,9
1997	5670	19,0	24205	81,0	1997	788	11,7	5923	88,3

Fonte: INE.

A constatação destas realidade vem confirmar aquilo que, alguns estudos, como os de Lopes (1994), Porter (1992), Alcón (1979), Carpenter (1992), Witz (1992) tem vindo a salientar, que a enfermagem foi, é, e parece continuar a ser uma profissão exercida predominantemente pelas mulheres. O cenário da inversão da presença de uma maior presença do sexo feminino nos médicos segue

igualmente as tendências verificadas noutros estudos, provavelmente relacionados com a crescente «feminização da população universitária e dos grupos profissionais, incluindo os tradicionalmente masculinos» (Carapinheiro e Rodrigues 1998: 149), como é neste caso, em medicina.

Quadro 7
Evolução da Distribuição dos Médicos por Sexo em Portugal: 1989 a 1997

Hospitais	H	H%	M	M%	Centros	H	H%	M	M%
1989	9456	64,4	5224	35,6	1989	4760	54,2	4027	45,8
1990	10176	64,7	5552	35,3	1990	4504	53,4	3937	46,6
1991/92	10245	63,9	5778	36,1	1991/92	4346	52,6	3911	47,4
1993	10414	62,1	6357	37,9	1993	4010	51,9	3718	48,1
1994	10805	61,3	6833	38,7	1994	3882	51,3	3691	48,7
1995	10639	60,3	7019	39,7	1995	3984	50,9	3849	49,1
1996	11334	59,8	7622	40,2	1996	3702	49,6	3760	50,4
1997	11282	59,4	7703	40,6	1997	3652	49,4	3747	50,6

Fonte: INE

Relativamente à idade, noto que a enfermagem da RSA apresenta-se como um grupo profissional com uma idade média de 41,6 anos. A este nível, os profissionais dos centros de saúde, quer do sexo masculino quer feminino, apresentam uma média de idade ligeiramente superior aos seus colegas da área hospitalar (Quadro 8).

Quadro 8
Média de Idades dos Enfermeiros por Sexo
Região de Saúde do Alentejo em 1999

		H	Média	M	Média	T	Média
Região	Enferm.	283	42,2	1262	41,0	1545	41,6
	Total *	1488	43,7	3800	42,8	5288	
Hospitais	Enferm.	198	40,8	847	39,7	1045	40,3
	Total *	883	42,1	2190	40,7	3073	
Centros	Enferm.	85	43,6	415	42,2	500	42,9
	Total *	605	45,3	1610	44,9	2215	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

Em termos de promoções e progressões na carreira, as fontes oficiais

apresentam uma certa mobilidade na enfermagem. Do total de promoções que ocorreram na Região, no ano de 1999, 39% verificaram-se na enfermagem. Estas promoções tiveram lugar, em maior número nos hospitais do que nos centros de saúde. Em igual período, e no que se refere às progressões na carreira de enfermagem, a sua percentagem é inferior à promoção, situando-se na ordem dos 22,3%. Verifico ainda que houve um maior número de progressões nos hospitais do que nos centros de saúde, contudo, as diferenças percentuais desta situação, em ambas as organizações, são inferiores à das promoções (Quadro 9).

Quadro 9
Promoções e Progressões na Carreira de Enfermeiros por Sexo
Região de Saúde do Alentejo em 1999

Promoção		H	%	M	%	Total	%
Região	Enferm.	19	21,1	71	78,9	90	34,1
	Total *	78	29,5	186	70,5	264	
Hospitais	Enferm.	17	21,3	63	78,8	80	42,3
	Total *	56	29,6	133	70,4	189	
Centros	Enferm.	2	20,0	8	80,0	10	13,3
	Total *	22	29,3	53	70,7	75	
Progressão		H	%	M	%	Total	%
Região	Enferm.	56	35,4	102	64,6	158	22,3
	Total *	240	33,9	468	66,1	708	
Hospitais	Enferm.	12	19,7	49	80,3	61	30,0
	Total *	59	29,1	144	70,9	203	
Centros	Enferm.	44	45,4	53	54,6	97	19,2
	Total *	181	35,8	324	64,2	505	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

Em relação ao absentismo no trabalho, verifico que no ano de 1999, a enfermagem apresenta no total 30,4% de todas as faltas registadas a nível regional. A maioria das faltas foram justificadas por motivo de doença (21,4%), por razões de maternidade/parternidade (11,4%), para assistência a familiares (2,1%), ao abrigo do estatuto de trabalhador-estudante (0,6%). A leitura da distribuição de todas as faltas registadas por sexo revela que, em termos globais, o sexo feminino apresenta um peso percentual na ordem dos 78% (Quadro 10). Ao nível dos centros de saúde, verifico que o total de faltas em enfermagem é na ordem dos (24,3%), no ano em causa. Dentro destas faltas registadas, as faltas por

doença representaram 25,6%. Nos hospitais, a situação é de 30,4% para o total de todas as faltas registadas em enfermagem. As faltas por doença situaram-se na ordem dos 21,5%. De assinalar ainda que poucas tem sido as faltas justificadas pelo sexo masculino ao abrigo da legislação sobre a maternidade/paternidade e de assistência a familiares, facto que parece poder traduzir duas situações. Ou os familiares não necessitam, ou então existe uma certa orientação patriarcal nas questões familiares, onde o apoio à criança e a outros familiares sejam consideradas como tarefas predominantemente femininas (Quadro 10).

Quadro 10
Dias de Ausências do Trabalho dos Enfermeiros por Sexo
Região de Saúde do Alentejo em 1999

		H	%	M	%	Total	%
Região	Matern/Patern	19	0,3	6366	99,7	6385	11,4
	Doença	1045	8,7	10968	91,3	12013	21,5
	Asist. Famil.	67	5,8	1098	94,2	1165	2,1
	Trab.-estud	61	18,4	271	81,6	332	0,6
	Tot. Tod. faltas	6466	11,6	49402	88,4	55868	30,4
	Total *	40422	22,0	143228	78,0	183650	
Hospitais	Matern/Patern	17	0,4	4461	99,6	4478	12,2
	Doença	787	11,0	6343	89,0	7130	19,4
	Asist. Famil.	64	7,9	750	92,1	814	2,2
	Trab.-estud	60	18,7	261	81,3	321	0,9
	Tot. Tod. faltas	4700	12,8	32082	87,2	36782	35,0
	Total *	24319	23,1	80847	76,9	105166	
Centros	Matern/Patern	2	0,1	1905	99,9	1907	10,0
	Doença	258	5,3	4625	94,7	4883	25,6
	Asist. Famil.	3	0,9	348	99,1	351	1,8
	Trab.-estud	1	9,1	10	90,9	11	0,1
	Tot. Tod. faltas	1766	9,3	17320	90,7	19086	24,3
	Total *	16103	20,5	62381	79,5	78484	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

No que se refere à ausência por razões de actividade sindical e/ou greve, foram registadas a nível regional, no ano de 1999, mais de 15 mil horas de faltas por greve, onde a enfermagem apresenta um peso percentual de 39,7%. Na actividade sindical, a enfermagem apresenta um peso na ordem dos 23,5% no total regional de 1945,5 horas, o que corresponde a 457 horas de ausência do trabalho.

É curioso assinalar que a enfermagem dos centros de saúde apresenta uma actividade sindical bastante rarefeita, não ultrapassando os 4% das horas de faltas verificadas a este nível nos mesmos centros, e no ano em causa. Porém, no que se refere à greve, as horas de faltas dos(as) enfermeiros(as) dos centros de saúde é de 53,6%, num total de 1598 horas. Nos hospitais, as horas de faltas por greve situaram-se na ordem dos 38% de 13470 horas. Se atendermos, ao número de profissionais em cada uma destas áreas de prestação de cuidados, parece-me que a adesão às greves tem tido uma maior expressão nos hospitais do que nos centros de saúde. De referir ainda que na enfermagem a actividade sindical emerge com um predomínio do sexo masculino, situação inversa a das outras profissões da região (Quadro 11).

Quadro 11
Horas de Ausências do Trabalho para Actividade Sindical e/ou Greve
em Enfermagem por Sexo
Região de Saúde do Alentejo em 1999

		H	%	M	%	Total	%
Região	Act. Sindical	451	98,7	6	1,3	457	23,5
	Tot Act Sind*	533	27,4	1412,5	72,6	1945,5	
	Greve	1329	22,2	4649	77,8	5978	39,7
	Total Greve*	4141	27,5	10927	72,5	15068	
Hospitais	Act. Sindical	447	98,7	6	1,3	453	24,6
	Tot Act Sind*	466	25,3	1378,5	74,7	1844,5	
	Greve	1183	23,1	3938	76,9	5121	38,0
	Total Greve*	3752	27,9	9718	72,1	13470	
Centros	Act. Sindical	4	100,0	0	0,0	4	4,0
	Tot Act Sind*	67	66,3	34	33,7	101	
	Greve	146	17,0	711	83,0	857	53,6
	Total Greve*	389	24,3	1209	75,7	1598	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

Quanto às características regionais sobre as acções de formação, é de salientar que, no ano 1999, a enfermagem, quer dos hospitais, quer dos centros de saúde, privilegiou mais as acções internas (86%) do que externas (29,7%), tendo consumido no total das acções internas e externas, mais de 17 mil horas de formação. Já o grupo profissional dos médicos, verifico que os médicos dos hospitais apresentaram no período em causa, uma maior preferência por acções

externas do que internas, sendo inversa a situação ao nível dos centros de saúde. Comparando os dados regionais referente às acções de formação entre os médicos e os enfermeiros, verifico ainda que a duração, em horas, das acções de formação dos médicos é francamente superior, apesar do número de acções realizadas ser inferior (Quadro 12).

Quadro 12
Acções de Formação dos Médicos e Enfermeiros
Região de Saúde do Alentejo em 1999

Região		Médicos	%	Enferm	%	Total *	%
Nº Particip.	Acções int.	310	14,0	1907	86,0	2217	85,3
	Acções ext.	268	70,3	113	29,7	381	14,7
	Total	578	22,2	2020	77,8	2598	
Horas	Acções int.	6357,0	28,8	15697,0	71,2	22054,0	73,0
	Acções ext.	6471,5	79,5	1666,5	20,5	8138,0	27,0
	Total	12828,5	42,5	17363,5	57,5	30192,0	
Hospitais		Médicos	%	Enferm	%	Total *	%
Nº Particip.	Acções int.	86	4,9	1668	95,1	1754	86,3
	Acções ext.	196	70,3	83	29,7	279	13,7
	Total	282	13,9	1751	86,1	2033	
Horas	Acções int.	2187,0	16,0	11474,0	84,0	13661,0	67,5
	Acções ext.	5252,0	80,0	1314,5	20,0	6566,5	32,5
	Total	7439,0	36,8	12788,5	63,2	20227,5	
Centros		Médicos	%	Enferm	%	Total *	%
Nº Particip.	Acções int.	224	48,4	239	51,6	463	81,9
	Acções ext.	72	70,6	30	29,4	102	18,1
	Total	296	52,4	269	47,6	565	
Horas	Acções int.	4170,0	49,7	4223,0	50,3	8393,0	84,2
	Acções ext.	1219,5	77,6	352,0	22,4	1571,5	15,8
	Total	5389,5	54,1	4575,0	45,9	9964,5	

Fonte: RSA

Obs.: * total de todas as categorias profissionais na RSA

A enfermagem estudada nesta pesquisa corresponde aos profissionais das seis maiores unidades ou serviços de saúde da Região de Saúde acima descrita. Trata-se de três hospitais e três centros de saúde, sendo identificados nesta tese com as designações de A, B, C, D, E, F, a cuja selecção presidiram um conjunto de critérios não fundados em pressupostos estatísticos. Se bem que se trata de unidades seleccionados intencionalmente para a construção do caso múltiplo, na

verdade elas correspondem às organizações de serviços de saúde com alguma importância e dimensão na área geográfica estudada. Aliás, trata-se das organizações sediadas nas capitais dos Distritos e que comparativamente aos demais serviços de saúde da Região Alentejo, as seis unidades seleccionadas apresentam um peso relevante, quer em termos de actividades desenvolvidas, quer no número de profissionais de enfermagem, quer ainda, representam as unidades que, nas últimas décadas tem vindo a disponibilizar o maior número de ofertas de emprego regional na área de enfermagem. Por outro lado, trata-se igualmente de serviços que constituem os principais pólos de referência para a formação inicial em enfermagem, ou seja, representam os maiores de centros de socialização inicial e de integração na profissão. Dito de outro modo, na presente investigação as unidades sociais de análise são compostas por dois tipos: os hospitais e os centros de saúde. Para o estudo extensivo, realizado entre Janeiro a Dezembro de 2000, as unidades corresponderam a três hospitais e três centros de saúde da região Alentejo. Devo salientar que não delinei qualquer processo de amostragem probabilística. Assim sendo, considerei como população-alvo do estudo a totalidade dos profissionais das seis unidades, ou seja, 1001 enfermeiros. Porém, não foi possível obter uma recolha completa da informação junto de todos os inquiridos. Do total de 460 inquéritos⁷⁹ recolhidos, apenas foram validados 448, constituindo estes os elementos “amostrais” não probabilísticos (dito no sentido de “amostra” *a posteriori*) das verbalizações produzidas pelos enfermeiros(as), correspondente a 44,8% da população-alvo⁸⁰. De notar que ao nível dos centros de saúde foi possível um sucesso maior, quase na ordem dos 80% (Quadro 14). Todavia, sob o ponto de vista da sua representatividade, dito no sentido da significância estatística, apesar de não ser elevada a taxa de sucesso da “amostra”

⁷⁹ A descrição dos instrumentos será tratada no capítulo seguinte.

⁸⁰ Caso tivesse optado por uma amostragem probabilística dos profissionais de enfermagem, a dimensão da amostra prevista seria de 278, com um erro de 0,05. O volume de 448 indivíduos corresponde a aumento de 62% em relação à amostra probabilística e que traduz um erro de 0,03. Por outro lado, com base na informação recolhida junto da ARS-Alentejo, calculei a média, a variância e o desvio-padrão das variáveis idade, antiguidade na profissão e na organização (hospital e/ou centro de saúde) da população-alvo, procedendo em seguida ao estudo comparativo das médias da amostra com as da população. Os resultados obtidos foram os seguintes: a) idade com valor de Z_{01} igual a -0.01512; b) antiguidade na profissão com valor de Z_{02} igual a -0.00803; c) antiguidade na organização com um valor de Z_{03} igual a -0.01392. Trata-se de valores situados dentro do intervalo da região de aceitação ($T \in RA$), ou seja, entre $-1,96 < Z_{0i} < 1,96$, pelo que a um nível de significância de 5% se aceita a hipótese de que não devem existir diferenças significativas entre as médias da amostra e as da população, quanto às idades, à antiguidade na profissão e na organização.

e ela resultar de uma perspectiva não probabilística, as suas características apresentam algumas semelhanças com a população-alvo, pelo menos em relação às variáveis idade e antiguidade na profissão.

Vejamos, em seguida, alguns traços “amostrais” da enfermagem estudada na análise extensiva. Em relação às organizações de pertença, verifico que a maioria dos inquiridos pertence à área hospitalar, representando um peso percentual na ordem dos 86,6%. Destes, 60,1% pertencem a Évora, 21,4% a Beja e 18,6% a Portalegre. Na área dos cuidados de saúde primários, correspondente a 13,4% do total de inquiridos, 48,3% pertencem a Évora, 31,67% a Beja e 20% a Portalegre. Neste sentido, e em termos globais, no que se refere à localização geográfica das organizações dos inquiridos, assinalo que a maioria pertencem a Évora (58,5%), 22,8% pertencem a Beja, e os restantes 18,8% pertencem a Portalegre (Quadro 13).

Sob o ponto de vista das outras características sociográficas, a “amostra” dos inquiridos revela um predomínio do sexo feminino (80,8%). Os que trabalham na área hospitalar, 79,6% são do sexo feminino. Da informação recolhida nos centros de saúde, 88,3% pertencem a profissionais do sexo feminino. Este conjunto de valores distanciam-se apenas em cerca de dois pontos percentuais dos dados regionais, não sendo, por conseguinte de rejeitar a sua aproximação com a realidade regional (Quadros 13 e 14).

Quanto à idade dos inquiridos, os dados recolhidos permitiram-me reorganizá-los em sete agrupamentos etários, denotando-se uma distribuição com uma certa tendência para a normalidade. Ou seja, a amostra de idades recolhida apresenta uma certa homogeneidade interna, com uma ligeira assimetria positiva de 0,313, de média de 37,12 anos e com um valor de desvio padrão na ordem dos 9,12, sendo o erro padrão da média de apenas 0,44. De referir que a média da amostra é apenas ligeiramente inferior à média regional. Na verdade, trata-se de uma amostra de inquiridos relativamente jovem, já que o 1º quartil situa-se nos 30 anos, o 2º quartil nos 36 anos e o 3º quartil nos 44 anos (Quadro 15).

No que se refere às habilitações académicas e profissionais dos inquiridos, verifico que a maioria possui o bacharelato em enfermagem, ou equivalente (58%), e que 42,4% detêm apenas o antigo curso geral de enfermagem. Poucos são

aqueles que possuem um curso de especialização em enfermagem (11,5%). De salientar que uma pequena franja de 14,2% possuem outras habilitações, tais como cursos superiores na área da gestão e outras. Os dados revelam ainda que a maioria dos inquiridos, quer ao nível dos centros de saúde, quer nos hospitais, já terminaram os cursos de formação de base há mais de 10 anos, sendo em média na ordem dos 14,1 anos. Predominam nos inquiridos, aqueles que terminaram o curso entre 15 e 19 anos (28,3%) (Quadros 13 e 15).

Quadro 13
Caracterização dos Inquiridos

		Total	%	Hospitais	%	Centros	%
Organização	Hospital	388	86,6				
	Centro de Saúde	60	13,4				
	Total	448	100,0				
Local	A - D	262	58,5	233	60,1	29	48,3
	B - E	102	22,8	83	21,4	19	31,7
	C - F	84	18,8	72	18,6	12	20,0
	Total	448	100,0	388	100,0	60	100,0
Sexo	Feminino	362	80,8	309	79,6	53	88,3
	Masculino	86	19,2	79	20,4	7	11,7
		448	100,0	388	100,0	60	100,0
Grupos Etários	≤ 24 anos	39	8,7	39	10,1	0	0,0
	25 a 29 anos	61	13,6	56	14,4	5	8,3
	30 a 34 anos	80	17,9	73	18,8	7	11,7
	35 a 39 anos	74	16,5	63	16,2	11	18,3
	40 a 44 anos	79	17,6	66	17,0	13	21,7
	45 a 49 anos	59	13,2	45	11,6	14	23,3
	≥ 50 anos	39	8,7	31	8,0	8	13,3
	Total	431	96,2	373	96,1	58	96,7
Habilitações	Curso Enf Geral	185	41,3	155	39,9	30	50,0
	Curso Sup Enf -Bach	253	56,5	225	58,0	28	46,7
	Curso Espec Enf	50	11,2	36	9,3	14	23,3
	Outros Cursos	62	13,8	52	13,4	10	16,7
Quando terminou a formação inicial?	ant curs ≤ 4 anos	89	19,9	84	21,6	5	8,3
	ant curs 5 a 9 anos	63	14,1	60	15,5	3	5,0
	ant curs 10 a 14	79	17,6	72	18,6	7	11,7
	ant curs 15 a 19	127	28,3	97	25,0	30	50,0
	ant curs ≥ 20 anos	67	15,0	57	14,7	10	16,7
	Total	425	94,9	370	95,4	55	91,7

Fonte: Inquérito Enf2000.

Quadro 14
Distribuição dos Inquiridos por Sexo e Organização

Pop.-Alvo		H	%	M	%	Total	
Hospitais	A	47	16,7	234	83,3	281	30,6
	B	57	13,4	368	86,6	425	46,3
	C	59	28,0	152	72,0	211	23,0
	Total	163	17,8	754	82,2	917	91,6
Centros	D	4	12,1	29	87,9	33	39,3
	E	6	18,2	27	81,8	33	39,3
	F	1	5,6	17	94,4	18	21,4
	Total	11	13,1	73	86,9	84	8,4
		174	17,4	827	82,6	1001	100,0
Amostra		H	%	M	%	Total	
Hospitais	A	14	16,9	69	83,1	83	21,4
	B	37	15,9	196	84,1	233	60,1
	C	28	38,9	44	61,1	72	18,6
	Total	79	20,4	309	79,6	388	86,6
Centros	D	3	15,8	16	84,2	19	31,7
	E	3	10,3	26	89,7	29	48,3
	F	1	8,3	11	91,7	12	20,0
	Total	7	11,7	53	88,3	60	13,4
		86	19,2	362	80,8	448	44,8

Fonte: RSA e Inquérito Enf2000.

Quadro 15
Estatísticas Descritivas: Idade, Antiguidade na Profissão e na Organização, Tempo em que terminaram o Curso, % de Sindicalizados

		idade	Ant Prof	Ant Org	Curso	% Sind
Número de Inquiridos	Total	433	439	414	425	358
	NR	15	9	34	23	90
Média		37,12	13,47	12,35	14,08	68,78
Erro padrão da média		0,44	0,442	0,446	0,404	1,14
Mediana		36	11	10	13	75,00
Moda		34	3	4	4	80
Desvio Padrão		9,12	9,25	9,08	8,34	21,53
Variância		83,21	85,63	82,38	69,50	463,39
Assimetria		0,313	0,554	0,491	0,431	-0,814
Amplitude		46	40,6	36,8	37	95
Mínimo		21	0,4	0,3	1	5
Máximo		67	41	37	38	100
Percentis	25	30	5	4	6	58,75
	50	36	11	10	13	75,00
	75	44	21	20	21	80,00

Fonte: Inquérito Enf2000.

Quanto à caracterização dos inquiridos segundo a carreira profissional, o panorama nos hospitais e nos centros de saúde é semelhante. A maioria situam-se na categoria de enfermeiro graduado (46,2%), seguindo-se aqueles que se encontram na base da carreira, ou seja, como enfermeiro (33,5%). No que se refere à antiguidade na carreira, a média é de cerca de 13,5 anos, encontrando-se a maioria entre 10 a 14 anos (40,6%) de tempo de exercício na profissão. Apenas alguns inquiridos têm mais de 25 anos de antiguidade na profissão (15,8%) (Quadro 16).

A situação é semelhante quando à antiguidade na organização onde trabalham, já que a média de pertença é de cerca de 12,4 anos, sendo 42,6% aqueles que já se encontram na organização entre os 10 e os 14 anos. Em termos globais, os que se encontram há mais de 25 anos na organização, são cerca de 13%. Os que têm um tempo de serviço igual ou inferior a 9 anos, correspondem de 17%. Conjugando este conjunto de dados com a informação recolhida sobre a antiguidade na profissão, parece que um elevado número de inquiridos iniciaram a sua vida profissional e mantiveram o desenvolvimento da sua trajectória na mesma organização (Quadro 16).

Analisando a relação laboral com a organização, constato que as situações registadas são semelhantes, quer a nível dos hospitais, quer dos centros de saúde. Em termos globais, 75% dos inquiridos já se encontram integrados num quadro e/ou mapa da organização. Apenas uma pequena franja de 0,4% e de 6,9% se encontram, à data em que foram inquiridos, numa situação de precaridade no emprego, trabalhando respectivamente como tarefeiros com "recibo verde" e com um contrato a termo certo. É ainda curioso notar que 1,1% assinalaram que se encontram noutra relação laboral com a organização; contudo, nenhum inquirido referiu a que situação se refere (Quadro 16). Trata-se provavelmente daqueles que efectuem colaborações pontuais na organização no momento do inquérito e que pertencem a outra organização, podendo representar, por conseguinte, aqueles que possuem um duplo emprego.

No que se refere à pertença a uma associação sindical, 56,9% do total dos inquiridos afirmaram que pertencem a um sindicato. A este nível, constato ainda que a percentagem dos inquiridos sindicalizados é ligeiramente superior nos centros de saúde (65%) do que nos hospitais (55,7%) (Quadro 16).

Quadro 16
Caracterização da Situação Profissional e Sindical dos Inquiridos

Total de Inq.= 448		Total	%	Hospitais	%	Centros	%
Categoria Profissional	enfermeiro	150	33,5	139	35,8	11	18,3
	enfermeiro graduado	207	46,2	173	44,6	34	56,7
	enf especialista	57	12,7	47	12,1	10	16,7
	enfermeiro chefe	31	6,9	26	6,7	5	8,3
	Total	445	99,3	385	99,2	60	100,0
Antiguidade na Profissão	ant prof ≤ 9 anos	88	19,6	79	20,4	9	15,0
	ant prof 10 a 14 anos	182	40,6	168	43,3	14	23,3
	ant prof 15 a 19 anos	50	11,2	40	10,3	10	16,7
	ant prof 20 a 24 anos	48	10,7	39	10,1	9	15,0
	ant prof ≥ 25 anos	71	15,8	54	13,9	17	28,3
Total	439	98,0	380	97,9	59	98,3	
Antig. na Organização	ant org ≤ 9 anos	76	17,0	65	16,8	11	18,3
	ant org 10 a 14 anos	191	42,6	171	44,1	20	33,3
	ant org 15 a 19 anos	40	8,9	35	9,0	5	8,3
	ant org 20 a 24 anos	50	11,2	42	10,8	8	13,3
	ant org ≥ 25 anos	57	12,7	45	11,6	12	20,0
Total	414	92,4	358	92,3	56	93,3	
Vínculo Laboral	Sem vínc. (recibo verde)	2	0,4	2	0,5	0	0,0
	contrato a termo certo	31	6,9	30	7,7	1	1,7
	contrato administrativo	65	14,5	57	14,7	8	13,3
	Integrado no quadro	336	75,0	289	74,5	47	78,3
	Outra situação	5	1,1	3	0,8	2	3,3
Total	439	98,0	381	98,2	58	96,7	
Pertença a Assoc. Sind.	Sim	255	56,9	216	55,7	39	65,0
	Não	188	42,0	169	43,6	19	31,7
Total	443	98,9	385	99,2	58	96,7	
% Enferm Sindicalizados	≤ 25%	20	4,5	18	4,6	2	3,3
	26 a 50%	68	15,2	59	15,2	9	15,0
	51 a 74%	101	22,5	95	24,5	6	10,0
	≥ 75%	169	37,7	137	35,3	32	53,3
Total	358	79,9	309	79,6	49	81,7	

Fonte: Inquérito Enf2000.

Apesar destes registos parecerem traduzir que uma razoável percentagem dos inquiridos (42%) apresenta um certo distanciamento em relação às organizações representativas da classe, tal facto não parece constituir um alheamento dos profissionais de enfermagem das lógicas da participação indirecta e/ou da representação sindical nas suas organizações. Na verdade, os inquiridos

manifestaram que, em média, é provável que existam 68,8% dos enfermeiros sindicalizados nas organizações onde trabalham (Quadro 15). É ainda curioso notar que 37,7% dos inquiridos referiram que mais do que 75% dos seus colegas pertencem a uma das estruturas sindicais do sector profissional. São precisamente os dos centros de saúde que apresentam uma opinião mais favorável sobre este aspecto (53,3%), do que os seus colegas dos hospitais (35,3%) (Quadro 16).

Após esta breve leitura das características da "amostra" de enfermeiros estudada, devo ainda acrescentar o seguinte: O facto de ter recolhido apenas uma "amostra" de 44,8% da população alvo, e de algumas variáveis apresentarem uma certa "sustentação" estatística, não posso deixar de não ter algumas reservas quanto às possibilidades de generalização dos dados. Na verdade, poderia ter recorrido às estratégias de ponderação para efectuar cálculos de aproximação, tomando como padrão uma ou mais variáveis, ditas representativas da população. Apesar de legítimo, não segui esta linha, mantendo para efeitos de cálculo, os valores tal como foram recolhidos. Isto porque, tal como referi anteriormente, adoptei para a presente investigação uma perspectiva dual, qualitativa e quantitativa, sem qualquer ordem hierárquica de procedimentos, razão pela qual, as conclusões e as possíveis generalizações a extrair dos resultados resultaram da triangulação de procedimentos extensivos com as leituras de natureza intensiva sobre a realidade estudada. Por outras palavras, ao privilegiar um estatuto dual da leitura, pretendi distinguir, no domínio das opções metodológicas, a diferença entre o rigor e a rigidez, razão pela qual assumo no quadro dos parâmetros adoptados, que os requisitos, ditos de rigor, se baseiam numa triangulação de procedimentos e técnicas para a recolha sistemática de dados.

Na verdade, não adoptei uma postura metodológica, olhando para a participação directa nas unidades sociais de observação, como uma experiência "física" perfeita, mediada por uma lógica estática do processo participativo, isolando-a da realidade, para que o impacto de alguma "coisa" possa ser medido. Não tenho esta perspectiva de "hermetismo" investigativo. Aliás interrogo se será possível isolar a realidade social, gerando um "vácuo social" para a análise da participação? Penso que não. Mas, isto não quer dizer que não delimitei o campo da pesquisa, por exemplo, com o recurso a uma orientação cujas hipóteses se orientam para uma maior atenção às variáveis idade, antiguidade na profissão e

tempo de serviço na organização dos inquiridos. Mas esta é uma outra questão. Tal como referi anteriormente, trata-se de hipóteses ditas "utilitaristas" (Friedberg 1995), que não resultaram de uma mera pré-definição, antes porém, foram conceptualizadas através do balanço entre a teoria e a contextualização do meio e dos contextos concretos de trabalho em enfermagem nos casos que interessei analisar. Igualmente, a adopção de uma maior atenção em relação às variáveis em causa, justifica-se igualmente não só pelas mesmas razões apresentadas, mas também, por um lado, porque os resultados do estudo de Noémia Lopes (1994) apontam precisamente para a importância das mesmas na génese de clivagens ideológicas na profissão. Por outro lado, num estudo anterior que efectuei em três centros de saúde da área geográfica, os resultados sugerem-me precisamente que os efeitos geracionais assumem particular importância na génese de culturas identitárias distintas na organização (Silva 1997).

Quanto à abordagem intensiva, que decorreu durante cerca de dois anos e meio, entre Setembro de 1998 a Dezembro de 2000, incidi sobre serviços distintos, sendo uns da área hospitalar e outros dos centros de saúde, tendo entrevistado um total de 37 profissionais. Para a observação directa, na área hospitalar, tomei essencialmente como referência os serviços de medicina, e nos centros de saúde, as áreas de actividades designadas de consultas de enfermagem, os serviços de atendimento permanente e as visitas domiciliárias. Em relação aos entrevistados, não procedi à sua selecção através de um processo de amostragem probabilística. Para o efeito, adoptei o critério intencional, seleccionando aqueles que considereei como informantes privilegiados, pelo reconhecimento das suas qualidades, experiência profissional e posição nas instituições estudadas. Para além dos enfermeiros da prestação directa de cuidados, entrevistei outros informantes privilegiados que ocupam e desempenham cargos importantes nas organizações de serviços de saúde em foco, e que têm por função garantir o bom funcionamento e oferta dos mesmos serviços, a satisfação das necessidades dos utentes e, paralelamente, sendo responsáveis directos ou indirectos pela criação, organização e promoção de estratégias para a melhoria das condições de trabalho para os mesmos. São eles: o administrador hospitalar; o director de enfermagem; outros directores de serviço. Para além destes que foram entrevistados formal e informalmente, ainda efectuei outros contactos informais com médicos e outros profissionais dos serviços.

Na verdade, a representatividade dos informantes privilegiados é essencialmente sociológica e baseou-se num critério de saturação. Como refere António Costa, a partir de um certo limite de informação geram-se efeitos de redundância e de saturação, e nada mais emerge «significativamente novo acerca dum determinado tema ou acerca dum elemento estrutural a que, através daqueles dados, se pretende aceder» (Costa 1986: 142). De facto, não efectuei mais do que uma “média” de seis entrevistas por organização, na medida em que considerei que alcancei com o conteúdo da sexta entrevista em cada *locus* organizacional, um certo efeito de saturação. Foi, assim, que fui alargando o número de entrevistas, interrompendo a recolha de dados em cada unidade social quando as novas informações se tornavam redundantes. Vejamos em seguida, com mais pormenor as técnicas e os instrumentos utilizados para a abordagem das orientações simbólico-ideológicas que modelam as práticas de participação directa em enfermagem.

2.2.2. Estratégias, Técnicas e Instrumentos de Recolha de Informação

A delimitação das técnicas utilizadas nesta pesquisa não se reduzem a um mero exercício de estilo de justaposição de meios para a exploração empírica e a sua posterior articulação com um dado modelo teórico; antes porém resultaram de decisões e critérios metodológicos, já amplamente discutidos anteriormente. Devo ainda salientar que, partindo da razão justificativa do tipo de informação desejada para esclarecer a problemática da investigação, nenhuma das técnicas utilizadas nesta pesquisa pode ser considerada redundante. Cada uma delas teve o seu lugar e importância na exploração empírica, cujos resultados condensaram um valor informativo que assegurou a plena justificação da sua utilização. Efectivamente, para analisar a complexidade das interacções sócio-organizacionais, as expectativas e o modo de partilha dos interesses individuais e colectivos no domínio da participação directa em enfermagem, utilizei várias técnicas e instrumentos de recolha de dados que privilegiam uma perspectiva dual. Trata-se de um percurso que se insere na linha metodológica sustentada pela reflexão sociológica sobre o objecto de estudo, direccionada para a interpretação das lógicas de acção da enfermagem, através do realce da paisagem organizacional e das práticas quotidianas, captadas fundamentalmente nas verbalizações produzidas pelos actores e extraídas também da minha observação vivenciada nos diferentes serviços.

Porém, a inserção da minha experiência de cerca de vinte anos como técnico de saúde nos materiais empíricos, não se tratou de fundamentar um ângulo auto-biográfico, narrando apenas os meus pontos de vista. Se é verdade que a biografia constitui, na perspectiva de Juan Muñoz (1992) um processo totalizante, e quiçá organizador do sentido e do percurso da interacção de um actor com as estruturas e as instituições sociais, não dependi nesta pesquisa apenas das minhas memórias pessoais. Assim sendo, para ampliar e reforçar a validade da informação já retida e para que fosse possível dar conta de uma plausível sistematização das categorizações que os actores produzem sobre a

realidade do seu quotidiano de trabalho, considere relevante a recolha do material biográfico sobre alguns informantes privilegiados. Por outras palavras, pretendi com este procedimento, captar as “histórias de vida” de alguns actores, para uma melhor compreensão das crenças, das atitudes, das motivações e dos quadros de referência simbólico-ideológicos que modelam a sua integração na organização e que lhes orientam o quotidiano do trabalho.

É evidente, que é possível focar outros argumentos, critérios e técnicas de observação sociológica. No caso desta pesquisa, os instrumentos de recolha utilizadas foram: diário de campo, inquérito por entrevista e inquérito por questionário.

Para a observação directa, assumi ao longo do processo uma certa equidistância, quer na recolha de dados, quer na própria interpretação dos factos, procurando não me deixar influenciar, nem ser influenciado pelo actores em estudo⁸¹, actuando assim sem «reduzir a complexidade do real para a tornar passível de uma interpretação e de uma compreensão sem a trincar» (Friedberg 1995: 306). Apoiei-me, assim, no diário de campo, onde fui registando algumas das minhas recordações como técnico nalguns dos serviços, acrescentando novos registos sobre os ritmos e os tempos nalguns dos serviços que ia contactando e as conferências promovidas pela profissão em que ia participando⁸². Procurei ainda tomar nota das ocorrências sem as reduzir ou as desqualificar, assim como fui anotando os contactos e as conversas informais, os debates, as minhas preocupações e dúvidas colocadas nomeadamente as reflexões com outros investigadores na rede virtual (*internet*), através dos *forums* de discussão, nos

⁸¹ Ao longo do trabalho de campo não adoptei uma qualquer atitude inquisidora. Procurei manter sempre uma certa equidistância. Tal como Friedberg sugere, na abordagem organizacional, o analista, durante a sua fase de campo, «não tem opinião, não tem ideias, mas é de uma curiosidade insaciável por tudo o que se passa no espaço de acção que lhe interessa. Toma nota de todas as indicações que lhe são fornecidas, segue os entrevistados no mais íntimo da sua ‘subjectividade’, ou seja das suas argumentações, das suas justificações e das suas descrições, sem as contradizer, sem as reduzir nem as desqualificar, sem mesmo lhes opor o ponto de vista de um outro actor do campo. Igualmente atento à maneira particular que cada entrevistado tem de descrever a realidade e de justificar as suas opiniões, os seus sentimentos e as suas condutas, coloca-se sucessivamente no lugar de cada um abraçando o seu ponto de vista, mas sem que nenhum se sobreponha aos outros» (Friedberg 1995: 306). Na verdade, face à opção metodológica adoptada, recolhi indicadores qualitativos para aprofundar a descrição, a interpretação e a compreensão das expectativas e dos projectos de vida na organização, em suma, dos significados e das significações do quotidiano de trabalho.

⁸² Trata-se, por exemplo, de discursos captados numa conferência realizada em Beja, em 1999, onde participei como moderador de um painel, subordinado ao tema de “Enfermagem no Século XXI”.

chat-room e IRC sobre organizações de saúde e enfermagem. Por outro lado, a pesquisa documental, a entrevista semi-estruturada e o questionário foram outros elementos fundamentais nesta investigação. As entrevistas aos enfermeiros(as) e outros informantes foram obtidas através da intervenção pessoal. Já no que se refere aos questionários, procurei com o apoio de uma equipa de três entrevistadores, inquirir todos os profissionais de enfermagem presentes em cada uma das organizações.

Para uma melhor orientação e para evitar a dispersão excessiva da narração linear dos entrevistados, nomeadamente nas entrevistas e nos relatos sobre a história de vida na profissão e na organização, elaborei um conjunto de dimensões analíticas nas grelhas utilizadas. Em relação às entrevistas utilizei dois guiões, delineados no formato "semi-estruturado", cuja concepção está relacionada com o modelo da análise adoptado neste estudo (ver Anexo). Quanto à estrutura formal do guião da entrevista aos enfermeiros e aos enfermeiros-chefe, ela é composta por duas secções temáticas, que correspondem precisamente a cada um dos objectivos pretendidos, e uma terceira ilustrativa para a caracterização do entrevistado. Trata-se de um instrumento com um total de 24 questões.

O primeiro bloco de questões tem como objectivo principal proceder à recolha de informação para a análise das actividades dos enfermeiros e das suas orientações profissionais. Porém, para uma melhor contextualização e compreensão das práticas de participação directa, as questões foram formuladas no sentido de captar a sua história pessoal e do seu vivido no contexto sócio-organizacional. Para o efeito, construí três questões fulcrais, através das quais o entrevistado teve toda a liberdade no exercício da palavra, contando ao seu ritmo, a sua auto-biografia ou melhor a sua trajectória na organização e na profissão. Comecei por questionar os informantes privilegiados sobre os traços gerais da sua experiência no trabalho de enfermagem, seguida de três questões acessórias, o que me permitiu ficar a conhecer o perfil da satisfação global em relação às actividades desempenhadas, a adequação ou não dos conhecimentos adquiridos no quotidiano de trabalho, bem como as principais alterações das condições de produção de cuidados em enfermagem, ao longo da sua vida profissional e na organização. A segunda questão principal deste bloco foi

formulada no sentido de apreender as possíveis diferenças entre as práticas hospitalares e as dos centros de saúde. Associada a ela, coloquei aos entrevistados outras questões acessórias sobre os fundamentos teóricos que sustentam as suas práticas, a relação destas mesmas práticas com as características sociodemográficas e profissionais, e a formação. Ainda como questões acessórias, interroguei os inquiridos sobre a atractividade dos serviços para captar novos profissionais, as formas de integração e os esquemas de avaliação de desempenho dos profissionais. Para a análise das orientações profissionais, coloquei ainda uma terceira questão nuclear, centrada no tema da autonomia em enfermagem. Relacionados com elas, associei outras duas questões, sendo uma sobre as relações da enfermagem com os outros profissionais e com os utentes, e a outra sobre os perfis profissionais de enfermagem.

A segunda secção da entrevista reporta-se ao núcleo central desta tese, e tem como objectivo principal, conhecer os fundamentos da participação directa no sector da enfermagem. Para alcançar este objectivo, considerei ser fundamental pedir aos entrevistados para me transmitirem a sua opinião face à importância da participação directa na área da enfermagem, quer ao nível hospitalar, quer nos centros de saúde. Subjaz nesta questão, o interesse em conhecer as vantagens e desvantagens do processo participativo, ou seja, quais são os factores, o processo e os efeitos da participação directa na organização das práticas quotidianas. Face a tal objectivo, não podia deixar de questionar os entrevistados sobre o seu conhecimento concreto de práticas de participação directa nos seus serviços. Coloquei ainda outras questões acessórias, interrogando os entrevistados sobre as formas de participação directa e o desenvolvimento das práticas participativas, bem como sobre os conteúdos que devem incidir e que têm sido discutidos nos processos de consultas e de tomadas de decisão. No sentido de atingir plenamente o terceiro objectivo, apresentei mais uma questão acessória aos informantes-privilegiados, solicitando aos respondentes para que me indicassem sugestões, medidas e facilidades para o desenvolvimento das práticas de participação directa em enfermagem.

O terceiro e último bloco de questões foi delineado no sentido de recolher algumas informações complementares sobre as características sociodemográficas e profissionais dos entrevistados.

Em relação ao segundo guião de entrevista, ele foi destinado à recolha de informação junto das hierarquias administrativas, médicas e de enfermagem. A sua estrutura formal é semelhante à anterior, contudo, acrescentei mais um bloco de questões, procurando saber o que é que os entrevistados pensam sobre a rede de cuidados de saúde na região, o impacto das formas de gestão nas práticas médicas e em enfermagem. Trata-se, assim, de um guião composto por quatro secções, três das quais são semelhantes às descritas no guião aplicado na entrevistas aos enfermeiros da prestação directa de cuidados (ver Anexo).

Para alcançar os objectivos do presente estudo, utilizei ainda como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário⁸³ (ver Anexo). Com efeito, o instrumento de recolha do material quantitativo trata-se de um instrumento cuja concepção resultou da conjugação dos dados empíricos recolhidos na fase exploratória da análise intensiva, do conhecimento do terreno de mais de 20 anos, os resultados de alguns dos estudos efectuados e dos trabalhos preparatórios de investigação, realizados, em 1999, no âmbito do Programa PRAXIS XXI - FCT, com o título de "Saúde no Alentejo: Organizações, Modelos e Práticas Quotidianas"⁸⁴.

Para o delineamento do instrumento consultei ainda os trabalhos de Noémia Lopes (1994), Geary e Sisson (1994), Sisson (1996), Vala et al. (1994), Silva (1997), Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho

⁸³ A concepção deste instrumento não se tratou de qualquer processo de estandarização, fundada numa mera «economia da construção e da adaptação dos seus indicadores e instrumentos de medida» (Friedberg 1995: 307). Por outras palavras, assumi quando da construção do instrumento, a postura de que o recurso aos métodos quantitativos «não pode em caso algum substituir o conhecimento qualitativo e subtil da vivência dos actores e da estruturação das suas relações» (Friedberg 1995: 307). Na linha do pensamento do autor, é através deste conhecimento e vivência que é possível levar à conceptualização e operacionalização de indicadores que vão permitir a passagem para a análise quantitativa.

⁸⁴ No âmbito deste estudo foram desenvolvidos alguns elementos da matriz teórica que sustenta a análise das práticas de enfermagem. Foi desenvolvida uma versão preliminar de um instrumento, com três componentes: a) fundamentos da participação directa e enfermagem; b) configurações do trabalho em enfermagem; c) modelos teóricos de enfermagem e práticas. As duas primeiras componentes foram readaptadas e utilizadas na minha recolha de dados. A última componente foi aplicada por João Mendes (2000), no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Sociologia. Com base no modelo de estudo, o autor explorou e retratou as características predominantes da relação entre a prática e as configurações das teorias em enfermagem. No seu estudo, o autor concluiu que subjaz na prática de enfermagem hospitalar e nos centros de saúde uma certa orientação biomédica. Contudo, acrescenta ainda o autor que este facto não permite afirmar que as práticas estejam apenas relacionadas com um só modelo teórico, antes porém, com vários, razão pela qual, não é possível afirmar que exista uma única orientação específica nas correntes teóricas de enfermagem, na encruzilhada, quer da prática hospitalar, quer dos centros de saúde estudados.

(FEMCVT), nomeadamente o instrumento aplicado no seu estudo sobre *Employee Direct Participation in Organisational Change* (EPOC). Foram readaptados parcialmente alguns aspectos focados nos diferentes instrumentos consultados, reintroduzindo novas configurações na versão final do guião, ajustadas à realidade da problemática estudada. Considero, assim, que a questão implícita na técnica quantitativa adoptada, não resultou de uma decisão neutra, nem se baseia em qualquer “falsa” opção de moda investigativa com orientações complexas, quantitativo e qualitativo, mas enquadra-se num plano mais vasto de escolhas duais que recusa a mera standardização de procedimentos.

O guião, aplicado no terreno, trata-se de um instrumento composto por quatro dimensões analíticas, com perguntas abertas e fechadas, sendo algumas dicotómicas, outras de escolha múltipla e outras do tipo de escala de cinco pontos⁸⁵. Três das quatro dimensões foram delineadas para uma melhor contextualização e conhecimento das orientações profissionais e as práticas em enfermagem, condensando um conjunto de variáveis situacionais (condições de trabalho, formas de organização e de divisão do trabalho), de interacção sócio-profissional (relações interprofissionais e hierárquicas, formas de partilha dos valores de orientação profissional e organizacional) e variáveis individuais (realização pessoal e profissional). Tomei, assim, como referência que, para perspectivar os princípios de apreciação e de acção participativa, os fundamentos e os estilos de apropriação do contexto que os actores engendram na construção e reconstrução do quotidiano de trabalho na saúde, passa pelo questionamento das suas práticas, das atitudes e das representações sobre o espaço do trabalho, mas que, em simultâneo, não recusa a discussão das relações hierárquicas, das formas de exercício de poder, nem das disposições identitárias que caracterizam o grupo profissional da enfermagem.

A estrutura formal do inquérito por questionário, apresentada aos

⁸⁵ Existem diversas técnicas de escalonamento. No questionário desenvolvido neste estudo, a construção de categorias de respostas mutuamente exclusivas, organizadas segundo uma escala de 1 a 5, apenas se trata de um dos critérios, objectivado, na recolha e no tratamento da informação, a atribuição de uma e só uma modalidade de resposta de cada indivíduo para cada item de cada escala e ao estabelecimento de uma certa “normalização” na leitura e interpretação das perguntas. Os códigos 1 e 2 oferecem-me a percepção de posicionamentos de discordância dos actores. Os códigos 4 e 5 situam-me na percepção dos níveis de concordância. O ponto 3 da escala oferece-me a inteligibilidade do não comprometimento dos actores e que, em última instância, traduz um posicionamento de auto-exclusão estatutária dos mesmos actores sobre a vida na organização.

inquiridos, é composta por quatro secções: a) caracterização sócio-demográfica, profissional e da trajectória escolar do inquirido; b) caracterização do contexto de trabalho em enfermagem, contendo esta componente duas sub-dimensões, focando uma o perfil do *locus* da organização, a satisfação no trabalho, a ideologia da profissão e o seu enquadramento da produção de cuidados, e a outra sobre a relação entre o trabalho e os conhecimentos adquiridos na formação inicial e as formas de actualização de conhecimentos; c) caracterização da participação directa; e d) caracterização das perspectivas dos inquiridos face à qualidade das práticas e as estratégias organizacionais para a melhoria das condições de produção de cuidados em enfermagem. Na verdade, o núcleo central do instrumento é constituído por sete escalas fundamentais: ^{a)} configurações ideológicas da profissão; ^{b)} influência dos actores (externos e internos); ^{c)} valores organizacionais; ^{d)} actividades do quotidiano; ^{e)} razões de rejeição da participação; ^{f)} razões de adesão à participação; ^{g)} tipos de influência no desenvolvimento e processo da participação (ver Anexo). Encontram-se ainda no instrumento outras questões formuladas na base das técnicas de escalonamento, sendo agrupadas em ^{a)} temas e frequência de consulta (conteúdo das opiniões) e ^{b)} representantes sindicais e o seu lugar na participação directa (implicação sindical). A administração dos questionários foi efectuada em 1999-2000, com apoio de uma equipa de três entrevistadores, tal como já referi anteriormente, tendo sido garantido, quer o anonimato dos respondentes, quer a total confidencialidade das suas respostas.

Tendo em vista a aplicação da estratégia de replicação de Yin (1989) para a abordagem extensiva nas diferentes unidades do caso múltiplo, foi necessário proceder à aferição da "qualidade" do questionário. Para o efeito, delineei duas etapas. Na primeira etapa, caracterizada como fase preliminar, procedi, em primeiro lugar, à avaliação da adequação do conteúdo do instrumento. Para o efeito, recorri a um painel, composto por uma equipa de cinco investigadores, os mesmos que avaliaram a coerência do guião de entrevista. Tratou-se de uma validação de conteúdo⁸⁶ do questionário, que me permitiu recolher um conjunto

⁸⁶ No que se refere à validade, segundo Hill e Hill (2000) existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade teórica e validade prática. Um questionário apresenta adequada validade de conteúdo quando os seus itens permitem medir todos os aspectos das componentes de uma dada variável latente em estudo. A validade teórica diz respeito à adequação da «medida da variável latente que o investigador pretende medir» (Hill e Hill 2000: 151), podendo ser do tipo

de sugestões para a melhoria da formulação das questões para cada uma das componentes das diferentes dimensões analíticas. Em segundo lugar, realizei um pré-teste junto de 30 profissionais, cujos resultados permitiram efectuar algumas correcções sobre o modo como as perguntas se encontravam formuladas. Após as devidas correcções, não verifiquei qualquer dificuldade dos respondentes, aquando da aplicação do instrumento no terreno.

Ainda na fase preliminar, e em relação às nove escalas presentes no instrumento, procedi à aferição da fiabilidade interna através do cálculo do coeficiente de *alfa Cronbach*⁸⁷. Os valores obtidos para as diferentes escalas, baseado nos resultados do pré-teste, foram superiores a 0,7 (Quadro 17). Trata-se de valores que asseguram estatisticamente que cada escala está de facto a medir uma única ideia, e que os itens que constituem cada uma das escalas apresentam uma adequação da sua consistência interna (Bryman e Cramer 1992; Hill e Hill 2000).

A segunda etapa de aferição da qualidade do instrumento incidiu na análise das não respostas das perguntas dicotómicas e de resposta múltipla, da fiabilidade e da validade das escalas. Não verifiquei respostas omissas superiores a 10%. Os valores de fiabilidade obtidos na versão final do instrumento apresentam ligeiras diferenças em relação aos valores calculados no pré-teste, sendo os coeficientes de *alfa Cronbach* superiores a 0,7, tal como se revela no quadro 17. Seis escalas apresentam uma boa de consistência interna (0,8 a 0,9). Outras duas escalas apresentam valores de *alfa* superiores a 0,9, razão pela podem ser consideradas como escalas excelentes (Quadro 17).

Quanto à validade, recorri ainda à análise da validade convergente e discriminante. Em relação à validade convergente, verifiquei que as medidas das

convergente, discriminante e factorial. A validade prática refere à predição da aplicabilidade do instrumento, podendo ser do tipo validade preditiva e do tipo simultânea. Validade e fiabilidade não são a mesma coisa. A primeira diz respeito à pertinência do instrumento para um estudo, e a segundo da coerência do mesmo, quer no plano interno, quer em dois momentos distintos.

⁸⁷ A estatística de *alfa Cronbach* trata-se uma medida de fiabilidade que permite aferir uma estimativa média de todas as correlações possíveis de cada item ou questão de uma escala, em relação à globalidade da própria escala. Este coeficiente de consistência interna de uma dada variável latente, é considerado razoável entre 0,7 e 0,8; bom entre 0,8 e 0,9; e, excelente quando o valor obtido for superior a 0,9. Fixei como critério de validação da fiabilidade final das nove escalas, um valor de *alfa Cronbach* $\geq 0,7$ ou 70%. Para além do *alfa Cronbach*, existem vários procedimentos para este tipo de estimação. Para um aprofundamento desta questão ver os trabalhos de Hill e Hill (2000).

mesmas variáveis latentes apresentam adequada concordância entre si, ou melhor, revelam correlações significativas, apesar dos valores de correlação não serem elevados, variando entre 0,45 a 0,68.

Como corolário da avaliação da convergência, concluí igualmente que as variáveis latentes revelam adequada validade discriminante, já que não se apresentam correlacionadas «significativamente com medidas de outras variáveis que teoricamente não estão relacionadas» (Hill e Hill 2000: 151) com cada uma das variáveis latentes, representadas pelas escalas. Este conjunto de resultados permite-me ainda concluir que existe uma adequada validade teórica na conceptualização das escalas do instrumento⁸⁸ (Quadro 17-A).

Quadro 17
Valores do coeficiente de *alfa Cronbach* das Escalas

N.º Casos	Escalas	Nº itens	alfa	média	desvio padrão
n = 30	Pré-teste				
23	configurações ideológicas da profissão	15	0,72	56,4	4,9
23	influência dos actores (externos e internos)	20	0,89	77,9	11,9
27	valores organizacionais	13	0,86	56,4	5,5
26	actividades do quotidiano	14	0,83	45,6	9,2
24	razões de rejeição à participação directa	12	0,85	32,2	7,9
25	razões adesão à participação directa	12	0,92	46,7	7,8
23	tipos de influência no desenv. e o processo da participação	28	0,92	100,5	14,1
27	temas e frequência de consulta	9	0,91	21,9	7,2
28	representantes sindicais e o seu lugar na participação directa	4	0,88	10,8	3,7
n = 448	Resultados Finais				
362	configurações ideológicas da profissão	15	0,72	56,6	5,9
377	influência dos actores (externos e internos)	20	0,86	71,7	11,0
401	valores organizacionais	13	0,87	54,6	5,9
376	actividades do quotidiano	14	0,84	47,3	8,2
351	razões de rejeição à participação directa	12	0,89	30,3	7,4
359	razões adesão à participação directa	12	0,88	44,2	6,9
327	tipos de influência no desenv. e o processo da participação	28	0,92	102,9	14,7
370	temas e frequência de consulta	9	0,92	24,7	6,9
367	representantes sindicais e o seu lugar na participação directa	4	0,89	12,2	3,3

Fonte: Inq. Enf2000.

⁸⁸ Apesar do conjunto de características positivas dos resultados obtidos na avaliação da qualidade do instrumento, considero que existem limitações quanto à sua aplicabilidade. Admito que os resultados obtidos neste estudo podem não garantir, *per se*, nem a exaustividade, nem a infalibilidade dos critérios formais adoptados para o recorte do campo de acção participativa da enfermagem. Isto porque podem existir constrangimentos, não só do próprio contexto estudado, mas também das decisões tomadas para a recolha de dados. Não há decisões infalíveis, e não estou isento da possibilidade de criar uma certa economia de investigação, que em última instância, pode ofuscar a leitura dos dados.

Quadro 17-A
Avaliação da Validade das Escalas

Escalas		P13.3	P14.17	P15.13	P16.12	P25.1	P26.9	P27.6	P30.1	P38.4
configurações ideológicas da profissão (P13)	Cor	0,58	0,12	0,11	0,14	-0,11	0,06	-0,03	0,07	-0,01
	Sig	0,00	0,10	0,30	0,08	0,18	0,43	0,72	0,37	0,88
influência dos actores (P14)	Cor	0,08	0,57	0,08	0,20	-0,13	0,32	0,15	0,17	0,11
	Sig	0,31	0,00	0,33	0,06	0,12	0,08	0,06	0,06	0,16
valores organizacionais (P15)	Cor	0,13	0,13	0,45	0,22	-0,04	0,26	0,11	0,16	-0,05
	Sig	0,10	0,10	0,00	0,06	0,58	0,09	0,18	0,06	0,55
actividades do quotidiano (P16)	Cor	-0,01	0,33	-0,06	0,55	0,08	0,20	0,12	0,17	0,07
	Sig	0,87	0,06	0,48	0,00	0,32	0,10	0,15	0,06	0,37
razões de rejeição à particip. directa (P25)	Cor	-0,17	-0,02	-0,12	-0,02	0,60	-0,12	-0,03	-0,18	-0,03
	Sig	0,10	0,20	0,21	0,77	0,00	0,14	0,75	0,06	0,60
desenv. e o processo da participação (P26)	Cor	0,08	0,16	0,13	0,14	0,02	0,66	0,13	0,18	0,12
	Sig	0,35	0,07	0,25	0,08	0,80	0,00	0,11	0,06	0,15
razões adesão à participação directa (P27)	Cor	-0,08	0,14	0,04	0,12	-0,03	0,04	0,60	0,05	0,00
	Sig	0,33	0,07	0,65	0,14	0,70	0,63	0,00	0,60	0,97
temas e frequência de consulta (P30)	Cor	-0,04	0,14	0,04	0,17	-0,02	0,13	0,16	0,51	0,12
	Sig	0,60	0,08	0,61	0,10	0,80	0,11	0,06	0,00	0,10
representantes sindicais e o seu lugar (P38)	Cor	-0,07	0,15	-0,04	0,00	-0,27	0,11	-0,04	0,06	0,68
	Sig	0,37	0,07	0,63	0,99	0,08	0,19	0,62	0,49	0,00
n=154 Resultados finais										
coeficiente "rho de Spearman"										
nível de significância = 0,05										

Fonte: Inq. Enf2000.

Cabe ainda nesta secção referir que a recolha de informação directa e as entrevistas nas unidades sociais de observação não foi imediata e informal. Foi necessário negociar a minha autorização de acesso com as hierarquias administrativas. Tive de apresentar um pedido formal, e marcar uma primeira reunião com a Presidência dos Conselhos de Administração ou com os Administradores-Delegados, com os Directores dos Hospitais e dos Centros de Saúde, com a Direcção da Enfermagem e os Enfermeiros-Chefe para apresentar face-a-face os objectivos de investigação, apesar de já ter obtido a autorização formal da Região de Saúde para desenvolver o presente estudo. Ultrapassados estes procedimentos formais, iniciei os contactos no terreno.

Porém, o facto de ter algum conhecimento do terreno e possuir a necessária autorização das hierarquias administrativas para o estudo, tais situações não se traduziram numa vantagem para o desenvolvimento do trabalho de campo. Confrontei-me no terreno algumas dificuldades no acesso e na recolha

de informação. Longe de ter recebido uma abertura total dos profissionais para serem inquiridos e entrevistados, recebi imensas recusas. Argumentos como indisponibilidade temporal, sobrecarga de trabalho no momento, ou afirmações como “não sei nada sobre este assunto”, “não dá para ser noutra hora ou noutra dia”, “hoje estou com um problema em casa, o melhor é marcar para outro dia” constituíram as principais justificações apresentadas pelos profissionais. De notar que, para a realização das entrevistas foi necessário programá-las para um horário pós-laboral, e em muitas circunstâncias, depois das 20 horas, prolongando-se por mais de quatro a cinco horas, ocorrendo a maioria delas na residência dos profissionais entrevistados e/ou inquiridos. Acrescento ainda que muitas das entrevistas e inquéritos, só foram conseguidas ao fim da quinta marcação. Assim sendo, fui construindo uma integração no terreno, nem sempre fácil. Entre os contactos esporádicos iniciais, passando para um contacto mais frequente, fui recolhendo e registando um conjunto de informações nos centros de saúde e nos hospitais. Num dos centros de saúde, que seleccionei para o estudo intensivo, acompanhei com maior pormenor algumas actividades de enfermagem, desde as reuniões de programação, às consultas directas, às visitas domiciliárias. Se é verdade que pude estar presente nalguns contactos mais formais e/ou informais dos profissionais, onde pude observar os diferentes cenários da programação das actividades e a discussão dos problemas dos serviços ou pessoais, na realidade, nem sempre tive um acesso facilitado para acompanhar no terreno o desenvolvimento das actividades dos enfermeiros. Foram imensas as situações em que me estava vedado o acesso, nomeadamente para a observação directa da prestação de cuidados. Eram-me apresentadas justificações, tais como a não invasão da privacidade dos utentes/doentes. Porém, com alguma persistência, foram facilitadas algumas situações, nomeadamente o acompanhamento das consultas de enfermagem a diabéticos, hipertensos, as sessões de educação para a saúde, as visitas domiciliárias, ou os serviços de atendimento permanente.

Situação idêntica encontrei nos hospitais, ou melhor nos serviços de medicina hospitalar que seleccionei para o estudo intensivo. Devo salientar que a integração no terreno hospitalar, no seu todo, foi igualmente desenvolvida de forma gradual, mas *sui generis*. Contactei nas diferentes organizações o serviço de urgência, a consulta externa, o serviço de medicina, etc. No início da investigação tive a percepção de que era apenas tolerada a minha presença nos diferentes

serviços, apesar de ser conhecido pela maioria dos enfermeiros. Mas, à medida em que foram evoluindo os contactos, apesar de pontuais, notei uma maior aceitação dos profissionais. Valeu-me provavelmente a informalidade dos contactos.

Não posso deixar de assinalar que, na fase inicial da recolha de dados, tive oportunidade de passar alguns momentos como "doente" internado num dos serviços hospitalares, onde estava a desenvolver o trabalho de campo. Este acontecimento, apesar de pontual, permitiu-me obter um outro ângulo analítico sobre a realidade e, na verdade, senti uma outra lógica de integração no terreno, se assim se pode dizer. O facto de ter continuado a efectuar registos sobre a minha vivência como doente e daquilo que se passava no serviço, foi uma experiência interessante. Considero-a deveras enriquecedora para a investigação, já que tal facto fortuito, que emergiu na trajectória da investigação, permitiu-me conhecer com uma maior profundidade a realidade das actividades de enfermagem, situação impossível de obter noutras circunstâncias. Passei a poder deslocar-me com alguma facilidade no serviço, situação que favoreceu quer a minha interacção com os doentes e os profissionais, quer a observação e o registo dos espaços de acção, os tempos e os diálogos, nos momentos mais diversos e distintos, e sobretudo vivenciar *in loco* os significados dos tempos no quotidiano das práticas em enfermagem hospitalar. É evidente que, salvaguardando a respectiva distância e a necessária ética na investigação, compilei um conjunto de registos que vão ser apresentados mais adiante.

2.2.3. Procedimentos para Tratamento e Análise dos Dados

Para alcançar os objectivos da investigação e dar resposta às hipóteses colocadas, procedi à segmentação da informação em duas áreas: hospitais e centros de saúde. Em seguida, delineei dois tipos de procedimentos para o tratamento de cada bloco de informação recolhida, em conformidade com a tipologia dos dados.

1.- Em relação aos dados qualitativos, nomeadamente os obtidos nas entrevistas e nas perguntas abertas do questionário, e ainda de outros materiais que recolhi, recorri à análise estrutural de conteúdo para remontar os materiais observados, e avaliar as manifestações discursivas dos sistemas de sentido verbalizados pelos actores, sobre as práticas e as orientações simbólico-ideológicas da profissão. Na verdade, esta análise assenta na noção que os mecanismos sociais produtores, difusores e apropriadores do *sentido* decorrem dos sistemas simbólicos socialmente produzidos. Para Hiernaux (1997), tais sistemas, são modelos culturais, isto é, sistemas de sentido constituídos por estruturas de sentido, que definem e organizam os princípios da percepção e do comportamento estruturantes quer das actualizações de sentido abstractas, tais como, os discursos, quer das actualizações de sentido concretas, nomeadamente as práticas e os objectos culturais.

Tomando como pano de fundo, uma intersecção entre os níveis “structurelle” e “structural” de análise, ou melhor, através da concepção de uma produção e interacção infraestrutural e superestrutural do sentido, procura-se desocultar as causas, os processos e os efeitos de legitimidade que subjazem no circuito estrutura social-consciência-estrutura social. Por outras palavras, a análise estrutural de conteúdo⁸⁹ assenta no princípio de que os conteúdos não são nem textos nem discursos. Trata-se daquilo que Hiernaux chama de «o que existe dentro». Tal como refere o autor, «os textos e os discursos são receptáculos,

⁸⁹ A análise estrutural de conteúdo encontra a sua génese teórica e metodológica no estruturalismo antropológico de Lévi-Strauss, na Linguística (Saussure), Psicanálise (Lacan), Semântica e Semiótica (Barthes) estruturais.

modos de expressão, manifestações. O objecto da análise de conteúdo não são estes, mas antes o que contêm» (Hiernaux 1997:157).

Em termos pragmáticos, procurei, a este nível, estabelecer um elo de ligação através dos princípios da descrição estrutural, partindo da ideia de Hiernaux (1997) de que o sentido das verbalizações e as formas de percepção dos actores resultam de dois tipos de relações: ^{a)} disjunção, que se trata de uma contradefinição, ou melhor de uma distinção de sentidos, e que se reporta à especificidade de cada sentido relativamente a outros, mas presentes no mesmo género de conteúdo; ^{b)} associação ou conjunção, que estabelece uma relação entre as disjunções identificadas, como forma de geração de uma rede de sentidos e de atributos da estrutura do sistema de sentido sobre a acção da participação directa. Trata-se da concepção de diversas isotopias e de sistemas cruzados de relações de equivalência de códigos presentes nestas mesmas isotopias para a percepção cumulativa das situações descritas.

Subjaz, assim, na análise estrutural uma perspectiva analítica descritiva, que procura identificar cada termo e o seu inverso. Porém, a oposição de dois termos não se trata de um mero formalismo organizativo da percepção, nem representa um princípio formal da organização do entendimento. Antes porém, trata-se de um princípio formal da reconstrução do "sentido". Assim sendo, não se trata de utilizar o princípio estrutural para identificar cada termo e a sua negação, ou o seu contraste, ou o seu antónimo, antes porém, pretende-se através deste procedimento analítico identificar e compreender que o «contraste será considerado o termo mais geral, sem implicações quanto ao número de elementos no conjunto de elementos paradigmaticamente contrastantes» (Lyons 1980: 226). Por outras palavras, a "binariedade" que subjaz na análise estrutural representa um princípio de reconstrução elementar e único das possíveis variações e combinações específicas de sentido⁹⁰.

⁹⁰ Em suma, na análise estrutural a ideia de conteúdo não se sobrepõe à noção de texto, nem de discurso. Estes são apenas os receptáculos e os modo de formalização da expressão, que incorporam o sentido, da "coisa que se exprime". Este sentido, ou melhor, este conteúdo é relativamente independente da forma que se apresenta, podendo manifestar-se sob formas discursivas distintas e diversas. É através da análise estrutural que se processa a reorganização das "condições de aparecimento" da estrutura de um sistema de sentido, e que informa, estrutura e orienta as práticas dos actores. Trata-se na perspectiva de Hiernaux, de proceder à organização de conjuntos de conjunções e de disjunções mutuamente apelativas e que formam a estrutura de um sistema de sentido, que pode ser mais ou menos simples, ou complexo.

Assim sendo, para dar conta da descrição estrutural, efectuei um conjunto de procedimentos e que se resumem nas seguintes etapas: ^{a)} transcrição de todas as entrevistas e registos; ^{b)} organização do estatuto teórico dos materiais, retendo no *corpus*, os fragmentos que dizem respeito à problemática da profissão de enfermagem, o seu quotidiano, a organização do trabalho e à participação directa; ^{c)} inventariação, dos materiais sob observação, todas as associações que me pareceram atrair-se mutuamente; ^{d)} identificação das disjunções elementares no seio de cada uma das unidades de sentido; ^{e)} verificação das associações entre unidades, em termos de pares de contradefinições; ^{f)} elaboração do gráfico da estrutura global das unidades de significação do material observado.

Para o tratamento do *corpus* de algumas das perguntas abertas do questionário, tais como as formas de divisão do trabalho, as actividades que dão maior e/ou menor satisfação aos inquiridos, as suas sugestões para a melhoria da condições de prestação de cuidados, entre outras questões, recorri ainda à análise de conteúdo temático-categorial, com apoio informático. Para a desmontagem formal dos discursos, tomei como referência as sugestões de Laurence Bardin (1977) e de Jorge Vala (1986). Defini as categorias e as unidades de análise, tomando como pano de fundo não só os elementos da matriz "teórica" (categorização *a priori* com base nos elementos de conjunção extraídos na análise estrutural), mas também os aspectos *a posteriori* (declarações e formas lexicais ditas significativas presentes no *corpus* do discurso). Como unidade de registo, considerei para efeitos de análise, a palavra como segmento de conteúdo mínimo. Para unidade de contexto, considerei a frase e/ou o parágrafo e a dimensão analítica relacionada com a unidade de registo.

A fiabilidade do *corpus* captado, e consequentemente das questões abertas presentes no instrumento (guião do questionário), foi assegurada pelo processo de codificação adoptado. Optei pelo princípio de intra-codificação, isto é, utilizei para a análise do *corpus*, dois momentos distintos, com o intervalo de dois meses para a releitura e a extracção final das declarações significativas de cada bloco do *corpus*. Por outras palavras, a fidelidade dos resultados foi assegurada pela fidelidade das categorias de análise. Para a garantia da validade interna das categorias, adoptei o princípio da exaustividade e da exclusividade, para «garantir, no primeiro caso, que todas as unidades de registo possam ser

colocadas numa das categorias; e, no segundo caso, que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria» (Vala 1986: 113). Para aferir a importância quantitativa das unidades de registo e das categorias eleitas, procedi ainda à análise formal do peso e do grau de importância das relações entre as unidades de enumeração. Para o efeito, recodifiquei as categorias identificadas, criando posteriormente uma matriz de dados para os cálculos lexicométricos e temáticos multivariados. Para esta análise incidi na avaliação do grau de importância das formas lexicais predominantes dos segmentos significativos, através da criação de grupos homogêneos de segmentos e categorias de códigos segundo os critérios de classificação hierárquica pós-factorial de correspondência binária entre e segmentos contíguos, utilizando a aplicação informática SPAD versão 4.

2.- Quanto ao tratamento dos dados quantitativos do questionário, elaborei um protocolo de procedimentos composto por várias etapas, sintetizáveis em dois momentos fulcrais. No primeiro, que foi dirigido à organização e à aferição prévia das condições de tratamento estatístico, efectuei o seguinte: a) organização da informação, com o apoio da aplicação SPSSWin versão 10; b) análise preliminar dos dados, com recurso às técnicas de estatística descritiva, afim de aferir numa primeira aproximação a importância relativa de cada uma das questões; c) análise da qualidade das diferentes escalas de medida, cujos procedimentos já descrevi anteriormente; d) análise da normalidade das escalas, baseada na estatística de Kolmogorov-Smirnov⁹¹. A segunda fase do tratamento de dados quantitativos foi dirigida à análise das similaridades e diferenças de percepção dos enfermeiros em relação à organização do trabalho, às razões de adesão e de rejeição, ao desenvolvimento do processo e aos efeitos na organização do quotidiano de trabalho. Procedi, assim, à sistematização das características apreendidas nas respostas do questionário, identificando as similaridades e as diferenças expressas pelos inquiridos, assim como efectuei a análise das diferenças de níveis de grau de importância⁹² que os mesmos atribuem à avaliação do trabalho e das oportunidades e constrangimentos das práticas participativas na organização. Para o efeito, recorri essencialmente às estratégias de análise factorial por

⁹¹ Os resultados revelaram que ao nível de significância de $p \leq 0,05$ existe uma ausência do critério de normalidade nalgumas escalas.

⁹² Importa referir aqui que, apesar de não deter uma orientação inferencial na análise de dados, não deixei de considerar a necessidade da verificação dos níveis de significância. Para o efeito, adoptei como critério de significância para os diferentes testes bivariados, um nível de $p \leq 0,05$.

componentes principais⁹³, complementadas pelas análises bivariadas de comparação e de associação, e pela análise de correspondência múltipla⁹⁴.

Os procedimentos efectuados nesta fase foram os seguintes: a) (re)construção de variáveis compósitas de cada uma das dimensões analíticas, através da análise factorial dos componentes principais; b) análise da normalidade das variáveis latentes, através da estatística de Kolmogorov-Smirnov⁹⁵; c) transformação das variáveis latentes, em variáveis ordinais de quatro categorias; d) estudo das diferenças de posicionamentos entre os grupos e a análise da associação entre as variáveis latentes com as características socio-demográfica e profissionais dos actores, através de estatísticas não-paramétricas (estudo de diferenças entre as variáveis através do teste de "Kolmogorov-Smirnov" para as

⁹³ Ao nível de cada escala, a análise factorial dos componentes principais (AFCP) incidiu sobre uma matriz de correlações entre os itens da escala. A adequação da matriz de correlações (matriz R) para o procedimento da factorial foi aferida pela estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (adequação na ordem de $\geq 50\%$). O teste de esfericidade de Bartlett confirmou igualmente esta situação, ao nível de significância de $p \leq 0,05$. Quanto ao número de factores retidos, foi aferido pelo critério de Kaiser. Seleccionei apenas aqueles que apresentaram valores próprios (*eigen value*) superiores a um, ou seja, aqueles que detêm a variância estandardizada superior à unidade (1). Procedi ainda à rotação dos factores, através do critério de Varimax (rotação ortogonal da matriz dos factores F), tendo em vista a criação de um conjunto de factores que tenha a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor. A consistência interna de cada um dos blocos factoriais resultantes foi aferida pelo coeficiente de *alfa Cronbach*.

⁹⁴ A análise de correspondências faz parte da metodologia de análise factorial, cujos objectivos e aplicabilidade se dirige aos estudos de natureza descritiva e não inferencial. Pretendi com esta estratégia estatística, traduzir por um lado o grau de importância das relações entre os estilos de percepção dos inquiridos e as suas caracterizações sócio-profissionais, organizacionais e demográficas, e, por outro lado, gerar uma representação gráfica, tomando em consideração a projecção simultânea das variáveis e das categorias ou modalidades, para avaliar as oposições entre os diferentes níveis de grau de valorização e de apreciação dos perfis de cada dimensão analítica extraída na AFCP. O estudo das correspondências múltiplas foi desenvolvido em quatro etapas. Em primeiro lugar procedi à recodificação das variáveis latentes extraídas pela AFCP, em novas escalas unidimensionais de 1 a 4. Este critério de recodificação permitiu-me obter um *índice* resumo ou uma nova variável compósita, onde o código 1 da escala traduz sinteticamente 25% dos *scores* totais possíveis de obter, o código 2 a 50%, o código 3 a 75% e o código 4 traduz 100%. Com este procedimento obtive uma matriz de partida para o cálculo das correspondências múltiplas. Recorri ao SPAD versão 4, para este estudo. Tendo em vista a criação de grupos homogéneos, efectuei ainda uma análise de *cluster*, através da técnica de classificação hierárquica pós-factorial das modalidades em jogo. Para a interpretação dos resultados, tomei como referência o seguinte: a soma dos valores próprios, valores próprios do primeiro factor, número de factores, média dos valores próprios, a percentagem máxima dos valores próprios, o peso relativo de cada variável, o valor das contribuições acumuladas e o valor estimado das contribuições significativas de cada modalidade. Em função desta informação, adoptei como critério de selecção das modalidades com contribuições significativas, o valor de 0,6 para a dimensão do trabalho e de 0,7 para a dimensão da participação. Para as variáveis com uma contribuição absoluta mais significativa, o critério fixado para a dimensão do trabalho, situou-se em 2,38. Quanto à dimensão da participação, o valor critério foi de 2,56.

⁹⁵ Para $p \leq 0,05$, verifiquei uma ausência de normalidade na maioria das variáveis analisadas.

situações de dois grupos; análise de variância não paramétrica “Kruskal-Wallis” para três ou mais grupos; medida de associação através do coeficiente “rho de Spearman”); e) análise das oposições de posicionamentos dos actores, através a análise multivariada da correspondência múltipla (para os valores organizacionais, desenvolvimento do processo de participação, efeitos da participação directa); f) por último, avaliação do grau de importância dos factores de discriminação dos posicionamentos, através da criação de grupos homogéneos segundo os critérios de classificação hierárquica da análise de *cluster* pós-factorial. Este conjunto de procedimentos trata-se, assim, em termos gerais, de um tratamento de dados quantitativos dirigido essencialmente quer à análise da importância da participação directa, quer à abordagem estatística da distintividade ou não de posicionamentos dos actores face à participação directa.

A conjugação da matriz analítica qualitativa e quantitativa adoptada não se dirigiu unicamente à descodificação e descrição das orientações ideológicas da enfermagem em relação à sua profissão e o seu quotidiano de trabalho. Trata-se, sim, de privilegiar, através do modelo adoptado, uma perspectiva analítica dual, mas mais endógena, quiçá interpretativa, sem refutar os aspectos substantivos presentes no plano extensivo e quantitativo, quer para a percepção das orientações da enfermagem face à organização do trabalho, quer para a leitura das interdependências engendradas pelos actores nas organizações, quer ainda para entender o grau de importância das verbalizações produzidas pelos próprios sobre o modo como é que eles entram em acordo e regulam o quotidiano.

Devo ainda acrescentar que, para reconstruir a visibilidade das lógicas de acção participativa directa da enfermagem a partir do restabelecimento da configuração dos factos do quotidiano de trabalho, se tratou de uma etapa desafiante. Se é verdade que, à partida, parecia linear, na medida em que as possíveis interpretações se encontravam circunscritas, num primeiro momento, nos dados recolhidos e tratados, não menos verdade é que para a produção de modelos de interpretação o mais próximo possível, e quiçá, “sem diferenças”, em relação às conceptualizações que os actores organizacionais produzem nos e dos contextos de trabalho, exigiu não só a concepção de um plano de tratamento da informação, descrito acima, mas também, a adopção de um procedimento analítico não hermético. Para o efeito, e para organizar uma análise mais

coerente dos dados, retornei constantemente ao terreno, para confrontar com os actores a pertinência e a plausibilidade dos resultados, à medida em que ia tratando os dados, quer qualitativos, quer quantitativos. Isto não quer dizer que renunciei aos procedimentos ditos pertinentes que as diferentes técnicas de tratamento de informação podiam conferir-me. Em certos aspectos, não podia no quadro dos objectivos da investigação limitar-me a uma mera extrapolação dos resultados, apenas a partir da descrição da informação recolhida e tratada. Foi a partir desta dupla acção, o balanço, entre o terreno e os dados, que fui avançando no tratamento e na interpretação dos resultados qualitativos e quantitativos, baseando-me nas avaliações que ia efectuando sobre a importância e o significado, ou seja, sobre o valor dito "pragmático" dos mesmos resultados. Foi através do conjunto de procedimentos descrito acima que me auxiliaram, por um lado, a desocultação das formas como é que os actores formulam os compromissos organizacionais de participação directa, mantendo as suas convicções e as suas orientações profissionais, e, por outro lado, enriquecer a interpretação dos resultados, e compreender se tais compromissos poder ser ou não antagónicos para a própria enfermagem.

3. Enfermagem, Participação Directa e Expressões Simbólico-Ideológicas

3.1. Contextualização das Orientações da Enfermagem

Ao reflectir sobre os profissionais e o seu modo de organização na gestão do sistema regional e local de saúde, fico na dúvida se têm havido, desde a segunda metade dos anos 90, modificações muito substantivas no sistema de prestação de cuidados de saúde. Há mais de duas décadas que comecei a trabalhar num dos serviços regionais. É verdade que há algum tempo que estou afastado profissionalmente da realidade do quotidiano da prática local. É verdade que, hoje, como docente e investigador, tenho vindo a efectuar alguns estudos pontuais. Porém, ao reflectir sobre a enfermagem e o seu processo de organização de trabalho, surgem aos meus olhos vários episódios do quotidiano destes profissionais. Não se trata apenas de meras cenas lineares captadas na minha vida, pois seriam pouco relevantes aqui, mas constituem aspectos que focam os anseios deste grupo profissional, o seu empenhamento individual e colectivo para a melhoria das suas condições de trabalho. Na verdade, a primeira questão com que me confronto quando olho para a enfermagem na Região de Saúde do Alentejo, é que estou a falar de profissionais de três distritos. Numa primeira análise, não será uma realidade homogénea. Aliás, a nível nacional acontece certamente o mesmo. No fundo, há circunstâncias próprias que impedem, talvez, de ser possível tratar de uma imagem única para toda a região. Fazer enfermagem em Barrancos, não será o mesmo que em Arraiolos ou em Ponte de Sôr? O procedimento de uma relação de ajuda na consulta de especialidade e/ou no internamento no Hospital de Évora, terá a mesma configuração no Hospital de Portalegre ou de Beja? O acesso à urgência nestes hospitais não será semelhante? Limitar-me-ei a dizer que numa dada subregião, quer seja de Beja, quer de Évora, quer ainda de Portalegre, a oferta de cuidados clínicos, em geral, e de enfermagem, em particular, é, «de uma forma geral, seguramente “suficiente”, em termos da oferta em si», como refere um responsável regional, «tanto que

ninguém fica por ser atendido numa unidade de saúde, nomeadamente num hospital, por falta de profissionais» (Adm Hosp). Ou ainda, como refere um responsável regional da enfermagem que «ninguém fica sem ser tratado, se precisar de uma injeção, um penso ou outro assunto de enfermagem» (E1 - Enf CS).

Porém, numa leitura mais fina ao nível dos hospitais e dos centros de saúde, é possível que haja insuficiências pontuais ao nível da afectação dos recursos humanos. Senão vejamos. Segundo os representantes sindicais dos enfermeiros, os mesmos referem que as necessidades de cuidados de enfermagem da população não poderão ser satisfeitas sem uma mudança ao nível dum maior número de efectivos de pessoal. Na verdade, segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, em 1999, os centros de saúde e hospitais do SNS necessitavam, respectivamente, de mais de 41% e 16,6% dos enfermeiros que existiam naquele período. De acordo com os representantes sindicais, os quadros de pessoal, na globalidade do país, encontravam-se em 1999, preenchidos apenas em cerca de dois terços. Outros indicadores de sobrecarga de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos, é sistematicamente denunciado pelo sindicato. São as horas de trabalho que têm de realizar a mais, a alteração indiscriminada e sistemática dos horários de trabalho em muitos serviços e a redução do número efectivos de enfermeiros por turno, passaram a constituir uma prática comum nos hospitais e nos centros de saúde, para colmatar as dificuldades e para "mascarar" as carências de efectivos de pessoal⁹⁶. Face ao exposto, não é de admirar que tais situações de "penosidade laboral" tenham levado o sindicato do sector a decretar constantes greves. Por exemplo, em Junho de 2000 verificou-se uma greve nacional de enfermeiros cuja origem esteve relacionada com a atribuição de compensações relativas ao risco de penosidade e de insalubridade. Tratou-se de uma das greves que teve a maior adesão de sempre, não só, a nível nacional, como também, a nível regional. Nunca se registaram adesões superiores a 50%. Mas para esta greve, segundo os dados da Direcção Regional do Alentejo do SPE, no Hospital de Serpa, a adesão foi de 100% durante todo o dia. No Hospital de Évora, 74,2% fizeram greve na parte da manhã e 80% de tarde. Quanto ao Hospital de Beja, a adesão foi de 77,5% na manhã e 80% na parte da tarde. No Hospital de

⁹⁶ Tratam-se de notas das conclusões do 1º Congresso do SEP, subordinado ao título de "Rumo ao Século XXI" e que teve lugar em Lisboa, em 5, 6 e 7 de Março de 1999.

Portalegre, a adesão na parte da manhã, foi de 86,8% e de 77,2% de tarde. Em relação ao Hospital de Elvas, na parte da manhã houve uma adesão de 65%, sendo de 81,8% na parte da tarde. Nos centros de saúde da região, o cenário global da adesão rondou os 70%. Com adesões na ordem dos 100% verificaram-se na Sub-Região de Beja, em Almodôvar, Aljustrel, Castro Verde, Mértola, Odemira e Serpa.

De facto, o que tenho vindo a constatar na intervenção sindical em enfermagem, é a presença de uma constante pressão destes actores, no sentido do alcance, quer de uma maior estabilidade no emprego e de um desenvolvimento profissional, quer de uma reorganização do trabalho que possam contribuir para a eliminação do risco e da penosidade profissional, bem como para a obtenção de meios de compensação face a tais situações.

Assim sendo, levanta-se uma questão bem clara que se prende com a organização dos horários de atendimento e das carreiras dos profissionais. A título exemplificativo, tem vindo a ser denunciado pelo sindicato dos enfermeiros⁹⁷, que existem em hospitais, tais como em Beja e em Serpa, turnos de actividade em que é afectado, um enfermeiro para 25 doentes. Segundo fontes sindicais, a média europeia situa-se na ordem de um enfermeiro por quatro doentes internados. Adianta ainda a mesma fonte sindical que, no Hospital de Serpa, «fazem-se 365 turnos extraordinários por ano, o que quer dizer que se faz um turno extraordinário por dia. Isto é um grande problema e um absurdo porque, se por um lado, há falta de enfermeiros (...) 12 mil, por outro lado, o Governo aceitou criar medidas excepcionais para fazer face a essa carência. Só que as instituições não cumprem, não aplicam a legislação» (DA 1999).

Nos centros de saúde a realidade não é distinta. Porém, no domínio da prestação de cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários, a configuração é ainda um pouco mais complexa do que nos hospitais. Dado que a nível regional, a estrutura organizativa da oferta, o modo de organização dos tempos, se baseia numa estrutura de equipa multidisciplinar, existem fortes laços de interdependências entre a enfermagem e os médicos. Os problemas de um grupo afectam o outro. Vejamos

⁹⁷ A situação dos enfermeiros a nível nacional tem sido constantemente denunciada na comunicação social. Por exemplo, o que relato acima, encontra-se descrito no Diário do Alentejo (DA), de 8 de Outubro de 1999, sob o título de “Faltam enfermeiros”.

«Porque os profissionais têm horários, e partindo do princípio que os cumprem, ainda assim o esquema de horário num centro de saúde, só permite que os profissionais estejam disponíveis para os utentes, em termos de consultas de médico de família, cerca de 4 horas por dia. Ou seja, se um utente adoecer à tarde e se o seu médico deu consulta de manhã, já não pode aceder à consulta dada pelo médico de família, e terá de recorrer ao serviço de atendimento permanente. Para a enfermagem, o cenário é idêntico, na medida em que, trabalhando em equipa como os médicos, possuem uma configuração formal do seu horário conexas com a dos médicos» (E17 - Enf CS).

«se tiver 40 enfermeiros destinados a trabalhar aqui no centro de saúde e só tiver 27 ou 28, é muito difícil executar e desenvolver todas as actividades que o plano prevê. (...) Por outro lado, se houvessem mais recursos e melhores instalações, nomeadamente para as consultas de saúde infantil, as consultas poderiam ser feitas pelos enfermeiros, mas o médico também teria que ter mais abertura para isso. Portanto perspectivado que é difícil a melhoria da prestação dos cuidados. A possibilidade de inovar conhecimentos na área da enfermagem não é fácil cá» (E9 - Enf CS).

Efectivamente, em certos centros de saúde, como em Évora, onde se encontram cerca de 46 mil pessoas inscritas, num concelho com uma população de 56 mil ou 57 mil habitantes, mais uma população flutuante significativa, oriunda nomeadamente da população estudantil do meio universitário, não é fácil promover uma oferta coerente e sustentada de cuidados. Ao nível da enfermagem é possível assinalar um défice, já que a população sendo flutuante e hiperdimensionada, a enfermagem sente-se impossibilitada em desenvolver um trabalho mais personalizado. Na verdade, «não creio que seja possível personalizar a prestação de cuidados a 100% no actual sistema de horários dos centros de saúde, isto porque implica que haja recurso à urgência. Nós estamos sempre disponíveis. Mas quando se trata de doença súbita, é evidente que os utentes necessitam de cuidados médicos urgentes» (E1 - Enf CS).

Ao longo do trabalho de campo, pensei muitas vezes nalgumas críticas que tinha ouvido, nos meus anos de experiência profissional no sector. "Não há médicos no local A ou no B". "Esperei muito tempo em tal dia". Mas nunca ouvi comentários sobre a insuficiência no atendimento da enfermagem. É curioso. Sobre os médicos, irei certamente ouvi-las e vê-las, sempre, na comunicação social, mesmo que houvesse o dobro dos profissionais a prestar cuidados de saúde. É verdade que se trata de uma percepção pessoal, mas se atender àquilo que me

confidenciou uma vez um médico amigo, sou levado a concluir que jogam nas tendências de procura da comunidade muitos factores complexos, sendo alguns de ordem cultural

«os utentes dirigem-se ao SAP ou à urgência hospitalar, mais por uma questão de comodidade própria, do que propriamente porque não encontrem consulta atempada. Em termos de volume de oferta penso que existe suficiente, e algumas vezes mais do que suficiente; e como muitas coisas na vida o que é de mais, é moléstia. Parece-me ainda que muitas vezes as pessoas fazem essas críticas concretamente, em relação, aos serviços de urgência, seja no hospital, seja nos serviços de atendimento permanente da saúde. (...) A necessidade de consultas não é fácil de explicar. Há muitos utentes que confundem a consulta como local de 'conversas'. O pessoal mais idoso encontra-se aqui e gostam de vir falar entre eles e conosco».

Subentendo do extracto descrito que a excessiva oferta, desarticulada de outro factor que é a qualidade dos cuidados, constitui um problema que merece reflexão. Na verdade o que tenho verificado na Região, é que há uma procura cada vez mais excessiva de serviços de urgência em detrimento das consultas em médicos de família, ou de práticas preventivas promovidas quer pelos médicos, quer pelos enfermeiros, por exemplo. Não são só as estatísticas oficiais que indicam a presença de um aumento do volume de cuidados prestados nos últimos dez anos. Testemunhos diversos assinalam que em termos de oferta ela existe, porventura, "mais do que suficiente" (E1 - Enf CS). Porém, em termos de qualidade dos cuidados prestados é que se questiona se ela pode ser ou não classificada de satisfatória. Vejamos a opinião manifestada por um responsável regional.

«em termos de qualidade oferta a actual rede de cuidados de saúde primários, e cuidados de saúde, em geral, nesta Região é razoável. Em termos comparativos com outras sub-regiões, talvez a motivação para manter essa qualidade tem os seus altos e baixos; talvez falte neste momento algumas motivações, mas eu penso que de um modo geral a acessibilidade e a competência dos profissionais é inquestionável. Se existem deficiências que eu possa assinalar, são a nível da parte curativa. A nível da parte preventiva eu penso que aí estamos bem» (Director de Serviços de Saúde, Méd).

De facto, numa leitura das estatísticas regionais, por exemplo, a nível infantil existe um programa de cuidados na educação e para a prevenção da saúde

infantil. A nível de vacinação a Região apresenta uma cobertura de 96%. Hoje como ontem, verifico que a enfermagem efectua com regularidade o contacto com utentes que não detêm a vacinação em dia. A nível de planeamento familiar parece que existe uma boa resposta, apesar de ser possível verificar que em certos centros de saúde «haja necessidade de mais profissionais de enfermagem, com especialidade nesta área para dar uma maior resposta» (E1 - Enf CS). Nos últimos três anos, os dados da avaliação regional, apresentam uma maior presença de jovens, revelando ainda algumas dificuldades locais em «dar resposta às consultas de saúde materno-infantil. Ainda ao nível da parte preventiva, os registos assinalam que a enfermagem e os médicos colaboram activamente com os estabelecimentos de ensino secundário na formação contínua aos jovens, por exemplo, sobre sida, sobre hepatite B, ou sobre a sexualidade» (E1 - Enf CS).

No decurso do desenvolvimento desta pesquisa tenho ainda pensado imensas vezes nos ensaios e nas ideias que têm sido postos em marcha nos projectos na Região. Na prática, o que recorro é que o problema da carência de recursos humanos ou a questão da acessibilidade dos utentes com doenças crónicas às consultas, não são recentes. A exigência de mais recursos de enfermagem e de pessoal médico foi uma constante nos anos que passei nos serviços regionais. Também recorro outras questões sobre o planeamento da saúde regional e sub-regional e sobre a organização do trabalho que merecem ser aqui retratadas. Lembro-me das estratégias gestionárias que foram ensaiadas na região Alentejo, nomeadamente na sub-região de saúde de Beja, tais como a filosofia do trabalho em equipa. Recorro que aquando da sua implementação, na segunda metade da década de 80, houve uma enorme euforia na mobilização dos profissionais. Passado estes anos, quando revisei um dos centros no âmbito de um dos estudos, e em data recente no âmbito deste trabalho de campo, encontrei não só um certo desencanto dos profissionais, mas também uma certa indiferença e/ou descrédito face às práticas de gestão, relativamente aos anos anteriores. Vejamos o testemunho de um enfermeiro

«Essa questão da gestão dos cuidados por equipas multidisciplinares, deu até certo ponto uma maior autonomia à enfermagem. Foi uma forma de responsabilizar os profissionais. Mas hoje, já não se confrontam os resultados entre as equipas, salvo raras excepções. Não há depois uma confrontação das equipas com resultados. Há é que confrontar as pessoas e responsabilizar, ver estes resultados. Dizer que as metas são estas, temos que tentar atingi-las, o que se pode fazer? As

práticas de gestão implementadas nos últimos anos na sub-região têm afectado ambos os campos, quer a prática médica quer prática de enfermagem. Depois há uma outra questão que é um bocado de desfasamento entre as estratégias e aquilo que se pratica na prática. As coisas têm estado a funcionar com a boa vontade das pessoas. O grande problema nos centros de saúde e nos hospitais continua a ser a adequação dos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários. Esse é que é o grande problema e é aí que isto continua a não funcionar. Não há articulação de cuidados... A enfermagem está hoje diferente. Quer ter uma palavras sobre os cuidados prestados» (E2 - Enf CS).

Um outro testemunho, reforça a necessidade de mudança no sector, sugerindo em concreto a necessidade de uma nova dinâmica de projectos que permitam (re)incentivar os profissionais de enfermagem.

«Lembro-me dos centros de saúde da primeira geração. Foi o primeiro arranque dos centros de saúde implementado em Portugal, eram Centros de Saúde com forte componente de saúde pública ligado às bivalências, saúde materno infantil sem qualquer acto curativo. Esta fase durou até 1983 e depois com a integração dos serviços assistiu-se á junção dos Centros de Saúde com os hospitais concelhios e com os serviços médico-sociais. Surgiu em simultâneo com a carreira de clinica geral, passámos a ter programas de saúde verticais, oriundos da Direcção Geral de Saúde, que pretendiam dar resposta aos principais problemas de saúde identificados. Passámos de uma perspectiva de promoção da saúde de prevenção da doença para ficarmos quase exclusivamente à prestação de cuidados chamados curativos. Finalmente em Maio deste ano, surgiram, na legislação, os centros de saúde de terceira geração, é uma perspectiva diferente. A sua missão tem que ver com a prestação de cuidados de base personalizada, porque o utente irá sempre ao mesmo médico, ao mesmo enfermeiro e ao mesmo administrativo, a acessibilidade será das 8 ás 20 horas, e existirá sempre alguém para atender um utente, independentemente se é ou não da sua lista, que acompanham o ciclo de vida de um indivíduo. Obviamente também vai ser baseado numa equipa multiprofissional. Espero que resulte» (E1 - Enf CS).

Mesmo a nível da área hospitalar, existe uma certa expectativa e necessidade de mudança face às novas tendências organizacionais, nomeadamente através da criação dos centros de responsabilidade integrada.

«Vejam a nova questão da responsabilidade integrada e os chamados centro de saúde locais. Nós queremos que os centros de responsabilidade sejam criados pelo director de serviço, médico, enfermeiro chefe e por um administrador. Aí a enfermagem irá ter uma palavra final naquele modelo de gestão, irá ter que discutir com o médico e com o administrador o porque daqueles medicamentos,

porque serão aqueles e não outros, porque não se dá uma maior dinâmica ao bloco operativo. Isto será óptimo para a enfermagem porque a administração delega e reconhece no enfermeiro competência para participar. É um processo que eu vejo muito complicado, mas que de alguma forma vem resolver alguns problemas das instituições. Porque ninguém gosta de se sentir avaliada, não é? E se os centros de responsabilidade forem para a frente, cada um de nós, profissionais, tem que dar conta do seu desempenho; por outro lado tornar-se-á muito mais fácil para o órgão de gestão da instituição a questão global. Serão os elementos do centro de responsabilidade integrada que vão dar os indicadores de gestão (taxas de ocupação). Terá que haver incentivos financeiros, para melhorar o desempenho. Uma outra coisa. Logicamente a decisão da enfermagem para alta e a alta médica terão que estar equilibradas» (E11 - Enf Hosp).

«Agora há uma nova filosofia em relação à organização global da saúde. O ensaio piloto dos centros de responsabilidade integrada trouxe um novo lugar para o enfermeiro nessas novas filosofias organizacionais. A enfermagem continuará a afirmar a sua autonomia, como é lógico. Até prova pelo contrário verá essa autonomia crescer. Eu penso que sim. A autonomia no centro de saúde integrado irá aumentar; o enfermeiro passará a ter um papel importantíssimo, na supervisão, valorizando a profissão. Todo o enfermeiro aqui no Hospital, e não podia ser de outra forma, deve estar capaz de integrar a direcção do centro de responsabilidade. Está provado que não é o CRI que vai resolver os problemas nas instituições. O decreto-lei 3/88 é suficiente desde que o Director do Serviço assuma o que está lá definido. Se a cadeia hierárquica mais alta regride, todos os outros deixarão de cumprir; se a direcção de serviço assumir de facto o conteúdo funcional que tem, a saúde estava bem, essa é a minha. A responsabilidade da saúde está como está, deve-se às «direcções de serviço», não só dos enfermeiros chefes; mas há uma área que eles não conseguem mexer, que é a área médica, e que é da responsabilidade do Director. Os médicos acabam por aceitar; já vem um enfermeiro a participar num órgão de gestão, com uma participação activa. Por exemplo, nas obras foram os enfermeiros que definiram quando mudavam os serviços. Mas também é fundamental os sistemas locais de saúde, porque alarga a saúde a outras áreas, à parte social, a participação da segurança social, a participação das escolas, a participação das autarquias, uma vez que a representatividade do cidadão passará a ser maior com os sistemas locais de saúde, na saúde e na doença. Os serviços mais directamente ligados à saúde, o sistema local obriga que exista uma colaboração mútua entre os diferentes grupos profissionais» (E12 Enf Hosp).

Porém, apesar da expectativa e do desejo de mudança, face aos novos projectos, parece que existe uma certa reserva quanto às possibilidades de sucesso das novas propostas. Questões tais como a desmotivação e o distanciamento das hierarquias à realidade da prática, são apontadas como indicadores de problemas.

«Penso que precisamos de novos projectos para que a nossa motivação para a participação suba um bocadinho de cima. O que eu acho é que as hierarquias envolvidas em manter as equipas descurem um bocadinho o contacto pessoal com os profissionais (...). A motivação dos profissionais para manter o padrão de qualidade é fundamental. Hoje, estou também mais preocupado com a imagem de marca da equipa que tem que ver com a melhoria da relação com os médicos, com a satisfação total do utente. É para a satisfação total dos clientes implica muito com a qualidade da nossa participação na organização dos cuidados que presto. Não podemos estar nas equipas como estamos. Vamos ver se os centros de responsabilidade integrada trazem ou não algo de novo» (E17 - Enf Hosp).

«Hoje fala-se nos sistemas locais de saúde. O que é que se integra nos sistemas locais de saúde? Consiste no aproveitamento de todas as potencialidades do que já existe, para se desenvolver um trabalho conjunto. Esta será também em parte a filosofia dos Centros de Saúde da terceira geração. Mas alguém já perguntou à enfermagem como vai organizar as suas actividades no SLS ? Nada. É tudo decidido por cima. Somos uma espécie de carne de segunda. A ser carne de primeira, é só para manter o edifício das rotinas» (E27 - Enf CS).

A partir dos testemunhos que dei conta acima, encontra-se sedimentada a nível regional uma permanente crisiologia, não só de meios humanos, mas também, de ordem estrutural e organizacional de trabalho. Porém, emerge neste quadro de crise dos serviços de saúde, um cenário de mudanças, no sentido do reforço da afirmação da enfermagem, centrado num novo discurso sobre as relações médico-enfermeiro e enfermeiro-doente/utente para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Apesar da constação de reservas face aos novos projectos SLS e CRI, desenham-se novas prioridades, novas formas de desenvolvimento profissional e, quiçá, uma nova propensão da enfermagem para orientar a sua autonomia profissional. Não me surpreendeu que estes profissionais tenham, hoje, este desejo de mudança e de afirmação das suas competências profissionais. O que me surpreendeu foi a forma como a enfermagem constrói e reconstrói a especificidade da visibilidade da sua própria prática, fundada quer por um apoio legitimado pelo Estado e através da Ordem para o controlo jurisdicional da prática, quer por uma actualização permanente dos conhecimentos.

«é certo que em termos de Governo muito tem sido feito pelo quadro legislativo que já existe, o regulamento do exercício profissional, a existência de uma ordem, mas creio que é fundamental que tenhamos cada vez mais visibilidade social. É uma coisa que se adquire na prática e pela qualidade dos serviços que prestamos e será essa a nossa aposta no próximo milénio. (...) A formação de base não dá tudo ao

enfermeiro (...), por isso é imprescindível a formação enquanto garante e aumento de competências, aumento de novos saberes. Com a formação contínua e com a formação em serviço, que é o resultado da reflexão que fazemos sobre a nossa prática, pretendemos resolver problemas do quotidiano, no fundo, problemas dos enfermeiros enquanto profissionais e dos utentes enquanto utilizadores dos serviços de saúde» (DA 1999).

São tempos de mudança. Maior intervenção da enfermagem nas decisões. Mais formação contínua e em serviço. Estas novas propostas, que têm vindo a lume, vieram enfatizar a importância da participação da enfermagem na promoção da qualidade nos serviços de saúde e para a satisfação dos utentes, sugerindo em concreto a (re)organização das estruturas de prestação de cuidados de saúde. Distingue-se, assim, como traço característico da nova lógica do discurso e da prática da enfermagem nos cuidados de saúde, o reforço do seu papel na relação com o utente, e novas referências gestionárias e profissionais baseadas na sua autonomia na organização dos serviços de saúde. São novos horizontes que fazem alusão a um novo enfermeiro-actor, que aspira a uma nova forma de colaboração e participação directa na organização de produção de cuidados, mais igualitária nas decisões, mas que se afigura ser ainda problemática.

É no quadro do cenário regional descrito acima que desenvolvi a investigação sobre a participação directa. Porém, não tratei de efectuar qualquer prospectiva sobre as possibilidades de sucesso/insucesso de mudança organizacional. Delimitei o nível investigativo a um plano mais restrito, centrando-me no aprofundamento do conhecimento dos problemas locais e as razões lógicas do desejo de mudança. Em concreto, procurei interrogar, como é que, na actualidade, a enfermagem hospitalar e dos centros de saúde privilegia a organização das suas práticas.

3.1.1. Enfermagem nas Redes de Interacção

3.1.1.1. Entre o Olhar Hospitalar e o Olhar nos Centros de Saúde: Os Dilemas das Orientações sobre a Organização do Trabalho e as Práticas em Enfermagem

Ao procurar compreender as lógicas dos enfermeiros na organização das práticas, foi possível uma outra leitura e reconceptualização dos modelos de desenvolvimento da enfermagem. Constatou-se que, nas últimas décadas, os enfermeiros da Região Alentejo têm vindo a efectuar sucessivas tentativas de desenvolvimento de estratégias de revalorização profissional para se demarcarem das orientações médicas, e para redefinirem o seu estatuto de autonomia face ao poder médico.

Nesta secção vou debruçar-me sobre as perspectivas da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde dos casos analisados, focando entre outras questões, o(s) paradigma(s) que predomina(m) actualmente nestas duas áreas de organização do trabalho na saúde, reflectindo com mais pormenor sobre os dilemas que têm vindo a ser colocados na adequação deste(s) paradigma(s) na produção de cuidados. Mas como se caracterizam os modos de exercício, a divisão e os conteúdos e o grau de formalização do trabalho da enfermagem nos hospitais e nos centros de saúde? Até que ponto a enfermagem considera distintas as orientações das suas práticas no ambiente hospitalar e no centro de saúde? Como é que os profissionais caracterizam as actividades que predominam no seu quotidiano de trabalho? O que é que na realidade influencia o seu ambiente e as condições do exercício das suas actividades? Em que condições e a que preço é que a acção colectiva, ou melhor, a acção organizada da enfermagem é possível?

Efectivamente, no que respeita à percepção dos enfermeiros em análise, sobre a prática da enfermagem nos hospitais e nos centros de saúde estudados, constatou-se que a generalidade dos entrevistados e inquiridos têm um posicionamento muito vincado sobre as características das suas práticas em cada uma das áreas. Posiciona-se uma dicotomização entre as representações do cuidar

e do tratar, cujos atributos conduzem a maneiras distintas de abordagem do "fazer" em enfermagem, mas que reflectem de forma oculta o desejo de uma só enfermagem empenhada na resolução dos problemas dos utentes.

«São áreas diferentes, com filosofias e objectivos organizacionais muito específicos. Os centros de saúde estão virados para a prevenção da saúde (prevenção primária), e a enfermagem hospitalar tem actividades diferentes, centradas no indivíduo doente, visando a solução dos problemas e a satisfação das necessidades afectadas» (E24 - Enf Hosp).

«a principal diferença é que a prática da enfermagem hospitalar está mais voltado para a cura, relacionando-se com a técnica cada vez mais sofisticada; curar e tentar a manutenção. Nos centros de saúde, a enfermagem está ligada mais à prevenção, associando a pessoa doente a todo um conjunto de factores que aí intervêm» (E23 - Enf Hosp).

«No centro de saúde a enfermeira funciona na área da prevenção da doença, na saúde comunitária e com doentes com mais autonomia. No hospital, a enfermagem como o resto, relaciona com doentes muitas vezes totalmente dependentes. Doentes graves e utilização de alta tecnologia para a resolução dos seus problemas» (E22 - Enf Hosp).

«Temos mais apoio tecnológico, há mais especificidade das nossas especialidades com as dos médicos e permanecemos mais tempo com o tratamento e a recuperação da "doença" do doente» (E36 - Enf Hosp).

«a hospitalar é uma prática curativa e a dos centros de saúde é preventiva; a hospitalar assenta mais regularmente no ensino específico e individualizado sobre a situação actual, no centro de saúde é mais ensino em grupo, e com o trabalho em equipa, sobre determinado tema de prevenção para a saúde» (Inq360 - Enf CS).

«Nos centros os cuidados de enfermagem são essencialmente preventivos. Nos hospitais são curativos. No fundo somos todos enfermeiros. O utente é que tem de estar em primeiro lugar, quer que seja no hospital, quer que seja num centro de saúde» (E27 - Enf CS).

Parece-me que, numa primeira aproximação, os elementos que enquadram a prática hospitalar e dos centros de saúde, encontram-se associados a operacionalizações distintas entre o "cuidar" e o "tratar" nos hospitais e nos centros de saúde. Os papéis e as responsabilidades da enfermagem em cada área de cuidados não parecem ser apenas definidas em função das estruturas organizacionais, nem tão pouco se confinam a um quadro de maior ou menor capacidade tecnológica para a promoção do "cuidar" e da relação de ajuda, e ainda para a garantia da eficácia do "tratar". O que subjaz na leitura dos discursos da enfermagem é uma orientação única, definida pelo menos em função

das capacidades e das competências de cada profissional na implementação de práticas mais eficientes e que possam garantir uma constante melhoria da qualidade dos serviços prestados. Assim sendo, apesar de se tratar de duas áreas de actividades distintivas de prestação de cuidados de saúde, analisando em termos de qualidade da oferta, os enfermeiros apresentam uma só "voz", considerando que os cuidados prestados podem ser classificáveis de "razoáveis" e "bons" (Quadro 18).

Quadro 18
Qualidade da Prestação dos Cuidados de Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% mt defic	% defic	% razoá	% boa	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	358	-	3,09	47,42	41,75	7,74
2	Centro de Saúde (D, E, F)	55	1,67	1,67	43,33	45,00	8,33

Fonte: Inq. Enf2000.

De facto, na perspectiva dos testemunhos dos entrevistados, a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade não se trata de uma questão diferenciada a nível hospitalar e nos centros de saúde. Em ambas as áreas, o fulcro da qualidade situa-se ao nível da resolução dos problemas do utente e na satisfação do mesmo face aos serviços prestados. Para os mesmos

«A enfermagem com qualidade, nos hospitais e nos centros de saúde, equivale à manutenção e criação de 'parceria' com os utentes/doentes e familiares no desenvolvimento do seu estado de saúde/doença, acompanhamento e execução de cuidados de enfermagem, de modo a não possibilitar qualquer 'dano extra' desnecessário à sua evolução normal» (Inq128 - Enf CS).

«creio que actualmente, mediante as condições de trabalho, são prestados bons cuidados de enfermagem, tanto a nível da prevenção como de tratamento nos hospitais e nos centros de saúde» Inq351 - Enf CS).

«penso que a enfermagem nos dois lados apresenta uma qualidade que toma em atenção a satisfação das necessidades dos utentes tendo por base aspectos técnicos e relacionais. Não vejo diferenças» (Inq12 - Enf Hosp).

«a qualidade da prestação dos cuidados em enfermagem é traduzida pela satisfação/gratificação dos utentes ao nível técnico/relacional da prestação a avaliação da qualidade dos cuidados. Consequentemente, deve ser efectuada na perspectiva do utente. E é isso, que creio que os

enfermeiros dos hospitais e dos centros de saúde fazem. É evidente que existem excepções e formas difentes de fazer as coisas. Temos mais especialidades e outros recursos» (Inq281 - Enf Hosp).

Porém, se os resultados desejados não se distinguem nas duas áreas, também é verdade que o trabalho da enfermagem não está dissociado da forma como, hoje em dia, se caracteriza a organização da oferta da prestação de cuidados, nem das estratégias de investimento estatal, moldadas numa continuidade hospitalocêntrica, tal como revela o seguinte testemunho.

«Um cidadão comum que pertence ao Serviço Nacional de Saúde, sempre que se depara com um problema de saúde, o caso das grávidas ou vigilância de crianças, o que é esperado é que se dirija ao centro de saúde. Daí que coloque os cuidados de saúde primários como a porta de entrada no SNS. Esta para mim é a característica mais nobre, onde o enfermeiro deve ter um papel activo. Eu julgo que se continua a dar muita ênfase aos cuidados hospitalares. É evidente que não é por acaso. São as políticas de saúde mais orientadas na cura e na visão biomédica. Por isso, eu julgo que é natural que o enfoque principal dos conteúdos curriculares do ensino da enfermagem seja dado para os hospitais. É dado para os hospitais os aspectos técnicos, e quando me refiro aos aspectos técnicos, são técnicas que tem a ver com a destreza manual, e com o tratamento da doença, porque o próprio sistema de saúde tem o enfoque no tratamento da doença. Estas questões não se podem desligar das questões políticas, das questões estruturais, o grande investimento no SNS, é feito nos hospitais, e isto está associado à macro-política. Se o governo investe mais nos hospitais, é evidente que a enfermagem também vai investir mais nos hospitais. Daí que a grande maioria dos enfermeiros trabalham em hospitais, é um dos factores que nós identificamos. Mas eu julgo que a pouco e pouco, com os conhecimentos e o aumento da autonomia das populações, cada vez mais a aposta vai ser de manutenção da saúde. E quem está melhor colocado para fazer a manutenção e a optimização da saúde, no meu ponto de vista são os enfermeiros. Por isso eu julgo que a nossa profissão vai continuar a crescer e vamos cada vez mais desenvolver» (E1 - Enf CS).

Assim sendo, até que ponto o grau de formalização da organização das práticas ao nível dos hospitais e dos centros de saúde pode ser, de facto, influenciado pela enfermagem, quer em termos individuais, quer ao nível colectivo? Por outro lado, será que os processos, os modos operatórios, os procedimentos, em suma, os diferentes métodos de execução das actividades podem ser influenciados pelos outros grupos? Na verdade, para a enfermagem, apesar da evolução e desenvolvimento técnico-científico que tem vindo a

verificar-se, a sua prática, e mais concretamente a organização do seu trabalho, é atravessada e sistematicamente confrontada por pressões internas e externas à sua profissão e à instituição de pertença. É o peso das normas e das regras a divisão do trabalho médico-enfermeiro. É aquilo que chamam de "burocracia", os actos administrativos, os "papéis". Vejamos como é que os entrevistados e os inquiridos sistematizam estas questões.

«A consulta externa não tem nada a ver com aquilo que conheci quando comecei. Tive que resolver os problemas administrativos. A parte administrativa melhorou um bocado. A parte de suporte da radiologia não dá resposta aos exames pedidos nas consultas. Na nossa parte, falta a parte física, temos pouco espaço. Na relação com a comunidade, com os outros serviços, concretamente com os cuidados de saúde primários, tem havido mudanças interessantes para a enfermagem. Houve três ou quatro áreas em que há uns anos que procurámos que essa articulação se fizesse, e até programámos um modelo único de enfermagem que servisse o nosso serviço e o do centro de saúde, mas não teve a resposta que queríamos. Esta relação já esteve pior, mas está a melhorar. É uma pena que estes centros de responsabilidade integrada, na prática, ainda não estejam a funcionar bem. Os enfermeiros estão cansados, têm pouco tempo e muito trabalho com os papéis que a administração nos pede» (E7 - Enf Hosp).

«O trabalho que a enfermagem faz no meu serviço divide-se em três áreas diferentes: enfermeiras de apoio à anestesia que faz o acolhimento do utente, preparar drogas de anestesia, ajuda a anestesia no acto anestésico e é responsável pela ventilação e manutenção da hemodinâmica do doente; enfermeira instrumentista, dá apoio ao cirurgião no que diz respeito a todo o instrumental cirúrgico, é responsável pela manutenção de técnica asséptica cirúrgica durante todo a cirurgia; enfermeira circulante, de apoio à enfermeira instrumentista, é responsável pela segurança do doente e responsável pela manutenção do bom ambiente dentro da sala de cirurgia. Como vê, os processos e os métodos dependem muito da relação com os médicos e da organização do serviço» (E30 - Enf Hosp).

«Estamos afogados com muitas coisas burocráticas. São os pedidos da Sub-Região, é disto e daquilo. Nós temos, como sabe, os programas de saúde, por exemplo a saúde pública de vacinação. A criança chega e neste momento tem uma série de registos que regista a mesma coisa em quatro ou cinco lugares. Vai para a ficha programa, vai para a ficha clínica. Em termos de registos, há uma perda de tempo que é desnecessária. Está a tentar-se um sistema de informação que resolva isso, mas não vejo nada. O pior é que nem nos consultam para mudar as coisas. (...)Tenho 41. Terminei o curso em 79 e já vi muita coisa. É pena que a saúde neste momento não permita ainda que estejam elementos de enfermagem a tomar decisões de topo. É importante renovar também o pensamento da coordenação global, e que os enfermeiros tenham um lugar no sistema de decisão» (E3 - Enf CS).

«Não podemos dizer que hoje os serviços são a mesma coisa.

Antigamente, tínhamos os ex-SMS com enfermeiros-chefes, enfermeiros do terreno e os administrativos nos postos, hoje as coisas são diferentes. Mas, pensando na formação dos enfermeiros e nos serviços que são prestados, não tem comparação possível. Não estamos bem, eu sinto que não estamos bem, e é disso que falo, e porque sei que os enfermeiros estão cansados, que é assim mesmo. Se o enfermeiro presta cuidados no centro de saúde, mas depois têm de desdobrar para as extensões rurais, dar resposta às coisas dos médicos, logicamente o enfermeiro fica disperso. (...) É claro, depende da organização dos serviços. Há muitos enfermeiros que sentem a grande dificuldade para gerir o tempo porque têm de repartir pelo tempo para dar resposta às actividades de promoção e de prevenção, os programas de saúde, dar respostas ao serviço de vacinação, o PNV, e ir às extensões rurais, e estar como alguns estão, a trabalhar ao sábado, até muitas vezes às três horas da tarde, e outras vezes mais, é demais. Sei que muitas vezes, os enfermeiros querem dar mais aos utentes, mas sentem já tão cansados e já não conseguem. Quem já tem uma gama de conhecimentos e quer ver as coisas de outra maneira, sente que ainda estamos aquém» (Ent 4 Enf CS).

Existem, assim, nas duas áreas de cuidados, pressões relacionadas com os papéis que cada profissional tem de cumprir como técnico de saúde, tal como refere um testemunho: «Temos vindo a melhorar, comparando com antigamente, mas ainda não temos tanta autonomia para mudar as coisas. Há regras em demasia para cumprir» (E4 - Enf CS). Efectivamente, o trabalho da enfermagem num hospital não se distingue a este nível do enfermeiro do centro de saúde, sendo moldado por uma certa “estandardização” de procedimentos normativos para dar resposta às diferentes solicitações. Para a enfermagem, a sua prática não se restringe ao atendimento do utente. Colocam-se desafios particularistas e objectivos organizacionais, que requerem a criatividade e uma atenção continuada da enfermagem numa constante experimentação concertada de esforços individuais e colectivos para a resolução de problemas. Daí que se possa dizer que a prática de enfermagem é influenciada por um vasto conjunto de actores. Trata-se de uma situação que é comungada por uma grande maioria dos profissionais entrevistados e inquiridos (Quadro 19).

Sob o ponto de vista da influência das pressões organizacionais, grupais e pessoais na enfermagem, elas podem ser agrupáveis em cinco factores. Um primeiro, o factor ACT1, referente às influências exercidas por aqueles que apresentam uma maior proximidade e permanência no seu local de trabalho Este factor (ACT1) trata-se de um agrupamento identificado como um grupo “interno”,

sendo formado pelos colegas de trabalho, pela própria pessoa, pelos auxiliares de acção médica, sem excluir ainda neste grupo, os utentes/doentes como actores que podem induzir alguma influência na forma da condução da prática de enfermagem (Quadro 20).

Quadro 19
Influência do Grau de Formalização da Organização na Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% menor influên	% tem influên	% maior influên	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	369	11,09	30,41	53,61	4,89
2	Centro de Saúde (D, E, F)	57	8,33	20,00	66,67	5,00

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 20
Influência das Organizações, dos Grupos e das Pessoas na Prática de Enfermagem

	Fact ACT1	Fact ACT2	Fact ACT3	Fact ACT4	Fact ACT5
colegas da equipa de enfermagem	,801				
a sua própria pessoa	,762				
auxiliares de acção médica	,710				
utentes/doentes do serviço	,669				
Sindicato dos Enfermeiros		,845			
Ordem dos Enfermeiros		,823			
outras associações profissionais		,686			
Ministério da Saúde		,669			
Autarquias		,593			
administração da região de saúde			,808		
escolas superiores de enfermagem			,721		
administração/direcção da sua organização			,666		
coordenação da sub-região de saúde			,636		
cidadãos em geral			,633		
médicos da sua instituição				,760	
chefias administrativas da sua instituição				,745	
outros profissionais da sua instituição				,724	
direcção médica da sua instituição				,612	
direcção de enfermagem da sua instituição					,650
chefe(s) de enfermagem do seu serviço					,612

Nota: Componentes da matriz rodada P14, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.

Fonte: Inq Enf2000.

O segundo grupo de actores, identificado como factor ACT2, trata-se de um grupo "externo" ao ambiente organizacional da enfermagem, sendo representado pelos seguintes actores colectivos: Sindicato dos Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros; outras associações profissionais; Ministério da Saúde; autarquias. A administração da região de saúde, as escolas superiores de enfermagem, a administração/direcção da organização, a coordenação da sub-região de saúde e

os cidadãos em geral compõem o segundo grupo de actores “externos” (factor ACT3) que parecem poder induzir alguma influência na organização e na prática da enfermagem. Foi ainda identificado pelos inquiridos, um grupo “interno” (factor ACT4) de influência, representado pelos médicos, pelas chefias administrativas, pelos outros profissionais e a direcção médica da instituição dos inquiridos. Por último, um quinto grupo (factor ACT5) representado por um terceiro grupo “interno”, formado pelas hierarquias directas existentes nos locais de trabalho, entre os quais a direcção de enfermagem da instituição e pelo(s) chefe(s) de enfermagem do serviço que pertencem os inquiridos (Quadro 20).

Para uma melhor compreensão das influências organizacionais, grupais e pessoais no quotidiano do trabalho da enfermagem, submeti ainda os cinco factores à análise comparativa entre as categorias da variável sexo e à análise de variância não paramétrica tomando como variáveis independentes o grupo etário, a categoria profissional, a antiguidade na profissão e o tempo de serviço na instituição. Os resultados obtidos mostram que coexiste uma ambivalência de atitudes e percepções distintas face às referidas influências, sendo mais expressivas as diferenças encontradas ao nível dos factores ACT1 e ACT2 (Quadro 21).

No conjunto dos cinco factores de influências organizacionais, grupais e pessoais, quatro não apresentam diferenças significativas ao nível dos hospitais e dos centros de saúde (var Organização), facto que me permite concluir que não existe uma interdependência directa entre os tipos de influência, em função das dicotomias por áreas de prestação de cuidados. A influência está presente em ambas as áreas, porém, para os inquiridos, apenas a forma de agrupamento representado no factor ACT3 reflecte uma diferença estatisticamente significativa ao nível dos processos, dos modos operatórios, dos procedimentos e dos diferentes métodos de execução das actividades nas duas áreas de intervenção em enfermagem (Quadro 21). Trata-se provavelmente da especificidade das políticas e relações privilegiadas que a administração da região de saúde, as escolas superiores de enfermagem, a administração/direcção da organização, a coordenação da sub-região de saúde e os cidadãos em geral protagonizam com

cada uma das áreas de cuidados⁹⁸.

Quadro 21
Influência das Organizações, dos Grupos e das Pessoas na Prática em Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças Absolutas	Positivo	Negativo	Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
Organização					
ACT1	,097	,097	-,012	,696	,718
ACT2	,095	,095	,000	,686	,734
ACT3	,223	,223	,000	1,605	,012
ACT4	,080	,080	,000	,577	,893
ACT5	,100	,100	,000	,720	,678
Sexo					
ACT1	,045	,045	-,039	,376	,999
ACT2	,062	,042	-,062	,513	,955
ACT3	,070	,000	-,070	,587	,881
ACT4	,114	,019	-,114	,949	,329
ACT5	,009	,007	-,009	,074	1,000
				Graus de Liberdade	Sig.
Grupos Etários					
ACT1			6	4,229	,646
ACT2			6	28,009	,000
ACT3			6	7,860	,249
ACT4			6	4,596	,597
ACT5			6	6,814	,338
Categ. Profissional					
ACT1			3	8,991	,029
ACT2			3	14,990	,002
ACT3			3	10,454	,015
ACT4			3	6,601	,086
ACT5			3	7,667	,053
Antig. Profissão					
ACT1			4	12,155	,016
ACT2			4	13,142	,011
ACT3			4	4,139	,388
ACT4			4	10,173	,038
ACT5			4	8,370	,079
Antig. Organização					
ACT1			4	11,660	,020
ACT2			4	12,620	,013
ACT3			4	3,686	,450
ACT4			4	9,428	,051
ACT5			4	7,663	,105
Local					
ACT1			2	4,147	,126
ACT2			2	21,387	,000
ACT3			2	4,219	,121
ACT4			2	,468	,791
ACT5			2	3,248	,197

Fonte: Inq Enf2000.

Os resultados salientam a presença de uma matriz complexa de “ameças” e

⁹⁸ Estes resultados merecem obviamente uma análise mais aprofundada numa outra investigação, nomeadamente sobre as práticas e as políticas públicas aplicadas no sector da saúde, bem como a análise dos problemas de acessibilidade dos utentes nos diferentes serviços do SNS.

de influências de grupos externos e internos ao contexto de trabalho, com um impacto directo sobre a realidade do seu quotidiano, sensível a níveis distintos de percepção dos actores, em função das suas características pessoais e profissionais (Quadro 21). Face ao exposto, não me parece ser fácil definir fronteiras entre a enfermagem hospitalar e a dos centros de saúde. Se é verdade que a tecnologia pode exercer numa primeira análise uma configuração distinta entre as duas áreas de cuidados, na verdade, está sempre presente na prática de enfermagem um permanente desafio das pressões externas e internas, no sentido de dar resposta de forma empenhada a prestação de cuidados. Assim sendo, embora haja muitos aspectos da prática de enfermagem que possam ser moldados por uma perspectiva mais tecnicista, de facto, predominam na sua orientação outras influências que podem fortalecer ou enfraquecer os recursos "ocultos" da profissão no quotidiano de trabalho. São riscos e desafios que se colocam sistematicamente à enfermagem. Resta saber o que é que este grupo profissional sente perante tais influências.

«na minha opinião, a qualidade de cuidados em enfermagem, quer seja em hospital, quer seja em centro de saúde, pode ser de grande qualidade se para isso não houvesse tanta burocracia. Mudam de governo, muda a administração nos hospitais e tudo isto afecta tanto o empenho profissional como pessoal. No entanto, temos de continuar a prestar os cuidados e quem sofre é o utente, porque nem sabemos como vamos encaminhar as coisas depois» (Inq223 - Enf Hosp).

A verificação de formas distintas de influência na organização e nas práticas de enfermagem, leva-me ainda à consideração de que a regulação das acções da enfermagem e dos seus resultados podem ser afectadas pelas distintos poderes organizacionais. Aliás, já Mintzberg (1983) sugeria que os resultados de uma organização são contingentes, sendo afectados pelos poderes organizacionais, na medida em que os indivíduos, os grupos ou as organizações podem constituir-se como forças de coalisão externa e interna⁹⁹. No caso concreto em análise e, sob o ponto de vista das forças de coalisão externa, elas são formadas por dois agrupamentos, cuja ordem decrescente de importância na regulação da acção da

⁹⁹ Para Cyert e March (1963) a noção de coalisão traduz a diversidade de interesses que se encontram no seio de uma organização. Trata-se, em última instância, de considerar que uma coalisão corresponde ao processo de negociação desenvolvido por um grupo pessoas, tendo em vista o ganho de influências para a concretização dos objectivos do próprio grupo.

enfermagem é a seguinte: ^{a)} no primeiro grupo, encontram-se o Sindicato dos Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros, as outras associações profissionais, o Ministério da Saúde, autarquias; ^{b)} o segundo grupo é formado pela administração da região de saúde, pela escolas superiores de enfermagem, pela coordenação da sub-região de saúde e pelos cidadãos em geral. Este último grupo, trata-se de um grupo híbrido, na medida em que se encontra a ele articulado um actor interno e que é a administração/direcção do hospital e/ou do centro de saúde. Assim sendo, na perspectiva dos inquiridos, é ainda de concluir que as diferentes forças de coalisão externa podem actuar de forma conjunta, dominada, dividida, activa ou passiva, em função das lógicas de pulverização dos poderes distintos que podem influenciar o curso das actividades de enfermagem. Destaca-se, assim, a possibilidade dos actores externos poderem actuar de forma conjunta, através de estabelecimentos de alianças recíprocas, no sentido de influenciar quer a formação (p.e. através das escolas superiores), quer os regulamentos de exercício profissional (p.e. através da ordem e do sindicato), quer ainda o desempenho directo da prestação de cuidados de enfermagem (p.e. o Ministério da Saúde, a administração da região de saúde, a coordenação da sub-região de saúde e os cidadãos em geral).

Na verdade, na matriz de regulação das actividades de enfermagem, as principais forças de coalisão interna são formadas por três grupos, com graus distintos de efeitos na organização e nas práticas, cuja ordem decrescente de importância é a seguinte: ^{a)} um primeiro formado pelos profissionais de enfermagem, actuando em termos individuais e colectivos, e os auxiliares de acção médica e os utentes; ^{b)} no segundo grupo encontram-se os médicos, as chefias administrativas, os outros profissionais e a direcção médica da instituição; ^{c)} o terceiro grupo de coalisão interna é formado pela direcção de enfermagem e pelo(s) chefe(s) de enfermagem dos serviços.

Efectivamente, existem múltiplos factores que influenciam a condução da enfermagem numa organização. Não são apenas os contextos de ordem interna, são ainda os externos, que em conjunto conferem influências profundas nas orientações primordiais da prática e do desenvolvimento profissional, cujos elementos enquadram mecanismos de cooperação, mas também de tensões e conflitos. Ao considerar aqui estes dilemas no processo organizativo da

enfermagem, as representações da enfermagem como um técnico autónomo mostra-se, de certo modo, absorvido pelas conceptualizações de acções explícitas e implícitas decorrentes dos impactos gerais e potenciais que advêm das hierarquias decisórias directas ou indirectas.

«A política de recursos humanos é gerida pelo Conselho de Administração (CA), definindo previsionalmente a quantidade de recursos necessários para o ano seguinte e fazendo constar isso do plano de actividades (Orçamento-Programa). Naturalmente o Administrador Delegado tem que compatibilizar esta projecção com o Orçamento previsível e aí desenrola-se a verdadeira negociação. O que agrava mais as coisas é o facto de a negociação ser simultânea com o Enfermeiro Director (sobre os enfermeiros) e a Direcção Clínica (médicos) e com o Director (normalmente é médico logo defende os seus). É simultânea porque o orçamento é para todos e dar a um é tirar a outros (...). Apesar de em matéria orçamental o Administrador ter uma preponderância significativa, a constatação do incumprimento dos Orçamentos tira-lhe parte do poder de influência, sendo corrente a afirmação: "para que estamos com cortes se os outros gastam mais e o dinheiro há-de aparecer". Também a existência de estrangulamentos de admissão, nomeadamente os congelamentos, levam a que o plano de efectivos seja uma ficção (...) recorrendo-se a contratos de trabalho e horas extraordinárias (...) para colmatar as faltas. Aqui, paradoxalmente, o Administrador ganha mais relevo pois é necessário dar cabimento aos contratos (...) e é ele que autoriza as horas extraordinárias. Em matéria de despesa, existe uma intervenção energética do Administrador, não só na limitação de efectivos, como na autorização de despesas pontuais como contratos a termo e Horas extra. Esta limitação estende-se ao exercício pois interfere na utilização dos equipamentos e artigos consumíveis do hospital, é o Administrador que autoriza a alteração das quantidades a fornecer a cada serviço, ainda que possa ouvir a enf^a directora ou o Dir Clínico. Existe uma autonomia relativa da enfermagem controlada pelo Enfermeiro-Director, controlada em termos funcionais pelos directores de serviço médico, em termos de despesa e metas produtivas pelo Administrador, que quando necessário debate o assunto no CA» (Adm Hosp).

A forma de agregação dos elementos das forças de coalisão interna oferece ainda a perspectiva de que o sistema de autoridade e de controlo das actividades de enfermagem é organizado sob duas formas. Uma directa e pessoal, através da qual os enfermeiros podem estabelecer com exactidão o que pode ser feito, quais os limites das suas decisões na delegação das actividades sobre os auxiliares e como podem rever as suas actuações na relação com os utentes/doentes. Parece-me ainda que a segunda forma do sistema de autoridade se trata de um

mecanismo de controlo engendrado nos quadros das lógicas de compensação burocrática, através da qual as hierarquias de enfermagem, a direcção médica e outros podem redefinir a padronização dos conteúdos, os processos e o grau de formalização da organização do trabalho.

A gestão da força de trabalho de enfermagem é da responsabilidade do Enfermeiro Director, bem como a sua direcção técnica. Em sede de CA pedem-se-lhe responsabilidades se existem queixas de falta de enfermeiros em algum serviço ou alguma meta do CA está comprometida por motivos de enfermagem. Pretende-se manter o diálogo sobre os profissionais de enf. com o enf. director. Mais sensível aos problemas de gestão pois também é um dos responsáveis da instituição e conhece melhor que os outros as suas limitações. Se a contratação pontual e as horas extraordinárias mantêm um poder relativamente discricionário no Administrador, a tentativa de obter o tempo acrescido não só revela melhores condições financeiras para os enfermeiros, como subtraem esta capacidade de gestão pontual, tornando permanentes soluções que deveriam ser pontuais. É mais uma forma de concentrar na carreira a sua própria gestão. Quanto à gestão corrente, horários e escalas são da responsabilidade da direcção de enfermagem, bem como a integração. A avaliação do desempenho é feita pelo CA (aprovação do relatório de actividades), sob proposta do enf. director (nunca lemos nenhum). A formação é planeada pelo departamento de formação onde está um enfermeiro, assim como um médico e um Administrador Hospitalar. A política de folgas e trocas está fortemente concentrada na gestão da carreira, até ao seu topo : o Enfermeiro-Director. Qualquer tentativa de compreender o processo é infrutífera. Qualquer tentativa de controlar o processo esbarra na possibilidade (efectiva) de adoecerem quando não podem trocar (...). Higiene e segurança do trabalho é uma política geral do Hospital, debatida pelo CA. Sem relevo especial da participação da enfermagem. O controlo da assiduidade e pontualidade é feito pelos chefes de enfermagem e pelo serviço de pessoal, que aleatoriamente recolhe as folhas de ponto. Em resumo, a organização da enfermagem depende fortemente da estrutura hierárquica, é a profissão mais hierarquizada no hospital, sem prejuízo das competências funcionais dos Directores de Serviço. Qualquer conflito é resolvido em CA» (Adm Hosp).

Para além dos constrangimentos hierárquicos, os processos e as metodologias de intervenção da enfermagem, quer nos hospitais, quer ao nível dos centros de saúde, parecem estar igualmente marcados, por assim dizer, por uma clivagem entre modos distintos de apropriação dos tempos, de relação com os utentes, de recursos tecnológicos, do tipo de cuidados prestados, e ainda, no que se refere aos graus de autonomia no exercício profissional. Segundos os entrevistados, trata-se de aspectos que trouxeram uma certa viragem nas actuais

formas das práticas da enfermagem em relação ao passado, tal como revelam os seguintes testemunhos.

«Antigamente o trabalho tem mais a ver com as tarefas previamente estabelecidas, em que a interferência do enfermeiro era mais limitada. Ou seja em termos daquilo que nós tínhamos para fazer, antigamente havia uma certa limitação. Hoje, parece-me que, apesar de haver tarefas mais ou menos que são rotinadas, existe um maior espaço de manobra, em grupo. É superior a antigamente a maneira de cada enfermeiro poder actuar sozinho. Nós quando acabamos, parece-nos que as coisas são mais fáceis. E tudo que é contacto do doente/utente só tem a ver com uma sequências das tarefas (primeiro faz-se isto e depois faz-se o outro). A ideia que tenho hoje, é de que, desde que se defina determinados princípios, cabe depois a cada enfermeiro escolher o melhor caminho» (E17 - Enf Hosp).

«A utilização do processo de enfermagem no ensino doente/comunidade, na participação do próprio doente/família na decisão sobre o cuidar, na investigação, na imagem social do enfermeiro, etc. Estamos em mudança» (E19 - Enf Hosp).

«Principalmente a nível da carreira o que interferiu com alguma autonomia na prestação de cuidados em algumas áreas. Está a tentar desligar-se do domínio médico» (E23 - Enf Hosp).

«Parece-me que a principal alteração tem a ver com a perspectiva diferente com que se vê a pessoa doente. Mais, como um todo, mais tendo em conta as suas dificuldades e as necessidades de ajuda, não tanto dependente do diagnóstico médico, mas estas alterações são ainda pouco visíveis» (E29 - Enf Hosp).

«A enfermagem que se faz hoje é muito diferente da que se fazia quando comecei a trabalhar. Em termos gerais a nossa preocupação era com a tarefa, preocupavam-nos mais com a doença, e hoje existe maior disponibilidade de tempo para satisfazer as necessidades dos doentes, maior aproximação. A enfermagem que se faz hoje não corresponde à sua formação inicial. Portanto, não se pode dizer que não tem havido alterações fundamentais na prática real. Na prática real acaba por existir efeitos, porque o enfermeiro tem mais tempo para o doente, fala-se mais com o doente. Antigamente não havia tempo para isso» (E12 - Enf Hosp).

«Hoje em dia se vê o doente como um todo mais individualizado, isto é, antes os cuidados eram mais rotineiros e executados mais à tarefa e hoje essa ideia está a ser realmente ultrapassada, tratando-se cada vez mais o doente e menos a doença» (E35 - Enf Hosp).

«Se bem que a humanização dos cuidados tenha estado sempre presente na actividade diária dos enfermeiros, julgo que hoje o 'cuidar' é cada vez mais encarado numa perspectiva holística, em contraponto com a perspectiva biomédica clássica do antigamente» (E26 - Enf CS).

«Eu acho que a enfermagem mudou muito, penso que sim, mas todo o centro de saúde também mudou. Não foi só a enfermagem. Não

mudamos sozinhos. Eu acho que essencialmente o que mudou foi a maneira de estar, para além da percepção teórica, isso é óbvio. Essencialmente o que mudou foi a cultura da própria profissão. Pelo menos é a sensação que eu tenho. As pessoas estão hoje de uma forma diferente do que estavam aqui há uns anos atrás. Eu acho que está melhor, pelo menos é uma profissão mais aberta, uma profissão que permite mais coisas» (E16 - Enf CS).

«as pessoas vão começando a perceber que a enfermagem é uma profissão autónoma, para além de ter uma vertente interdependente com as outras profissões da saúde, nomeadamente com os médicos. Mas hoje a população vai-se apercebendo que a enfermagem não é só a administração dos tratamentos que são prescritos, porque se assim fosse praticamente não havia necessidade de ter reuniões de trabalho. Se limitássemos a administrar as coisas que os médicos prescreve não precisaríamos de reuniões. Normalmente os assuntos das reuniões tem a ver com a área autónoma, com a formação, quer a contínua, quer as pós-graduações da escola de enfermagem, não tanto como se gostaria, mas têm também a ver com alguma investigação, com trabalhos que se vão apresentar em seminários, em congressos. Tem que ver com a gestão e com a organização de actividades. Hoje, quer os outros grupos profissionais quer os próprios utentes, já vão começando a perceber que a enfermagem necessita de ter estes tempos. No outro tempo isto era mal interpretado, quando começámos a trabalhar, e eu comecei a trabalhar em 81; se os utentes viessem ao centro de saúde e lhes dissessem que hoje não há enfermeiros porque estão em reunião, era capaz de ser mal percebido. Achariam que os enfermeiros deviam de estar a dar as injeções» (E1 - Enf CS).

«Hoje, o enfermeiro deixou de ser aquela pessoa que servia o outro, e neste momento complementa outros sectores, outros profissionais. É uma coisa que acho que é muito importante definir. A enfermagem hoje é uma profissão científica, autónoma e é inter-dependente. E a nível dos cuidados de saúde primários posso dizer que o enfermeiro assume as tarefas, as actividades, como desenvolve programas de saúde. É preciso que se saiba que os enfermeiros perdem muito tempo, não é com questões técnicas da enfermagem, por exemplo pensos, injectáveis, mesmo dentro da equipa, mas sim com muitas coisas burocráticas» (E3 - Enf CS).

Ao olhar para o contexto organizacional, os profissionais dos hospitais e dos centros de saúde argumentam que apesar da sua actual situação ser de certo modo distinta de outrora, ainda subsistem alguns constrangimentos para o exercício efectivo do trabalho da enfermagem. Efectivamente, os dos serviços hospitalares manifestam uma clara posição de "vitimização" comparativamente aos seus colegas dos centros de saúde, salientando que o seu quotidiano é atravessado por um maior peso nas rotinas, uma maior dependência das orientações dos médicos, uma menor disponibilidade de tempo para gerir a sua

relação com o doente. Apesar destas questões, os enfermeiros hospitalares valorizam a especificidade dos seus saberes interpretativos, as oportunidades de ajudar a cura dos doentes dependentes e o contacto e a actualização dos conhecimentos no domínio das tecnologias. As realidades descritas são retratadas nalguns dos testemunhos dos enfermeiros. Vejamos, as verbalizações captadas, quer nas entrevistas, quer nas questões abertas colocadas no questionário.

«A prática de enfermagem hospitalar é mais actualizada, os enfermeiros hospitalares possuem conhecimentos mais profundos e actualizados. Nos centros de saúde continua-se muito agarrado a velhos conceitos. Não há abertura para outras técnicas ou métodos. Diferenças nos procedimentos, nas práticas e nos conhecimentos» (E28 - Enf Hosp).

«cuidados de enfermagem diferenciados; actualização de conhecimentos e técnicas pelos enfermeiros que trabalham nos hospitais, mais do que os enfermeiros dos centros de saúde» (Inq43 - Enf Hosp).

«nos hospitais há um maior domínio da enfermagem sobre as técnicas, maior predomínio no cuidar e curar, maior possibilidade de actualização dos conhecimentos» (Inq162 - Enf Hosp).

«Os enfermeiros dos centros de saúde tem uma disposição diferente e acho que não andam tão apressadas, falam mais com as pessoas e a carga de stress é menor» (E37 - Enf Hosp).

«Pela minha experiência os enfermeiros hospitalares têm muito menos autonomia que os outros, nos centros de saúde. Aqui quem manda é o director e os médicos, e até a enfermeira-chefe só tem um papel absolutamente secundário» (E33 - Enf Hosp).

«Em termos de gestão do tempo para as actividades, no Centro de Saúde tínhamos mais tempo do que no hospital. No hospital foi uma das grandes diferenças que encontrei na minha mudança do centro de saúde para cá. Em termos de proximidade com o doente, nós temos muito menos proximidade do que no centro, porque os contactos são mais fugazes e têm de ser mais rápidos porque temos de dar o maior número de respostas aos doentes. As exigências solicitadas pela parte médica, leva-nos grande parte do tempo. Uma grande parte do nosso tempo é executar tarefas determinadas pelo médico. No centro de saúde, as coisas não são assim, era mais gerida pela nossa parte. Se eu achasse que era importante falar com o familiar de um doente, sobre determinada situação, ou para receber mais dados, ou para dar alguma informação, era o que fazia. Aqui não posso. Não tenho tempo.» (E17 - Enf Hosp).

Quanto aos enfermeiros dos centros de saúde, os mesmos assumem que as suas práticas são de certo modo distintas dos hospitais, na medida em que as

prioridades e os objectivos não são idênticos. Em concreto, valorizam o oposto das situações declaradas pelos seus colegas da área hospitalar, enfatizando a sua situação privilegiada em deter uma maior proximidade junto do utente, na promoção e na autonomia no desenvolvimento de práticas preventivas e de vigilância, na educação para a saúde, na continuidade dos cuidados e no apoio à família e à comunidade, em geral. É ainda bem visível nas suas declarações a presença de uma perspectiva optimista da sua situação privilegiada, nomeadamente na reelaboração dos papéis e na ruptura com os saberes meramente técnicos e/ou práticos, apesar de reconhecerem que é ainda difícil, dada a ênfase que persiste nas actividades de cura nos centros de saúde. Vejamos:

«Há práticas dos cuidados de saúde primários que são muito nossas e que são práticas vocacionadas essencialmente para a prevenção. No hospital, os enfermeiros terão também essa vocação, mas não é a prioritária. Se calhar em termos de uma urgência e emergência de hospital, efectuamos um atendimento mais físico, mas num SAP temos um enfermeiro que tem uma visão um pouco diferente. No hospital as pessoas funcionam muito mecanicamente. Pelo contrário, o atendimento do SAP é diferente. As pessoas falam muito com a pessoas, a relação é muito próxima (...). Aqui a promoção e o ensino da saúde é muito importante» (E3 - Enf CS).

«no hospital a prática da enfermagem é mais virada para aspectos técnicos e menos personalizada; o doente é o objecto de trabalho e não o objecto da actuação do enfermeiro» (Inq356 - Enf CS).

«a prática dos centros de saúde relativamente à enfermagem é mais autónoma e tem um maior conhecimento da população» (Inq357 - Enf CS).

«A prática hospitalar está direccionada para o acompanhamento e tratamento. Trabalham mais de perto com as coisas dos médicos e sujeitam-se às regras deles. Nos centros de saúde estamos mais virados para a prevenção da doença, e temos mais autonomia. Organizamos as nossas coisas, trabalhamos em equipa e sabemos o que queremos e como vamos avaliá-los» (E25 - Enf CS).

«No hospital, o contacto com o cliente é temporário, numa situação em que este se encontra doente, e desinserido do seu meio familiar, profissional e social; o trabalho do enfermeiro está em muitos casos ligados à utilização de tecnologias. Nos centros de saúde, para além de se efectuar actividades curativas, há uma grande vertente de prevenção, com o utente inserido no seu meio habitual e seguindo de forma continuada ao longo das várias etapas da vida. Esta é a nossa razão de ser. Temos de saber lidar com as pessoas, ensiná-las, ouvi-las (...). O enfermeiro lida muitas vezes com crianças que são filhos de pais que viu nascer» (E26 - Enf CS).

«eu costumo dizer até aos alunos que vem estagiar cá que é em cuidados de saúde primários que o enfermeiro pode sentir que deixa de

ser visto como um simples técnico de saúde, mas passa a ser visto como a amigo e a conselheiro. E quando eu sinto que os utentes estão nessa fase, eu sinto que estou a fazer enfermagem, porque enquanto eu sou a enfermeira, sinto que não estou a fazer enfermagem. Os sítios por onde vou passando e claro que tem sempre a fase de adaptação, onde as pessoas não nos conhecem e não nos dão o tal crédito no início. Mas, ao fim de x tempo a pessoa já notou, e já não sou só a enfermeira, sou também a amiga e a conselheira, e aí eu sinto que estou a fazer de facto a enfermagem. Quando todos me vêm assim, os médicos, os administrativos e as pessoas, eu estou a fazer e a estar na enfermagem» (E2 - Enf CS).

«metodologia de trabalho; especificidade do trabalho em equipa nos centros de saúde» (Inq83 - Enf CS).

«hospital - acção; centro de saúde - prevenção; hospital - horários, turnos, patologias, tratar, tecnologias; centro de saúde - trabalho em equipa, ensino, educação para a saúde, cuidar, prevenção» (Inq377 - Enf CS).

«horários diferentes; condições de trabalho. Trabalhamos em equipa multidisciplinar com um médico e um administrativo. Nos hospitais, não há equipas. Cooperam e colaboram com os médicos e os auxiliares, mas não trabalham em equipa» (Inq362 - Enf CS).

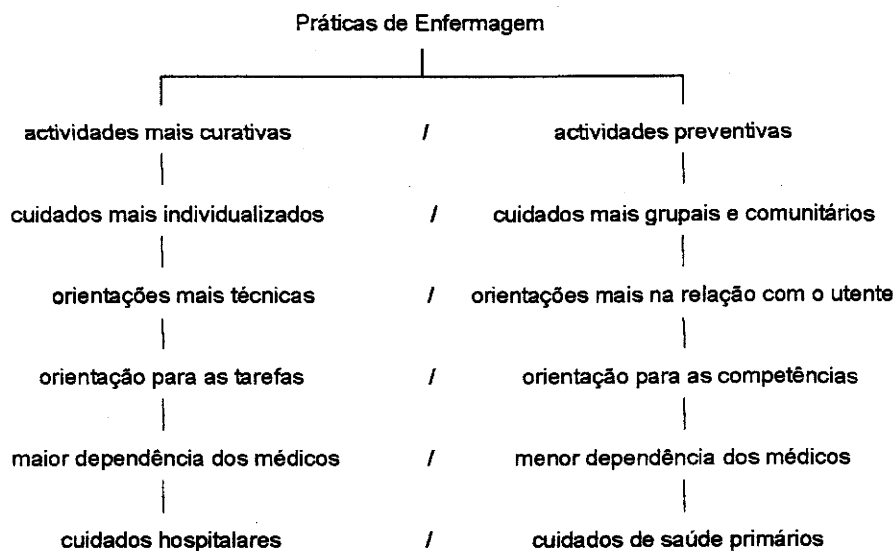
«nos centros de saúde a prática de enfermagem está mais virada para a prevenção da doença e promoção da saúde. Trabalha-se em equipa, temos mais autonomia, enquanto que na prática hospitalar predominam os cuidados de enfermagem de acordo com a patologia já diagnosticada» (Inq87 - Enf CS).

«a enfermagem nos cuidados de saúde primários dirige-se mais à prevenção na família, na comunidade e nos grupos de risco. Os doentes do centro de saúde são essencialmente de regime ambulatório e domiciliário» (Inq365 - Enf CS).

Com efeito, os testemunhos apresentados pelos enfermeiros dos centros de saúde (re)confirmam, na generalidade, as perspectivas apresentadas pelos enfermeiros dos hospitais. Este conjunto de testemunhos revelam que, no domínio do trabalho de enfermagem, existem espaços de actuação com características diferenciadas, características essas que passam pela diversidade dos serviços e, principalmente, pelas orientações de exercício da actividade. Na verdade, subjaz na estrutura de sentido do discurso dos enfermeiros um conjunto de contingências, disjunções e conjunções que modelam a prática quotidiana em ambas as áreas de actuação. A estrutura de sentido «práticas nos hospitais e nos centros de saúde» [A1], traduzida no Esquema 1, sistematiza o que acabei de referir.

A estrutura qualificadora do discurso identificada por [A1] oferece-nos uma condensação da percepção da distinção das [actividades curativas] vs. [actividades preventivas], diferenciando implícita e explicitamente nos códigos, quais são as referências das práticas nos hospitais e nos centros de saúde. É, assim, dado a observar nesta isotopia uma associação de códigos qualificadores que abre para a disjunção [cuidados individualizados] vs. [cuidados mais grupais e comunitários], como forma de definição do estatuto e da condição dos cuidados em cada área. Efectivamente, a estrutura [A1] é essencialmente uma estrutura caracterizada por um código actancial das racionalidades estratégicas dos enfermeiros, traduzível pelas isotopias «orientação mais técnica»/«orientação mais na relação», e que está associado a uma determinada condição de exercício profissional.

Esquema 1
Estrutura [A1]: Orientações das Práticas de Enfermagem



Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

Em termos estritos, esta estrutura [A1] evidencia e relaciona não só a razão de ser e a especificidades da orientação das práticas [+ centrada nas tarefas] vs. [+ centrada nas competências], mas também permite esclarecer as lógicas de subordinação que subjaz nestas práticas. Trata-se de um contexto que se encontra intimamente relacionado com a problemática da hierarquização e do controlo, fundado numa clivagem de [+ dependência dos médicos] vs. [-

dependência dos médicos] no quotidiano de trabalho.

Se é verdade que a estrutura [A1] pode ser entendida como uma sistematização de isotopias de descritores dos cenários distinguidores das actuais práticas de enfermagem, na verdade, trata-se de polarizações que não emergem de forma pacífica, nem são sempre fáceis de generalizar. Quer ao nível dos enfermeiros dos hospitais, quer no domínio dos profissionais dos centros de saúde que foram inquiridos, 80% dos profissionais manifestaram que nas últimas décadas tem-se vindo a verificar sensíveis alterações nas suas práticas, e que se materializam numa certa dicotomização da enfermagem nas duas áreas de actuação. Porém, cerca de 15% afirmam o contrário, e os restantes não confirmam nem negam a existência de divergências e mudanças significativas (Quadro 22).

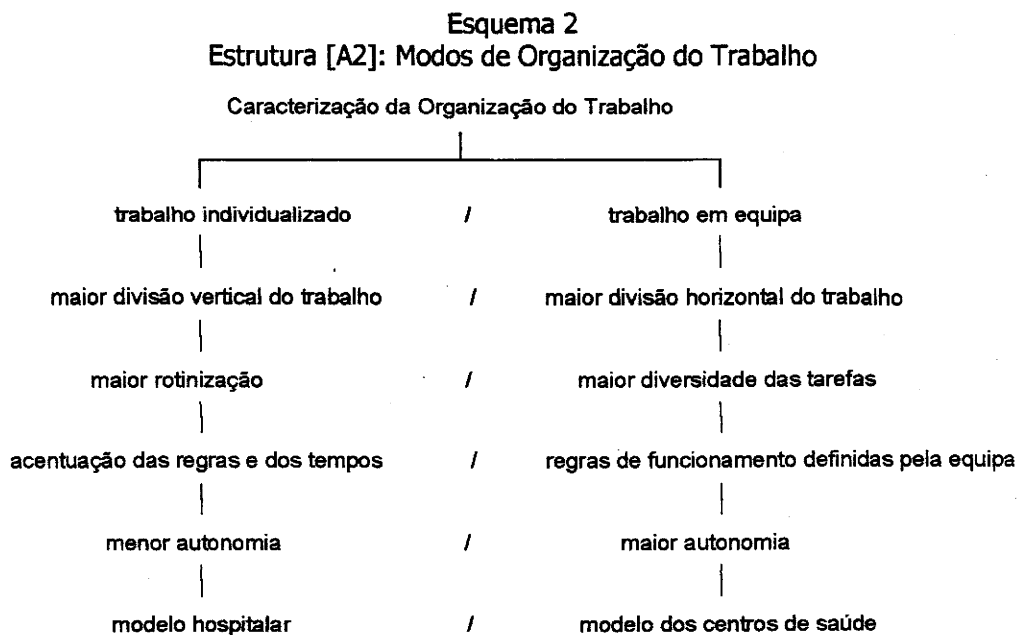
Quadro 22
Diferenciação das Práticas de Enfermagem nos Hospitais e nos Centros de Saúde

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% sim	% não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	373	80,67	15,46	3,87
2	Centro de Saúde (D, E, F)	58	80,00	16,67	3,33

Fonte: Inq. Enf2000.

Numa leitura mais pormenorizada sobre a informação recolhida, os entrevistados e os inquiridos reconhecem ainda que a actividade de enfermagem nas duas áreas é distinta quanto às formas de organização das suas actividades. Por um lado, nos centros de saúde predomina o trabalho em equipa multidisciplinar, e por outro lado, nos hospitais, a actividade de enfermagem é organizada em termos de equipas monoprofissionais, mas essencialmente realizada numa perspectiva individualizada. Os testemunhos condensados na estrutura [A2] (re)confirmam e reforçam esta constatação sobre a divisão e os modos de exercício do trabalho, os conteúdos e o grau de formalização que exercem com maior peso no quotidiano hospitalar e nos centros de saúde (Esquema 2). Efectivamente, na estrutura [A2] é-nos dado a observar uma síntese dos códigos das lógicas do modo de exercício do trabalho. A isotopia [trabalho individualizado] vs. [trabalho em equipa] traduz a disjunção das práticas entre a enfermagem hospitalar e a dos centros de saúde. Estas clivagens são concretamente tributárias das lógicas de divisão do trabalho. Na verdade, esta

isotopia retrata a realidade da enfermagem hospitalar, cujo ambiente organizacional veicula um grau de divisão verticalizado de trabalho, onde a concepção, a preparação, a coordenação, o controlo e ainda a execução não situam totalmente nas mãos da enfermagem.



Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

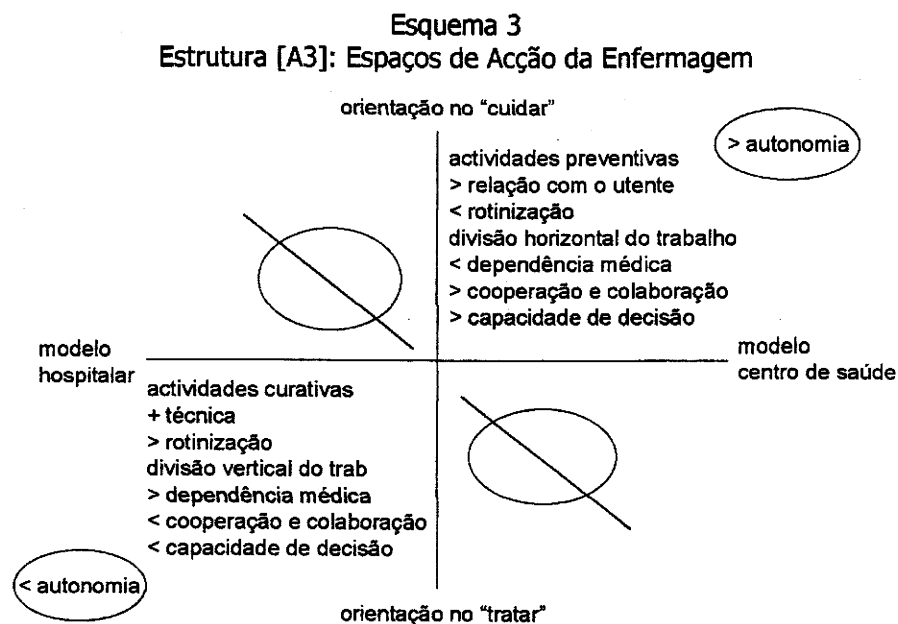
Contrapondo esta constatação, estão presentes na estrutura [A2], os efeitos de disjunção colocados ao nível dos centros de saúde, em que se perspectiva nesta área uma lógica de divisão do trabalho de forma menos rígida, mais horizontalizada e partilhada pelos seus membros. Dito de outro modo, a isotopia de «maior divisão vertical do trabalho/maior divisão horizontal do trabalho» reflecte a forma como o peso da dominância médica é exercida sobre as actividades. Trata-se de uma isotopia que sugere uma certa concordância simétrica com a disjunção já verificada na estrutura [A1], onde a prática hospitalar se estrutura numa «maior dependência médica», contra a prática nos centros de saúde que é perspectivada numa lógica organizativa mais horizontalizada e de «menor dependência médica».

Uma outra questão que ressalta na estrutura [A2] trata-se dos conteúdos do trabalho. A condensação descritiva dos sentidos, captados na estrutura dos

discursos dos entrevistados e inquiridos, revela claramente que a actividade hospitalar encontra-se fundada numa forte especialização e rotinização, situação que não se verifica ao nível dos centros de saúde onde as práticas gravitam num campo de conteúdos mais diversificados e diferenciados de tarefas. A realidade dos discursos produzidos revela ainda que as práticas hospitalares e dos centros de saúde se opõem quanto ao grau de rigidez das regras e dos tempos dos procedimentos. Em concreto, o que é enfatizado nos discursos são duas disjunções quanto ao grau de formalização nos hospitais e nos centros de saúde, traduzíveis como a «acentuação das regras e dos tempos/regras de funcionamento definidas pela equipa» e a presença de uma [menor autonomia] vs. [maior autonomia]. Trata-se de uma sistematização que revela que as práticas de enfermagem enquadradas nas equipas dos centros de saúde detêm a possibilidade não só, para definir as suas regras de funcionamento, mas também, para estruturar as suas linhas de orientação quanto às metas e à avaliação do seu próprio trabalho.

Os códigos presentes nos protocolos analíticos [A1] e [A2] abrem ainda para a percepção de uma relação privilegiada entre as orientações das práticas e os modos de organização do trabalho, traduzível num sistema cruzado de relações nos espaços de acção da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde, tal como se descreve na estrutura [A3]. Esta relação cruzada [A3] permite-me ainda sistematizar nos dois espaços estruturais de acção da enfermagem, uma mapificação dicotomizada das orientações da produção de cuidados dos indivíduos. Por outras palavras, a estrutura [A3] revela e condensa um sentido organizativo fundado numa divisão de trabalho [+ vertical] vs. [+horizontal], abrindo, ainda para a percepção da evidência de uma [> dependência aos médicos/< autonomia] vs. [< dependência aos médicos/>autonomia]. Reúnem-se, assim, na estrutura [A3], os códigos que traduzem as relações de disjunção entre os códigos actantes que informam, quer as oportunidades para a dinâmica de processos [< cooperação e colaboração] vs. [> cooperação e colaboração], quer, as possibilidades para intervir nas actividades com [< capacidade de decisão] vs. [> capacidade de decisão]. Em resumo, a estrutura [A3] condensa os constrangimentos e as lógicas de acção da enfermagem que modelam o quotidiano das práticas, sendo traduzíveis numa relação de proximidade entre as isotopias «modelo hospitalar/modelo centro de saúde» e «orientações de "cuidar"/orientações de "tratar"» (Esquema 3).

Tais relações de proximidade tratam-se de dois pólos dominantes das orientações profissionais na prática de cuidados: um mais tecnicista e outro mais humanista. Na verdade, o que esta dicotomia sugere, são duas situações. A primeira é que a presença deste tipo de orientação, ou quiçá, de pensamento dicotómico, prova que não há um único ponto de vista na orientação da enfermagem. A segunda trata-se da confirmação que não existe uma orientação mais correcta, nem de maior superioridade de um em relação ao outro. São apenas modos distintos de operacionalização das práticas, construídos em função das tensões, dos conflitos, dos equilíbrios de forças dos contextos organizacionais e do grau de formalização da organização das práticas.



Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

Numa leitura mais extensiva desta realidade, constato ainda que em termos globais os modos de organização do trabalho nos diferentes casos analisados é atravessado por uma clivagem quanto às orientações e a distribuição das tarefas no quotidiano de trabalho. Predominam as orientações do trabalho individualizado nos hospitais, sendo o trabalho em equipa a forma mais corrente nos centros de saúde, confirmando o que já referi anteriormente. Efectivamente, as características predominantes no hospital centram-se num trabalho de

enfermagem, onde cada um é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade (42,27%). No caso dos centros de saúde, apesar de predominar um discurso dominante sobre a lógica do trabalho em equipa multidisciplinar, na prática efectiva da prestação de cuidados ela representa apenas 26,67%. Constata-se ainda que existem situações em que o conjunto de cuidados a prestar aos utentes/doentes pode ser repartido pelos enfermeiros das outras equipas, presentes em cada turno (20%) (Quadro 23).

Quadro 23
Modos de Organização da Distribuição das Tarefas Quotidianas

	Contextos de Divisão e Modo de Exercício das Tarefas	Nº casos	% total	% casos válidos
1	Hospitais (A, B, C)	329	84,79	100,00
	1.- distribuição diária de um número de doentes/utentes de que é responsável	27	6,96	8,21
	2.- responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a um número fixo de doentes/utentes	52	13,40	15,81
	3.- responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade	164	42,27	49,85
	4.- responsável por todos os doentes do serviço, sendo o conjunto de cuidados a prestar-lhe repartido pelos enfermeiros presentes em cada turno	15	3,87	4,56
	5.- Cada enfermeiro realiza em conjunto com outros enfermeiros as actividades mais padronizadas, tendo simultaneamente um número fixo de doentes de que é individualmente responsável	37	9,54	11,25
	6.- outras (trabalho em equipa)	34	8,76	10,33
2	Centro de Saúde (D, E, F)	49	81,67	100,00
	1.- distribuição diária de um número de doentes/utentes de que é responsável	6	10,00	12,24
	2.- responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a um número fixo de doentes/utentes	8	13,33	16,33
	3.- responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade	5	8,33	10,20
	4.- responsável por todos os doentes do serviço, sendo o conjunto de cuidados a prestar-lhe repartido pelos enfermeiros presentes em cada turno	12	20,00	24,49
	5.- Cada enfermeiro realiza em conjunto com outros enfermeiros as actividades mais padronizadas, tendo simultaneamente um número fixo de doentes de que é individualmente responsável	2	3,33	4,08
	6.- outras (trabalho em equipa multidisciplinar)	16	26,67	32,65

Fonte: Inq. Enf2000.

Um outro aspecto que ressalta dos casos estudados é que as actividades que demarcam a distinção e a diferenciação da enfermagem, tais como os processos de enfermagem, não despertam um interesse particular dos médicos, sendo apenas do interesse das próprias chefias de enfermagem. Na verdade, o aparente desinteresse dos médicos sobre os processos de enfermagem, não significa que se verifica uma ausência de partilha de informação da enfermagem

com os médicos.

«uma coisa que aprendi quando era interno, é fundamental (...) e a primeira coisa que se deve fazer quando se agarra num diário clínico é ler as notas de enfermagem do dia anterior, uma vez que os enfermeiros estão mais tempo com os doentes» (E14 - Med Hosp).

Aliás, 23,7% os inquiridos dos hospitais declararam que os médicos dos seus serviços consultam com frequência os seus processos, e que 20% dos enfermeiros dos centros de saúde estudados afirmaram também que os médicos das suas equipas consultam frequentemente os seus processos. Quer ao nível dos centros de saúde, quer dos hospitais, constato que as hierarquias de enfermagem procedem com regularidade à consulta dos processos de enfermagem, facto que traduz que as actividades de controlo e de supervisão directa subsistem, mesmo em contexto de trabalho em equipa (Quadro 24).

«quando for preciso, peço um processo ou outro para avaliar o trabalho, nomeadamente nos casos mais complicados» (E8 - Enf Hops).

«cada um deve saber organizar os seus processos. Mas para a avaliação dos cuidados, nomeadamente dos programas do plano de actividade, costumo consultar» (E2 - Enf CS).

Quadro 24
Frequência de Consulta dos Processos de Enfermagem

	Contextos Organizacionais e Actores	Nº casos	% raro	% por vezes	% freq	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)					
	Médicos	352	36,08	30,93	23,71	9,28
2	Centro de Saúde (D, E, F)					
	Médicos	55	45,00	26,67	20,00	8,33
	Enfermeiros-chefes	56	3,33	10,00	80,00	6,67

Fonte: Inq. Enf2000.

Se numa primeira análise das isotopias [A1] e [A2] e das respostas dos inquiridos sistematizados nos Quadros 22 e 23 oferece-nos uma visão da enfermagem em dois pólos, na verdade, subjazem nos testemunhos e nos dados quantitativos um certo enfoque diferenciado desta generalização polar, já que existem em ambas as áreas alguns pontos de convergência. Efectivamente, para uma certa franja de enfermeiros, tais diferenças são apenas superficiais e uma

falsa questão para a divisão das orientações profissionais e da sua actividade, já que na realidade, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, o centro da gravidade da actividade da enfermagem não se distanciam nas finalidades. Trata-se, por exemplo, das perspectivas sobre os objectivos de cada área de cuidados radicada na relação com a pessoa, o utente, o excessivo tempo dedicado às actividades não relacionadas directamente com a área da informação/ensino, nem com o diagnóstico de necessidades, mas sim como as tarefas curativas, entre as quais os pensos, os injectáveis e outros tratamentos, situações que os enfermeiros consideram que os colocam numa constante dependência das orientações dos médicos.

«A perspectiva não é tão diferente. É certo que aqui temos uma visão da comunidade. O nosso problema é que temos muitas outras actividades de cura que nos rouba muito tempo. (...) Lidamos com os médicos, fazemos coisas que eles nos dizem, mas não estamos tão dependentes deles como o pessoal do hospital» (E10 - Enf CS).

«Completamente distinto não direi. Talvez em termos de rotinas, mas a essência do meu fazer, o porquê do meu agir é idêntico ao do centro de saúde. Se eu vejo uma pessoa perante mim, com um problema de saúde, com uma necessidade em termos de saúde, eu igualmente no centro de saúde tenho uma pessoa com um problema de saúde. Cabe-me a mim identificar a razão dessa ansiedade e traçar acções autónomas. Devo dizer que tem algumas divergências. Enquanto que eu no hospital tenho que cumprir horários, é o médico que diz a partir de agora deixa de fazer isto, passa a fazer aquilo, e eu tenho que lhe dar pressa, fazer o 'cartãozinho', preparar o medicamento, tenho que ser eu a preparar o medicamento que o Sr. Dr. disse que era para fazer. No centro de saúde o enfermeiro também trabalha um bocado à sombra do médico. Por exemplo, em certas alturas nomeadamente é o enfermeiro que vê as tensões todas, e o médico não vê nenhum. Portanto os médicos estão a delegar nos enfermeiros actividades que nem eles gostam de fazer. São actividades rotineiras, que antes eram eles que viam as tensões de toda agente, e agora é o enfermeiro. Portanto não é tão divergente. Em termos do "fazer" não é tão divergente, em termos de prática talvez. Eu num centro de saúde administro a medicação prescrita pelo médico, como administro no hospital, talvez eu tenha menos tempo para "alinhar", mas eu penso que a essência está lá» (E5 - Enf Hosp).

Ao confrontar os inquiridos em relação aos seus conteúdos de trabalho, quer ao nível dos centros de saúde, quer ao nível dos hospitais, existe, de facto, em ambas as áreas de cuidados uma certa similaridade quanto à diversidade de realidades no quotidiano de trabalho. Trata-se de situações que podem ser

traduzidas em três perfis distintos. Um primeiro, trata-se de um factor (QUOT1) que traduz o peso das actividades não rotinizadas, intimamente relacionadas com os saberes da enfermagem, e mais concretamente com os saberes teóricos, científicos e conceptuais e com o saber-estar. Trata-se, assim, de actividades que permitem aos enfermeiros materializarem as suas competências no cuidar, que facilitam a sua demonstração inequívoca da posse de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos na orientação da prestação de cuidados. Subjaz ainda, articulado a este perfil, um saber-estar que reflecte a presença na actividade de enfermagem de um campo de actuação mediado por competências mais gerais, entre as quais as do tipo social, comportamental e ainda do domínio relacional. Destacam-se, assim, neste perfil, as actividades relacionadas com o diagnóstico de necessidades, a informação e o ensino aos utentes/doentes, o contacto com os familiares, a elaboração dos processos de enfermagem, a consulta de processos clínicos e ainda o princípio de entreaajuda no desenvolvimento das actividades (Quadro 25).

Quadro 25
Perfil das Principais Actividades no Quotidiano da Enfermagem

	Factor QUOT1	Factor QUOT2	Factor QUOT3
diagnóstico de necessidades dos utentes	,810		
informação/ensino dos utentes	,774		
contacto c/ familiares e utentes	,716		
elaboração dos processos de enfermagem	,677		
consulta dos processos clínicos dos utentes	,657		
apoio aos colegas	,569		
administração terapêutica		,841	
preparação das terapêuticas		,805	
realização de pensos		,714	
efectuar algaliações / desalgaliações		,699	
análise e reposição de materiais			,731
preparação dos materiais "assépticos"			,711
resolução de problemas administrativos			,617
apoio à actividade dos médicos			,570

Nota: Componentes da matriz rodada P16, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Ainda no Quadro 25 apresenta-se uma caracterização do segundo factor (QUOT2). Trata-se de um perfil que reflecte um conjunto de actividades mais relacionadas com os saberes práticos. Tratam-se, na verdade, de actividades do tipo dos saberes experienciais relacionados com um saber-fazer, ou melhor a

execução das rotinas da cura ou do tratamento que invadem o quotidiano da enfermagem. São por exemplo, as actividades relacionadas com a preparação e a administração de terapêutica, a realização de pensos e ainda dos procedimentos para a algaliação e desalgaliação.

Em relação ao terceiro factor (QUOT3) retrata um conjunto de actividades consideradas marginais pela enfermagem. São as actividades que os próprios consideram que não pertencem ao foro da especificidade do seu exercício profissional, já que para os executar, entendem, tal como referiu um entrevistado, «não é preciso tirar um curso de enfermagem» (E5 - Enf Hosp). Integram este grupo de actividades a análise e reposição de materiais, a preparação dos materiais "assépticos", a resolução de problemas administrativos e ainda o apoio à actividade dos médicos nas actividades do quotidiano (Quadro 25).

Os três perfis não apresentam diferenças significativas ao nível dos hospitais e dos centros de saúde, isto é, não se verifica qualquer interdependência entre a variável organização e o modo de percepção dos inquiridos na definição de agrupamentos de actividades mais ou menos favoráveis no contributo para a revalorização profissional da enfermagem. A não verificação de diferenças ao nível da variável organização (Quadro 26) pode eventualmente significar que, quer ao nível dos hospitais, quer no domínio dos centros de saúde, a realidade do quotidiano da enfermagem é atravessada, em termos globais, por estes três perfis de actividades. Não é de admirar que alguns enfermeiros sugeriram que a distinção das áreas de cuidados seja uma falsa questão, já que em termos de conteúdos existe semelhanças. Aliás, «São as mentalidades hospitalares e nos centros de saúde que de facto fazem uma enfermagem distinta» (E12 - Enf Hosp).

A confirmar ainda esta situação está o facto dos factores QUOT2 e QUOT3, que correspondem respectivamente a actividades rotinizadas e marginais, não terem revelado qualquer diferença, estatisticamente significativa, ao nível de cada uma das áreas de actividades. O que se verifica em ambas as áreas de cuidados, é a confirmação daquilo que foi expresso por alguns dos entrevistados, tais como, «Não podemos falar de distinções de práticas. Temos é enquadramentos diferentes de enfermeiros em diferentes sub-sistemas de saúde» (E2 - Enf CS). O conjunto de resultados permite-me concluir que não existe divergência entre a orientação teórica e a realidade do que são as práticas

hospitalares e as dos centros de saúde.

Quadro 26
Factores das Actividades da Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças			Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
	Absolutas	Positivo	Negativo		
Organização					
QUOT1	,077	,000	-,077	,559	,914
QUOT2	,096	,096	,000	,691	,726
QUOT3	,066	,066	,000	,476	,977
Sexo					
QUOT1	,106	,106	-,033	,883	,416
QUOT2	,090	,090	-,058	,749	,629
QUOT3	,010	,010	-,003	,082	1,000

	Graus de Liberdade		Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários				
QUOT1	6		24,841	,000
QUOT2	6		14,137	,028
QUOT3	6		4,358	,628
Categ. Profissional				
QUOT1	3		11,362	,010
QUOT2	3		19,798	,000
QUOT3	3		1,266	,737
Antig. Profissão				
QUOT1	4		21,537	,000
QUOT2	4		9,467	,050
QUOT3	4		6,265	,180
Antig. Organização				
QUOT1	4		12,180	,016
QUOT2	4		7,716	,103
QUOT3	4		2,364	,669
Local				
QUOT1	2		6,537	,038
QUOT2	2		5,935	,051
QUOT3	2		7,028	,030

Fonte: Inq Enf2000.

Efectivamente, a percepção das similaridades e das diferenças entre as duas áreas de actividades parecem, de facto, assentar em distintos pressupostos “teóricos” produzidos pelos enfermeiros sobre o que é a enfermagem hospitalar e de um centro de saúde, estando tais modos de construção da realidade do seu quotidiano não só relacionados com os constrangimentos estruturais, mas também com a experiência vivenciada, a trajectória das actores nos diferentes contextos organizacionais. Dito de outra forma, apesar de se poderem encontrar “formas” de avaliação das actividades do quotidiano não semelhantes em cada local, pode tratar-se de situações distintas de organização da produção, sendo elas mais interdependentes das clivagens intergeracionais, hierárquicas e profissionais que

se manifestam de forma distinta no seio dos profissionais de ambas as áreas de cuidados. Ou seja, em cada categoria existem conteúdos funcionais distintos. A comprovar esta situação estão os resultados apresentados no Quadro 26, que indicam uma certa diferença estatística entre os factores QUOT1 e QUOT2 com as variáveis grupo etário, categoria profissional, antiguidade na profissão e tempo de serviço na instituição.

Assim sendo, face à constatação desta diferenciação cognitiva, que parece decorrer mais como uma expressão da experiência vivenciada dos actores em relação aos modos de organização e de regulação do trabalho nos hospitais e nos centros de saúde, e não tanto da diferenciação do enquadramento conceptual do que é fazer enfermagem em cada uma destas áreas de prestação de cuidados, conduz-me à consideração de que factores de outra ordem, tais como as orientações ideológicas e as crenças sobre a profissão de enfermagem podem constituir e facilitar atitudes, intenções e posicionamentos discursivos discriminantes no seio do grupo profissional. Vejamos melhor esta questão, através da leitura da classificação hierárquica dos segmentos significativos dos discursos captados nas perguntas abertas do questionário e nas entrevistas.

Os resultados obtidos revelam uma certa oposição de orientações dos enfermeiros sobre as práticas da organização do trabalho nos hospitais e nos centros de saúde, situação que me permitiu (re)definir, nos casos estudados, três tipos de agrupamentos elucidativos dos fundamentos da enfermagem em ambos os sectores de prestação de cuidados. Reconfirma-se que se trata de conjuntos discursivos disjuntivos, mais relacionados com os efeitos geracionais do que com outras situações. Na verdade, a localização geográfica de cada unidade de análise não constitui uma variável discriminante das posições dos enfermeiros entrevistados e inquiridos, antes porém, as discriminações e os agrupamentos produzidos revelam-se mais relacionados com as características etárias e a experiência profissional dos actores (Quadros 27, 28, 29).

O agrupamento identificado como aa1a, e que incorpora 51,6% da massa da informação das declarações significativas, incide na explicação das orientações das práticas e sua organização ao nível dos cuidados de saúde primários. Os valores-teste revelam que se trata de um agrupamento de segmentos de códigos predominantemente relacionado com os profissionais, com a idade entre os 40 a

49 anos, e com 15 a 19 anos de antiguidade na profissão. Para estes enfermeiros, a actividade nos centros de saúde baseia-se na prevenção da doença e na promoção da saúde junto dos utentes, das famílias e da comunidade, sendo práticas essencialmente autónomas, não rotinizadas, sendo bem divergentes da realidade hospitalar, dependendo essencialmente das suas competências como enfermeiros, do trabalho em equipa multidisciplinar e não das tecnologias ou dos recursos materiais especializados (Quadro 27).

Quadro 27
Orientação das Práticas de Enfermagem e sua Organização nos Centros de Saúde

Classe 1/3 - aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.03934	cuidados de enfermagem baseados na relação com o utente/família						
2	0.10378	cuidados de saúde para a comunidade						
3	0.13209	promoção da saúde junto de grupos-alvo						
4	0.38045	cuidados primários						
5	0.51751	prestação de cuidados não baseada nas rotinas da cura (pensos, injecções e outros)						
6	0.52544	tipo de cuidados mais autónomo						
7	0.59805	prevenção da doença e promoção da saúde						
8	0.67349	difere dos cuidados secundários, trabalhando em equipa						
9	0.76010	menos recursos materiais especializados						
10	0.84802	nível dos cuidados mais baseados nas competências da enfermagem						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	Pontos
		Cia/Frq	Frq/Cia	Global				
				51.63	Classe 1/ 3		aa1a	602
3.37	0.0004	86.96	3.32	1.97	45a49A	Grupo Etário	GE06	23
2.76	0.0029	78.57	3.65	2.40	40a44A	Grupo Etário	GE05	28
2.38	0.0088	82.35	2.33	1.46	Aprf15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	17
-2.38	0.0088	26.92	1.16	2.23	Aprof ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	26
-2.54	0.0055	25.93	1.16	2.32	Aorg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	27

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

O segundo agrupamento, identificado como aa3a, com uma importância hierárquica de 37,8% das estruturas globais de segmentos de sentido captados, corresponde às orientações discursivas sobre as práticas e sua organização ao nível hospitalar. Encontram-se mais relacionado a este tipo de discurso os enfermeiros mais jovens, entre os 30 a 34 anos, com uma antiguidade na profissão inferior aos 14 anos, e/ou com um tempo de serviço não igual ou superior aos 9 anos. Na perspectiva destes enfermeiros, a prática hospitalar dirige-se ao tratamento e à cura das doenças, sendo essencialmente um cuidado prestado em termos individuais, através de procedimentos mais especializados e em sistema de turnos. Segundo estes enfermeiros, os maiores constrangimentos da sua prática situam-se

ao nível da sua reduzida autonomia, traduzida pela maior dependência na relação com os médicos, apesar de deterem melhores condições de trabalho do que os seus colegas dos centros de saúde para o exercício da sua actividade (Quadro 28).

Quadro 28
Orientação das Práticas de Enfermagem e sua Organização nos Hospitais

Classe 3/3 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.07560	horário de trabalho por turnos						
2	0.22772	relações humanas mais individualizadas						
3	0.24434	nível da cura da doença						
4	0.33244	mais diferenciados os cuidados						
5	0.37500	meios técnicos						
6	0.41213	tratamento da doença						
7	0.47426	relação enfermeiro-utente mais pontual						
8	0.65144	mais dependentes dos médicos						
9	0.75045	menor autonomia						
10	0.82522	melhores condições de trabalho do que nos centros de saúde						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				37.82	Classe 3/ 3		aa3a	441
3.08	0.0010	69.23	4.08	2.23	Aprof ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	26
2.88	0.0020	66.67	4.08	2.32	Aorg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	27
2.60	0.0047	53.73	8.16	5.75	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	67
2.35	0.0095	58.82	4.54	2.92	30a34A	Grupo Etário	GE03	34
-2.38	0.0088	17.65	1.36	2.92	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	34
-2.53	0.0057	14.29	0.91	2.40	40a44A	Grupo Etário	GE05	28
-3.04	0.0012	8.33	0.45	2.06	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	24
-3.49	0.0002	4.35	0.23	1.97	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	23
-3.49	0.0002	4.35	0.23	1.97	45a49A	Grupo Etário	GE06	23

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

O terceiro agrupamento, identificado como aa2a, corresponde às similaridades das orientações discursivas sobre as práticas e a organização do trabalho da enfermagem em contexto hospitalar e nos centros de saúde. Trata-se de um agrupamento que detém um peso na ordem dos 10,5% na massa de informação das estruturas do discurso, sendo essencialmente produzido pelos enfermeiros com larga experiência profissional (Aprof ≥ 25A), com maior idade (≥ 50A) e tempo de serviço na organização (Aorg ≥ 25A). Salienta-se no discurso destes enfermeiros que as práticas de enfermagem nas duas áreas de cuidados baseiam-se em metodologias e processos de planeamento semelhantes. Por outras palavras, na sua perspectiva, fazem parte em ambas as áreas de cuidados procedimentos fundados numa relação privilegiada com o utente/doente, onde o diagnóstico, a identificação das necessidades e o ensino marcam lugar privilegiado

de passagem. Não menos verdade é que se reconhece que, quer ao nível dos centros de saúde, quer nos hospitais, é inevitável que existam práticas rotinizadas (Quadro 29).

Quadro 29
Similaridade nas Orientações das Práticas e da Organização do Trabalho em Enfermagem

Classe 2/3 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.03449	relação com o utente/doente rotinas a nível hospitalar e nos centros de saúde diagnóstico e ensino metodologia de trabalho e planeamento						
2	0.37569							
3	0.42909							
4	0.75609							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				10.55	Classe 2/ 3		aa2a	123
4.29	0.0000	50.00	8.13	1.72	≥ 50A	Grupo Etário	GE07	20
2.93	0.0017	29.41	8.13	2.92	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	34
2.77	0.0028	32.00	6.50	2.14	Aorg ≥ 25A	Tempo de serv na Organ.	AOr5	25
-2.60	0.0047	1.52	0.81	5.66	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	66
-2.64	0.0042	1.49	0.81	5.75	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	67

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

O conjunto dos agrupamentos de discurso identificados permite-me ainda concluir que, hoje, a enfermagem está sujeita a um conjunto de desafios que provêm da forma como se relaciona com o ambiente de trabalho e com as relações intra e interprofissionais. Trata-se de novas linhas directrizes que focam o seu modo de proceder, o seu pensamento, as representações e as orientações dominantes do enfermeiro como *expert*, interceptadas com vários pontos de conflitos e de tensões. Durante o trabalho de campo em que, de novo, revisitei alguns dos serviços de saúde que já conhecia, verifiquei que o centro de gravidade do discurso e da prática da enfermagem apresenta uma nova conceptualização sobre a relação com a organização e com os utentes. Na verdade, ao observar o contexto da vida profissional da enfermagem, verifico nos diferentes locais que os profissionais pretendem provar que a sua prática quer ao nível hospitalar, quer nos centros de saúde, é moldada por um fluxo rico de estratégias, no sentido da materialização da visibilidade da “voz do enfermeiro”.

Contudo, uma outra questão que fica em aberto é de que a mudança de paradigma das orientações globais da enfermagem na produção de cuidados,

fundada numa maior perspectiva no “cuidar”, na relação de ajuda e autonomia na prática não se materializa com facilidade nas duas áreas de cuidados, sendo atravessada por contextos difusos de contingências, influências e clivagens intergeracionais que circulam no campo sócio-profissional e organizacional. Aliás, torna-se visível da leitura dos dados recolhidos que, na actualidade, um dos problemas no quotidiano do trabalho da enfermagem é a ausência efectiva de espaços de autonomia plena para o exercício do poder da enfermagem, com um maior impacto ao nível de uma unidade hospitalar, do que ao nível de uma equipa multidisciplinar. Esta construção do actual estatuto dos enfermeiros, marcado pela dependência do olhar da autoridade e da actividade médica, remete-me à consideração de que os enfermeiros são legalmente “condicionados” e subordinados à profissão médica. Na verdade, os recentes ganhos de maior qualificação dos enfermeiros, a elevação do nível de competência técnica, não são traduzidos pelo acesso a uma posição mais independente na divisão do trabalho médico, nomeadamente no seio dos hospitais.

Por todas as descrições e análises apresentadas, concluo que subjaz nos testemunhos e nos dados quantitativos apresentados, que o quotidiano da enfermagem é moldado por dilemas da organização do trabalho e da prática, gerado por constrangimentos e influências de forças de coalisão externa e interna de ordem diversa. Sendo verdade que na actualidade a enfermagem tende a disputar maiores espaços de autonomia total, no sentido do auto-controlo de toda a sua prática quotidiana (De La Cuesta 1983; Lopes 1994; Mendes 2000), o que parece ainda constituir-se numa batalha árdua. Aliás, os resultados sugerem que o estabelecimento de formas concertadas e articuladas para o desenvolvimento do projecto profissional da enfermagem continua a ser atravessada por um feixe de contradições, de certo modo modelada pela subordinação e/ou pelas lógicas das orientações dos médicos. Trata-se de uma situação que parece traduzir que na actualidade ainda persistem os efeitos das suas raízes históricas e dos seus vínculos ideológicos (Carpenter 1993; Witz 1994; Stein, Watts e Howell 1990; Scott 2000b; Castledine 2000d; Mendes 2000; Lopes 1994). Assim sendo, a afirmação da enfermagem como profissão é ainda uma questão complexa e quiçá duvidosa. Na verdade, o que se pode concluir é que a enfermagem encontra-se, na actualidade, num jogo cooperativo e colaborativo “interessado/desinteressado”, uma espécie de *illusio* com os médicos e com os auxiliares de acção médica, moldado pelo

dilema de ser prisioneiro das características das condições sociais e profissionais que possuem dentro da organização hospitalar de dos centros de saúde.

3.1.1.2. (In)Satisfação no Trabalho como Indicador de Ruptura com o Sistema de Acção

A satisfação e a insatisfação no trabalho são apresentadas aqui como indicadores de problemas, não só na perspectiva organizacional e profissional, mas também, no domínio do sistema de acção da enfermagem¹⁰⁰. Subjaz nesta opção analítica, a procura de uma melhor clarificação de uma questão: se as actividades relacionadas com a ideia de insubstitibilidade e de antirotinização, e consideradas como fundamentais para a diferenciação e para a afirmação da enfermagem, sejam igualmente aqueles que mais contribuem para a satisfação no trabalho.

Questionados os enfermeiros sobre as actividades que lhes proporcionam maior satisfação, os diferentes testemunhos demonstram que os elementos de uma pequena franja é que se revelaram satisfeitos com as actividades mais técnicas. Para a maioria dos enfermeiros, as actividades que lhes conferem maior satisfação são o contacto com o utente/doente, as actividades relacionadas com o ensino e de informação aos utentes/doentes, seguindo-se o diagnóstico de necessidades dos mesmos. Vejamos alguns dos testemunhos sobre esta realidade, recolhidos através da questão: "Quais são as actividades que lhe dão maior satisfação?".

«falar com os doentes e ou familiares; discutir com os enfermeiros

¹⁰⁰ Na secção anterior, apresentei as características nucleares das duas situações de trabalho em enfermagem (hospitalar e centros de saúde), onde se revelaram alguns aspectos contrastantes, mas, ao mesmo tempo mostraram a condensação de outros pontos de convergência quanto às orientações da organização do trabalho e das práticas, nomeadamente em relação à sua visibilidade na realidade sócio-organizacional. Trata-se de condicionantes que a enfermagem considera fulcrais para a reorientação da sua mudança e desenvolvimento profissional, na medida em que a sua não verificação impede-os de fazer prosseguir, quer a sua sobrevivência como uma profissão mais autónoma, quer os procedimentos para a melhoria da qualidade das suas práticas, e que, em última instância, se pode traduzir numa permanente insatisfação dos profissionais face aos conteúdos do trabalho que se lhes apresentam no quotidiano. É neste sentido que se torna pertinente analisar esta problemática da (in)satisfação no contexto de trabalho em enfermagem. Não pretendo descodificar todas as dimensões analíticas, na medida em que não constitui o tema central da pesquisa o debate sobre a satisfação, as expectativas e a motivação da enfermagem no trabalho. Limito-me a um propósito mais restrito, focando a atenção sobre as actividades e o desempenho.

medidas a implementar e implementar medidas correctivas e verificar os seus resultados» (Inq3 - Enf Hosp).

«contacto com os utentes» (Inq251 - Enf Hosp).

«diálogo com o utente e família» (Inq146 - Enf Hosp).

«relação directa utente/família; prestação directa de ensino, informação e cuidados; aquisição de novos conhecimentos» (Inq157 - Enf Hosp).

«informação e ensino aos utentes» (Inq64 - Enf Hosp).

«ensinos» (Inq5 - Enf Hosp).

«observação do doente diagnosticado (necessidades, planear, actuar e sentir a evolução positiva)» (Inq93 - Enf Hosp).

«elaboração dos processos de enfermagem» (Inq102 - Enf Hosp).

«acolhimento dos utentes; diagnóstico da suas necessidades; ensino e preparação para a alta» (Inq166 - Enf Hosp).

«diagnosticar as necessidades dos doentes, etc.» (Inq316 - Enf Hosp).

«avaliação do desempenho profissional; colaborar com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros» (Inq317 - Enf Hosp).

«contacto com os doentes e familiares para fornecer os respectivos ensinamentos e diagnóstico das necessidades dos utentes» (Inq245 - Enf Hosp).

«informação e ensino à criança/família» (Inq344 - Enf CS).

«relações humanas e educação para a saúde» (Inq126 - Enf CS).

«contacto com os utentes; tentar minimizar os problemas» (Inq25 - Enf CS).

«domicílios; apoio; informação e encaminhamento dos utentes» (Inq375 - Enf CS).

«contacto com o doente e diálogo com ele, averiguando as suas necessidades a fim de as poder satisfazer» (Inq81 - Enf CS).

«contributo para a resolução dos problemas reais e/ou potenciais dos utentes» (Inq83 - Enf CS).

«cuidar de utentes em situação precária e fase terminal» (Inq373 - Enf CS).

«prestar cuidados de enfermagem de reabilitação; actividades relacionadas com práticas relacionais; actividades de promoção e preservação da saúde (educação para a saúde)» (Inq125 - Enf CS).

«contacto com o doente (relacional); discussão da evolução do tratamento médico e de enfermagem de cada doente» (Inq352 - Enf CS).

Quanto aos testemunhos recolhidos junto dos enfermeiros sobre as actividades que lhes dão maior insatisfação no quotidiano no trabalho, verifiquei que predominam as actividades rotineiras, as tarefas administrativas, a preparação de materiais, o apoio às actividades dos médicos, e ainda nalgumas situações menos gratificantes nas relações com os utentes. A comprovar esta questão, encontram-se alguns dos seguintes testemunhos obtidos no confronto dos inquiridos sobre a insatisfação:

«parte burocrática do serviço» (Inq138 - Enf Hosp).

«resolução de problemas administrativos; apoio às actividades médicas» (Inq77 - Enf Hosp).

«não gosto de burocracias» (Inq 162 - Enf Hosp).

«tudo o que respeita à parte burocrática (elaboração de processos dos doentes, registos em vários livros de exames, etc.)» (Inq272 - Enf Hosp).

«preencher papéis da classificação de doentes e reuniões» (Inq107 - Enf Hosp).

«repetição da mesma informação em vários papéis; resolver problemas administrativos e de gestão» (Inq290 - Enf Hosp).

«participação de falecimentos à família; preenchimento de tantos suportes informativos» (Inq330 - Enf Hosp).

«preparação e administração de terapêutica, determinados actos técnicos (preparação de material para procedimentos médicos, etc.)» (Inq205 - Enf Hosp).

«a visita médica, apenas estamos de corpo presente» (Inq106 - Enf Hosp).

«resolução de problemas administrativos; apoio à actividade dos médicos; administração de terapêutica» (Inq139 - Enf Hosp).

«higienes devido à falta de condições que existem na instituição (falta de chuveiros, falta de w.c., falta de material de apoio p.e. gruas?)» (Inq149 - Enf Hosp).

«querer fazer algo mais e não poder por haver poucos meios técnicos para tal» (Inq64 - Enf Hosp).

«higienes e avaliação» (Inq157 - Enf Hosp).

«preparar medicação e administrar medicações» (Inq166- Enf Hosp).

«análise e reposição de materiais» (Inq181 - Enf Hosp).

«fazer a múmia e as higienes, principalmente no serviço onde me encontro, porque é um andar para trás deixando-me frustrada; preencher burocracia» (Inq285 - Enf Hosp).

«fazer higienes (7 ou 8) em doentes pesados, muitas vezes sozinha e

sentir que nem sempre o tempo que disponibilizamos é suficiente» (Inq215 - Enf Hosp).

«fazer higiene; prestar cuidados com visitas até às 20h» (Inq338 - Enf Hosp).

«preparação de administração terapêutica» (Inq251 - Enf Hosp).

«pensos, punções e outras rotinas, como medir a tensão» (Inq5 - Enf Hosp).

«prestação de rotinas nos cuidados directos ao doente; realização de pensos, medir a tensão, a temperatura e punções venosas periféricas» (Inq102 - Enf Hosp).

«administração e preparação de terapêutica e execução de rotinas nas técnicas de enfermagem» (Inq146 - Enf Hosp).

«pensos e medicações aos doentes» (Inq316 - Enf Hosp).

«higiene e conforto, pensos e tratamentos» (Inq326 - Enf Hosp).

«avaliação da tensão arterial aos doentes» (Inq288 - Enf Hosp).

«colocar arrastadeiras» (Inq255 - EnfHosp).

«incompreensão dos utentes face às nossas condições de trabalho» (Inq29 - Enf CS).

«burocracia, administração de injectáveis e pensos» (Inq34- Enf CS).

«papéis, controlo de débitos urinários, vigilância das características das defecções; controlo da alimentação (quantidade)» (Inq354 - Enf CS).

«preencher os impressos, e tudo o que é relativo à vacinação» (Inq377 - Enf CS).

«burocracia, administração da terapêutica» (Inq344 - Enf CS).

«actividades técnicas em situações de urgência e apoio à actividade dos médicos» (Inq361 - Enf CS).

Para os enfermeiros com responsabilidade de gestão nos serviços não se pode dizer que os mesmos não estejam satisfeitos com a sua função. Ao colocar aos entrevistados a questão "Sente-se satisfeito com as funções desempenhadas como enfermeiro? Se sim, em relação a quais aspectos?", as suas fontes de insatisfação residem na falta de recursos humanos para o desenvolvimento das actividades, e a necessidade de gerir conflitos, tal como revelam os seguintes testemunhos recolhidos nas entrevistas.

«Não nos sentimos satisfeitos (contentes) devido às condições de trabalho e à falta de enfermeiros, que não nos possibilita uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade» (E19 - Enf Hosp).

«Tenho situações muito complexas. Eu trabalho com recursos humanos, e quando estamos a tratar de conflitos profissionais, há sempre um clima tenso. Eu penso que os objectivos que anteriormente propus, ainda não estão conseguidos. Não possa dizer que estou satisfeito. Se os meus colegas estão satisfeitos comigo? Não sei. Há sempre gente que é do contra e outros a favor» (E12 - Enf Hosp).

«Chamar a atenção aos subordinados; gerir conflitos quando os há; falta de recursos humanos qualificados de modo a prestar cuidados de enfermagem com mais qualidade» (Inq202 - Enf Hosp).

«Estaria mais satisfeita se tivéssemos mais enfermeiros» (E8 - Enf Hosp).

«As maiores preocupações dos meus colegas aqui é o espaço, por exemplo, na sala de espera não temos cadeiras para toda a gente se sentar. O trabalho é muito saturante, eu há sete anos que estou aqui e agora vou mudar-me. Estou satisfeita com a profissão. O que vejo que aprendi durante os três anos na escola, e o que vejo hoje, a maneira de estar e a maneira de sentir não é muito diferente, é normal. Eu sinto agora como sentia naquela altura. Portanto, vou mudar porque não é porque estou insatisfeita com o que faz. Porque acho que a pessoa quando está saturada deve mudar. (...) Estamos a fazer reuniões nesse sentido para chegar a um projecto de melhoria das condições e do ambiente do nosso trabalho» (E7 - Enf Hosp).

«Eu neste momento posso dizer que eu gosto daquilo que faço. Se me sinto realizada isso é um bocado subjectivo porque hoje o que é estar realizado profissionalmente, amanhã pode estar noutra patamar. Mas posso dizer que faço aquilo que gosto. A única coisa que sinto é sobrecarga, uma vez que há uma diferença em termos de quantidade de trabalho e o número de enfermeiros» (E3 - Enf CS).

«Como as coisas estão, não posso estar. Acho que os meus colegas também não estão, pelas mesmas razões de falta de enfermeiros» (E9 - Enf CS).

«orçamentos; requisição de material; resolução de conflitos» (Inq371 - Enf CS).

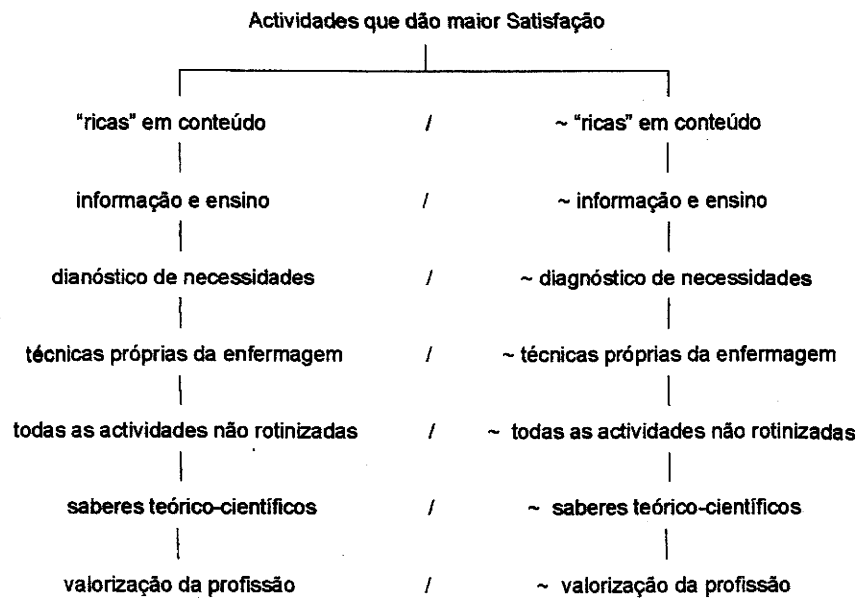
O conjunto de testemunhos descrito acima revela que, apesar de se verificar que existe um vasto leque de actividades que constituem fontes de satisfação dos enfermeiros no trabalho, na verdade verifica-se no discurso dos actores um outro conjunto de testemunhos que mostra que os enfermeiros censuram o facto de se encontrarem numa situação de precaridade laboral, argumentando ainda que a realidade do funcionamento racional do trabalho nem sempre se distancia de uma lógica de intensificação e rotinização das actividades. Refutam, assim, os enfermeiros que a lógica dos conteúdos do seu trabalho esteja submetida às leis da organização científica do trabalho. Para além disto, os

enfermeiros reprovam ainda a inexistência de um maior e mais adequado número de recursos humanos e materiais nas organizações, situação que consideram constrangedoras para a melhoria do nível e de prosperidade máxima das suas condições de trabalho. Por outro lado, os enfermeiros censuram, sem cessar, o facto dos médicos conservarem uma “guerra” incessante sobre o seu sector, delegando-lhes actividades quotidianas, sem interesse, levando-lhes à ausência de tempo, pelo menos, para efectuarem de forma satisfatória, quer uma relação de “cuidar” com o utente/doente, quer uma prestação de cuidados de qualidade.

Assim sendo, reside na estrutura do sentido do discurso a possibilidade de uma condensação descritiva, tal como se encontra descrita nos protocolos analíticos [A4] e [A5], respectivamente identificados como a «actividades que conferem maior satisfação», «actividades que induzem maior insatisfação». Os códigos presentes na estrutura [A4] oferece-nos a perspectiva de que as actividades que dão maior satisfação aos enfermeiros, são aquelas que são mais “ricas” em conteúdo, fundadas na materialização dos saberes “interpretativos” e com maior visibilidade dos seus saberes teórico-científicos (Esquema 4). Na verdade, esta realidade descrita na estrutura [A4] aproxima-se com aquilo que já foi dito anteriormente, a propósito do perfil QUOT1 das actividades do quotidiano e apresentadas no Quadro 25. Trata-se, por exemplo, das actividades relacionadas com a informação e ensino, o diagnóstico de necessidades, as técnicas próprias da enfermagem e todas as actividades não rotinizadas. Por outras palavras, as que contribuem para a satisfação são precisamente aquelas que lhes oferecem maior afirmação, visibilidade e valorização profissional.

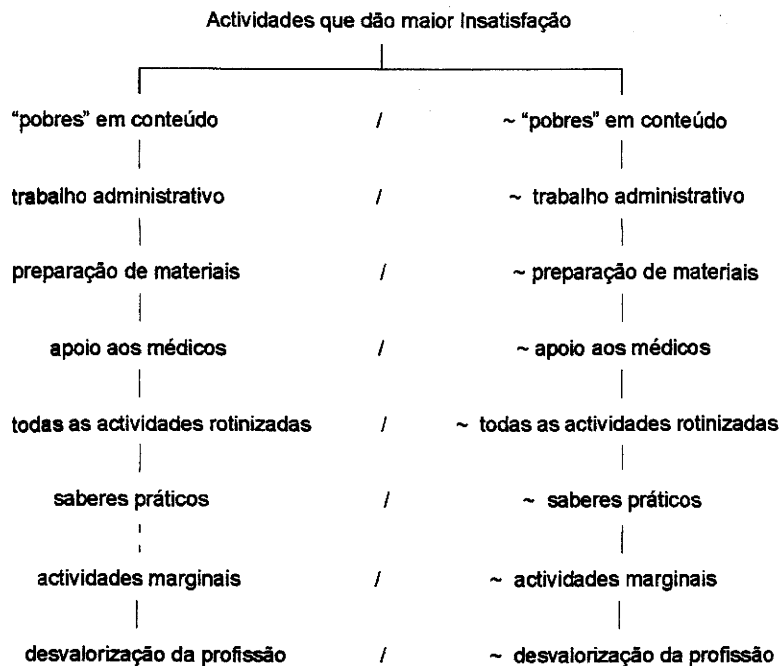
Quanto à estrutura [A5], os seus códigos proporcionam uma leitura das componentes disjuntivas e conjuntivas, tradutoras das actividades que oferecem maior insatisfação. Tratam-se em concreto de actividades do quotidiano, já referidas no perfil QUOT2 e QUOT3 e presentes no Quadro 25, e que a este nível da estrutura do sentido [A5] se traduzem como as mais “pobres” em conteúdo, nomeadamente as actividades administrativas, a preparação de materiais, o apoio ao médico e todas as actividades rotinizadas e marginais. Na verdade, são todas aquelas que proporcionam uma menor afirmação, visibilidade e valorização profissional (Esquema 5).

Esquema 4
Estrutura [A4]: Actividades e Satisfação



Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

Esquema 5
Estrutura [A5]: Actividades e Insatisfação



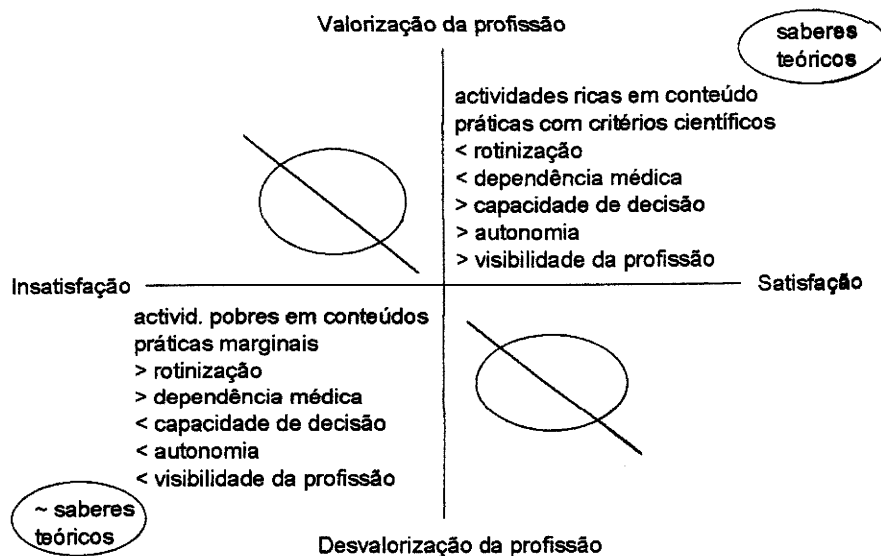
Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

Os diferentes cenários sintetizados na condensação descritiva revelam uma

relação de certo modo “causal” situada nos terrenos do campo organizacional e das relações profissionais que, em conjunto, provocam uma erosão e “desgaste” nos profissionais. Como consequência desta erosão, parece que emerge de forma determinante a possibilidade de um maior desinvestimento dos enfermeiros face a ambientes de trabalho que oferecem um “mal-estar” à enfermagem.

A conjugação das duas estruturas de sentido [A4] e [A5], permite-me ainda reconstruir uma terceira, e que se trata de um sistema cruzado de códigos [A6], identificado como «clivagem das actividades», onde se reflectem a dicotomização das fontes de satisfação e de insatisfação dos enfermeiros, em relação às suas actividades no quotidiano de trabalho. Emerge nesta relação cruzada [A6], a visibilidade de campos distintos de actividades que orientam uma articulação da satisfação num espaço de actividades de conteúdos mais “ricos” e que reflectem os critérios de insubstituíbilidade da enfermagem. A contrapor a este espaço de acção, encontra-se a relação entre a insatisfação com as actividades mais dependentes das orientações médicas e outras consideradas marginais, que conferem uma certa rotinização e “robotização” no quotidiano de trabalho.

Esquema 6
Estrutura [A6]: Clivagem das Actividades em Enfermagem



Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000.

Trata-se, assim, de uma relação cruzada que oferece a perspectiva de uma

articulação entre a isotopia [+ satisfação] vs. [+insatisfação] com os fundamentos da [> valorização da profissão] vs. [<valorização da profissão] (Esquema 6). Neste sentido, parece-me que uma das estratégias profissionais para colmatar ou minimizar os efeitos de "mal-estar" da enfermagem passa pela sedimentação de um outro ajustamento entre os processos organizativos do trabalho, assim como pelo reconhecimento social do seu trabalho, quer pelos utentes, quer pelos outros profissionais.

Sobre o ponto de vista da importância quantitativa expressa pelos inquiridos, os resultados (re)confirmam as análises estruturais apresentadas. De notar que, quer ao nível dos centros de saúde, quer no domínio hospitalar, as actividades mais valorizadas no domínio da satisfação no trabalho são as que se relacionam com a informação, o ensino e o diagnóstico de necessidades dos utentes, assim como as técnicas de enfermagem propriamente ditas (Quadro 30). Estes resultados revelam que uma imagem positiva, "rica" e diversificada dos conteúdos do trabalho oferece à enfermagem um enquadramento mais favorável de "bem-estar", não só em termos individuais, mas também, de ordem colectiva no relacionamento quotidiano entre pares e outros actores, nomeadamente com os utentes.

Quadro 30
Actividades que dão maior Satisfação à Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% inf/ens	% diag neces	% técn enf	% outra	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	358	27,84	19,07	7,99	37,37	7,73
2	Centro de Saúde (D, E, F)	53	20,00	21,67	11,67	35,00	11,66

Fonte: Inq. Enf2000.

Quanto às actividades que conferem níveis de insatisfação mais elevados, existe uma certa diferença entre os centros de saúde e os hospitais. No centro de saúde os enfermeiros inquiridos afirmam que são predominantemente as actividades administrativas que lhes provocam insatisfação, e no caso hospitalar tratam-se fundamentalmente das actividades relacionadas como o apoio aos médicos. A constatação da realidade apresentada no Quadro 31, vem revelar e (re)confirmar que, em cada um dos espaços de acção, hospitalar e centro de

saúde, existem campos de constrangimentos distintos e formas de actuação diferenciadas na relação médico-enfermagem, sendo mais pronunciada a dependência da enfermagem aos médicos no plano hospitalar. Assim sendo, são as situações que possam contribuir para a erosão, ou melhor que dificultam a sedimentação das propostas de renovação da enfermagem, aquelas que mais contribuem para a insatisfação profissional.

Quadro 31
Actividades que dão maior Insatisfação à Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% problem adminis	% prep mater	% apoio medic	% outra	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	357	20,10	18,56	47,68	5,67	7,99
2	Centro de Saúde (D, E, F)	56	45,00	16,67	5,00	26,67	6,66

Fonte: Inq. Enf2000.

Na verdade, parece-me que, em última instância, são as situações que contribuem para a crise ideológica da profissão os principais factores de insatisfação. Por outras palavras, se é verdade que a enfermagem pode assimilar as tarefas delegadas pelos médicos, reconvertendo-as como suas num processo de retradução (Lopes 1994), efectivamente, ao efectuar constantemente um trabalho desqualificado e rotinizado, a enfermagem considera que tal situação acaba por vedar as possibilidades de afirmação e de autonomia, conduzindo os profissionais, à desmotivação e à insatisfação com a situação vivida. Neste sentido, não é de admirar que, não sendo concretizadas as mudanças, e mostrando-se o grupo profissional incapaz de ajustar a sua afirmação profissional em todas as circunstâncias, nomeadamente nos domínios de insubstitubilidade e na melhoria das suas condições de trabalho, algumas franjas da enfermagem se refugiam em contentar-se a dar apenas respostas às práticas rotinizadas, argumentando, com "revolta" a sua insatisfação, que "não têm tempo", que "estão afogados em papéis" e que "necessitam de mais pessoal".

Assim sendo, a enfermagem apresenta como solução única para a mudança e para a satisfação no trabalho a imprescindibilidade da luta por melhores condições no quotidiano de trabalho. Sugerem os actores que a chave desta situação se encontra, entre outras questões, precisamente na necessidade de

delegar para outros profissionais, as actividades que consideram que não são as suas. Por exemplo, certos testemunhos reforçam esta ideia, afirmação que não se trata de uma delegação de actividades, mas sim a reposição dos conteúdos funcionais de cada um, argumentando, por exemplo que as auxiliares «pelo menos façam aquilo que lhes compete, pois o que acontece é muitas vezes nós fazermos actividades que são delas» (Inq146 - Enf Hosp).

A confirmar esta questão estão os resultados presentes no Quadro 32, onde grande maioria dos enfermeiros dos hospitais, ao contrário da maioria dos seus colegas dos centros de saúde manifestaram que existem, de facto, algumas das actividades que realizam na actualidade, que devem e têm de ser delegadas aos auxiliares de acção médica. Já no que se refere às actividades que devem ser efectuadas e/ou transferidas para os médicos, apenas uma pequena percentagem de enfermeiros (18,56% hosp. e 11,67% cs) concordam com tal situação. Para a enfermagem hospitalar, as actividades a delegar aos auxiliares de acção médica são essencialmente as de higiene e conforto, de ajuda na alimentação ao doente, de preparação e reposição de materiais. Mesmo a este nível, segundo os testemunhos dos enfermeiros, não se trata de uma mera delegação, com um corte umbilical, já que a maioria manifestaram que tais actividades, sendo marginais, devem ser efectuadas pelas auxiliares, através da sua supervisão e coordenação. Os enfermeiros da área hospitalar parecem estar mais favorecidos, quanto às possibilidades efectivas de delegação das tarefas, em detrimento dos seus colegas da área dos centros de saúde, sobretudo por possuírem, mais próximos da sua actividade, um maior número de auxiliares de prestação de cuidados.

Quadro 32
Transferência e/ou Delegação de Actividades de Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% sim	% não	% sem opinião
1	Actividades que devem ser transferidas para os médicos				
	Hospitais (A, B, C)	362	18,56	74,74	6,70
	Centro de Saúde (D, E, F)	57	11,67	83,33	5,00
2	Actividades que devem ser delegadas aos auxiliares de acção médica				
	Hospitais (A, B, C)	357	48,97	43,04	7,99
	Centro de Saúde (D, E, F)	58	26,67	70,00	3,33

Fonte: Inq. Enf2000.

Efectivamente, a matriz de delegação traduz-se, em concreto, num reforço

dos processos de selecção dos conteúdos, em conformidade com o seu ideal profissional. Em suma, para minimizar a ideia de agentes subalternos na divisão do trabalho médico e os enfermeiros, estes profissionais manifestam, com efeito, uma "forte" vontade de ancoragem no seu processo de profissionalização, a renovação das capacidades e possibilidades em transferir e/ou delegar actividades.

Presume-se, assim, que as actividades consideradas como obstáculos à realização das responsabilidades individuais e colectivas são aquelas que devem ser delegadas nos outros profissionais. Aliás, por serem actividades que interferem de forma negativa na satisfação profissional, e na erosão da profissão e do seu profissionalismo é que alguns profissionais afirmam que se devem delegar nos auxiliares as seguintes actividades:

«dar alimentação e participar na prestação de alguns cuidados acompanhadas do enfermeiro de serviço» (Inq8 - Enf Hosp).

«colocar e retirar arrastadeiras ou bacias; substituição de material ou desinfecção dos mesmos, após saída do paciente, alta ou outra situação» (Inq18 - Enf Hosp).

«colocação de arrastadeiras; atendimento de campainhas e telefones; auxílio nas higiènes com ajuda parcial e orientação da enfermeira» (Inq102 - Enf Hosp).

«colocação de arrastadeiras e despejos de urinóis e sacos colectores; colaboração nos cuidados de higiene e conforto e levante dos doentes; colaboração na alimentação dos doentes» (Inq285 - Enf Hosp).

«fazer a higiene a alguns doentes; colocar urinóis e arrastadeiras; dar a alimentação a alguns doentes» (Inq206 - Enf Hosp).

«mudar fraldas a crianças que não tenham patologia com a qual a criança não necessite de cuidados especiais à mobilização; dar alimentação, incluindo, biberons a crianças que não necessitem de cuidados especiais» (Inq288 - Enf Hosp).

«apoiar os doentes no processo de eliminação intestinal» (Inq302 - Enf Hosp).

«preparação de material para esterilizar e reposição de material» (Inq93 - Enf Hosp).

«preparação de todo o material para dar a esterilizar; repor o material clínico» (Inq251 - Enf Hosp).

«arrumação de salas; reposição de materiais; outras actividades que não tenham directamente a ver com o doente» (Inq80 - Enf Hosp).

«fotocopiar alguns impressos que por vezes são necessários» (Inq338 - Enf Hosp).

Apesar de se verificar que os enfermeiros dos centros de saúde não manifestaram maioritariamente que possuem actividades que devem ser delegadas às auxiliares, para aqueles que afirmaram a necessidade de delegação, as suas argumentações são próximas das verbalizadas pelos seus colegas dos hospitais, ou seja, incidem sobre as actividades marginais, tais como revelam os seguintes testemunhos.

«acompanhamento directo ou apoio nos cuidados de enfermagem sob a orientação dos enfermeiros; colocação de termómetros; mais tempo disponível para auxiliar os enfermeiros, como auxiliares de acção médica e não de limpeza» (Inq86 - Enf CS).

«chamar os doentes, ir buscar processos administrativos, ajudar o doente a deslocar-se a outros gabinetes ou exames» (Inq87- Enf CS).

«todas actividades com supervisão do enfermeiro» (Inq376 - Enf CS).

«apoio na pré-consulta, e não como vigilantes» (Inq10 - Enf CS).

«problemas administrativos; reposição dos materiais » (Inq374- Enf CS).

«apoiar a enfermagem na visitação domiciliária, nomeadamente nas extensões rurais» (Inq24 - Enf CS).

Em relação às actividades de enfermagem que devem ser efectuadas pelos médicos, apesar de não ter surgido como uma necessidade saliente para a maioria dos enfermeiros inquiridos, importa considerar que, aqueles que afirmaram tal necessidade, sugerem que compete aos médicos efectuar «as mesmas que eu faço e não fazem parte do trabalho de enfermagem» (Inq49 - Enf Hosp). Trata-se, por exemplo, de informar os utentes sobre a sua situação clínica, ter um papel mais colaborativo na preparação da alta, avaliar a tensão arterial, realização de actos e técnicas invasivas, entre outras questões. Os seguintes testemunhos são elucidativos do desejo de transferência de responsabilidades de execução para os médicos, de algumas das actividades que no presente se encontram nas mãos da enfermagem.

«informação de certas situações a familiares e doentes; orientação e preparação da alta do doente em sintonia com a equipa de enfermagem; apoiar melhor a orientação médica em cuidados a prestar ao doente» (Inq8 - Enf Hosp).

«a informação aos familiares do falecimento do utente; a informação ao utente das razões do adiamento da cirurgia» (Inq157 - Enf Hosp).

«avaliação da tensão arterial aos doentes» (Inq93 - Enf Hosp).

«fazer higiene aos doentes com patologias específicas» (Inq181 - Enf Hosp).

«realização de todas as técnicas invasivas» (Inq264 - Enf Hosp).

«colheitas para citologias, entubações, nasogástricas, suturas» (Inq309 - Enf Hosp).

«lavagem otológica» (Inq82 - Enf CS).

«realização de pensos» (Inq352 - Enf CS).

«colheita de sangue para análises» (Inq236 - Enf Hosp).

«avaliação de tensão arterial nos turnos da manhã; alguns cuidados de higiene (doentes com ajuda parcial); monitorização cardíaca de doentes; colaborar nas actividades que os enfermeiros não têm tempo para fazer (pedir medicação, colocar O2» (Inq131- Enf Hosp).

«fazer o rastreio ao utente para o médico. TA, altura, peso, etc. o utente vai à consulta e volta ao enfermeiro para fazer tudo isto, tendo o médico os meios técnicos no consultório» (Inq123 - Enf CS).

«avaliação de tensão arterial, peso; preparação da grávida para consulta; registo nos processos; organização da consulta; outros registos (por exemplo, análises)» (Inq127 - Enf CS).

O conjunto de testemunhos descrito acima sobre a satisfação, insatisfação e a delegação de actividades sugere duas questões nucleares. Por um lado, verifica-se que para superar os quadros de insatisfação, os enfermeiros, nomeadamente os dos hospitais, argumentam a necessidade de delegar as actividades marginais para os auxiliares, mantendo todavia a sua supervisão. Trata-se de uma lógica de acção da enfermagem que se reporta a um jogo, quer para o reforço das suas redes de poder na interacção social, quer para a afirmação da sua identidade grupal, construída na base de alianças compensatórias com os auxiliares. Por outro lado, perfilha-se a perspectiva de que os profissionais dos centros de saúde e dos hospitais são actores e sujeitos com racionalidades próprias para a gestão das suas práticas no quotidiano, mas sempre contingentes e limitadas às fronteiras e aos interesses e jogos que os médicos engendram e fazem veicular no campo organizacional.

É neste contexto que me interessa interrogar ainda com mais algum pormenor a relação entre as lógicas do discurso produzido sobre a satisfação e a insatisfação e as características dos actores. Será que, quando se diz que a enfermagem realiza muitas rotinas e actividades marginais, e se encontra

constrangida, insatisfeita e dependente dos médicos, tal é uma manifestação produzida de igual forma por todos os actores, independente da sua categoria profissional, antiguidade na profissão e experiência e tempo de serviço na organização? Será que os mais novos pensam e actuam da mesma forma que os mais "velhos"? Será que o discurso produzido está relacionado com as clivagens intergeracionais e intraprofissionais?

Para dar conta destas questões, submeti os segmentos significativos do discurso a uma classificação hierárquica, projectando nela os resultados factoriais da discriminação das características dos actores, extraídos através da análise de correspondência. Os resultados obtidos revelam uma certa oposição entre as actividades que conferem satisfação e as que dão aos enfermeiros uma certa insatisfação. Se é verdade que no seio da enfermagem se têm verificado estratégias de revalorização profissional, de facto dentro deste grupo profissional existem clivagens de posições, sendo de assinalar uma maior mobilização por parte dos enfermeiros mais novos, no reforço da sua formação e na preferência por formas de divisão dos conteúdos de trabalho, menos formalizados. Trata-se de percepções que não estão predominantemente relacionadas com os efeitos geracionais dos actores, antes porém com a sua situação na profissão. Efectivamente, a satisfação e a insatisfação pode ser caracterizada segundo três tipos de posicionamentos da enfermagem. O primeiro, designado por aa1a, encontra-se predominantemente relacionado com as actividades que conferem insatisfação aos enfermeiros. Trata-se de um agrupamento de estruturas de sentido, com um peso hierárquico na ordem dos 55,9%. Integram este agrupamento de actividades de insatisfação todas as actividades relacionadas com os saberes práticos e as práticas marginais, tal como referi no protocolo analítico [A5], ou seja, os problemas administrativos, a elaboração dos processos dos doentes, a preparação e administração de terapêutica, a realização de higiene e conforto dos doentes, realização de pensos, a medição da tensão, da temperatura e efectuar punções venosas. Tal como se encontra descrito no Quadro 33, integram, ainda este grupo de actividades, enquanto fontes de insatisfação, a preparação de material para procedimentos médicos, o apoio à actividade dos médicos, análise e reposição de materiais, e a prestação de rotinas nos cuidados directos ao doente. Estas actividades representam fontes de insatisfação, quer por aqueles que têm uma antiguidade na profissão igual ou superior a 25 anos, quer

por aqueles que se encontram apenas há menos de 9 anos de tempo de exercício de actividade na organização.

Quadro 33
Actores, Actividades, Insatisfação

Classe 1/3 – aa1a									
RG	Distância	Identificador dos Segmentos							
1	0.06438	problemas administrativos elaboração de processos dos doentes preparação e administração de terapêutica higiene e conforto realização de pensos medir a tensão, a temperatura e punções venosas preparação de material para procedimentos médicos não me agrada o apoio à actividade dos médicos não gosto da análise e reposição de materiais prestação de rotinas nos cuidados directos ao doente							
2	0.08631								
3	0.12862								
4	0.16159								
5	0.19662								
6	0.27404								
7	0.32368								
8	0.39118								
9	0.42937								
10	0.48633								
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos	
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global					
				55.90	Classe 1/ 3		aa1a	853	
2.73	0.0031	82.14	2.70	1.83	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	28	
2.62	0.0044	75.00	4.22	3.15	Aorg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	48	
-2.83	0.0024	33.33	1.64	2.75	Beja	Localização	P1b2	42	
-3.25	0.0006	19.05	0.47	1.38	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	21	
-3.32	0.0005	20.83	0.59	1.57	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	24	

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

O segundo grupo, identificado como aa3a, apresenta um peso hierárquico na ordem dos 30,67%. Trata-se de um agrupamento de segmentos de discursos, de certa forma relacionados com as actividades a que fiz referência na descrição da estrutura [A4], isto é, aquelas que conferem uma maior satisfação aos enfermeiros. Na verdade, trata-se de actividades mais relacionadas com os saberes teórico-científicos e "interpretativos". São precisamente os profissionais que possuem uma antiguidade na profissão e na organização entre os 10 e os 14 anos, com a categoria profissional de enfermeiro e que trabalham numa instituição em Beja, aqueles que manifestaram uma relação preferencial com as actividades que conferem satisfação. Destacam-se neste conjunto de actividades, o contacto com os doentes, a prestação de cuidados directos, o relacionamento com os utentes, as práticas de informação e/ou ensino, o contacto com os familiares, o apoio ao doente, todos os cuidados que sejam de enfermagem, nomeadamente o apoio emocional ao doente e as práticas de relação directa com o mesmo. Não menos verdade é igualmente fonte de satisfação para os

enfermeiros a oportunidade de "apoiar os colegas" no desempenho das suas actividades (Quadro 34).

Quadro 34
Actores, Actividades, Satisfação

Classe 3/3 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.06980	satisfação com o contacto com os doentes						
2	0.13212	prestação de cuidados directos						
3	0.14365	relacionamento com os utentes						
4	0.17365	informação e ou ensino						
5	0.19879	contacto com os familiares						
6	0.34207	gosto de prestar apoio ao doente						
7	0.35618	cuidados de enfermagem						
8	0.39276	apoio emocional ao doente						
9	0.46185	diagnóstico de necessidades						
10	0.49170	apoiar os colegas						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				30.67	Classe 3/ 3		aa3a	468
4.29	0.0000	51.00	10.90	6.55	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	100
4.25	0.0000	53.01	9.40	5.44	enfermeiro	Categoria Profissional	P6_1	83
3.37	0.0004	45.87	10.68	7.14	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	109
2.82	0.0024	52.38	4.70	2.75	Beja	Localização	P1b2	42
-2.47	0.0068	15.09	1.71	3.47	Aprof ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	53
-2.76	0.0029	7.14	0.43	1.83	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	28
-2.89	0.0019	0.00	0.00	1.11	enf.- chefe	Categoria Profissional	P6_4	17
-3.03	0.0012	11.76	1.28	3.34	Portalegre	Localização	P1b3	51
-3.17	0.0008	10.42	1.07	3.15	AOrg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	48

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

Um outro aspecto a referir é que os resultados sobre as implicações das actividades na satisfação/insatisfação dos enfermeiros revelaram a presença de um conjunto de actores que apresentam uma posição de certo modo "neutral". Ou seja, para alguns enfermeiros, nomeadamente aqueles que já possuem uma antiguidade na profissão e na organização entre os 20 e os 24 anos, com uma idade entre os 40 e os 44 anos, as actividades que desempenham não constituem fonte de satisfação/insatisfação no trabalho. Integram este grupo de códigos sobre as actividades, identificado como aa2a, o diagnóstico de necessidades, a resolução de problemas administrativos, o ensinosaos utentes, pensos e medicações aos doentes, preparação terapêutica, apoio aos utentes e familiares, gestão dos materiais, colaboração com os colegas, avaliação da tensão arterial aos doentes. São resultados que sugerem um certo pragmatismo, na medida em "são aquelas que têm de ser efectuadas". Provavelmente, as fontes de satisfação no trabalho dos enfermeiros do agrupamento aa2a, podem estar relacionadas com

outros atributos organizacionais, tais como o ambiente de trabalho, as relações hierárquicas, etc. Ou seja, trata-se de profissionais que provavelmente valorizam outros aspectos da sua relação com a organização e o trabalho, e que não passa pela natureza, nem pela variedade e/ou complexidade do conteúdo das tarefas (Quadro 35).

De facto, as práticas de enfermagem e a satisfação que as mesmas possam produzir para os profissionais não podem ser explicadas linearmente, a não ser, através da inteligibilidade das lógicas complexas que os actores engendram no quotidiano, quer movidos pelas suas capacidades intrínsecas de reacção às situações, quer movidos por um desejo de iniciativa, individual e/ou grupal, na defesa dos seus interesses na organização. Por exemplo, os princípios como a alienação, a privação de controlo e a negação da sua autonomia e a invisibilidade das suas competências e dos seus saberes podem constituir-se como fontes de insatisfação.

Quadro 35
Entre a Satisfação e a Insatisfação: Uma Perspectiva Pragmática Face às Actividades

Classe 2/3 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.16486	é o que temos de fazer						
2	0.49584	resolução de problemas administrativos						
3	0.56613	ensinos aos utentes						
4	0.71471	pensos e medicações aos doentes						
5	0.81089	preparação terapêutica						
6	1.00298	apoio aos utentes e familiares						
7	1.56626	gestão dos materiais						
8	1.57260	colaboração com os colegas						
9	1.63871	avaliação da tensão arterial aos doentes						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				13.43	Classe 2/ 3		aa2a	205
5.04	0.0000	58.33	6.83	1.57	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	24
5.03	0.0000	61.90	6.34	1.38	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	21
2.80	0.0026	33.33	5.37	2.16	40a44A	Grupo Etário	GE05	33
-2.84	0.0023	3.61	1.46	5.44	enfermeiro	Categoria Profissional	P6_1	83
-2.94	0.0016	4.59	2.44	7.14	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	109
-3.03	0.0012	4.00	1.95	6.55	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	100

Fonte: Ent Enf99 e Inq. Enf2000.

Os dados expostos anteriormente revelam ainda, que uma das questões que se levanta nos modos de organização de trabalho nas unidades analisadas, e que parece atrofiar a satisfação, a implicação e a motivação dos enfermeiros no

desempenho das suas actividades, é a presença de uma certa "ingenuidade" taylorista, com uma "quasi-separação" entre a concepção e a execução, claramente mais saliente no domínio hospitalar do que nos centros de saúde, onde o princípio de *one best way* modela a orientação e a dominância médica. Na verdade, ao olhar para o discurso de recomposição ideológica apresentado pela enfermagem, torna-se impossível aceitar como pressuposto que a relação entre a enfermagem e os médicos, entre o enfermeiro e o seu trabalho, seja puramente um processo mecânico. É aqui que reside, de facto, o essencial da ruptura que a enfermagem procura inculcar no sistema de acção.

É pelas razões expostas que se torna inteligível o aparecimento de testemunhos que apelam para repensar a enfermagem em ambos os sectores, nos hospitais e nos centros de saúde, tais como o seguinte:

«Hoje é necessário repensar o que é fazer enfermagem nos hospitais e nos centros de saúde, para perspectivar uma outra enfermagem. Há ainda muita dependência médica. Penso que é importante mostrar a enfermagem que temos. Eu acho que acabando com muita burocracia nos hospitais e nos centros, melhoravam as condições dos enfermeiros. A papelada, por exemplo, podia ser dada a muita gente, porque ler e escrever toda a gente sabe, não é preciso tirar um curso de enfermagem para saber ler e escrever. Mostrar a enfermagem, delegando autonomia é um aspecto que eu julgo que não é preciso tirar um curso para o fazer. O problema não é que as secretárias de piso ou as administrativas das equipas não funcionam. Existem mas são poucas, não dão resposta. Dever-se-ia apostar mais num serviço hospitalar e nos centros de saúde com mais enfermeiros, para promover cuidados de enfermagem mais optimizados e não outras coisas que nos desmotivam. Dever-se-ia ainda apostar mais nos cuidados continuados e em pé de igualdade em ambas as áreas. É necessário evitar uma enfermagem insatisfeita. Acabar com a 'richa' entre enfermeiro de cuidados de saúde primários e enfermeiro de cuidados hospitalares. Somos todos enfermeiros, andamos todos no mesmo barco, temos todos os mesmos objectivos, é isso que se deve valorizar e mostrar aos outros que a enfermagem é só uma» (E5 - Enf Hosp).

Na verdade, este tipo de discurso consubstancia reacções à quasi-taylorização da enfermagem. É precisamente contra este indivíduo robotizado, contra uma enfermagem indiferente aos sentimentos, contra o vazio psicológico do trabalho por oposição ao sonho de um espaço organizacional liberto do trabalho rotinizado, indo ao encontro a uma mudança onde a enfermagem seja menos dependente e esteja mais autónoma, mais satisfeita, e em que os profissionais

procuram fomentar a ruptura com os sistema de acção (Carpenter 1993; Witz 1994; Mendes 2000). Em suma, os dados analisados revelaram que a enfermagem das diferentes unidades sob análise apresenta uma certa tendência para a mudança neste sentido. Trata-se de orientações que têm em vista uma ruptura com o passado, nomeadamente através da criação de novos espaços de acção e de apropriação dos seus tempos na relação com os utentes, através da redefinição dos conteúdos do seu trabalho, através da valorização da sua formação na prestação de cuidados. Assim, reivindicam-se, em concreto, novas formas para a construção da sua jurisdição e exclusividade no desempenho, na participação e na inovação das suas actividades.

3.1.2. A Enfermagem e o Discurso da Mudança

3.1.2.1. Contra o Passado Estigmatizado: Reforço do Controlo Jurisdicional e do Monopólio do Exercício como Soluções para a Mudança e para a Renovação Profissional

As questões anteriormente abordadas são igualmente atravessadas por outros fenómenos. Ou seja, as actuais tendências de mudança na enfermagem tratam da construção de novos desafios, tal como refere Anne Witz (1994) fundados num processo de desenvolvimento profissional, onde o reforço da formação teórico-metodológica, o controlo estratégico do seu trabalho e a afirmação da sua autonomia na prática, marcam um lugar privilegiado de passagem. Estas questões não são alheias aos actuais responsáveis das estruturas profissionais da enfermagem portuguesa. Efectivamente, quer para a Ordem dos Enfermeiros, quer para os promotores da formação inicial e complementar, quer ainda para alguns “dirigentes” locais, o enquadramento do ensino da enfermagem ao nível do ensino superior constituiu um passo fulcral para o desenvolvimento da profissão. Para estes actores a melhoria da qualificação, a existência de mecanismos de controlo jurisdicional, traduzem-se inevitavelmente, quer numa melhoria do desempenho dos profissionais na produção de cuidados, quer numa oportunidade para reforçar a sua afirmação no quotidiano de trabalho. Os seguintes extractos do *corpus* dos discursos recolhidos¹⁰¹ ilustram como é particularmente significativa a importância da formação na dinâmica da mudança na profissão.

«uma melhor formação académica e profissional corresponde certamente a uma melhor performance do desempenho profissional, a uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, a uma melhor e maior progressão dos profissionais na carreira, a melhores condições de trabalho, a uma melhoria de status e uma melhoria no estudo socio-profissional. Assim sendo, a evolução do ensino de enfermagem corresponderá certamente uma profissão mais desenvolvida mais modernizada, mais científica técnica e

¹⁰¹ Trata-se de um *corpus* recolhido numa conferência, em 1999, e realizado no âmbito das Jornadas de Enfermagem do Hospital Joaquim José Fernandes, onde participei como moderador num painel subordinado ao tema de o Futuro da Enfermagem.

tecnologicamente mais evoluída. (...) A integração do ensino de enfermagem nos sistemas de ensino nacional ao nível do ensino superior politécnico conferiu ao curso superior de enfermagem o grau académico de bacharel e foi já um passo importantíssimo no desenvolvimento da nossa profissão; a licenciatura de base que agora chega parece vir inserir definitivamente a profissão num nível superior em tudo idêntico aos nossos parceiros da equipa de saúde, permitindo, assim, irradiar de vez, leve o tempo que levar, os preconceitos existentes ainda hoje no quotidiano do nosso trabalho» (OE).

«Mas a par da formação científica que tem como principal objectivo criar as condições necessárias para que os enfermeiros juntamente com os seus pares profissionais possam prestar bons cuidados aos utentes, é preciso que cada um de nós pense que é necessário lutar para atingirmos esses objectivos. Sabemos também que não é só a estruturação do ensino da enfermagem que foi importante para a dignificação da profissão; a criação da ordem dos enfermeiros foi um passo muito importante, para o desenvolvimento da enfermagem, não só agora como e principalmente no futuro» (ESE).

Porém, apesar da existência de um certo cenário de abertura para a profissão, o reconhecimento da própria enfermagem em que o conhecimento académico representa um elemento chave de desenvolvimento do seu sistema profissional, e que lhe permite formalizar e legitimar o saber-fazer, na verdade a sua ressonância nas organizações e no quotidiano de trabalho ainda está longe de ser concretizada. Por razões de ordem histórica, e face à manifesta orientação da organização do trabalho da enfermagem estar ainda fundada numa prática, quer de estandarização e de rotinização dos procedimentos, quer de dependência às orientações das decisões clínicas, efectivamente a capacidade decisional e da autonomia profissional está e é ainda limitada, tal como já descrevi anteriormente. Trata-se de situações que se discutem cada vez mais no seio do sector. Aliás, torna-se cada vez mais como tema dominante nos debates a criação de um monopólio na prática profissional, o direito de autodisciplina, o controlo da formação e do licenciamento. Por exemplo, denuncia o sindicato do sector que, apesar da existência da legislação que define e regula o exercício profissional, a sua materialização na prática, ainda está longe de ser conseguida.

«A primeira grande conquista que foi, é termos hoje um só nível em enfermagem para a prestação de cuidados gerais, e agora com uma formação ao nível de licenciatura. (...) Está claro o que são intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros. Está tudo regulamentado (...). Temos claro para nós o que é autónomo; tudo aquilo para o qual temos qualificação (...). O grande avanço que se deu

na lei, na norma, ainda não teve retroacção naquilo que é a nossa prática da prestação de cuidados (...). Isto é um exemplo, mas podemos dar outros. Nós, hoje, temos algumas coisas, por exemplo, num doente colocamos um termómetro duas vezes ao dia independentemente de ser necessário ou não; independentemente de cada doente tomar banho 2 vezes ao dia ou de 3 em 3 dias, nós de manhã damos banho a toda a gente. Ainda há outros técnicos que prescrevem como é que se fazem pensos. Nós temos hoje qualificações para decidir sobre isso! E é em função disto que a gestão dos recursos humanos dentro das organizações tem feito muito; sempre em torno daquilo que é a actividade e a profissão médica. A reflexão sobre o resto não está feito. A prática não acompanhou aquilo que foi o grande avanço da norma, do instrumento da lei» (SEP).

Se é verdade que o processo de construção e de (re)construção social da identidade profissional é determinado pela natureza e pela especificidade do trabalho dos membros, de facto a fixação das normas da sua actividade e o conteúdo da sua qualificação não se materializa com facilidade na prática quotidiana. Tal como confia um director de enfermagem, o que a legislação veio consagrar para a profissão apenas oferece um «poder virtual».

«De facto nós temos um poder virtual, que está consagrado na legislação. (...) mas será que temos um poder real? Aquilo que eu quero para a enfermagem no futuro é o poder virtual *versus* um poder real, o poder efectivo em que o enfermeiro consegue por na prática dos cuidados, porque o poder como sabem não é um atributo que uns profissionais tenham e outros não tenham. O poder estabelece-se na relação, o que eu quero de facto é que os enfermeiros consigam na relação do dia a dia que os outros grupos de profissionais serem reconhecidos, pelos seus saberes, pelas suas competências, pela sua imprescindibilidade, pela sua indispensabilidade, e isso será fundamental e será nessa altura que nós teremos o poder real» (DEH).

A subalternidade, rotinização e outros constrangimentos da trajectória histórica da profissão são apresentadas como as principais justificações da dificuldade em alcançar um efectivo reconhecimento da profissão. Trata-se, na verdade, de uma situação que revela quão frágil é ainda a visibilidade não só da profissão, mas também dos saberes teóricos, entretanto desenvolvidos pela enfermagem. Vejamos o seguinte:

«Mas perguntar-me-ão vocês porque é que ainda não chegámos ao poder real? Há vários factores que temos de considerar. Temos factores históricos, a nossa profissão nasceu para servir outra profissão, para exercer tarefas rotineiras com uma total subalternidade, os nossos

professores foram médicos. Dou-vos um exemplo de uns livros que tenho em que fala da enfermagem, tais como - o guia da enfermeira profissional e auxiliar do médico prático. (...) Portanto nós nascemos virados para a subalternidade. Mas conseguimos nestes últimos anos, (...) evoluído, porque nos juntámos, porque tivemos o mesmo objectivo, que foi conseguir alguns ganhos para a profissão. As escolas deixaram de ser geridas por médicos e passaram a ser por enfermeiros, e bem geridas. Antigamente não havia carreira e depois tivemos uma carreira sem conteúdos funcionais. Agora temos o 437, que temos, com as alterações que se estão a verificar quase todos os dias. Temos também uma Ordem. Penso que conseguimos grandes vitórias, mas ainda não nos conseguimos desligar do cordão umbilical que nos formou» (DEH).

Efectivamente, a questão da rarefacção dos espaços para o exercício autónomo da actividade, a dificuldade na materialização dos saberes em poderes decisoriais dos profissionais de enfermagem e a debilidade das condições para alcançar uma maior vivibilidade social são atravessadas por perspectivas contraditórias, movidas por influências de ordem interna, mas também externa. Outras questões como a promiscuidade do sector público e privado engendrada nas situações de duplo emprego, os constrangimentos do desenvolvimento tecnológico nas organizações, a remuneração, o número dos recursos humanos, as condições precárias de trabalho, e ainda a presença de um certo divórcio entre a teoria e a prática são apontadas como fontes de desinvestimento dos profissionais nesta era de mudança, nomeadamente pela gestão de topo de uma unidade hospitalar.

«Para além desta barreiras históricas, temos factores externos à enfermagem, temos factores económicos. Os enfermeiros são insuficientes é uma realidade e a dotação dos serviços não corresponde às necessidades dos utentes. Essas condições fazem com que os enfermeiros não tenham as horas de formação que deveriam de ter, não tem a especial atenção à investigação como deveriam de ter. Para além destes factores existem factores políticos. Ganhamos mal e temos condições ainda precárias de trabalho. São tudo factores que levam a alguma insatisfação, ao não investimento na instituição onde se trabalha. Há também uma certa promiscuidade entre o público e o privado, há o duplo emprego, há a acumulação de funções. Tudo isto tem de facto condicionado a nossa afirmação enquanto profissão. Factores tecnológicos, a tecnologia para nós tem condicionado que as condições precárias que temos nas unidades ainda se agravem mais. Cria-se uma unidade de cuidados intensivos, é preciso formar esses enfermeiros, eles precisam de ter outras competências, é preciso mais enfermeiros e então o que é que se faz? Descapitalizam-se as oportunidades e esta tem sido a nossa realidade. E isso também vai condicionar a visibilidade que os outros tem de nós. Depois há factores sociais, que nos dizem que a nossa profissão ainda é uma profissão

subalterna, porque não nos conseguem ver com a nossa possibilidade enquanto profissão, o estatuto social que nós conseguimos, não corresponde em nada à representação social que tem de nós. Para além deste factores, que outros têm tido grande importância? Factores internos à enfermagem. Teremos que forçosamente falar nas dicotomias. Há uma dicotomia prática que é bem evidente. Discursa-se bem, os enfermeiros no curso sabem aquilo que tem que fazer, sabem aquilo que é qualidade, mas depois na prestação não conseguem a qualidade desejada. Importam-se modelos teóricos que muitas vezes não estão em consenso com a realidade daquilo que se vive. Modelos teóricos que não são compreendidos, e vai de certa forma criar confusão nos enfermeiros» (DEH).

É precisamente pela constatação da necessidade de desvinculação umbilical com o passado, a necessidade de resolução das próprias contradições internas, e a necessidade de promover uma melhor e diferente formação, que hoje os órgãos representativos da própria enfermagem consideram inevitável encontrar novas formas para se afirmar como grupo profissional autónomo, para disputar mais espaços de visibilidade e de afirmação, não só no *locus* organizacional, mas sobretudo num plano mais vasto, ao nível da reforma do sistema de ensino e dos planos curriculares, e no domínio da intervenção directa da enfermagem na reforma do sistema de saúde.

«Queremos uma enfermagem cada vez mais envolvida e responsável na melhoria dos cuidados de saúde, nomeadamente de cuidados de enfermagem. Para isto há que saber identificar, quais são as necessidades em cuidados de enfermagem e os recursos existentes; estabelecer padrões de qualidade; desenvolver uma qualificação prática de enfermagem que nos ajude a ter uma linguagem comum; estabelecer as especialidades em enfermagem de acordo com as necessidades dos utentes; desenvolver cientificamente os saberes em enfermagem; desenvolver formação com um bom nível científico; procurar que o trabalho do enfermeiro tenha sempre uma base científica; combater o exercício ilegal da profissão; participar nos sistemas de qualidade de saúde. Queremos ainda uma enfermagem cada vez mais participante na política de saúde e com maior poder nas decisões políticas garantindo uma intervenção institucionalizada. Queremos uma enfermagem com mais e maior visibilidade a nível nacional e a nível internacional. Para isso é importante desenvolver relações com outras Ordens, com outras organizações nacionais, como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho da Europa etc, e desenvolver a valorização social da profissão. É isto que nós queremos, se conseguirmos melhorar o número de enfermeiros do país que é escasso, o nível do ensino ministrado que existe, mas que cada vez queremos que seja melhor, o papel activo da Ordem e das restantes organizações profissionais, será efectivamente um contributo que esperamos para que efectivamente o desenvolvimento da enfermagem

seja uma realidade» (OE).

«É na questão do conteúdo que está o sumo da questão, que são os quatro aspectos em termos de futuro da profissão, que a nosso ver temos que continuar a construir e a discutir, como é que vamos encontrando soluções. Estamos a falar da formação, das questões relacionadas com a carreira da enfermagem, com as condições de trabalho e, como naturalmente, com as reformas da saúde. (...) Na metodologia da construção há dois segmentos importantes, isto é, a construção conjunta, e por outro, sermos capazes de reflectir sobre o estado em que está a profissão e porquê? Tem a ver com os aspectos de conteúdo do futuro, todos percebemos alguns dos problemas com que somos confrontados. É o risco, É a formação. (...) Temos problemas que diferem da formação, já foram referidos alguns; temos problemas que diferem da carreira, das condições de trabalho e das reformas da saúde. Do ponto de vista dos meios para a conquista e resolução destes problemas, temos hoje uma Ordem dos Enfermeiros (...); sobre a formação temos três questões que temos que reflectir. (...) temos um problema de carência de enfermeiros, complicadíssimo porque isto tem consequência no volume e na qualidade de cuidados. A segunda questão tem a ver com os conteúdos de formação; e que modelos de formação para as pós-graduações em enfermagem? Está claro que a definição do tipo de especialidades há-de competir à Ordem avaliar em função das necessidades das pessoas, o que é que os cidadãos precisam de cuidados especializados, e será daí que decorre a definição do tipo e do número de especialidades, e em função disso avaliar-se-ão os conteúdos. E outra coisa é sobre o modelo de formação; hoje em termos da enfermagem o modelo de formação que até hoje tivemos está esgotado. Temos de pensar numa outra forma de fazermos a formação. (...) não vislumbrarmos que o número de vagas de acesso aumente, potenciando que um grande volume de enfermeiros faça a sua formação num curto espaço de tempo. Penso que nós teremos que colocar e saber se a Ordem está ou não disposta a discutir outros processos que permitam outros processos de formação e creditação de forma a nós obtermos a mesma qualificação que vamos buscar ao curso de complemento de formação. (...) E se as escolas não tem condições, nós temos que colocar este problema à Ordem, porque é um problema da qualidade da prestação. Isto vai ter implicações colaterais com a carreira. O governo naturalmente vai condicionar-nos a chegada ao topo com grau académico, e isso não vamos permitir (...)» (SEP).

«Gostaria também de falar da formação. Nas escolas de enfermagem é onde muitas das competências são desenvolvidas, e é necessário que o ensino seja exigente. É preciso que se desenvolva a qualidade com a competição. Será pois necessário a formação em serviço, complemento de formação, a pós-graduação, a formação contínua, porque estes três níveis tem que responder às necessidades subjectivas dos profissionais. Atenção que estão a fazer formação para desenvolver competências, pelo que tem que responder às necessidades subjectivas dos utentes e tem que responder às necessidades subjectivas em termos de mudança organizacional que se deseja. Se a formação não der resposta a este nível certamente que está a ser desvirtuada. Não pode ser apenas para os enfermeiros terem uns currículos enormes só com anexos. Quero que a formação resolva problemas no serviço; tem que resultar a estes

níveis, numa reflexão sobre a prática, isto é fundamental. Tem que ter em atenção que os enfermeiros são adultos, e temos que pôr em prática estratégias que motivem o adulto, porque o adulto não aprende como o indivíduo da escola primária; temos que incorporar na formação dos enfermeiros toda a sua experiência pessoal e toda a sua vivência profissional, porque senão não conseguimos a tão desejada mudança. É fundamental a avaliação da formação que se faz nos serviços. A investigação é fundamental para que avance o conhecimento enquanto a enfermagem como disciplina e enquanto profissão. É um processo científico, e temos que trazer para a nossa prática o resultado dessa investigação. E por último fazer parcerias com as escolas de enfermagem; eles tem os saberes e vamos partilhar esses saberes deles com a nossa experiência» (DEH).

Pelos dados apresentados no discurso dos responsáveis da enfermagem, enquadram-se novas referências estratégicas, dirigidas não só para o reforço e consolidação do seu monopólio na definição dos conteúdos do seu trabalho e da formação, mas também e fundamentalmente para a maximização do controlo das suas políticas de afirmação identitária no quadro societal. Porém, ao interrogar os enfermeiros das unidades de análise estudadas se “a actual formação dos enfermeiros, como curso superior, tem contribuído para uma prática diferente”, apercebo-me pela leitura dos testemunhos dos entrevistados que a estrutura e os conteúdos da actual formação estão em franca mudança. Para uns,

«O ensino de enfermagem sofreu grandes alterações. Nos cursos antigos preparavam os enfermeiros para a prática dos cuidados, e actualmente dão mais ênfase ao aspecto relacional dos cuidados» (E24 - Enf Hosp).

«Sim, difere. Enquanto anos atrás o ensino estava virado para as práticas de enfermagem, hoje dá maior importância à parte relacional com o doente, não descurando contudo a parte teórica» (E36 - Enf Hosp).

«Sim. Aquando do meu curso de enfermagem o ensino era muito virado para a patologia e para os cuidados médicos. Hoje parece haver uma maior tendência para a valorização dos cuidados de enfermagem» (E29 - Enf Hosp).

«(...) há doze anos as aulas eram dadas na maioria pelos médicos e poucos enfermeiros» (E32 - Enf Hosp).

«O meu curso era dirigido mais à prestação de cuidados e conhecimento de patologias (mais dependente do médico). Hoje o enfoque vai mais para a pessoa como um todo e há mais autonomia do cuidar» (E26 - Enf CS).

«Eu penso que, hoje, as escolas superiores de enfermagem formam mais para os cuidados de enfermagem hospitalares. Só que eu

considero que um enfermeiro mesmo com essa formação que agora tem, se viesse para o serviço e se houvesse um plano de integração, com programas bem elaborado, as coisas resolviam-se. Portanto, se houver planos de integração perfeitos, uma pessoa independentemente da formação, integra-se perfeitamente nos serviços e acaba por prestar bons cuidados. Agora eu acho é que, e não podemos desfasar da realidade, se o tempo de permanência nos serviços (aqui nos centros de saúde) é suficiente para eles ficarem com mais conhecimentos, isto porque na formação inicial estão mais tempo no hospital» (E18 - Enf CS).

Porém, para outros profissionais, apesar das mudanças verificadas, a actual formação inicial da enfermagem está longe de satisfazer a realidade quotidiana das práticas profissionais. Critica-se o divórcio entre a teoria e a prática. Argumenta-se contra as estratégias pedagógicas adoptadas nos actuais modelos de ensino em enfermagem. Critica-se ainda a inadequação dos planos curriculares dos cursos ministrados.

«Na teoria sim e na prática... Actualmente aos alunos são ensinados conteúdos teóricos completamente novos e conteúdos práticos muito pobres. Da tal modo isto é verdade que os profissionais de enfermagem, não confiam no desempenho dos alunos de enfermagem» (E28 - Enf Hosp).

«Não muito. Os professores continuam a serem os mesmos, com hábitos que são difíceis de mudar» (E21 - Enf Hosp).

«A escola ensina como lhe parece o mais correcto, ou melhor como deveria ser e depois a prática é conforme as realidades. Penso que o curso no geral está aquém da realidade que se pratica» (E31 - Enf Hosp).

«Em relação ao ensino houve um salto que eu acho que é interessante. Noto em relação ao curso que eu fiz e aos cursos que eram feitos na altura que tem a ver com a pedagogia. Sinto que hoje é uma área que é muito mais bem explorada. Sinto que os alunos, até mesmo no contacto, estão mais à vontade em termos de técnicas pedagógicas. Esse é um aspecto que é importante, porque a enfermagem vive essencialmente da relação interpessoal, quer a nível individual quer a nível de grupo. Há uns anos atrás, nos ensinamentos de grupo viviam mais da arte de cada uns dos enfermeiros. Hoje as técnicas pedagógicas têm importância durante o curso, e isso faz com que a apresentação de um trabalho, com que o próprio ensino de grupo, os alunos, nesse sentido, sentem um pouco mais à vontade. Por outro lado, em termos da prestação de cuidados em si, porque se calhar hoje há muito mais alunos, se calhar há menos oportunidade de treino ao longo do curso, sinto os alunos mais mal preparados do há uns anos. Enquanto que, no meu tempo, era admitida apenas uma turma, no máximo de 30 alunos, hoje a mesma Escola tem três ou quatro vezes mais alunos no mesmo ano. Os alunos vão ter muito menos oportunidades de treino da

técnica. Tecnicamente talvez não estejam tão bem preparados do que em termos de pedagogia e até em termos de investigação. Sinto que, hoje, há um certo divórcio entre o que se faz e o que ensina, mas sinto que os colegas estão, na generalidade, motivados em aprenderem mais» (E1 - Enf CS).

O conjunto de testemunhos apresentados acima sugere uma certa ausência de convergência quanto à adequação da formação à prática. Até que ponto é que a formação se adequa à prática? Para explorar um pouco esta questão, coloquei de forma extensiva a questão da adequação da formação inicial e avançada ou especializada à prática do quotidiano. Os resultados sugerem que ao nível dos centros de saúde, uma relativa maioria dos profissionais consideram que os conhecimentos adquiridos na sua formação inicial é adequada à sua prática (45%). Apenas, cerca de 38% consideram que os conhecimentos adquiridos se adequam parcialmente à prática. Para uma maioria dos enfermeiros dos hospitais, a formação inicial contribui apenas de forma parcial para o desempenho das actividades (50,26%). Os que a consideram adequada são cerca de 36%. Estes resultados parecem que confirmam os testemunhos apresentados acima de que existe um certo divórcio entre o que se ensina nas escolas e aquilo que se exige efectivamente na prática quotidiana (Quadro 36).

Quadro 36
Adequação dos Conhecimentos Adquiridos à Prática de Enfermagem

	Contextos Organizacionais e Actores	Nº casos	% pouco	% parc	% adeq	% sem opinião
1	Adquiridos na Formação Inicial					
	Hospitais (A, B, C)	380	11,86	50,26	35,82	2,06
2	Centro de Saúde (D, E, F)	58	13,33	38,33	45,00	3,34
	Adquiridos na Formação Avançada e/ou Especializada					
	Hospitais (A, B, C)	172	2,91	36,63	60,47	-
	Centro de Saúde (D, E, F)	28	14,29	28,57	57,14	-

Fonte: Inq. Enf2000.

Em relação à formação especializada, os inquiridos apresentaram respostas semelhantes, quer ao nível dos hospitais, quer ao nível dos centros de saúde, sugerindo a maioria que os conhecimentos adquiridos são adequados à prática (Quadro 36). Esta situação parece revelar que os conteúdos oferecidos neste

domínio são mais atractivos para os profissionais, razão pela qual encontramos testemunhos que sugerem o seguinte:

«pensando na formação de especialista e nos cursos de hoje que vieram substituir os CESE's, eu penso que as coisas não estão muito más, apesar de acabaram algumas coisas que ainda não estavam afinadas e já estão a pôr em marcha outras. Vejo, por exemplo, as colegas especialistas sobretudo da actualidade e que tenho contacto. São pessoas que regressam da formação e ficam muito mais conscienciosas no trabalho que vão concretizar independentemente das dificuldades nos serviços ou das condições. É preciso ver que elas estavam na prática, e hoje, com a formação, estão a fazer coisas muito interessantes a nível de projectos. Acho isto muito bom. Isto era impensável há alguns anos. Hoje temos vindo a batalhar nos projectos individuais e profissionais, e a negociar com os directores e com os serviços o processo de enfermagem, e é bom. Agora quando há jornadas e encontros, vejo os enfermeiros da nossa sub-região a apresentar trabalhos na prática muito interessantes, e que antigamente não acontecia. Hoje, as pessoas estão a fazer um trabalho sistematizado, organizado e escrito para se poder ser apresentado. Sem a formação, isto é impensável» (E18 - Enf CS).

É pelas razões expostas que a maioria dos profissionais procuraram actualizar os seus conhecimentos, investindo na formação contínua e complementar. A provar esta questão está a afirmação de uma grande maioria dos inquiridos que consideram fulcrais a formação contínua para uma "boa" prática profissional. Aliás, apenas 15,46% dos enfermeiros dos hospitais e 3,33% dos dos centros de saúde é que consideram a formação contínua de pouca importância e escassa influência na prática quotidiana (Quadro 37).

Quadro 37
Importância da Formação Contínua para a Prática em Enfermagem

	Contextos Organizacionais e Actores	Nº casos	% pouco imp	% é imp	% muito imp	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	360	15,46	37,37	39,95	7,22
2	Centro de Saúde (D, E, F)	57	3,33	40,00	51,67	5,00

Fonte: Inq. Enf2000.

Assim sendo, não é de admirar que ao confrontar os inquiridos "se costumam frequentar acções de formação e de actualização permanente", verifico que uma grande maioria apresentaram respostas concordantes, isto é, frequentam com regularidade as ofertas formativas, tal como se encontra descrito

no Quadro 38. Ao nível dos hospitais, 90,72% dos inquiridos responderam que costumam frequentar acções de formação, e 85% dos enfermeiros inquiridos nos centros de saúde manifestaram idêntica posição.

Quadro 38
Frequência dos Enfermeiros às Acções de Formação

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% sim	% não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	371	90,72	4,90	4,38
2	Centro de Saúde (D, E, F)	58	85,00	11,67	3,33

Fonte: Inq. Enf2000.

O que é que os enfermeiros privilegiam na sua formação contínua? Vejamos os registos descritos no Quadro 39. Para aqueles que frequentam as acções de formação, nomeadamente dos enfermeiros dos hospitais estudados, as suas preferências situam-se nos cursos subordinados aos temas das metodologias da enfermagem (67,01%), seguindo-se aqueles que abordam as questões sobre o desenvolvimento pessoal e social (53,61%). Para os inquiridos dos centros de saúde as preferências situam-se maioritariamente ao nível das acções sobre metodologias de enfermagem (70%). A este nível dos centros de saúde, 46,67% afirmaram preferir cursos sobre o desenvolvimento pessoal e social. Relativamente aos que não costumam frequentar as acções de formação, as suas formas de actualização dos conhecimentos incidem preferencialmente ao nível da aquisição de livros e de revistas, assim como através da partilha de informações com os colegas. A situação é semelhante, quer ao nível dos hospitais, quer ao nível dos centros de saúde (Quadro 39).

Em suma, para a enfermagem a importância de uma formação inicial ao nível superior, a adopção de formação contínua e pós-graduada não serve apenas para os profissionais actualizarem os seus conhecimentos. Trata-se igualmente de uma estratégia de demarcação e de afirmação dos saberes teórico-científicos da profissão, tal como sugerem os testemunhos apresentados anteriormente, reforçados pelo seguinte:

«É pela formação que se ganha a capacidade de utilizar um quadro de referência. Deixa-me acrescentar uma coisa. Para que isso seja cada vez mais a regra, se todos os enfermeiros tomarem consciência, que ser enfermeiro é rigorosamente isto, então isso vai ser a norma. Mas

infelizmente é necessário reforçar a ideia de um quadro de referência, porque a referência que existe neste momento, quando surge qualquer coisa é a do médico. Quando tomarmos consciência que ser enfermeiro é precisamente ser capaz de aconselhar, estabelecer uma relação inter-pessoal e promover a saúde das pessoas, e as pessoas estão a ter uma forma adequada de prestação de cuidados, vão chegar à conclusão que não vai ser necessário muitas vezes ir ao médico. Isto porque ir ao médico é necessário quando existem problemas de alteração do estado de saúde. Quem tem formação para diagnosticar os problemas não há dúvida que é o médico. Mas para controlar a saúde, porque um indivíduo são, tem em si as condições necessárias para ser capaz de se auto-curar, o que tem acontecido é que por norma os enfermeiros, à mais pequena solicitação encaminha para o médico. Isto porquê? Por um lado, é para livrar as responsabilidades, por outro lado está a ter ainda uma forma muito dependente e encaminha para o médico. Por isso é extremamente necessário haver formação que ensinem e habituem os enfermeiros a utilizarem um quadro, com modelos científicos que dizem qual a forma de estar na profissão. O que influencia a nossa profissão é ainda a mentalidade da dependência médica» (E1 - Enf CS).

No domínio da renovação do discurso da enfermagem, ainda é possível encontrar outros testemunhos que consideram imprescindível quebrar os laços da tradição histórica da profissão, nomeadamente da perspectiva de que a enfermagem é uma profissão feminina. Isto porque, para os enfermeiros, a continuação de uma marcada vinculação a uma ideologia de feminização na profissão condiciona o seu desenvolvimento, colocando-os eternamente numa lógica de subordinação. Por outras palavras, ao tratar a profissão como uma profissão feminina será o mesmo que inscrever a enfermagem numa lógica patriarcal do controlo da sexualidade no sistema produtivo, reforçando a ideia da dicotomia homem/mulher, e a dominância do homem sobre a mulher, que em última instância se traduz, na manutenção da dominância dos médicos sobre a enfermagem (Witz 1992; Carpenter 1993; Dominguez-Alcón 1979). É neste sentido que a enfermagem luta contra esta visão estereotipada da feminilidade da identidade sócio-profissional. Aliás, os testemunhos dos entrevistados são esclarecedores sobre esta questão.

«O sexo influi (...) devido à transferência para a profissão da submissão da mulher na sociedade em relação ao homem. É mau para nós» (E29 - Enf Hosp).

«Por tradição ainda existem mais mulheres que homens, em termos de prática acho que não podem existir estas diferenças de ser homem ou mulher na enfermagem» (E11 - Enf Hosp).

«A profissão de enfermagem é, por tradição, uma profissão feminina. Agora está a acontecer o inverso, há mais mulheres na profissão de médico e mais homens na enfermagem; irá existir um equilíbrio daqui a uns anos. Apesar de ser uma profissão feminina, a grande parte dos enfermeiros directores são homens. Como em todas as profissões, cada vez mais as mulheres vão conseguindo entrar na universidade. Mas a prática da enfermagem não se pode basear nestas diferenças. É prejudicial para a profissão» (E12 - Enf Hosp).

«Olhar a enfermagem como uma mulher tem um sentido de maternidade. Adopta os doentes como seus filhos, liga-se muito aos doentes; tem uma certa dificuldade em sair, um bocado de dificuldade em sair da esfera do outro, e traçar acções que visem a sua autonomia. A mulher encara-os como uma mãe encara um filho, nomeadamente no ser-se frágil e carente. Isto é negativo, porque assim um enfermeiro tem mais dificuldade em inter-agir, trazem desequilíbrios e juízos de valor» (E5 - Enf Hosp).

«Há de facto determinadas coisas que as pessoas não estão à espera que sejam feitas, que sejam executadas por enfermeiros. Estão à espera que seja executado por uma enfermeira. Por exemplo, as consultas de planeamento familiar, em que é notório, isto, aqui. Vai ser complicado, e isto é uma coisa que já estou a perspectivar, porque há um colega que vai vir para cá, daqui a uns 15 dias, talvez, e eu não sei quando é que o vou conseguir integrar numa sessão de planeamento familiar. Mas, a questão da enfermagem ser uma profissão feminina também tem a ver com a visão da representação social da comunidade sobre o papel que a enfermagem pode ter e que os médicos podem ter. E isto tem também muito a ver com os hábitos, com os costumes das pessoas. Não pode é ser um problema propriamente dito da própria profissão em enfermagem. Eu acho que é um problema do domínio social. Penso que seja assim; penso que tem mais a ver com isso. Acredito que se possa mudar e é necessário mudar, para o bem da enfermagem, e as pessoas habituam-se obviamente. A enfermagem tem de basear-se nos seus critérios científicos. Se não acreditasse nisso, não queria aqui enfermeiros e só queria enfermeiras» (E16 - Enf CS).

Estes testemunhos reforçam assim a ideia de que se exige na actualidade, a necessidade de afirmação e de uma mudança em enfermagem, dissociando-se dos efeitos e dos impactos dos quadros ideológicos tradicionais, que provocam erosão no poder e no controlo sobre as suas condições de trabalho. A constatação desta realidade, e tendo presente o que já descrevi nas estruturas de sentido dos protocolos analíticos [A2], [A3], [A4], [A5] e [A6], a propósito dos modos de organização do trabalho, as actividades que contribuem para a satisfação, as formas de materialização dos saberes interpretativos e os critérios que presidem a valorização da profissão no quotidiano da produção de cuidados, levam-me a

considerar que na actualidade a enfermagem premeia, em termos concretos, não só uma nova lógica do reforço dos saberes, mas fundamentalmente uma reorientação da sua estrutura ideológica na divisão social e técnica do trabalho.

Quadro 39
Formas de Actualização dos Conhecimentos em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	Casos (a)	%			
1	Frequência a Acções de Formação	350	711				
	Hospitais (A, B, C)		260	74,3			
	Metodologias de Enfermagem		208	59,4			
	Desenvolvimento Pessoal e Social		137	39,1			
	Métodos e Técnicas de Investigação		62	17,7			
	Gestão e Administração		44	12,6			
	Centro de Saúde (D, E, F)	Outras áreas de formação	51	119			
		Metodologias de Enfermagem		41	80,4		
		Desenvolvimento Pessoal e Social		28	54,9		
		Métodos e Técnicas de Investigação		23	45,1		
		Gestão e Administração		22	43,1		
		Outras áreas de formação		5	9,8		
		2		Outras Formas de Actualização dos Conhecimentos	18	44	
				Hospitais (A, B, C)		18	100,0
Adquirindo livros e revistas	17		94,4				
Partilhando a informação com os colegas	5		27,8				
Através do contacto com os colegas de outros serviços	3		16,7				
Solicitando o apoio aos enfermeiros-chefe	1		5,6				
Centro de Saúde (D, E, F)	Outras formas de actualização dos conhecimentos		7	15			
	Adquirindo livros e revistas			6	85,7		
	Partilhando a informação com os colegas			6	85,7		
	Solicitando o apoio aos enfermeiros-chefe			2	28,6		
	Através do contacto com os colegas de outros serviços			-	-		
	Outras formas de actualização dos conhecimentos			1	14,3		

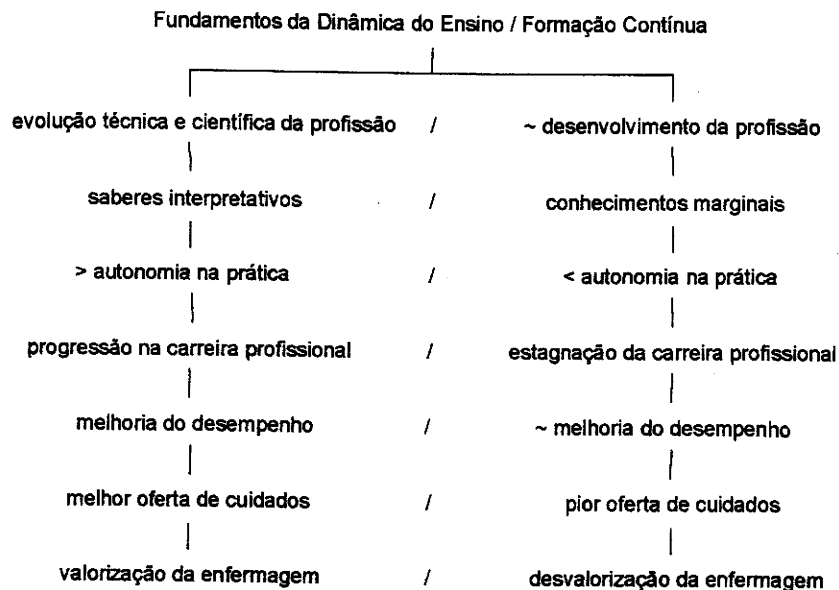
Nota: a) respostas múltiplas.

Fonte: Inq. Enf2000.

Com efeito, as estruturas de sentido presentes no *corpus* dos testemunhos descritos nesta secção e os códigos estruturais já referidos anteriormente oferecem-me uma nova sistematização da realidade da enfermagem, traduzível em duas isotopias, identificadas como os «fundamentos da dinâmica do ensino/formação contínua» [A7] e as «lógicas da dimensão estratégica da profissão» [A8]. O conjunto de códigos presentes na estruturas de sentido [A7] revela com clareza a condensação do sentido que, para a enfermagem, a evolução técnico-científica da profissão passa pelo reforço dos seus saberes teórico-científicos de características interpretativas, assim como pela insubstituíbilidade dos mesmos. Na verdade, estes elementos constituem não só as estruturas

legitimadoras da sua competência, da melhoria da sua carreira, do seu desempenho e da oferta de cuidados, mas também representam peças fundamentais para a [valorização] vs. [desvalorização] da sua profissão (Esquema 7). Porém, subjaz neste interesse de valorização profissional o controlo da jurisdição e da sua competição entre profissões. Efectivamente, a leitura das conjunções e disjunções presentes na isotopia [A8] revela ainda que os códigos que condensam a ideia de que as organizações responsáveis do sector e os profissionais reconhecem que o conhecimento *per si* não é suficiente para a manutenção e o controlo da exclusividade na jurisdição, mas também exige a protecção do Estado para a legitimação da certificação e a insubstitubilidade das suas práticas.

Esquema 7
Estrutura [A7]: Enfermagem e as Lógicas da Dinâmica do Ensino/Formação

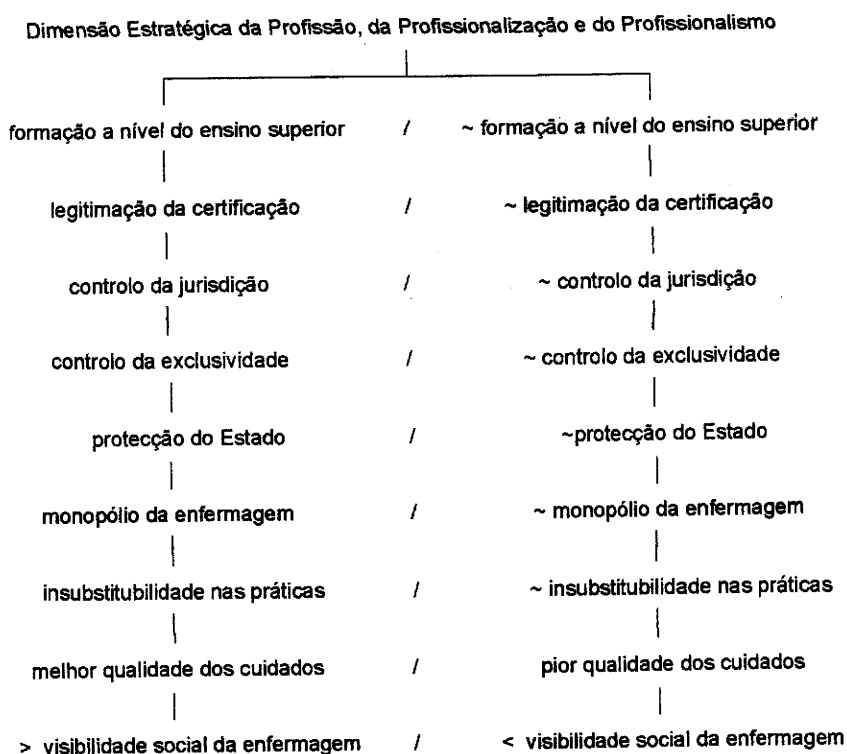


Fonte: Ent Enf99.

Perspectivo, assim, um conjunto de códigos actantes na estrutura [A8] que potenciam a enfermagem para um outro ângulo de afirmação e de desenvolvimento profissional, próximo da tese de Abbott, Freidson e N. Lopes, em que para a consolidação da enfermagem como profissão é igualmente necessária, uma nova dinâmica na profissionalização e no profissionalismo, assim como um reconhecimento social da profissão, ou melhor, uma visibilidade social dos direitos

exclusivos, fundada no [monopólio do exercício] vs. [- monopólio do exercício], sem a qual não é possível proceder à fixação da autonomia profissional, nem tão pouco, reforçar a [insubstitubilidade] e demarcar-se da [-insubstitubilidade] das suas práticas para a sua sobrevivência no quadro competitivo do sistema de profissões na saúde (Esquema 8). Assim sendo, no contexto das unidades de análise estudadas, subjaz no discurso dos actores hospitalares e dos centros de saúde que os prestígio, o reconhecimento social de uma verdadeiro estatuto sócio-profissional constituem factores que podem contribuir para uma outra redimensão da especificidade e da evolução da realidade profissional em enfermagem.

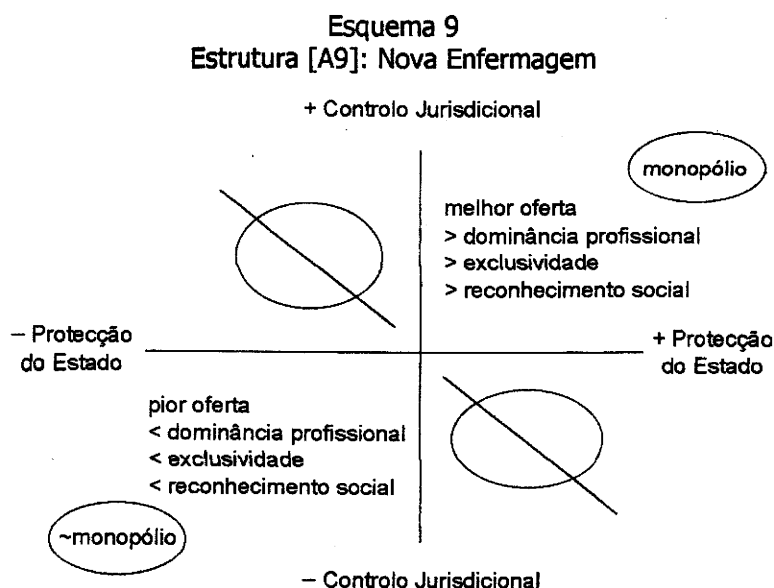
Esquema 8
Estrutura [A8]: Monopólio da Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

Efectivamente, os códigos revelados pelas duas isotopias [A7] e [A8] acima descritos permitem-me ainda abrir uma outra percepção sobre as actuais orientações da enfermagem. Trata-se da esquematização do sistema cruzado de relações de códigos materializada numa estrutura de sentido caracterizadora da

matriz ideológica da «nova enfermagem» [A9]. Na verdade, os códigos presentes na estrutura [A9] retratam os novos horizontes e de espaços de luta, fundados num eixo interno, referente ao controlo jurisdicional e objectivado ao “fechamento” profissional, e num eixo externo, fundado numa dimensão da legalista apoiada pelo Estado e objectivado à legitimação credencialista, para potenciar os novos projectos profissionais. Assim sendo, é dado a observar na estrutura [A9], a lógica de uma enfermagem em mudança. Trata-se, assim, de uma estrutura que revela a condensação descritiva de dois espaços de acções, sendo um desenvolvido num quadro estratégico do controlo jurisdicional e da protecção pelo Estado, quer para a determinação da exclusividade, quer para a obtenção da visibilidade social do monopólio do exercício da enfermagem. Por outro lado, opondo-se a este campo de acção condensam-se as categorias analíticas que determinam a manutenção do *status quo* da sua tradicional subordinação e invisibilidade socio-profissional e organizacional.



Fonte: Ent Enf99.

Verifica-se ainda na leitura da estrutura cruzada, representada no protocolo analítico [A9], uma condensação descritiva que reflecte que a crescente procura da enfermagem de uma autonomia total e de um auto-controlo da sua prática não é neutra, antes porém trata-se da procura de novos espaços de

construção e de reconstrução de desafios para promoção de uma melhoria da oferta de cuidados, demarcando-se e rompendo com a tradicional subordinação à medicina. Qual é o impacto desta realidade nas unidades de análise em estudo? Até que ponto a autonomia e a não subordinação ao controlo médico constituem aspectos relevantes para a prática de enfermagem? Até que ponto a autonomia funcional interfere no desenvolvimento da prática em enfermagem? Vejamos o que é que entrevistados e os inquiridos responderam sobre estas questões. Efectivamente, em relação à questão da não subordinação, a maioria dos inquiridos manifestaram precisamente que ela constitui um aspecto importante e muito importante, quer ao nível dos centros de saúde, quer ao nível dos hospitais. Semelhante constatação revelaram os inquiridos em relação à problemática da posse de uma autonomia no desempenho das suas actividades (Quadro 40).

Quadro 40
Importância da Autonomia Funcional e da Não Subordinação ao Controlo Médico

	Contextos Organizacionais e Actores	Nº casos	% pouco imp	% é imp	% muito imp	% sem opinião
1	Não Subordinação ao Controlo Médico	367	16,49	24,48	53,61	5,42
	Hospitais (A, B, C)	58	21,67	31,67	43,33	3,33
2	Autonomia da Profissão	371	3,35	20,36	71,91	4,38
	Hospitais (A, B, C)	59	1,67	15,00	81,67	1,66

Fonte: Inq. Enf2000.

Como é que a enfermagem materializa na prática o exercício da autonomia? Quais são as estratégias adoptadas? Serão similares ao nível dos centros de saúde e dos hospitais? Segundo os testemunhos recolhidos, a autonomia funcional é fulcral, na medida em que permite valorizar a profissão. Trata-se de um atributo que se materializa através da demarcação da tradicional dependência médica e da ruptura com as orientações bio-médicas nas suas práticas, tal como revelam os seguintes testemunhos.

«Ter um estatuto profissional próprio da enfermagem. Não ser auxiliar do médico» (E21 - Enf Hosp).

«A autonomia da enfermagem só terá repercussões nos cuidados, se os enfermeiros tiverem consciência disso mesmo. Permite uma avaliação do doente numa perspectiva mais globalizante e separado da perspectiva médica» (E29 - Enf Hosp).

«A gestão de cuidados de enfermagem é da responsabilidade dos enfermeiros. O pessoal de enfermagem tem autonomia na sua profissão, por vezes não sabe é gerir esta autonomia sem “tocar” no desempenho dos outros. Frequentemente se ouvem comparações com o desempenho do pessoal médico, Não há confusões desta natureza, cada área tem as suas funções e deve cumprí-las» (E28 - Enf Hosp).

«Autonomia da enfermagem na prestação de cuidados é essencial para nos afirmar como uma ciência» (E32 - Enf Hosp).

«É muito importante. Acho que se a autonomia não existir perde-se um bocado a imagem humana do enfermeiro, de um ser humano disponível para ajudar. É a autonomia que lhe vai desenvolver capacidades para perceber melhor o outro» (E5 - Enf Hosp).

«Acho que somos um pilar tão importante ao nível dos serviços de saúde, dos centros de saúde e do hospital, nem nós somos capazes de mostrar este valor. Não sai cá para fora para as pessoas verem esse valor. Os outros profissionais, principalmente os da classe médica, também não nos valorizam o suficiente (...). Com mais autonomia podemos tomar mais decisões e, penso que, assim, prestamos e fazemos melhor as nossas actividades. Os utentes é que ganham com isso» (E17 - Enf Hosp).

«Valorização da profissão e dos seus representantes. Existência de estatuto profissional» (E23 - Enf Hosp).

«Auto-imagem, criatividade, quebra de rotinas e cumprimento de normas, aumento da qualidade dos cuidados, deixar de seguir o modelo bio-médico» (E19 - Enf Hosp).

«A autonomia passa pelo planeamento de cuidados a prestar, pela vertente relacional, o estar com o doente, tornar o doente autónomo»(E20 - Enf Hosp).

«Penso que a enfermeira tem que saber e querer assumir um pouco de estar na profissão e com todas as exigências dum agir de forma autónoma. Muitas das situações ou fenómenos de enfermagem, requerem cuidados de enfermagem, que forçosamente tem que ser diagnosticadaos pelos enfermeiros. Temos que pensar mais em metodologia científica e menos em trabalho empírico se queremos, sem abusar, ser mais autónomos» (E10 - Enf CS).

«A autonomia permite aumentar a rentabilidade do trabalho face à motivação da equipa. Melhor adequação das actividades face aos recursos» (E26 - Enf CS).

Porém, para alguns entrevistados, nomeadamente dos centros de saúde, a posse de autonomia não significa uma demarcação total em relação aos médicos, já que existe uma certa interdependência profissional entre os dois grupos, tal como revela o seguinte testemunho:

«Sempre gostei de trabalhar em equipa, e para mim nem os médicos nem os enfermeiros podem trabalhar sozinhos; tem que existir sempre uma colaboração entre os elementos da equipa, não gosto da divisão acto médico e acto enfermagem. Não se deve é ultrapassar ninguém» (E18 - Enf CS).

Se é verdade que a autonomia funcional da enfermagem na prestação de cuidados pode ser definida pelas intervenções únicas e da exclusiva iniciativa do enfermeiro, de acordo com as suas habilitações profissionais, os seus saberes e as suas competências, e que são: «relação de ajuda, diagnóstico de necessidades, planeamento, execução e avaliação dos cuidados, investigação e outras» (E24 - Enf Hosp), na verdade nas unidades hospitalares estudadas, não me foi fácil observar situações classificáveis dentro desta definição de autonomia funcional. Os factos que me foram dados a observar situam-se essencialmente ao nível dos cuidados de higiene e conforto, mobilização e estimulação, e algumas práticas sobre a organização de actividades da vida diária do doente internado. Ou seja, confundem-se as rotinas individuais como se fossem autonomias. A confirmar esta situação estão os testemunhos apresentados pelos enfermeiros, quando os interroguei sobre exemplos de autonomia, onde se destacam as rotinas, entre as quais as seguintes: «temos autonomia dentro de algumas variáveis, mobilização, alimentação, eliminação e terapêutica. O resto não temos tempo» (E36 - Enf Hosp).

Nos centros de saúde, apesar de se poderem verificar acções autónomas nas actividades dos programas de saúde, confunde-se a colaboração nas actividades médicas, a realização individual das actividades delegadas como se tratassem de práticas autónomas. Aliás, o seguinte testemunho reforça aquilo que acabo de referir:

«Acompanhamos as consultas médicas, mas fazemos a nossa parte sozinhos (...), medimos a TA, a temperatura, o peso, etc. (...) Os médicos deviam ir às visitas domiciliárias. Vamos lá, observamos a situação e transmitimos o que vimos. Por exemplo, a evolução dos pensos. Eles deviam ir lá ver. Fazemos muitas vezes sozinhos estas e outras actividades em programa. Fazemos porque os médicos não as fazem. Os programas de saúde não são definidas por nós. Já vem no plano de actividades e cumprimos aquilo que é definido pela sub-região. São planos traçados pelos médicos» (E27 - Enf CS).

Como é que os enfermeiros definem a autonomia? Numa leitura mais pormenorizada do *corpus* dos testemunhos, verifico efectivamente que a autonomia é considerada como um elemento fundamental para a afirmação da profissão. A matriz explicativa da importância da autonomia encontra-se organizada em torno de quatro agrupamentos de discursos e códigos.

No primeiro, designado de aa1a, encontram-se os segmentos do discurso sobre as principais finalidades da autonomia. Trata-se do principal agrupamento do *corpus*, cuja importância na hierarquia dos segmentos é de 64%. O conjunto de códigos presentes neste agrupamento revela que a autonomia é entendida, não só como uma “necessidade”, mas também uma “prioridade” para a “profissão”. Subtendendo da leitura dos códigos que, para a enfermagem, a posse de uma autonomia permite-lhes reforçar o “agir”, o sentido de “responsabilidade”, maximizando a sua importância no seio de uma “equipa” de saúde. Por outras palavras, a autonomia “é precisa” porque lhes permite afirmar uma outra posição na estrutura da “participação” e “colaboração” na produção de cuidados. Trata-se de um tipo de discurso predominante no seio dos enfermeiros com idade entre os 40 e os 44 anos, com uma antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização entre os 20 e os 24 anos (Quadro 41).

O segundo agrupamento dos segmentos trata-se da agregação das expressões significativas dos testemunhos sobre a importância da autonomia na prática quotidiana. Designado de aa3a, com um peso hierárquico no *corpus* de 25,33%, trata-se de um agrupamento de segmentos produzidos essencialmente por aqueles que detêm a idade entre os 30 aos 34 anos, com uma antiguidade na profissão e na organização entre os 10 e os 14 anos. Subjaz no núcleo central da estrutura dos códigos do agrupamento aa3a a ideia de que a autonomia “é fundamental”, “na prestação de cuidados”, na medida em que permite aos enfermeiros materializarem na prática os seus “conhecimentos” científicos, a sua “qualificação” específica para a “relação” e “ajuda” aos doentes/utentes. Por outras palavras, a importância da afirmação e da necessidade da autonomia revelada em aa3a, trata-se de uma forma da enfermagem materializar os seus domínios sobre a “metodologia” científica, tendo em vista não só para o diagnóstico de necessidades, mas também para o planeamento e “avaliação” das situações dos utentes. Trata-se, assim, de um agrupamento de segmentos que

explica a razão lógica da “valorização” da autonomia na prática quotidiana, e que traduz, em última instância, uma das estratégias da enfermagem para potenciar a “visibilidade” social da sua profissão (Quadro 42).

Quadro 41
Fundamentos da Autonomia na Profissão

Classe 1/4 – aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.16991	agir						
2	0.19656	profissão						
3	0.26759	responsabilidade						
4	0.32274	colaboração						
5	0.34502	necessidades						
6	0.36211	equipa						
7	0.51726	prioridade						
8	0.59801	desempenho						
9	0.74029	é preciso						
10	1.21414	participação						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				64.00	Classe 1/ 4		aa1a	288
2.87	0.0021	94.74	6.25	4.22	40a44A	Grupo Etário	GE05	19
2.50	0.0062	88.00	7.64	5.56	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	25
2.50	0.0062	88.00	7.64	5.56	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	25
-2.73	0.0032	26.67	1.39	3.33	30a34A	Grupo Etário	GE03	15
-2.95	0.0016	11.11	0.35	2.00	25a29A	Grupo Etário	GE02	9
-3.51	0.0002	18.75	1.04	3.56	Aorg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	16
-3.67	0.0001	21.05	1.39	4.22	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	19

Fonte: Ent Enf99.

O terceiro e o quarto agrupamentos de segmentos são grupos de fraco peso na hierarquia do *corpus*, representando cada um deles 5,33% da massa de informação. Porém, não se trata de agrupamentos de menor importância. Por exemplo, o terceiro grupo, identificado como aa2a, revela que, apesar da posse da autonomia ser importante para o “reconhecimento” da enfermagem, ela pode trazer alguns constrangimentos para o grupo profissional, na medida em que pode situá-los na rota de “competição” e de “conflito” com outros grupos profissionais. Pertencem a este agrupamento aa2a os profissionais com funções de gestão, com idade entre os 45 e os 49 anos de idade (Quadro 43).

Quanto ao quarto agrupamento, designado por aa4a, os seus códigos traduzem a noção da importância da autonomia, na medida em que a sua posse confere à enfermagem o reforço do seu “estatuto profissional”. Encontram-se associados a este tipo de discurso os enfermeiros mais novos, com idade entre os

25 a 29 anos e com 9 ou menos anos de antiguidade na profissão (Quadro 44).

Quadro 42
Autonomia e a Prática em Enfermagem

Classe 3/4 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.30361	na prestação de cuidados é fundamental metodologia relação avaliação conhecimentos qualificação valorização ajuda visibilidade						
2	0.47515							
3	0.50720							
4	0.57662							
5	0.70775							
6	1.08009							
7	1.11902							
8	1.11902							
9	1.64275							
10	3.27230							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				25.33	Classe 3/ 4		aa3a	114
4.31	0.0000	73.68	12.28	4.22	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	19
4.01	0.0000	75.00	10.53	3.56	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	16
3.19	0.0007	66.67	8.77	3.33	30a34A	Grupo Etário	GE03	15

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 43
Autonomia e os seus Constrangimento para a Enfermagem

Classe 2/4 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.18206	conflitos reconhecimento competição						
2	0.18206							
3	1.63854							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				5.33	Classe 2/ 4		aa2a	24
3.37	0.0004	50.00	16.67	1.78	enf cf gest	Categoria Profissional	P4_2	8
2.50	0.0063	37.50	12.50	1.78	45a49A	Grupo Etário	GE06	8

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 44
Autonomia e a Profissão em Enfermagem

Classe 4/4 – aa4a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	1.23961	É muito importante estatuto profissional						
2	1.23961							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				5.33	Classe 4/ 4		aa4a	24
2.78	0.0027	100.00	8.33	0.44	Aprof ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	2
2.36	0.0091	33.33	12.50	2.00	25a29A	Grupo Etário	GE02	9

Fonte: Ent Enf99.

Este conjunto de resultados, produzidos em função de uma clivagem geracional e da experiência na organização e na profissão, não revelaram como preocupação fulcral dos actores entrevistados e inquiridos que a questão do género seja actualmente um constrangimento para a sua profissão. Os dados empíricos permitem-me ainda considerar que é percebido pela maioria dos enfermeiros dos hospitais e dos centros de saúde que o processo de desenvolvimento e sobrevivência da sua profissão em cada uma das organizações passa, precisamente, pela formação e por um certo “fechamento social”, enquanto estratégia para materializar a sua “dominância profissional” na produção de cuidados. Porém, para a consecução destes objectivos estratégicos torna-se necessário garantir para a enfermagem uma autonomia funcional mais alargada, uma autoridade e uma capacidade de controlo sobre as suas actividades e/ou práticas. Na realidade, trata-se de condicionantes que operam não só para garantir uma maior visibilidade social da profissão, mas também sobre o ponto de vista organizacional, e constituem critérios fundamentais para garantir a materialização das oportunidades de “voz” para a enfermagem. Trata-se de um processo ainda difícil de se materializar na totalidade.

Porém, se a questão da sua visibilidade não é fácil, nem linear, por se encontrar na rota da sua afirmação identitária e autonomia, a presença de uma outra profissão dominante nas organizações de serviços de saúde, os médicos, é uma outra questão que se levanta aqui. Trata-se da questão da conquista dos poderes pela profissão da enfermagem com o apoio do Estado. É o Estado que legitima a credenciação e o estatuto legal da profissão. É o Estado que é o maior empregador da profissão de enfermagem, como o é em relação às restantes profissões na saúde. Assim sendo, numa primeira aproximação parece que quando se discute a autonomia, o reforço das posições da enfermagem, oferece-se igualmente uma paisagem de uma certa promiscuidade de relações entre a profissão de enfermagem e o Estado, onde se movem interesses múltiplos. Se é verdade que a enfermagem necessita do Estado para fomentar a sua dominância profissional, não menos verdade é que a enfermagem necessita de negociar com o Estado as questões estruturais da autonomia técnica, o seu estatuto remuneratório, os privilégios profissionais e a regulamentação da própria divisão do trabalho. Nesta linha de pensamento, parece-me que a ideia do desenvolvimento da enfermagem não se processa fora dos efeitos de contingência

da dominância estatal¹⁰².

Assim sendo, para a mudança e a reorganização da enfermagem, para romper com o seu passado de subordinação e de papel secundário na produção de cuidados, torna-se imprescindível reforçar ainda mais, não só a sua capacidade para negociar com o Estado para o desenvolvimento da sua formação e dos seus saberes técnico-científicos, mas também, e fundamentalmente, passa pela posse efectiva, quer do critério de exclusividade, do monopólio e do controlo jurisdicional na produção de cuidados, quer ainda de uma autonomia e uma clara demarcação das áreas de responsabilidades no seu quotidiano de trabalho.

Em suma, a “nova” enfermagem é uma profissão à procura de novos espaços de profissionalização e do profissionalismo, cujas estratégias se encontram delimitadas por uma matriz simbólico-ideológica, atravessada, não pelas preocupações sobre o género, sobre o facto da enfermagem ser ou não uma profissão feminina, mas sim, pelas orientações de autonomia, pelo reforço das competências em torno dos saberes interpretativos e pelo fechamento profissional (Lopes 1994; Witz 1994; Carpenter 1993), enquanto formas de construção e de reconstrução, não só da sua visibilidade social, mas também, da posse do monopólio do exercício de poder para “dominar” e controlar a zona de incerteza nas organizações de serviços de saúde.

3.1.2.2. Entre o Discurso sobre as Práticas Utilitaristas, as Regras e as Orientações Simbólico-Ideológicas: Uma Dupla Ruptura para a Construção do Retorno do Actor

A partir da perspectiva de que o problema do funcionamento das organizações de serviços de saúde, em geral, e dos serviços e das unidades de análise dos casos estudados, em particular, não radica numa questão técnica, mecânica e coisificada, mas das formas de cooperação informal entre os grupos.

¹⁰² Será que a enfermagem pode influenciar as prioridades da prestação de cuidados de saúde? Será que os órgãos representativos da enfermagem podem influenciar a reforma da saúde? Trata-se de questões que ultrapassam os objectivos desta Tese e que implicam aprofundamento de um outro estudo.

Torna-se imperativo focar a atenção nas lógicas da regulação social autónoma. Na verdade, trata-se de um interesse investigativo sobre a regulação informal engendrada pela enfermagem¹⁰³, para melhor compreender as manifestações e disposições que o grupo desenvolve no sentido do ajustamento dos seus sentimentos de autonomia nas suas práticas entre os actores, dentro de cada um dos pequenos sistemas sociais de acção estudados. É a partir deste interesse sobre as “regras do jogo social” que procurei privilegiar as interrogações, não apenas numa perspectiva utilitarista, mas fundamentalmente culturalista, incidindo na leitura da matriz simbólico-ideológica da enfermagem. O que é que a enfermagem privilegia nas suas relações com os outros actores do sistema? Quais são os valores que reforçam as suas convergências comportamentais no quotidiano de trabalho? Para avaliar estas questões, tomei em consideração dois conjuntos de dados. No primeiro, procurei identificar as regras que sustentam os modos de regulação informal das diferentes situações de contextos de interacção entre os actores, nomeadamente para a resolução dos problemas do quotidiano. No segundo, incidi sobre as lógicas profissionais e organizacionais, procurando explorar os modos de regulação das situações concretas do trabalho de enfermagem, abordando o sistema de valores que estrutura o núcleo central das suas orientações para o equilíbrio profissional e organizacional.

Ao explorar o “corpus” de testemunhos que os entrevistados produziram sobre as suas preferências nas relações entre os actores, coloquei em evidência distintos agrupamentos de modos de regulação, de certo modo semelhantes, quer ao nível dos enfermeiros dos hospitais, quer no seio daqueles que trabalham nos centros de saúde. Um dos aspectos mais valorizados nas suas relações, quer a nível interprofissional, quer com os utentes, é a negociação. Trata-se de uma necessidade que a própria enfermagem reconhece como fundamental na regulação social, na medida em que na sua prática quotidiana se confronta, por um lado,

¹⁰³ Ao focar uma perspectiva polar, centrada na enfermagem, não significa que excluo a importância de outros actores na regulação social. Porém, a minha perspectiva analítica situa-se num nível de exploração aprofundado do caso múltiplo, tão como referi aquando da explicação da opção metodológica, seguindo ainda uma estratégia de replicação segundo Robert Yin (1989). A comparação das regras interprofissionais será objecto de um outro estudo. Saliento que os antagonismos entre os actores nos serviços de saúde portugueses, foram demonstrados nos estudos de Garça Carapinheiro e Noémia Lopes, entre outros. Igualmente, tive oportunidade de investigar sobre esta realidade em três centros de saúde, onde pude verificar uma clivagem fundada nas lógicas das culturas profissionais, cujos valores interferem como verdadeiras lógicas de “oportunidades de poder” e oferecem diferentes capacidades de acção aos actores (Silva 1997).

com um grupo profissional dominante, os médicos, e, por outro lado, com os utentes. Em relação aos médicos, já expus anteriormente o suficiente para entender a necessidade da negociação. Ou seja, trata-se de uma forma para ultrapassar as tradicionais lógicas de dependência. Em relação aos utentes, por estes serem portadores de outras lógicas comportamentais, razão pela qual a enfermagem necessita de criar esquemas de negociação para ultrapassar os constrangimentos nos desempenhos das suas actividades, tais como no decurso dos processos específicos de ensino e informação, nas práticas de higiene e conforto, etc. Na realidade, estas duas lógicas de negociação são uma orientação dual utilitarista-culturalista que oferece aos profissionais uma oportunidade de reforçar o seu dinamismo, a sua identidade e reconhecimento social no "jogo cooperativo". Porém, nos discursos evidenciados pelos actores reside a noção de que, para a enfermagem, o sucesso da ordem lógica da sua regulação social passa por processos de acção estratégica no sentido do consenso. Vejamos alguns fragmentos dos discursos em causa.

«Com os médicos e outros valorizo o respeito que manifestam com a enfermagem. Com os doentes é a ajuda que sou capaz de dar. Mas em tudo temos de negociar» (E5 - Enf Hosp).

«O respeito e a confiança. Sem isso não há consenso possível. A possibilidade de estabelecer uma relação de ajuda com todas as suas componentes. A cooperação e o não haver falsos preconceitos» (E19 - Enf Hosp).

«Relação enfermeiro-médico-outro pessoal é igual a respeito pelo exercício e colaboração. Negociação da relação com o utente é igual a respeito como pessoa. Relação com outros serviços é igual a colaboração e o consenso, tendo como objectivo principal o doente» (E29 - Enf Hosp).

«No que respeita a todas as questões é a confiança no trabalho que cada um compete. Para além disto, na primeira questão também o profissionalismo, na segunda questão a compreensão e na terceira os interrelacionamento e a interajuda. Em suma, um bom ambiente de trabalho passa pela negociação e consenso para uma boa colaboração» (E35 - Enf Hosp).

«Relação enfermeiro-médico-pessoal, trabalho coordenado em equipa, o estabelecimento de laços de afectividade e de relações de confiança. Relação com o utente, estabelecimento de laços de confiança como base de trabalho propício. Outros serviços de saúde: estabelecimento de trabalho articulado, em colaboração e consenso, fórmula ideal para potenciar os recursos existentes e consequentemente aumentar a satisfação dos utentes e profissionais» (E26 - Enf CS).

«num relacionamento profissional com as pessoas, não é tão simples,

porque tem muito a ver com as próprias imagens que nós temos dos enfermeiros, dos enfermeiros e médicos, sobretudo em relação ao que cada um faz. E portanto, nós esperamos que o outro faça aquilo que a gente tem que acabar por fazer. E isto, relativamente aos médicos, é muito complicado. Para já, porque eu acho que eles, isto agora corporativamente falando, têm uma visão muito limitada. Estão a sentir que estão a perder terreno e como tal têm que acabar por refilar de alguma forma. Por isso temos de saber negociar com eles, para eles perceberem (...) os nossos papéis. Eles têm algumas dificuldades em se ligar no meio disto tudo. Coisas muito simples. Por exemplo, ainda hoje os enfermeiros são chamados por uma "campainha", e é uma coisa um bocado deprimente. Mas, tudo bem. Às vezes, éramos e somos ainda chamados para mudar o papel da marquesa. Até que os médicos percebam que o enfermeiro não tem problema nenhum em fazer isso, nenhum, e que poderá fazer muito mais coisas do que isto, ainda é um bocado difícil» (E16 - Enf CS).

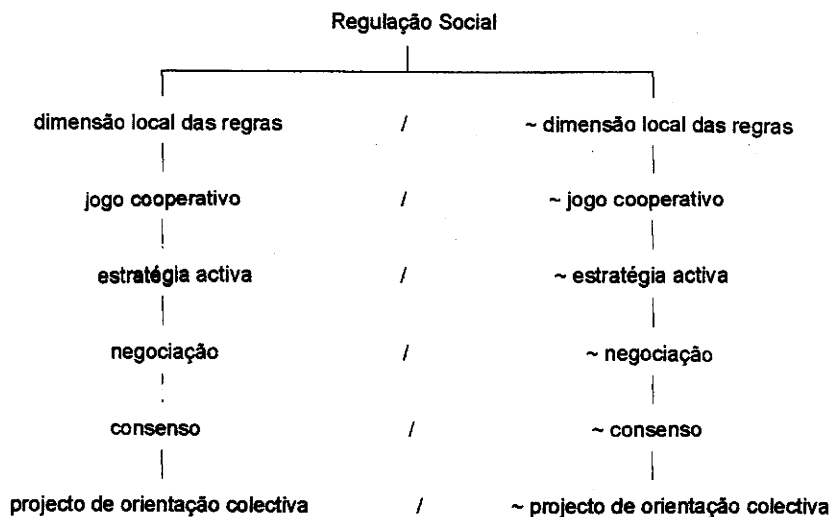
«há sempre representações mensais de todos os aspectos que vão aparecendo. Quando for para discutir o plano de actividades, aí então é que é suposto a gente discutir não só com os médicos, mas também com os administrativos exactamente sobre todos os aspectos. O trabalho é sempre discutido equipa a equipa, porque o facto de haver esta filosofia no plano de actividades de enfermagem, não quer dizer que as equipas o vão seguir "b a bá". Cada equipa que avançar numa actividade, as coisas vão ter que ser negociadas de equipa a equipa. Cada enfermeiro terá que dentro da sua equipa negociar qual é o seu papel face a este documento e face aquele plano de actividades. E se decidirem que não é bem aquilo, mas que é uma coisa parecida, as pessoas são autónomos para isso. As coisas tem é que ficar claras e por isso é que é preciso negociar» (E2 - Enf CS).

Nas estruturas de sentido do *corpus* verifica-se um esquema estrutural [A10] onde se sintetizam os efeitos de disjunção e conjunção deste jogo de regulação social. Subentende-se na estrutura uma lógica que privilegia mais a [+dimensão local] vs. [- dimensão local], onde as regras não constituem apenas um mero "projecto" de orientação colectiva da acção, antes porém, traduzem e consolidam de forma sistematizada a ideia de "actor colectivo". Por outras palavras, o esquema estrutural [A10] condensa a noção de que as regras sociais, que regulam a acção colectiva no quotidiano da enfermagem e que potenciam a sua visibilidade social, surgem como produtos dum compromisso, concebidos na base de uma orientação estratégica para a negociação e o consenso entre os indivíduos em cada sistema de acção concreto.

Numa leitura mais pormenorizada e quantitativa da organização dos segmentos significativos do *corpus*, extrai três agrupamentos de códigos. O

primeiro, identificado por aa1a, detém um peso hierárquico de 79,71% da globalidade dos segmentos significativos identificados. Para os enfermeiros deste agrupamento, a existência de regras sociais é fundamental para todas “as pessoas”. Para os mesmos a existência de “relações”, “simpáticas” entre os profissionais é fundamental, devendo estar presente “em todos os aspectos” da interacção social. Perspectivam ainda o local de trabalho como uma “família”. Porém, os entrevistados deste agrupamento reconhecem que o “relacionamento” no seu ambiente de trabalho “multidisciplinar” é baseada na regra “negociada”, onde a “verdade” e o “profissionalismo” constituem os valores fulcrais. Este tipo de regulação social encontra-se preferencialmente relacionado com os enfermeiros dos centros de saúde, com uma idade entre os 30 e os 34 anos, e com uma antiguidade na profissão entre os 10 e os 14 anos (Quadro 45).

Esquema 10
Estrutura [A10]: Regulação Social do Jogo Cooperativo da Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

Os diferentes testemunhos apresentados reflectem ainda um discurso que permite a identificação de mais dois agrupamentos de menor peso hierárquico em termos de segmentos significativos. No agrupamento aa3a, com 11,59%, onde os enfermeiros revelam que privilegiam não só uma “boa comunicação” e a “veracidade” nas relações sociais no trabalho, mas também que tais relações sejam fundadas na regra do “respeito mútuo”. Trata-se de uma forma de

regulação social presente, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, sendo intimamente relacionada com indivíduos de idade entre os 40 e os 44 anos, com uma antiguidade na profissão e um tempo de serviço na organização entre os 20 e os 24 anos (Quadro 46).

Quadro 45
Fundamentos da Regulação Social em Enfermagem

Classe 1/3 – aa1a		Identificador dos Segmentos						
RG	Distância							
1	0.22764	as pessoas						
2	0.24558	todos os aspectos						
3	0.39327	relações						
4	0.75125	simpáticas						
5	0.75125	um relacionamento						
6	1.13531	multidisciplinar						
7	1.14528	verdade						
8	1.15689	profissionalismo						
9	1.31083	negociado						
10	1.31083	uma família						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				79.71	Classe 1/ 3		aa1a	330
3.28	0.0005	100.00	9.70	7.73	30a34A	Grupo Etário	GE03	32
2.93	0.0017	97.30	10.91	8.94	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	37
2.39	0.0083	93.33	12.73	10.87	Cent Saúde	Organização	P1_2	45
-2.60	0.0046	28.57	0.61	1.69	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	7
-2.72	0.0032	54.17	3.94	5.80	Hospital	Organização	P1_1	24
-2.95	0.0016	0.00	0.00	0.97	Aorg ≥ 25A	Tempo de serv na Organ.	AOr5	4
-2.95	0.0016	0.00	0.00	0.97	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	4
-3.04	0.0012	25.00	0.61	1.93	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	8

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 46
Outras Regras na Regulação Social

Classe 3/3 – aa3a		Identificador dos Segmentos						
RG	Distância							
1	0.30611	respeito mútuo						
2	0.83874	boa comunicação						
3	1.14905	veracidade						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				11.59	Classe 3/ 3		aa3a	48
3.93	0.0000	75.00	12.50	1.93	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	8
3.43	0.0003	71.43	10.42	1.69	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	7
2.65	0.0040	40.00	12.50	3.62	40a44A	Grupo Etário	GE05	15
-2.39	0.0084	0.00	0.00	8.94	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	37

Fonte: Ent Enf99.

Quanto ao último agrupamento, designado por aa2a, trata-se de uma

agregação dos segmentos significativos com um peso hierárquico na ordem dos 8,7% e que traduz a lógica do jogo cooperativo. Para alguns enfermeiros, o princípio do “trabalho em equipa” na produção de cuidados deve basear-se na regra de “uns pelos outros”, sem a qual não é possível alcançar resultados de “qualidade” nos cuidados prestados. Trata-se de uma perspectiva de regulação apresentada fundamentalmente por um pequeno número de enfermeiros com 25 ou mais anos, quer em termos de antiguidade na profissão, quer quanto ao tempo de serviço na organização. Trata-se provavelmente de actores com funções de gestão na organização (Quadro 47).

Quadro 47
Outras Realidades do Jogo Cooperativo

Classe 2/3 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.87144	qualidade						
2	1.34580	trabalho de equipa						
3	2.40054	uns pelos outros						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				8.70	Classe 2/ 3		Aa2a	36
2.84	0.0023	75.00	8.33	0.97	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão Tempo de serv na Organ.	ANP5	4
2.84	0.0023	75.00	8.33	0.97	Aorg ≥ 25A		AOr5	4

Fonte: Ent Enf99.

Efectivamente, numa primeira aproximação, é dado a observar na estrutura dos significados extraídos do *corpus*, a noção de que os jogos dos enfermeiros na regulação social é atravessado por um sistema cultural, que privilegia uma regulação fundada numa estratégia activa, e que toma as formas de consenso e da negociação. Não menos verdade é que o modelo de regulação apresentado oferece a percepção de que a enfermagem dos hospitais e centros de saúde estudados não está posicionada para agir “altruística e voluntariamente” sobre todos os subsistemas de acção, dependendo os seus modos de acção das práticas quotidianas da sua capacidade de influência para gerar regulações baseadas no princípio de consenso, negociação e da acção estratégica na estrutura global das relações.

«Para que tudo funcione, temos que apostar nas relações das pessoas. Tudo funciona bem se colaborarmos uns com os outros, se existir respeito. Existem critérios, há abordagens no sentido de fazer

alterações para que as coisas funcionem bem. Há que ter normas em enfermagem para que possamos ser respeitadas» (E8 - Enf Hosp).

«O respeito. A autonomia. A responsabilidade nos actos. Mas é sobretudo o reconhecimento mútuo que mais aprecio. A dimensão dos centros de saúde é de uma dimensão muito reduzida. Há centros de saúde em que é praticamente uma família (...). Pois é, pelo facto de isto ser quase uma família que não é fácil boicotar. Os enfermeiros estão em contacto uns com os outros e sabem o que se passa nos outros centros de saúde. (...) Depois ao nível dos prestadores directos de cuidados terá que haver um processo também de negociação, porque é inevitável quer com o médico quer com o administrativo, de um momento não se vai desempenhar estas actividades, sem mais nem menos, sem ser negociado. Da mesma forma que vai ser necessário adequar a cada uma das equipas. Ainda que possa haver um documento orientador a dizer que medir a barriga da grávida é da responsabilidade do médico ou é do enfermeiro, não quer dizer que é obrigatoriamente de uma forma sistemática. Cada equipa, supondo que essa responsabilidade é do enfermeiro, poderá na equipa B ser o médico a avaliar o perímetro da barriga da grávida. Agora há uma coisa que é preciso saber, é que se a barriga da grávida não for medida, e que há partida há um documento que diz que essa responsabilidade é do enfermeiro, então será a ele que temos que pedir responsabilidade» (E1 - Enf CS).

Ao colocar em evidência que o modelo de regulação preferencial da enfermagem se baseia num princípio de estratégia activa nos seus espaços de acção na produção de cuidados, levanta-se uma outra questão. Quais são as regras que os actores colocam para a regulação da sua prática profissional, tendo presente que a ênfase que têm vindo a colocar na orientação profissional se situa ao nível da afirmação dos seus saberes técnicos-científicos e das suas competências sociais e comportamentais?

Para dar resposta a esta questão, interroguei alguns informantes sobre a questão das regras para uma "boa prática" em enfermagem. No *corpus* das entrevistas recolhidas evidencia-se que os enfermeiros privilegiam regras da sua deontologia profissional, revestidas de uma certa flexibilidade. Ou seja, para a enfermagem, apesar da prática ser baseada na metodologia científica, as suas regras são mutáveis em conformidade com o espaço de acção e a oportunidade de acção, sendo adaptadas não só pelas características individuais de cada enfermeiro, mas também em função dos objectivos pretendidos na relação com os demais actores do sistema. Vejamos alguns fragmentos elucidativos desta questão.

«Um bom enfermeiro é aquele que consegue pôr a teoria e a prática a funcionar. (...) A experiência que cada um tem, penso que tem muita importância. (...) Tenho 8 horas de trabalho e 14 doentes, e distribuir tantos minutos a cada um, não é bem assim. Deve-se dar mais a quem precisa e menos a quem não precisa. Tenho uma insatisfação muito grande, e não tem a ver com a recompensa monetária. Tem a ver com a motivação e a expectativa. Uma pessoa vai ao serviço com o desejo de actuar com o sentimento que fez e fez bem feito, e que contribui, não com o comprimido que deu à pessoa, mas com a presença e a maneira como fez as coisas. (...) Saber fazer do meu ponto de vista como o enfermeiro é assim. Se fizesse do ponto de vista médico ia privilegiar o sistema bio-médico, e privilegiava estes sinais, estes sintomas, aquela doença. Se acertou tudo muito porreiro. Ora para aquela doença temos 4 produtos para tratar, vamos experimentar. Para a parte médica, muitos pensam que é um bom médico. Para mim, não. Em enfermagem, têm que aliar à boa capacidade técnica às boas competências em termos de diagnóstico, a relação com o doente em cada caso. É o aspecto humano que interessa à enfermagem» (E17 - Enf Hosp).

«Bom Enfermeiro: conhecimentos teóricos e práticos solidificados cientificamente; humildade para aprender e aceitar cada situação; saber relacionar-se com as outras pessoas» (E20 - Enf Hosp).

«Em enfermagem, o cuidar, é a pessoa. Então é preciso que cada um cumpra o melhor possível o seu papel de acordo com o conteúdo funcional, de acordo com a ética e código deontológico, e também tentando compreender que a pessoa é um ser único e diferente de todos os outros, merecendo, atenção e compreensão para cada situação» (E31 - Enf Hosp).

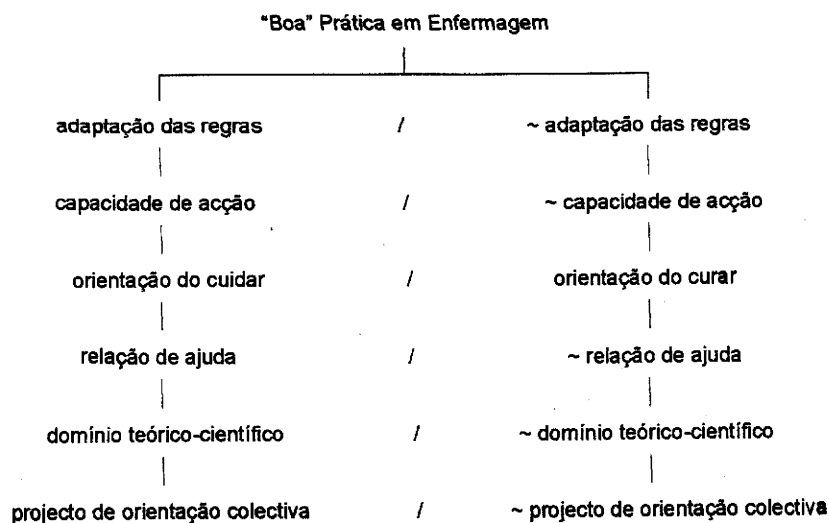
«Um bom enfermeiro é no mínimo uma pessoa que é capaz de ter um bom relacionamento com o utente e ter uma coisa que eu acho que é fundamental, o saber técnico e científico para lidar com as situações. Tem que ser um bom técnico, e tem que ser um bom profissional para se adaptar às mudanças. Por isso tem de se actualizar sempre» (E16 - Enf CS).

«Ser competente. É saber estabelecer a relação. A enfermagem é uma profissão que se baseia em conhecimentos científicos para ajudar utentes, grupos de famílias, grupos de comunidade a serem autónomos e responsáveis na optimização da sua saúde, e ou a aceitarem a dependência/morte quando inevitável. Usa como principal instrumento as relações inter-pessoais. Quando nós aqui dizemos que é para aceitarem a dependência ou a morte, se a pessoa está num coma, por exemplo, então o enfermeiro aí serve para substituir; quando a pessoa não é autónoma, para se auto-cuidar, para ter o máximo de autonomia, então terá que substituir temporariamente aquela pessoa» (E2 - Enf CS).

Na estrutura de sentido [A11] é dado a observar uma condensação descritiva do *corpus* dos testemunhos, onde se revelam os códigos do sistema de

regulação das práticas que se inscrevem nos domínios da flexibilidade da acção, do grau de informalidade da relação entre actores, das capacidades que tem cada enfermeiro na relação de ajuda e no "cuidar", assim como dos objectivos da regulação.

Esquema 11
Estrutura [A11]: Regulação da Prática Profissional na Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

Reconhece-se, assim, através da leitura dos códigos da estrutura [A11] que a regulação das práticas dos actores são o produto ou o resultado de uma autonomia relativa, organizada em torno de uma orientação em que predomina a importância da posse do saber teórico-científico e interpretativo, quer para a resolução dos problemas e das necessidades dos utentes, quer para o desenvolvimento de regulações mais vastas, inseridas num projecto de acção colectiva de afirmação da profissão. O seguinte testemunho reforça e sistematiza a análise exposta acima:

«Deve ser um enfermeiro que tem conhecimentos, saberes, saber fazer e ser enfermeiro, saber relacionar-se e estar com o outro, em relação de ajuda. A enfermagem não se faz mecanicamente. Deve ter conhecimentos técnico e científicos, para saber ajudar o outro no hospital e na comunidade. Valorizo as duas partes: a relação e os conhecimentos técnico científicos. Os enfermeiros por vezes esquecem que muitas das actividades que por não serem eles a prescrevê-las, mas que tem tanta responsabilidade nos cuidados que vão prestar como aquele que as prescreveu. Temos que ser reponsáveis para podermos

ter autonomia» (E12 - Enf Hosp).

Sob o ponto de vista do grau de importância dos segmentos de sentido captados sobre a questão das formas de regulação, identifiquei três agrupamentos. O primeiro, designado de aa1a, com uma importância de 64,41% na hierarquia dos segmentos da estrutura do *corpus*, revela os principais fundamentos do sistema de regulação da prática no quotidiano. Para os actores, que privilegiam esta orientação e que são predominantemente enfermeiros com um tempo de serviço na organização entre os 20 e os 24 anos, as regras da prática de enfermagem não são fáceis de definir. Apesar de ser “muito complicado” definir com rigidez as regras, isto não quer dizer que a enfermagem não reconheça que a sua prática não se fundamenta num rigor metodológico. A confirmar esta questão está a argumentação dos enfermeiros de que um bom enfermeiro é aquele que é um “bom técnico”, com uma sólida “formação específica” para o desempenho das funções na “relação de ajuda”. Por outras palavras, deve possuir adequados “conhecimentos científicos”, “competências técnicas”, ou seja, é “aquele que apresenta competências técnicas e relacionais” e que se actualizada permanentemente os seus conhecimentos. Em resumo, o que regula a prática da enfermagem no quotidiano é um sistema de regras não submissa a um conjunto rígido e dominante de orientações, mas que resulta de um jogo que os actores vão tecendo no seio da interacção, razão pela qual os seus fundamentos se baseiam no princípio do “saber relacionar-se” e/ou do “saber estar” (Quadro 48).

Apesar do principal fundamento do sistema de regulação das práticas situar-se ao nível do saber-estar, na verdade é possível encontrar um outro agrupamento de enfermeiros que privilegiam um sistema baseado no “saber-fazer”. Trata-se dos enfermeiros com a idade entre os 25 e os 29 anos, e com um tempo de serviço na organização igual ou inferior a 9 anos. Trata-se de um agrupamento identificado por aa1a, e que representa 27,12% da massa de informação do *corpus*. Em termos estritos, trata-se de um sistema de regras que se baseia na flexibilidade das regras, com predomínio numa orientação psicológica, ou seja, da “personalidade” de cada actor. Porém, a questão fundamental que está subjacente à construção das regras radica no princípio da “boa capacidade” do enfermeiro para “inter-agir”, numa constante interrogação

sobre os resultados da sua prática ("estou a fazer bem?"), e numa permanente capacidade de afirmação como um "verdadeiro" enfermeiro (Quadro 49).

Quadro 48
Fundamentos da Regulação das Práticas em Enfermagem

Classe 2/3 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.27188	saber relacionar-se						
2	0.45796	competências técnicas						
3	0.46872	conhecimentos científicos						
4	0.52146	fazer formação						
5	0.55663	relação de ajuda						
6	0.81594	saber estar						
7	0.95674	aquele que apresenta competências técnicas e relacionais						
8	1.03307	um bom técnico						
9	1.19794	formação específica						
10	1.19794	é muito complicado						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				64.41	Classe 2/ 3		aa2a	228
2.43	0.0076	93.75	6.58	4.52	Aorg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	16
-3.80	0.0001	8.33	0.44	3.39	25a29A	Grupo Etário	GE02	12

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 49
Saber Fazer como Regra das Práticas em Enfermagem

Classe 1/3 – aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.61708	boa capacidade						
2	0.71089	estou a fazer bem						
3	0.71089	fazer bem						
4	1.28189	verdadeiro						
5	3.04384	saber fazer						
6	3.09706	inter-agir						
7	3.09706	personalidade						
8	3.43043	responsável						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				27.12	Classe 1/ 3		aa1a	96
4.49	0.0000	91.67	11.46	3.39	25a29A	Grupo Etário	GE02	12
2.59	0.0048	58.82	10.42	4.80	Aorg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	17
-2.87	0.0020	0.00	0.00	5.37	30a34A	Grupo Etário	GE03	19

Fonte: Ent Enf99.

Por último, o terceiro agrupamento de segmentos significativos do discurso dos enfermeiros sobre as regras sugere que o fundamento da construção das regras assenta num "saber exemplificar". Para os enfermeiros que privilegiam esta forma de regulação dos seus sistemas de acção, as regras são construídas e perpetuadas

nas ordens locais graças à “vocação” para a profissão, sem a qual não é possível aos mesmos estabilizar, pelo menos provisoriamente, as suas negociações e as suas interacções estratégicas, dito no sentido de Friedberg (1995), nem tão pouco lhes é possível executar as suas práticas com adequada “competência técnica humana e relacional”. Privilegiam esta orientação os enfermeiros com 15 a 19 anos de tempo de exercício profissional (Quadro 50).

Quadro 50
Saber, Competência e Vocação como Regras das Práticas em Enfermagem

Classe 3/3 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	1.25601	saber exemplificar que executa com competência técnica humana e relacional vocação						
2	1.26369							
3	6.85845							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				8.47	Classe 1/ 3		aa3a	30
4.13	0.0000	83.33	16.67	1.69	Aprof15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	6
3.62	0.0001	62.50	16.67	2.26	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ.	AOr3	8

Fonte: Ent Enf99.

Para avaliar de forma extensiva a questão da regulação, utilizei duas escalas, a da “boa prática” e dos “valores organizacionais”. Os resultados obtidos em relação à sistema de regulação das práticas pode ser caracterizado como um modelo com cinco eixos. No primeiro (PRAT1), articulam as regras da formação contínua, do domínio dos métodos e técnicas de investigação, a negociação, a capacidade de adaptação e a humanização nas relações. Trata-se de um conjunto de regras que enfatiza a importância da actualização permanente dos conhecimentos, facto que sugere que o sistema de regulação das práticas está de certo modo relacionado com modo como os enfermeiros percebem e consideram a importância dos saberes para a construção e reconstrução das regras (Quadro 51).

No segundo bloco (PRAT2), tal como vem descrito no Quadro 51, integram-se as regras da capacidade de rápida decisão individual, o domínio de todas as técnicas de enfermagem e a capacidade de ajuda e encaminhamento do utente. Trata-se de uma orientação baseada nas competências individuais, ou melhor no

domínio individual dos saberes-proceduais para a gestão da interacção com o utente. Trata-se de uma situação que enfatiza um dos aspectos que descrevi numa das estruturas de sentido e que diz respeito ao pressuposto da posse do saber-fazer exclusivo da enfermagem, na regulação do domínio profissional no processo de produção de cuidados.

Quadro 51
Contributos para uma "Boa" Prática em Enfermagem

	Factor PRAT1	Factor PRAT2	Factor PRAT3	Factor PRAT4	Factor PRAT5
formação contínua	,754				
domínio dos métodos e técnicas de investigação	,716				
negociador de comportamentos	,714				
capacidade de adaptação à mudança	,543				
humanização das relações	,390				
capacidade de rápida decisão individual		,738			
domínio de todas as técnicas de enfermagem		,682			
capacidade de ajuda e encaminhamento do utente		,672			
domínio de todas as técnicas biomédicas			,729		
predomínio da orientação técnica sobre o relacional			,704		
profissão como uma vocação				,680	
predomínio da sensibilidade pessoal sobre a técnica				,629	
predomínio da orientação do cuidar sobre o curar				,560	
não subordinação ao controlo médico					,782
distanciamento dos conhecimentos teóricos					-,504

Nota: Componentes da matriz rodada P13, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Ainda compõem o sistema de regulação das práticas o domínio de todas as técnicas biomédicas e a ênfase no predomínio da orientação técnica sobre o relacional (PRAT3). Trata-se de uma estratégia de controlo das regras que passa pela posse de outros saberes, nomeadamente, os do domínio médico para a regulação directa ou indirecta das condições específicas do exercício profissional. Encontra-se ainda no modelo de regulação das práticas, um quarto bloco de regras (PRAT4) fundado no pressuposto da importância da vocação na construção e reconstrução das regras. Integram ainda este agrupamento a perspectiva de uma regulação baseada no predomínio da sensibilidade pessoal sobre a técnica e uma orientação do cuidar sobre o curar. Reside, assim, nesta matriz da regulação, a lógica de uma orientação da profissão no sentido humanista, onde as influências individuais e a vocação marcam um lugar privilegiado de passagem, sem as quais se pressupõe uma certa impossibilidade dos enfermeiros em regular ou mesmo estabilizar, pelo menos provisoriamente, a materialização da orientação do

“cuidar” na prática quotidiana. Por último, é ainda descrito no Quadro 51, um bloco PRAT5 que revela uma estrutura de regras, baseada na autonomia. Para reforçar a comprovação desta questão, está ainda a forma como se articulam os itens. O “distanciamento dos conhecimentos teóricos” encontra-se correlacionado negativamente com o da “não subordinação ao controlo médico”. Subentende-se aqui uma ênfase na importância da demarcação face às orientações médicas na regulação, baseando-se no princípio do domínio dos saberes exclusivos da enfermagem no controlo directo sobre o seu próprio trabalho.

No sentido de avaliar a possibilidade da existência de diferenças significativas no seio dos inquiridos, submeti os diferentes blocos factoriais à mesma estratégia analítica, já descrita anteriormente. A análise comparativa entre as categorias de cada uma das variáveis dicotómicas (organização e sexo), e a análise de variância não paramétrica para explorar as possíveis diferenças entre as categorias, tomando como independentes as seguintes variáveis: grupos etários, categoria profissional, antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização. Os resultados obtidos sugerem a presença de uma certa homogeneidade de posicionamentos entre os inquiridos quanto aos seus modos de percepção sobre o sistema de regulação da suas práticas. Apenas foi registado a presença de uma diferença significativa ao nível do bloco de regras PRAT1, no domínio de três variáveis, que são: organização, categoria profissional, tempo de serviço na organização. Assim sendo, os resultados obtidos sugerem, numa primeira aproximação, que a regulação fundada na regra da actualização permanente dos conhecimentos, na investigação, na negociação dos comportamentos, na capacidade de adaptação à mudança, assim como na humanização das relações, são percebidas de forma distinta e diferenciada quanto à sua importância na regulação das práticas, variando em função das condições organizacionais, da situação profissional e da experiência vivenciada na organização (Quadro 52).

Um outro aspecto a assinalar da leitura dos resultados é a presença da noção de que as regras emergem da combinação dos diferentes saberes no quotidiano de trabalho, e concretizam-se na prática através da mobilização das competências, ou melhor dos saberes em uso em cada momento ou situação de regulação das relações sociais e concretas de trabalho. Paralelamente a esta

questão, surge ainda a ideia de que a materialização das competências da enfermagem na regulação do sistema decorre da especificidade de cada actor e dos seus modos de percepção das oportunidades e desafios que circulam nas fronteiras da zona de incerteza, em cada contexto organizacional.

Quadro 52

Regras de uma "Boa" Prática em Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças			Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
	Absolutas	Positivo	Negativo		
Organização					
PRAT1	,197	,197	,000	1,418	,036
PRAT2	,123	,123	,000	,889	,408
PRAT3	,014	,000	-,014	,104	1,000
PRAT4	,131	,131	,000	,948	,331
PRAT5	,112	,112	-,008	,809	,530
Sexo					
PRAT1	,105	,105	,000	,876	,427
PRAT2	,038	,038	-,018	,321	1,000
PRAT3	,059	,059	-,045	,493	,968
PRAT4	,104	,000	-,104	,866	,441
PRAT5	,023	,023	-,003	,192	1,000
		Graus de Liberdade		Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários					
PRAT1		6		6,927	,328
PRAT2		6		8,969	,175
PRAT3		6		9,675	,139
PRAT4		6		9,558	,145
PRAT5		6		2,001	,920
Categ. Profissional					
PRAT1		3		15,696	,001
PRAT2		3		1,002	,801
PRAT3		3		,253	,969
PRAT4		3		4,281	,233
PRAT5		3		1,752	,625
Antig. Profissão					
PRAT1		4		5,320	,256
PRAT2		4		6,094	,192
PRAT3		4		,232	,994
PRAT4		4		1,760	,780
PRAT5		4		,564	,967
Antig. Organização					
PRAT1		4		11,524	,021
PRAT2		4		5,555	,235
PRAT3		4		3,346	,502
PRAT4		4		1,085	,897
PRAT5		4		2,085	,720
Local					
PRAT1		2		8,836	,012
PRAT2		2		10,435	,005
PRAT3		2		3,159	,206
PRAT4		2		2,745	,253
PRAT5		2		3,343	,188

Fonte: Inq Enf2000.

De facto, trata-se de estratégias que surgem como resposta às lógicas da incerteza, dito no sentido de Crozier e Friedberg (1977) e de Teresa Ganhão (1993), fundadas na correlação dos critérios do domínio, da raridade e da necessidade e/ou insubstituibilidade dos seus saberes. Assim sendo, os saberes da enfermagem são mobilizados no sentido prático, quer em termos individuais e colectivos, para controlar a incerteza. Tal facto só pode ganhar expressão se as condições de exercício forem favoráveis, o que nem sempre se verifica, em virtude da omnipresença do controlo e da dominância médica. Daí a sua necessidade, para contornar a situação, de estabelecimento de redes de negociação, de alianças "compensatórias" com os auxiliares de acção médica, e o reforço da relação de ajuda ao utente. Verifico, assim, da leitura dos dados, uma grande diversidade das lógicas profissionais e organizacionais, assim como a presença de um vasto conjunto de fenómenos contrastantes que são vividos e partilhados pela enfermagem no interior das unidades sociais estudadas.

Efectivamente, é enfatizado pelos inquiridos, por um lado, que a génese da estruturação do campo da regulação, como um corolário da dinâmica endógena do grupo profissional nos processos de interacção e, por outro lado, é dado observar que fazem parte desta estruturação os processos de negociação e de mobilização das competências individuais e colectivas, como formas de exercício de poder para a maximização da autonomia da enfermagem no espaço de acção, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde. Trata-se de processos que conduzem à inteligibilidade, não só de uma maior visibilidade e importância das dimensões informais, dos aspectos clandestinos e não codificados de acção da enfermagem na regulação das suas relações, mas também é colocada a nu, a ideia de que nas organizações de serviços de saúde não é possível minimizar a componente informal. Em suma, é através de um modelo de regulação informal que a enfermagem propõe regras ao jogo dos actores, traduzindo este modo de regulação como um constructo social que institucionaliza outros constructos sociais na dinâmica organizacional.

Para uma melhor compreensão dos modos de percepção do grau de importância que os inquiridos atribuem à especificidade da componente informal e das lógicas culturalistas/utilitaristas de regulação global no sistema de produção de cuidados, submeti ainda à avaliação dos inquiridos uma escala de "valores

organizacionais”. Os resultados obtidos sugerem a presença de uma matriz simbólico-ideológica estruturada em torno de uma estratificação pronunciada de três blocos valorativos. O primeiro factor (VAL1), trata-se de uma estrutura simbólica mais relacionada com as questões de ordem individual, e reflecte fundamentalmente a partilha da importância da formação contínua e do “bom” ambiente de trabalho, sem conflitos entre os actores. Não menos importante é colocado neste bloco factorial, a importância das motivações e expectativas individuais, entre as quais a valorização da realização profissional, a realização pessoal, o prestígio junto dos utentes e a solidariedade entre os profissionais. Trata-se de um factor estruturante da integração da enfermagem no contexto de trabalho, fundada na importância da aprendizagem contínua das estratégias de mobilização das competências, das motivações e expectativas de ordem pessoal e colectiva, como ferramentas culturais/utilitaristas e como armadura psicológica para construir e “dominar” as relações afectivo-cognitivas e decisionárias na relação com os outros actores, entre os quais os seus pares e os utentes (Quadro 53).

O segundo factor (VAL2) presente na matriz simbólico-ideológica refere as questões de natureza organizacional (inovação e participação). É dado observar uma orientação valorativa do contexto de trabalho, fundada na inovação dos procedimentos na prestação de cuidados de saúde, na participação directa na gestão das actividades, na capacidade dos actores de trabalhar em equipa, na resolução de problemas através da partilha da tomada de decisão. Trata-se de um conjunto de valores organizacionais que permitem potenciar a visibilidade da enfermagem na regulação das acções, e que traduzem, em última instância, a valorização da sua afirmação na produção de cuidados. A confirmar esta ideia está a presença neste bloco de valorações, da percepção da importância da autonomia da enfermagem. É dado ainda observar, na matriz simbólica, um terceiro bloco de valores (VAL3), mais relacionado com uma questão tributária do não questionamento das decisões das hierarquias, o que reflecte um claro posicionamento de subordinação dos profissionais (Quadro 53).

Este conjunto de factores exprime uma condensação de uma certa simbologia organizacional associada a factores de ordem interna e externa, que resultam de aspectos relevantes do trabalho em enfermagem. Distinguem-se

claramente três grupos factoriais, provenientes da forma de valorização das categorias estruturais institucionais e administrativas, bem como as de ordem profissional e individual.

Quadro 53
Valores Organizacionais em Enfermagem

	Factor VAL1	Factor VAL2	Factor VAL3
actualização permanente dos conhecimentos	,765		
bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	,698		
realização profissional	,599		
realização pessoal	,597		
prestígio da profissão junto dos utentes	,560		
solidariedade entre os profissionais	,466		
inovação dos procedimentos		,786	
participação directa na gestão das actividades		,698	
capacidade de trabalhar em equipa		,683	
partilha na tomada de decisões		,607	
autonomia da profissão		,542	
aceitação das opiniões e sugestões das chefias			,715
remuneração			,702

Nota: Componentes da matriz rodada P15, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Se é verdade que o exercício do poder está ligado à noção de competência, tal como revelam Crozier e Friedberg (1977) e Friedberg (1994, 1995), na verdade é perceptível nas unidades estudadas que nem sempre as competências dos indivíduos e dos grupos são suficientes para enfrentarem a realidade, aceitando a subordinação. Assim sendo, por impossibilidade de contornar as lógicas estruturais dos contextos de trabalho e a pressão do poder das hierarquias, por incapacidade, e/ou ainda por ausência de competências para enfrentar de frente a complexidade dos jogos de cooperação em que os profissionais participam na produção de cuidados, não é de admirar que alguns profissionais se refugiem nos valores de ordem "material", a remuneração, "auto-excluindo-se" do confronto directo com as estruturas de acção colectiva.

«Muitas vezes não vale a pena. No hospital, ainda persiste (...) que quem manda são os médicos. Por isso, vale muito mais estar a cumprir as ordens do que chatear-me com outras coisas. Não é pelo tipo de trabalho. Julgo que eu, assim como certas pessoas enveredam pelos cuidados hospitalares pelo tipo de trabalho. (...) com as condições que

temos, o aspecto remuneratório também é muito importante na profissão. Pelo menos, a este ponto conseguimos obter uma certa satisfação» (E5 - Enf Hosp).

«Nunca perdi aquela vontade de trabalhar no hospital, e por um conjunto variado de circunstâncias pessoais e também profissionais... vim para cá. O centro onde estava, estava a decair um bocado. E muitos já só lá estavam pelo ordenado. (...) tomei a decisão de vir, e vim com muitas expectativas e muita vontade. Mas, a primeira coisa que me decepcionou logo, foi não poder ter tido a possibilidade de escolher um serviço para trabalhar. Os chefes lá sabem porquê» (E17 - Enf Hosp).

«Devíamos ganhar mais por aquilo que fazemos. Já temos uma formação superior, e somos mal pagos. Veja os médicos, o que eles ganham e o que nós ganhamos» (E27 - Enf CS).

«Anda tudo muito desmotivado. Fazemos o que tem de ser feito. Se houver mais incentivos, talvez as coisas fossem diferentes» (E10 - Enf CS).

A forma como a enfermagem tem vindo a manifestar as suas estratégias de produção e de reprodução das regras não só reforça a ideia de um domínio relacional desigual no seio da própria profissão, mas também, tal como referi anteriormente, coloca novamente em evidência que um dos grandes obstáculos do desenvolvimento da profissão de enfermagem no quotidiano de trabalho prende-se, quer com o cenário de subalternidade, quer pela presença de um vasto conjunto de constrangimentos materiais, estruturais e sociais na organização da produção de cuidados. É pela constatação destas questões que não é de admirar que os sistemas de regulação, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, sejam atravessados por um *puzzle* complexo de valores e orientações.

Na verdade, a matriz simbólica dos valores organizacionais não se apresenta de forma homogénea no seio dos entrevistados, encontrando-se os factores relacionados com os aspectos individuais (VAL1) e os de ordem organizacional (VAL2) intimamente relacionados com a condição na profissão, as clivagens de experiência vivenciada e profissional, bem como em função do tempo de serviço na organização. Em relação ao factor VAL2, verifiquei ainda que ele se apresenta com diferenças significativas entre as áreas geográficas, situação que pode traduzir que em cada uma das unidades estudadas parecem existir formas distintas de orientação quanto à inovação dos procedimentos e à participação directa na gestão das actividades quotidianas, nomeadamente no que se refere à

organização do trabalho em equipa, a partilha na tomada de decisões e à autonomia profissional. Os resultados da análise comparativa entre grupos e a análise de variância não paramétrica entre grupos não revelaram qualquer diferença significativa ao nível do factor VAL3 (Quadro 54).

Quadro 54
Valores Organizacionais em Enfermagem e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças Absolutas			Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
	Positivo	Negativo			
Organização					
VAL1	,111	,111	,000	,800	,544
VAL2	,126	,126	,000	,912	,377
VAL3	,072	,072	-,030	,520	,950
Sexo					
VAL1	,070	,000	-,070	,587	,881
VAL2	,069	,019	-,069	,578	,892
VAL3	,146	,000	-,146	1,215	,105

	Graus de Liberdade	Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários			
VAL1	6	14,122	,028
VAL2	6	19,641	,003
VAL3	6	7,828	,251
Categ. Profissional			
VAL1	3	18,281	,000
VAL2	3	12,967	,005
VAL3	3	4,368	,224
Antig. Profissão			
VAL1	4	14,927	,005
VAL2	4	21,154	,000
VAL3	4	4,350	,361
Antig. Organização			
VAL1	4	27,115	,000
VAL2	4	16,528	,002
VAL3	4	4,029	,402
Local			
VAL1	2	3,786	,151
VAL2	2	18,860	,000
VAL3	2	3,810	,149

Fonte: Inq Enf2000.

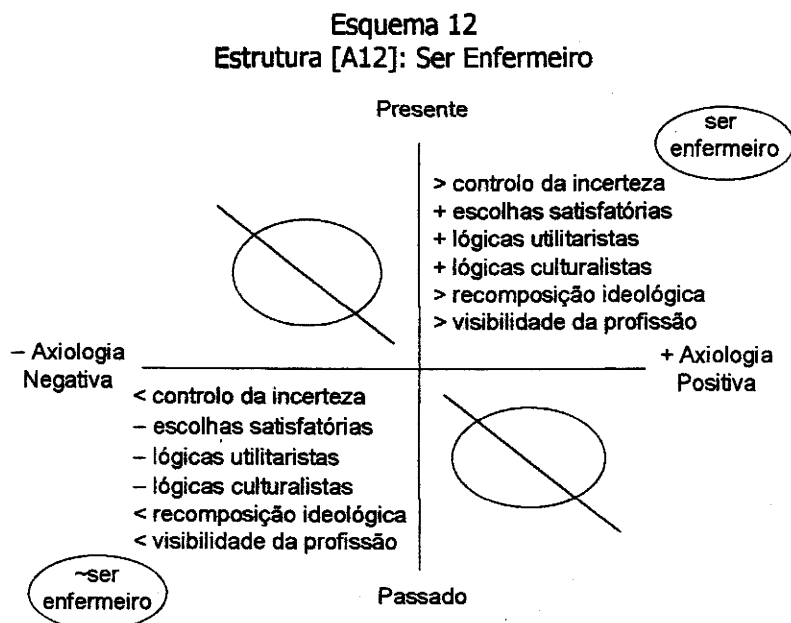
A constatação desta realidade coloca ainda em evidência que o jogo da enfermagem face às distintas situações que enfrenta no quotidiano é atravessado por estratégias racionais, mas limitadas, realizadas em função de constrangimentos organizacionais e das clivagens intergeracionais e profissionais, assim como dos objectivos que cada categoria do grupo persegue e dos meios de acção que cada actor privilegia. Admito, assim, que o desejo da enfermagem em afirmar a sua visibilidade e autonomia profissional esbate-se com as relações assimétricas de poder materializadas pelas políticas organizacionais dos médicos e

dos administrações/directores dos hospitais e dos centros de saúde.

Efectivamente, os constrangimentos existentes, devidos às particularidades do funcionamento organizacional (hospitais/centros de saúde), ou em virtude da omnipresença de uma certa dominância médica, quer ainda devido à (in)capacidade de percepção psicológica da própria enfermagem de controlar todas as zonas de incerteza, constituem limitações deste grupo profissional para conceber uma organização da prática com uma maior autonomia. Face a esta realidade, não posso deixar de admitir que as suas acções são atravessadas por uma racionalidade limitada. Por outro lado, sendo o contexto real de trabalho moldado por uma profunda interacção de elementos de regulação, de constrangimentos e de coalisão externa e interna, perspectivando que a escolha de uma decisão na acção organizada da enfermagem é sempre feita por referência a um esquema simplificado, limitado e aproximativo da situação desejada.

Neste sentido, os resultados revelam que a organização da prática raramente deriva de uma "escolha óptima" da enfermagem, mas antes e na maior parte das situações são formuladas apenas em função de um conjunto de julgamentos, ditos "julgamentos satisfatórias", sobre a sua oportunidade de acção no quotidiano de trabalho. Na verdade, no centro da sua acção é colocada uma lógica utilitarista/culturalista. Efectivamente, é através desta perspectiva de utilitarismo e de cultura que a enfermagem procede à recomposição ideológica que sustenta a retradução e a assimilação local das tarefas delegadas pelos médicos, reconvertendo-as como suas. É pela constatação deste facto que é possível afirmar que, apesar dos constrangimentos, a enfermagem não se afasta da luta pela sua afirmação para uma maior visibilidade sócio-organizacional, já que, quer na leitura dos dados quantitativos, quer na interpretação das estruturas de sentidos captadas nas entrevistas, nomeadamente as [A10] e [A11] evidenciam elementos de regulação não redutíveis a uma mera posição de auto-exclusão estatutária. Pelo contrário, tal como se encontra esquematizado na estrutura [A12], «ser enfermeiro»/«~ser enfermeiro» reflecte uma perfeita clivagem entre o passado e o presente, entre uma orientação axiológica positiva e negativa, que potenciam dois campos opostos de acção, que se traduzem numa oposição entre um passado mais dependente contra um presente mais activo, apesar das racionalidades limitadas que contrangem as suas escolhas óptimas nos diferentes

contextos concretos de acção.



Fonte: Ent Enf99.

Uma outra conclusão que se retira dos dilemas da organização do trabalho e da prática em enfermagem, é que se reflectem no núcleo central do pensamento estratégico dos enfermeiros dos hospitais e dos centros de saúde um conjunto de clivagens de estratificação profissional e por efeitos intergeracionais e intraprofissionais. Os mais jovens, com uma categoria profissional mais baixa, com menor antiguidade na profissão e na organização apresentam posicionamentos distintos dos seus colegas de hierarquia mais elevada, com maior idade, antiguidade na profissão e de tempo de serviço na organização. Porém, esta realidade não exclui que se manifestem concordâncias nas verbalizações dos actores uma nova orientação das suas relações no trabalho, quer ao nível da necessidade de introduzir processos graduais de ruptura com o seu passado. A inovação, a participação directa na gestão, o trabalho em equipa, a intervenção na tomada de decisão e a autonomia, são as novas referências, nomeadamente dos mais novos, que apelam para reestruturação da regulação na organização do trabalho nas diferentes unidades estudadas (Quadros 55 e 55A).

Quadro 55
Valores Preferenciais para a (Re)Organização do Trabalho em Enfermagem
Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 1

Id	Valor teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº.
AN05	-4.94	Aprof ≥ 25A	antiguidade na profissão	71.00	14
AN05	-4.82	Aorg ≥ 25A	antiguidade na organização	57.00	15
GE07	-4.03	≥ 50A	grupos etários	39.00	16
1551	-3.80	P155menos imp	realização profissional	3.00	17
1542	-3.33	P154importante	realização pessoal	31.00	18
P62	-2.85	enf graduado	categoria profissional	207.00	20
P1B1	-2.64	Evora	local	262.00	21
Zona Central					
P1B3	2.16	Portalegre	local	84.00	66
AN02	2.47	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	67
AN01	2.47	Aorg ≤ 9A	antiguidade na organização	76.00	68
AN01	2.58	Aprof ≤ 9A	antiguidade na profissão	88.00	69
1512	2.84	P151importante	capacidade de trabalhar em equipa	169.00	70
AN02	3.53	AOrg10a14A	antiguidade na organização	191.00	71
1513	4.45	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	248.00	72
1533	6.78	P153mais import	Remuneração	310.00	73
15d3	7.11	P1513mais import	autonomia da profissão	328.00	74
1583	7.80	P158mais import	inovação dos procedimentos	318.00	75
1593	7.82	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	345.00	76
15a3	8.27	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	348.00	77
1563	8.44	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	353.00	78
1573	9.60	P157mais import	participação directa no planeamento actividade	351.00	79
15c3	11.10	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	404.00	80
15b3	12.22	P1511mais import	actualização permanente dos conhecimentos	399.00	81
1543	12.50	P154mais import	realização pessoal	403.00	82
1553	13.17	P155mais import	realização profissional	403.00	83
1523	13.41	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	417.00	84

Fonte: Inq Enf2000.

Na verdade, tendo presente as características do núcleo central das estruturas de sentido captadas nos diferentes "corpus" dos discursos e o perfil dos dados quantitativos interpretados, sou levado a concordar que se manifesta com clareza a presença dum interesse da enfermagem em reforçar de forma incontestável a recomposição ideológica e outras manifestações e disposições estratégicas, no sentido do ajustamento dos seus sentimentos de autonomia face a outros actores de cada um dos pequenos sistemas sociais de acção estudados. Assim, todo o discurso da enfermagem é marcado por fortes representações sobre a importância da visibilidade social, sobre a necessidade de actuação técnica e científica dentro de um quadro de referências teórico-metodológicas específicas, sobre a importância da afirmação da sua dignidade e lugar na organização da prestação de cuidados. Trata-se de novos vectores, que se resumem, em última instância, na disputa com os médicos pela posse do prestígio e da confiança na relação com o utente.

Quadro 55A
Valores Preferenciais para a (Re)Organização do Trabalho em Enfermagem
Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 2

Id	Valor teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº.
1573	-12.08	P157mais import	participação directa no planeamento actividade	351.00	1
1563	-11.90	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	353.00	2
1583	-10.42	P158mais import	inovação dos procedimentos	318.00	3
15a3	-9.99	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	348.00	4
1543	-9.78	P154mais import	realização pessoal	403.00	5
1553	-8.91	P155mais import	realização profissional	403.00	6
1533	-8.88	P153mais import	remuneração	310.00	7
15b3	-8.65	P1511mais import	actualização permanente dos conhecimentos	399.00	8
15c3	-8.00	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	404.00	9
15d3	-7.70	P1513mais import	autonomia da profissão	328.00	10
1593	-6.96	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	345.00	11
1513	-6.05	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	248.00	12
AN02	-5.78	AOrg10a14A	antiguidade na organização	191.00	13
1523	-5.74	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	417.00	14
AN02	-5.26	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	15
P61	-4.72	enfermeiro	categoria profissional	150.00	16
GE02	-3.57	25a29A	grupos etários	61.00	20
GE01	-3.10	≤ 24A	grupos etários	39.00	21
Zona Central					
P62	4.76	enf graduado	categoria profissional	207.00	64
AN05	5.51	AOrg ≥ 25A	antiguidade na organização	57.00	65
15d2	5.62	P1513importante	autonomia da profissão	88.00	66
1581	5.65	P158menos imp	inovação dos procedimentos	9.00	67
1512	5.77	P151importante	capacidade de trabalhar em equipa	169.00	68
1532	6.64	P153importante	remuneração	90.00	69
1531	7.55	P153menos imp	remuneração	32.00	70
15d1	7.79	P1513menos imp	autonomia da profissão	14.00	71
1561	7.96	P156menos imp	solidariedade entre os profissionais	12.00	72
15a2	8.31	P1510importante	partilha na tomada de decisões	69.00	73
1592	8.45	P159importante	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	67.00	74
1522	8.45	P152importante	prestígio da profissão junto dos utentes	14.00	75
15a1	9.87	P1510menos imp	partilha na tomada de decisões	10.00	76
1571	10.05	P157menos imp	participação directa no planeamento actividade	12.00	77
1582	10.27	P158importante	inovação dos procedimentos	91.00	78
1562	10.39	P156importante	solidariedade entre os profissionais	68.00	79
15c2	10.66	P1512importante	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	29.00	80
1572	10.67	P157importante	participação directa no planeamento actividade	64.00	81
15b2	12.07	P1511importante	actualização permanente dos conhecimentos	34.00	82
1552	12.25	P155importante	realização profissional	26.00	83
1542	13.61	P154importante	realização pessoal	31.00	84

Fonte: Inq Enf2000.

Efectivamente, existe uma certa convergência entre a enfermagem hospitalar e dos centros de saúde no sentido da procura do reforço da legitimação da sua recomposição ideológica e afirmação "profissional" (Lopes 1994), como forma de conceptualização uma de nova prática baseada na "expertise" (Freidson 1998) para a execução de um trabalho técnico, independente do acto médico e demais hierarquias decisórias. São precisamente estas questões que traduzem, não só uma vontade do grupo em aderir a um novo modelo "identitário" e "profissional", mas fundamentalmente, enfatizam a legitimidade e a necessidade da sua própria autoridade disciplinar, face às hierarquias decisórias, entre os quais

os médicos e os administradores hospitalares/directores. Define-se, assim, como particularidade do quadro de racionalidades dos actores, do discurso de mudança e dos dilemas da organização e das práticas quotidianas, uma orientação estratégica que acentua a importância da autonomia, ou melhor da delimitação das fronteiras de actuação entre os médicos e os enfermeiros, e a refutação de práticas fundadas na rotinização e meramente nos saberes práticos.

Porém, este conjunto de resultados que revelam que a disposição da enfermagem para o "jogo cooperativo" na produção de cuidados, enquadra-se num dilema de prisioneiro das suas contingências e dos constrangimentos organizacionais e profissionais. Se é verdade que os dados empíricos e os discursos captados revelam com evidência que a assimilação local das tarefas delegadas pelos médicos e a delegação de tarefas marginais para os auxiliares emergem dentro de um quadro utilitarista e simbólico-ideológico para a enfermagem, a verdade é que, subjaz nesta realidade de dupla delegação, diversos campos nebulosos e contradições. São as contradições entre a prática efectiva e as orientações para uma maior demarcação face à dominância médica, mas que acabam por redundar na tradicional dependência ao saber-poder médico. São as contradições entre a necessidade de afirmação do seu fechamento profissional, o controlo da exclusividade e jurisdicional dos conteúdos do seu trabalho, e a dificuldade de afirmação da sua autonomia e da sua visibilidade social.

Parece-me que, numa primeira aproximação, as múltiplas formas de cooperação existentes nas relações profissionais da enfermagem desenvolvem-se dentro de um princípio de utilidade e de cultura, modeladas por vantagens e desvantagens, e pelo confronto de interesses particulares. Este quadro de interesses, utilitaristas e culturalistas, onde a enfermagem intervém para representar um papel na produção de cuidados de saúde, certamente não se processa de forma mecânica. Seria ingénuo da minha parte admitir tal facto. Esta questão leva-nos a outra. Trata-se da questão das formas de regulação informal que os enfermeiros concebem no quotidiano de trabalho, nomeadamente para fazer face às clivagens de orientação formuladas pelo médicos. Isto porque, ao verificar que a organização continua a funcionar, apesar da existência de jogos de interesses mútuos e divergentes, as leituras da realidade formal e das regras produzidas (Friedberg 1995) no âmbito de uma regulação social de controlo

(Reynaud 1994), enquanto acção deliberada e consciente das hierarquias e dos gestores das organizações de serviço de saúde, tornam-se insuficientes para explicar e elucidar as lógicas comportamentais dos enfermeiros.

Face ao exposto, considero que é de aceitar a hipótese de que o quotidiano da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde é moldado por lógicas de subordinação, bem como por eventuais clivagens e problemas de afirmação profissional e de visibilidade sócio-organizacional.

Em suma, através da leitura efectuada sobre a contextualização da enfermagem na produção de cuidados, sobre os seus discursos de mudança, as suas formas de (re)construção da racionalidade e dos sistemas de acção, foi possível descodificar e identificar uma das principais questões sobre a realidade deste grupo profissional: a ideia de que as práticas de enfermagem são sempre contingentes e que resultam de uma dupla ruptura entre os constrangimentos, as regras e a matriz simbólico-ideológica que modelam as suas orientações profissionais e organizacionais no quotidiano do trabalho.

3.2. A Enfermagem e as Configurações da Participação Directa

Em função do exposto no capítulo anterior, na actualidade, a enfermagem das Unidades hospitalares e dos centros de saúde estudados apresenta um jogo cooperativo como resultado de um processo construído e contingente de troca e de negociação. Trata-se de um jogo cujas regras tropeçam nos seus interesses e nas relações de poder, da qual não escapam os desejos de autonomia, de controlo e de afirmação da sua identidade na dominância dos diferentes contextos de produção de cuidados. De facto, o que ressalta no núcleo central dos dados empíricos descritos anteriormente é a evidência da não independência das práticas de enfermagem, quer do seu contexto de acção, quer dos seus modos da cooperação no processo de produção de cuidados, cuja estruturação condiciona a sua matriz simbólico-ideológica, a sua racionalidade e as suas acções, ao mesmo tempo que é modelada por elas.

Se, por um lado, não sendo possível olhar as acções da enfermagem separadas, quer dos contextos organizacionais, quer dos interesses dos actores, individuais e colectivos, quer das interdependências que regulam e governam o quotidiano da produção de cuidados e, por outro lado, pelo facto de ter colocado em evidência, no capítulo anterior, que os actuais discursos de mudança e estratégias da enfermagem sobre a organização e a gestão das práticas assentam na importância da participação directa, coloco o seguinte: Qual é o significado e a importância da participação directa para a enfermagem? De facto, para o estudo do processo participativo, interessa-me interrogar, não só o significado da participação para a enfermagem, mas também, saber das razões da sua introdução, dos processos utilizados para o seu desenvolvimento. Mais, interessa-me ainda conhecer quais as formas e quais os efeitos que eventualmente tenham sido gerados para a mudança e a melhoria das condições de trabalho em enfermagem.

3.2.1. Primeiro Olhar: Mecanismos Geradores da Participação Directa e as Lógicas da sua Rejeição

Num primeiro momento, pareceu-me, à luz dos dados descritos anteriormente sobre os valores organizacionais partilhados pela enfermagem, ser possível deduzir que a ideia da participação directa na produção de cuidados constitui uma forma deste grupo ganhar uma maior autonomia, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde. Se é verdade esta questão, então, uma outra questão se levanta. A participação directa não pode ser perspectivada como um mero processo gestor de reorganização do trabalho, assente no envolvimento dos enfermeiros, na consulta e na tomada de decisão. Ou seja, enquanto acção da enfermagem, a participação directa não pode ser entendida como um processo unilateral dos responsáveis das organizações, antes porém, resulta da acção estratégica dos enfermeiros. Mas, como é que os enfermeiros engendram esta estratégia? Quais são as instâncias organizacionais que permitem facilitar ou dificultar as acções da enfermagem no sentido da promoção de uma gestão participativa na organização do trabalho?

Trata-se, assim, de considerar a presença de factores associados à aceitação e/ou rejeição da participação directa dos enfermeiros na organização do seu trabalho, admitindo a possibilidade desta situação dual estar relacionada com os efeitos de contingência da acção. Efectivamente, esta problemática está relacionada com a hipótese de que as razões de adopção de formas de participação directa ao nível da organização do trabalho dos enfermeiros reflectem uma necessidade dos profissionais em dar resposta a factores, internos e externos dos contextos de trabalho, entre os quais os relacionados com a autonomia profissional, as reivindicações sindicais e/ou da ordem dos enfermeiros, e as iniciativas governamentais, da administração central e regional e/ou das direcções dos serviços de saúde. Para exploração desta hipótese, considere dois conjuntos de dados. Em primeiro lugar, uma análise da estrutura de sentido sobre as razões de adesão e rejeição. Posteriormente, uma análise factorial para a descodificação da matriz quantitativa dos factores caracterizadores de cada uma destas

situações. Para complementar a leitura, é ainda apresentada uma síntese da classificação hierárquica dos segmentos de códigos significativos presentes no discurso dos actores.

Assim sendo, com base nos dados qualitativos recolhidos, considero que a utilização pela enfermagem de processos de participação directa assume um lugar de destaque nos contextos do seu trabalho. Segundo os testemunhos recolhidos, para alguns enfermeiros, esta forma de participação representa um processo de envolvimento dos profissionais sobre os diferentes aspectos do funcionamento dos serviços e assuntos que os afectam (p.e. formação e avaliação de desempenho). Daí que, para os mesmos, nomeadamente para aqueles que possuem funções de gestão, a participação não se trata de uma mera técnica de gestão dos serviços dirigida à motivação dos enfermeiros e de rentabilização do trabalho, antes porém trata-se de um valor essencial nas orientações profissionais do grupo.

«A participação é importante. Há muitas situações. Não estamos só a cumprir. Há estratégias de saúde. Mas nós temos o nosso plano de acção. (...) As pessoas envolvem muito quando há projectos. Por exemplo, em termos de formação (...), temos muitos grupos de trabalho onde estão enfermeiros. Um desses grupos de trabalho tem um enfermeiro responsável pela formação em serviço. Todos os serviços têm esses enfermeiros que fazem a inter-ligação com a enfermeira que está no departamento de formação do hospital. A formação surge das necessidades que os enfermeiros sentem. É planeada, programada e discutida. Vemos se no serviço há um grupo que seja capaz de desenvolver um tipo de trabalho. Essas pessoas fazem um grupo e onde desenvolvem um trabalho e apresentam ao resto do grupo, e é feito um plano de formação nesse serviço. Apesar de existir também os congressos e a formação que a instituição programa, eu procuro falar sempre com os colegas sobre as formações que possam melhorar a qualidade dos serviços. O enfermeiro diz que está interessado e se houver disponibilidade em termos de horário, e quiser participar nos grupos, se o tema for oportuno, é evidente que tem todo o meu apoio. O que interessa aqui é também a satisfação dos profissionais» (E8 - Enf Hosp).

«Quando é alguma coisa nova ou algum problema no serviço, é discutida pela equipa, porque se forem mais a pensar é melhor, procuramos uma gestão participativa» (E11 - Enf Hosp).

«Hoje, a enfermagem exige cada vez mais uma maior participação. Já não estamos no tempo dos louros estarem só nos médicos. Queremos a nossa melhoria da qualidade dos serviços, queremos a nossa satisfação profissional. Quando falamos de participação, falamos também de trabalho de grupo, onde exigimos uma forte participação de todos. Mas de facto o que queremos com a participação, por exemplo, no planeamento das actividades do centro de saúde, é que se defina de

vez as responsabilidades que cabem à enfermagem. De uma forma geral, todo o processo de trabalho e das decisões sobre o plano, a organização e a resolução dos problemas, é discutido e participado pela base, quer dizer, por todos os enfermeiros. É claro que haja quem não participe. Não são obrigados» (E1 - Enf CS).

«um dos assuntos que tem envolvido mais a participação directa dos enfermeiros é a avaliação de desempenho. O enfermeiro faz o seu plano de actividade anual. Os que tem projectos profissionais desenvolvem-nos encaminhados pelo chefe. Nós fazemos sempre planos de actividade anuais; discutimos os temas para que todos enfermeiros saibam o que estão a fazer. E como tenho um grupo grande, quando algum enfermeiro tem um problema ou em termos de prestação de cuidados ou em termos relacionais, se for necessário eu faço entrevistas informais para resolver a questão. Se a questão se desenvolver dentro do que está previsto para 'normal', normalmente faço uma entrevista no fim do ano para avaliar a questão. É claro que tudo corre melhor se houver uma participação directa dos enfermeiros no processo e não olhar a avaliação, como se estive a cumprir a lei. Eu procuro envolver todos» (E8 - Enf Hosp).

Verifica-se, assim, numa primeira aproximação às unidades estudadas, que no seio da enfermagem existem algumas formas gestionárias de organização participativa, relativamente descentralizadas e objectivadas não só à melhoria da qualidade das práticas em enfermagem, à avaliação de desempenho e à satisfação profissional, mas também à valorização da enfermagem nos diferentes contextos de trabalho. São as comissões de estudos, os grupos de trabalho para a resolução de problemas, as reuniões para a discussão dos planos de actividades, para o acompanhamento da avaliação do desempenho, etc.

«A avaliação do desempenho é um modelo muito complexo. Requer grande disponibilidade do enfermeiro chefe que tem que ter registos de observação, é um processo complicado. Mas os nossos avaliadores têm formação para isso. Fez-se muita formação para isso. Temos planeado e investido muito na formação. Penso que há grande participação neste campo. Reunimos para definir os temas. Temos privilegiado a formação continua, a formação em serviço, a formação para dar resposta aos problemas do serviços» (E12 - Enf Hosp).

«Os critérios de avaliação são discutidos com todos. A avaliação de desempenho é feita por serviços. Há um regulamento, mas procuramos adaptar as nossas sugestões, incidindo sobre as competências ou nos projectos individuais dos enfermeiros para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a promoção da satisfação. É evidente que, como tudo, depende da participação evidente dos enfermeiros na persecução dos objectivos do serviço e da instituição» (E34 - Enf Hosp).

Efectivamente, os fragmentos descritos anteriormente ilustram ainda que a participação directa nas decisões potencia a sua ruptura com o passado de subordinação, mas também se trata, quer de um estilo estratégico de prática organizacional objectivado ao cumprimento das necessidades organizacionais, quer de um interesse do grupo na introdução de medidas correctoras na organização da produção de cuidados de enfermagem. Vejamos.

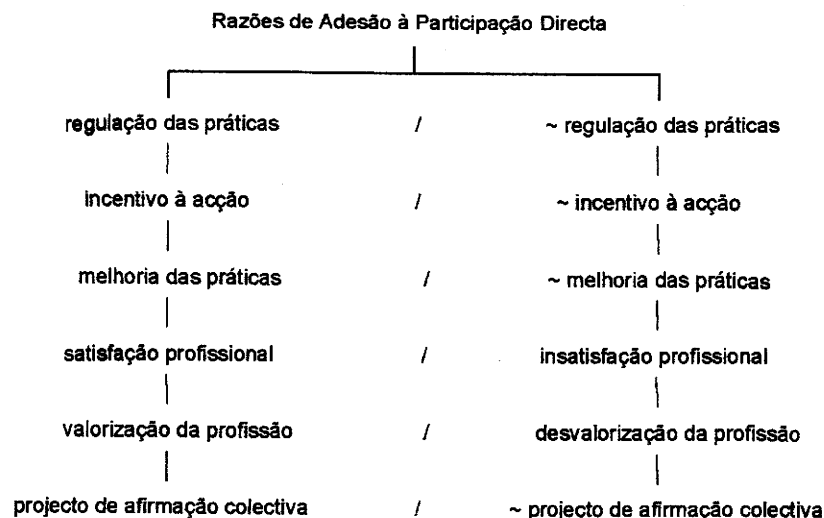
«Damos importância à participação. Se não houvesse participação não seria possível melhorar o serviço. É claro que nem todos pensam assim. Penso que há uma gestão participativa para a resolução dos nossos problemas. Fazemos reuniões para isso, discutimos as nossas preocupações, procuramos encontrar as melhores soluções para os nossos problemas. Por exemplo, agora que a formação está na moda, é o que temos vindo a fazer. Formamos grupos de estudos. No dia-a-dia, para resolver outras questões como os turnos, a classificação dos doentes, os processos de enfermagem, etc., se não nos entendemos entre nós, é impossível mostrar que a enfermagem de hoje, tem uma metodologia de trabalho e que não estamos cá só para aplicar as prescrições dos médicos» (E22 - Enf Hosp).

«Para falar de participação, o melhor é falarmos com o exemplo do planeamento. Para já temos de falar a nível sub-regional, porque o plano de actividades sub-regional, como a metodologia de planeamento foi renovada no último ano. O plano de actividades da sub-região, ainda é coincidente com o plano de actividades do centro de saúde. Depois de 1999, os centros de saúde já dispõem de um plano de actividades próprio. É evidente que respeita o plano de actividades sub-regional que, por sua vez, irá respeitar a estratégia regional de saúde, que, por sua vez, vai respeitar a estratégia nacional, portanto essa metodologia de planeamento em cascata é ainda nova. Como tal, o plano de actividades da sub-região é de certo modo coincidente com a estrutura global dos planos de actividade dos Centros de Saúde. É evidente que as metas a atingir serão adequadas à realidade de cada centro de saúde. Os programas são rigorosamente comuns. Para nós, aquilo que nós pretendemos é que se determine num documento que será chamado plano de actividades de enfermagem, qual a quota parte de responsabilidade que a enfermagem vai ter de atingir ou não, nos objectivos desse plano de actividades. Até aqui tem existido sempre uma área digamos que cinzenta. (...) A partir do momento em que haja um plano de actividades de enfermagem, há um conjunto de actividades que se não forem executadas, eu sei que as responsabilidades são dos enfermeiros. Apesar de haver trabalho em equipa, significa que há objectivos comuns, mas também significa a existência de actividades complementares, (...) actividades de ninguém e de toda a gente, as actividades tem que ser dadas a este elemento ou àquele. Podem existir objectivos comuns, mas não significa que haja uma mistura e confusão de actividades. Logo ao existir um plano de actividades, construída e participada pela enfermagem, eu vou ser capaz de saber se uma determinada actividade ao ser executada, se essa responsabilidade é da enfermagem ou não. Assim, a enfermagem tem que assumir, se essa actividade foi

executada no planeamento e em principio atingida, então os louros serão para a enfermagem» (E2 Enf CS).

A estrutura de sentido [A13] sistematiza o que acabei de referir. Enfatizo nos diferentes códigos de disjunção e de conjunção a presença de uma orientação estratégica da enfermagem no sentido da apropriação da participação directa como um projecto de acção colectiva, dirigido à construção de uma clara demarcação com o passado, através da regulação efectiva das práticas e o incentivo à acção, ao planeamento das mesmas, potenciando desta forma um maior envolvimento dos profissionais para a melhoria da qualidade das suas práticas. Trata-se, assim, de uma nova lógica que ultrapassa a mera consideração da participação como técnica gestionária, antes porém tal processo constitui um vector fulcral para a conquista de maiores espaços de valorização profissional, e consequentemente de visibilidade da profissão na estrutura da produção de cuidados (Esquema 13).

Esquema 13
Estrutura [A13]: Adesão às Práticas de Participação Directa em Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

De uma forma global, existe uma elevada propensão para considerar que a participação directa constitui uma prática corrente em ambas as áreas de prestação de cuidados, não se tratando apenas de uma ideia gestionária. Aliás, os

dados quantitativos descritos no Quadro 56, ilustram esta realidade. Para 80,93% dos enfermeiros dos hospitais, a participação directa faz parte das suas orientações quotidianas para a organização e gestão dos serviços. Uma percentagem ligeiramente superior é encontrada ao nível dos centros de saúde. A este nível são cerca de 86,67%.

Quadro 56
Importância da Participação Directa em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% sim	% não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	377	80,93	16,24	2,84
2	Centro de Saúde (D, E, F)	58	86,67	10,00	3,33

Fonte: Inq. Enf2000.

Retomando a análise dos testemunhos produzidos, apesar da presença de uma manifesta adesão aos princípios da participação directa em ambas as áreas, pude verificar ainda que existem vozes discordantes. Trata-se de oposições, quanto ao alcance dos resultados que tais práticas podem proporcionar à melhoria da qualidade dos cuidados, à satisfação profissional, à melhoria das condições de aperfeiçoamento profissional, em suma, ao maior envolvimento directo dos profissionais nas tomadas de decisão sobre os assuntos que os afectam. Acrescentam ainda tais vozes discordantes que tais processos traduzem apenas jogos das hierarquias directas e das administrações e direcções dos serviços, razão pela qual são considerados instrumentos manipuladores dos profissionais. Para estes enfermeiros, tais processos põem ainda em causa a legitimidade das organizações representativas, tais como os sindicatos na luta pela melhoria das condições de trabalho, contribuindo, assim, para a erosão da força do grupo profissional.

«Esta história da participação é uma "treta". Já está tudo decidido à partida. O que ganho com isso? Não melhora o trabalho. Ainda fico com mais» (E24 - Enf Hosp).

«Com o tempo que temos, tudo tem de ser feito fora das horas de trabalho. (...) Às vezes tratam-se de assuntos nas reuniões que se vêm que andam a lançar poeira aos meus olhos. Só se fala que A e B tem de fazer. Inventam-se papéis para nós preenchermos, rouba-nos o tempo e quem perde é o utente. Ninguém vê que não temos tempo, nem para avaliar como deve ser aquilo que fazemos. É só fazer e fazer» (E9 - Enf

CS).

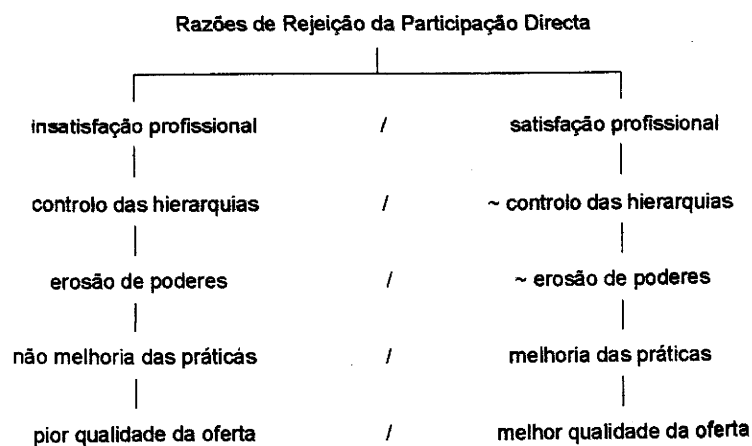
«Eu já estou farto das reuniões. A malta nova é que gosta. Ainda estão verdes. Dizer que a participação dá-nos mais força, não é verdade. No serviço continua tudo na mesma. São os médicos que mandam e estamos cá para os servir. Acho que não precisamos de tantas reuniões para isto e aquilo. As condições de trabalho que temos, se tem de ser melhoradas, cabe aos chefes olharem. É para isso que eles são chefes e não é para andarem metidos nos gabinetes. O que a gente precisa é de um sindicato mais forte que saiba lutar contra tantas horas extraordinárias que fazemos, que saiba lutar para abrir mais concursos. Os sindicatos precisam de lutar para novas regras para a enfermagem. Cada vez mais é preciso definir melhor o que cabe aos enfermeiros e aos médicos. É para isso que a gente desconta. Com as reuniaozinhas dos serviços, não vamos lá e tiramos a força ao sindicato» (E13 - Enf Hosp).

«No hospital, os enfermeiros não têm uma participação alargada na decisão. A participação é mais na tarefa. É engraçado que nos primeiros tempos não me tinha apercebido disso, e hoje apercebo-me. No hospital, se fossemos ver num feriado, num fim-de-semana só quem está a trabalhar são os enfermeiros. Os médicos só estão os do Banco. E se metermos um feriado, mais uma ponte, e não sei que mais, os serviços ficam praticamente 4 ou 5 dias sem um médico. É evidente que nos centros de saúde aqueles que tiverem a possibilidade de fechar, fecham e pronto. Eu penso que no hospital somos apenas a mão-de-obra barata» (E17 - Enf Hosp).

A constatação de algumas clivagens no *corpus* dos testemunhos recolhidos, permite-me considerar que existem razões de não adesão. Na estrutura de sentido [A14] é dado observar uma síntese da isotopia de «rejeição da participação directa», onde se oferece uma perspectiva dos códigos de não propensão dos profissionais aos valores da participação directa, intimamente relacionada com o descrédito sobre as potencialidades deste processo, nomeadamente no contributo para o ganho de maiores possibilidades de poder na organização e no quotidiano de trabalho. Igualmente se nota nos códigos da estrutura uma manifesta clivagem de [insatisfação no trabalho] vs. [satisfação no trabalho], que se traduz exactamente que os processos participativos constituem apenas mecanismos de controlo hierárquico e que não lhes oferecem uma melhoria das condições de trabalho (Esquema 14). Daí que seja possível admitir que a rejeição da participação directa esteja mais relacionada com a forma como os profissionais avaliam e perspectivam a dupla erosão dos poderes profissionais, para a construção de melhores práticas, para a melhoria da qualidade nos serviços, quer ainda no que se refere à consolidação das capacidades de acção das organizações

representativas.

Esquema 14
Estrutura [A14]: Rejeição às Práticas de Participação Directa em Enfermagem



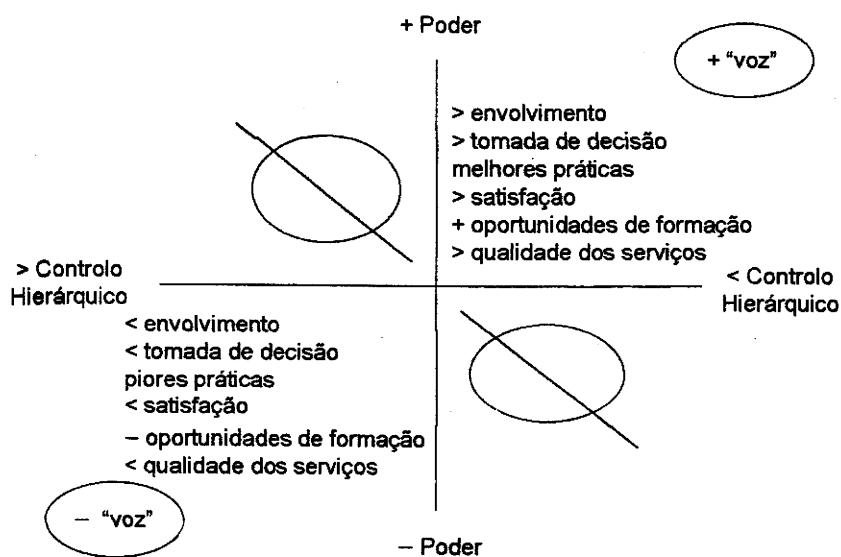
Fonte: Ent Enf99.

A conjugação da leitura das estruturas [A13] e [A14], oferece ainda a possibilidade de se obter um sistema cruzado de códigos [A15], onde se descrevem dois campos opostos da estrutura de sentido dos testemunhos, delimitados por dois eixos: um eixo do poder profissional e um outro sobre o controlo hierárquico. Efectivamente, na estrutura [A15] é dado observar que as modificações ao nível da organização do trabalho, desenvolvidos através da participação directa, dependem directamente do tipo de serviço, dos conteúdos do trabalho e da relação que se estabelece entre os profissionais e as hierarquias, e entre o grupo com os outros profissionais, tais como os médicos. Por outro lado, também é colocado em evidência, que a melhoria das condições de trabalho, da qualidade do serviço, da satisfação, entre outras questões, não dependem apenas do grau de profundidade da participação por parte dos próprios enfermeiros, mas também da regulação das oportunidades que os próprios contextos de trabalho oferecem para que os mesmos possam ter [+ voz] vs. [- voz] para a [> tomada de decisão] vs. [< tomada de decisão] para desenvolver com autonomia o seu trabalho (Esquema 15).

Sob o ponto de vista da organização do segmentos significativos do discurso, as estruturas [A13], [A14] e [A15] colocam em evidência um conjunto de instâncias discursivas que sustentam que as razões de adesão e de rejeição são

movidas essencialmente por factores de natureza estrutural e estruturante dos jogos, quer da regulação da organização, quer da expressão ideológica profissional, sobre formas distintas de melhoria das suas condições de trabalho e de visibilidade da profissão. Para aprofundar a exploração desta questão, submeti à avaliação dos inquiridos duas escalas, sendo uma referente a itens potenciadores da adesão à participação directa e a outra referente aos critérios que presidem à rejeição dos processos participativos. Vejamos os resultados da análise factorial às escalas.

Esquema 15
Estrutura [A15]: Regulação da Participação Directa em Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

Em relação à escala das razões de adesão, verifica-se uma percepção dos inquiridos orientada por três factores. O primeiro factor APD1 explica uma orientação dos enfermeiros na valorização da participação directa como forma de afirmação da visibilidade da enfermagem, através do envolvimento e acesso a poderes de decisão. O factor APD2 ilustra uma orientação da participação directa intimamente relacionada com a necessidade de dar resposta às exigências legais e de gestão. Trata-se da percepção da importância das formas de coalisão externa e interna na produção de processos participativos. Quanto ao factor APD3, trata-se de uma estrutura factorial que revela uma relação da participação directa com os

resultados das práticas dos inquiridos e as oportunidades que tais processos possam proporcionar para a melhoria contínua dos seus conhecimentos. Na verdade, trata-se de um factor que explica e ilustra a importância da participação directa no contributo, quer da satisfação dos profissionais, quer da qualidade de vida dos mesmos (Quadro 57).

Quadro 57
Análise Factorial das Razões de Adesão da Participação Directa em Enfermagem

	Factor APD1	Factor APD2	Factor APD3
acesso dos enfermeiros a "poderes" na decisão	,770		
exigência dos enfermeiros	,743		
sentimento de envolvimento nos assuntos relacionados com o trabalho na instituição	,504		
requisitos da legislação		,840	
necessidade de redução de custos		,707	
exigência das organizações representativas		,627	
seguir o exemplo de outras organizações		,614	
a participação directa é uma filosofia global que orienta todas as acções organizativas		,519	
necessidade de melhorar a qualidade do serviço			,837
incentivo ao aperfeiçoamento contínuo			,725
qualidade de vida profissional			,659
satisfação dos profissionais			,587

Nota: Componentes da matriz rodada P27, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Sob o ponto de vista da importância destes factores e a sua relação com as características sociográficas dos actores, os resultados sistematizados no Quadro 58 sugerem que os três factores identificados não apresentam diferenças significativas em termos de áreas de produção de cuidados, nem com as categorias do sexo, nem ainda em relação à antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização. Apenas registei algumas diferenças no domínio das áreas geográficas (local) e das categorias profissionais. Ao nível desta última variável existem diferenças ao nível dos factores ADP1 e ADP3, e na variável área geográfica as diferenças situam-se em ADP1. Estes factores provavelmente traduzem, por um lado, que a situação profissional na carreira é indutora de lógicas distintas de percepção quanto à participação, e, por outro lado, que as políticas sub-regionais de saúde e os modos de organização local são percebidas como fontes que interferem de forma diferenciada na materialização da participação dos inquiridos

nas organizações de pertença (Quadro 58).

Quadro 58
Razões de Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças Absolutas	Positivo	Negativo	Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
Organização					
APD1	,171	,171	,000	1,234	,095
APD2	,074	,074	-,008	,530	,941
APD3	,035	,035	-,006	,253	1,000
Sexo					
APD1	,109	,000	-,109	,906	,384
APD2	,067	,000	-,067	,561	,912
APD3	,066	,007	-,066	,547	,926
	Graus de Liberdade			Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários					
APD1			6	1,171	,978
APD2			6	6,102	,412
APD3			6	4,211	,648
Categ. Profissional					
APD1			3	10,681	,014
APD2			3	7,461	,059
APD3			3	14,768	,002
Antig. Profissão					
APD1			4	2,282	,684
APD2			4	2,784	,595
APD3			4	3,964	,411
Antig. Organização					
APD1			4	6,248	,181
APD2			4	4,879	,300
APD3			4	2,384	,665
Local					
APD1			2	9,828	,007
APD2			2	4,972	,083
APD3			2	,785	,675

Fonte: Inq Enf2000.

De qualquer modo, o que a estrutura factorial revela é que para os inquiridos o factor mais importante na tradução das lógicas de adesão à participação directa incide no factor APD1, revelando, assim uma ancoragem dos modos de percepção da importância deste processo, no acesso a poderes de decisão para a resolução dos problemas que afectam à enfermagem. Estes resultados revelam e (re)confirmam aquilo que descrevi em relação à estrutura de sentido, nomeadamente em relação à importância da participação directa como fonte de materialização da autonomia e de ganhos de uma maior visibilidade para a profissão.

No que se refere às razões de rejeição da participação, os resultados obtidos da escala respectiva ilustram precisamente dois factores caracterizadores da não participação directa. O primeiro factor NPD1 caracteriza a rejeição movida pela percepção do não contributo do processo participativo nos resultados, quer sob o ponto de vista profissional, quer sob o ponto de vista organizacional. Destaca-se a este nível, a tradução de uma não adesão mais relacionada com a situação do não contributo à satisfação dos profissionais. (Quadro 59).

Quadro 59
Análise Factorial das Razões de Rejeição da Participação Directa em Enfermagem

	Factor NPD1	Factor NPD2
não contribui para a satisfação dos profissionais	,882	
não incentiva o aperfeiçoamento contínuo	,879	
não melhora a qualidade de vida profissional	,825	
não melhora a qualidade do serviço	,756	
não ajuda os enfermeiros a sentirem-se envolvidos	,731	
não contribui para a redução de custos	,601	
não disponibilidade pessoal		,742
requer um período demasiado longo de planeamento e implementação		,695
não dá poder aos enfermeiros, e apenas aumenta o papel e a influência dos enfermeiros-chefe		,593
é um jogo da adm/direcção utilizado para manipular os enfermeiros		,587
a organização não investe na formação dos profissionais		,540
reduz a necessidade da existência de sindicatos e de outros sistemas de representação dos enfermeiros		,487

Nota: Componentes da matriz rodada P25, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Quanto ao segundo factor, identificado como NPD2, trata-se de uma dimensão factorial relacionada como as questões do não envolvimento pessoal, com a problemática da impossibilidade de acesso a poderes e outras questões relacionadas com a forma de gestão e de actuação das hierarquias directas e indirectas. Na verdade, localiza-se na estrutura da percepção dos inquiridos não só uma noção de um desinvestimento da organização nas necessidades dos profissionais, nomeadamente no domínio da formação, mas também ilustra uma clivagem das relações entre os enfermeiros e os enfermeiros-chefes. Argumentam ainda os inquiridos que os processos participativos são utilizados, quer como mecanismos de controlo, quer como instrumentos redutores da importância e da necessidade do papel das organizações representativas e sindicais nos diferentes serviços.

Para a análise de possíveis diferenças dos modos de percepção, em função das características dos inquiridos, submeti esta matriz de "rejeição à participação directa" a uma análise comparativa entre as categorias de cada uma das variáveis organização e sexo, assim como, à análise de variância não paramétrica, utilizando como variáveis independentes as seguintes: grupo etário, categoria profissional, antiguidade na profissão, tempo de serviço na organização, localização geográfica das unidades de análise. Importa registar que os resultados revelam aquilo que tenho vindo a assinalar nas descrições das escalas: trata-se da presença da importância das clivagens intergeracionais na caracterização e avaliação das diferentes situações e contextos de trabalho. No presente caso, os resultados obtidos sugerem novamente a presença de diferenças significativas ao nível do grupo etário, categoria profissional, antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização, que geram formas distintas de percepção da valorização da participação directa (Quadro 60).

Quadro 60
Razões de Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças Absolutas	Positivo	Negativo	Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
Organização					
NPD1	,024	,000	-,024	,176	1,000
NPD2	,064	,025	-,064	,464	,982
Sexo					
NPD1	,099	,099	,000	,828	,499
NPD2	,078	,078	,000	,653	,787
		Graus de Liberdade		Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários					
NPD1		6		30,320	,000
NPD2		6		26,182	,000
Categ. Profissional					
NPD1		3		29,130	,000
NPD2		3		28,589	,000
Antig. Profissão					
NPD1		4		30,603	,000
NPD2		4		23,398	,000
Antig. Organização					
NPD1		4		24,768	,000
NPD2		4		23,293	,000
Local					
NPD1		2		1,371	,504
NPD2		2		1,976	,372

Fonte: Inq Enf2000.

Interessando compreender melhor esta realidade, retornei à análise do

corpus dos testemunhos recolhidos sobre a adesão e rejeição da participação directa. Após uma análise de classificação hierárquica dos segmentos significativos, identifiquei cinco agrupamentos, um dos quais representa a agregação dos segmentos referentes às lógicas de rejeição. Por ordem decrescente de importância hierárquica, o primeiro agrupamento, identificado como aa1a, traduz o discurso optimista sobre as vantagens da participação directa. O segundo agrupamento, aa2a, é constituído por códigos que caracterizam a especificidade do processo de "participação" como uma forma de renovação da "gestão" dos serviços. O terceiro agrupamento de códigos, identificado de aa5a, reflecte e sistematiza as noções sobre a regulação da participação. O quarto designado de aa3a revela uma orientação positiva dos enfermeiros que trabalham em equipa "multidisciplinar" face à participação directa. O quinto, e último, é constituído por códigos referentes à não adesão à participação directa.

O primeiro agrupamento, identificado como aa1a, traduz a tónica dominante do discurso optimista sobre as vantagens da participação directa. Trata-se de um agrupamento de segmentos significativos, com um peso hierárquico de 46,76%, mais relacionado com os enfermeiros mais jovens. Trata-se de segmentos do discurso predominante no seio dos profissionais com uma idade entre os 25 e os 29 anos de idade, com uma antiguidade na profissão e na organização entre os 10 e os 14 anos. De uma forma genérica, o núcleo central da estrutura de sentido revela que, para alguns enfermeiros, a participação directa trata-se de um processo que se desenvolve em "grupo", implicando para o efeito uma forte "participação de todos". Os segmentos significativos, agregados no *cluster* aa1a, revelam ainda que a dinâmica do processo de participação directa desenvolve-se através de um "grupo dinamizador", modelada por uma "descentralização" de poderes aos "colegas", nomeadamente para a "partilha" das decisões, quer sobre o "plano de actividades", quer sobre a melhoria do "desempenho", quer ainda sobre todas as actividades que disserem "respeito à enfermagem" (Quadro 61).

O segundo agrupamento, aa2a, de peso de 25,92% na estrutura dos segmentos, revela o modo de caracterização da participação directa nos hospitais. Tratam-se de segmentos que predominam no seio dos profissionais com 25 a 29

anos, ou com 35 a 39 anos, e por alguns enfermeiros-chefe, estes com uma antiguidade na profissão e tempo de serviço na ordem entre os 20 e 24 anos. Para estes profissionais, o processo de "participação" constitui uma forma de renovação da "gestão" dos serviços. O *cluster* aa2a revela que a participação nos hospitais pode ser entendida como um processo que procura, através da "equipa" dos enfermeiros de cada serviço, formar ou "criar um grupo" como uma forma de reforço dos seus próprios interesses. Por serem profissionais "diferentes dos médicos", têm "projectos" próprios, "elaborados" pela "equipa" para "dar resposta" aos diferentes problemas da enfermagem no serviço. Daí que os enfermeiros deste agrupamento entendam que todos os profissionais devem "participar" no processo de participação directa (Quadro 62).

Quadro 61
Fundamentos da Participação Directa em Enfermagem

Classe 1/5 – aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.06008	grupo						
2	0.17053	participação de todos						
3	0.18858	os colegas						
4	0.19306	plano de actividades						
5	0.24348	descentralização						
6	0.24348	desempenho						
7	0.24348	partilha						
8	0.24348	dinizador						
9	0.24348	grupo dininizador						
10	0.24348	respeito pela enfermagem						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				46.76	Classe 1/ 5		aa1a	996
9.36	0.0000	84.56	11.55	6.38	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	136
7.25	0.0000	71.43	14.06	9.20	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	196
5.56	0.0000	65.37	13.45	9.62	25a29A	Grupo Etário	GE02	205
2.33	0.0099	53.22	15.76	13.85	enfermeiro	Categoria profissional	P4_1	295
-2.71	0.0034	0.00	0.00	0.42	Aprof ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	9
-2.96	0.0015	11.11	0.20	0.85	≥ 50A	Grupo Etário	GE07	18
-3.12	0.0009	10.53	0.20	0.89	30a34A	Grupo Etário	GE03	19
-3.14	0.0008	17.24	0.50	1.36	enf graduad	Categoria profissional	P4_3	29
-3.43	0.0003	9.52	0.20	0.99	Aorg ≥ 25A	Tempo de serv na Organ.	AOr5	21
-3.43	0.0003	9.52	0.20	0.99	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	21
-3.66	0.0001	25.68	1.91	3.47	35a39A	Grupo Etário	GE04	74
-3.83	0.0001	12.90	0.40	1.46	enf-chefe	Categoria profissional	P4_2	31
-7.39	0.0000	11.58	1.10	4.46	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ.	AOr3	95
-7.58	0.0000	10.64	1.00	4.41	Aprof15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	94

Fonte: Ent Enf99.

Identifiquei ainda no *corpus* dos testemunhos, um terceiro agrupamento de segmentos significativos, identificado por aa5a, que reflecte e sistematiza as

noções sobre a regulação da participação. Trata-se do agrupamento com um peso hierárquico de 20,56%, mais relacionado com os profissionais com a categoria de enfermeiro-graduado, com uma antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização entre os 15 a 19 anos. Para estes enfermeiros, a consecução dos objectivos do "projecto" da participação directa passa pela necessidade de "método", "regras", "organização" e sobretudo de "liderança". Ainda para estes profissionais, a participação directa não se trata de qualquer processo "programado" *a priori*, antes porém, constitui um elemento fundamental de "apoio à decisão" sobre os problemas e as soluções. Para o efeito, é ainda necessário um estreita "colaboração", a "complementaridade" entre todos os profissionais (Quadro 63).

Quadro 62
Participação Directa nos Hospitais

Classe 2/5 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.13225	os enfermeiros						
2	0.40550	participação						
3	0.52583	gestão						
4	0.54578	diferente dos médicos						
5	0.55975	criar um grupo						
6	0.59379	equipa						
7	0.63060	participar						
8	0.64131	projectos						
9	0.93247	elaborado						
10	1.01589	dar resposta						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				25.92	Classe 2/ 5		aa2a	552
5.68	0.0000	60.66	6.70	2.86	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	61
4.16	0.0000	48.65	6.52	3.47	35a39A	Grupo Etário	GE04	74
3.68	0.0001	68.42	2.36	0.89	25a29A	Grupo Etário	GE02	205
3.64	0.0001	58.06	3.26	1.46	enf-chefe	Categoria profissional	P4_2	31
2.74	0.0031	48.57	3.08	1.64	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	35
2.61	0.0045	38.14	6.70	4.55	Hospital	Organização	P1_1	97
-4.30	0.0000	11.03	2.72	6.38	Aorg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	136
-4.95	0.0000	12.20	4.53	9.62	30a34A	Grupo Etário	GE03	19

Fonte: Ent Enf99.

Dentro dos agrupamentos identificados com segmentos significativos que traduzem a lógica da importância da participação directa, encontra-se o quarto agrupamento, aa3a. Trata-se de um grupo de significados com um peso na ordem dos 1,13%, sendo predominantemente produzido pelos enfermeiros mais novos, com idade entre os 25 a 29 anos, e aqueles com uma antiguidade na profissão e

tempo de serviço igual ou menor a 9 anos. O núcleo quantitativo da estrutura de sentido dos diferentes segmentos deste cluster revela uma orientação positiva dos enfermeiros face à participação directa, nomeadamente aqueles que trabalham em equipa "multidisciplinar". Para estes profissionais, este processo além de lhes permitir "satisfazer", confere-lhes "poder" de decisão sobre diferentes aspectos da produção de cuidados (Quadro 64).

Quadro 63
Regulação da Participação Directa

Classe 5/5 – aa5a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.29260	projecto						
2	0.30215	colaboração						
3	0.30215	complementaridade						
4	0.30215	liderança						
5	0.30215	organizar						
6	0.30215	apoio à decisão						
7	0.30215	satisfeito						
8	0.30215	regras						
9	0.30215	método						
10	0.30215	programadas						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				20.56	Classe 5/ 5		aa5a	438
9.04	0.0000	62.77	13.47	4.41	Aprof15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	94
8.95	0.0000	62.11	13.47	4.46	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ.	AOr3	95
3.18	0.0007	48.28	3.20	1.36	enf graduad	Categoria profissional	P4_3	29
-3.13	0.0009	11.38	4.34	7.84	feminino	Sexo	P2_1	167
-3.27	0.0005	4.92	0.68	2.86	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	61
-3.85	0.0001	6.19	1.37	4.55	Hospital	Organização	P1_1	97
-6.05	0.0000	2.94	0.91	6.38	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ.	AOr2	136
-6.53	0.0000	4.59	2.05	9.20	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	196

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 64
Participação Directa e Equipas Multidisciplinares

Classe 3/5 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.00000	multiprofissional						
2	0.00000	satisfazer						
3	0.00000	poder						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				1.13	Classe 3/ 5		aa3a	24
4.68	0.0000	44.44	16.67	0.42	AProf ≤ 9A	Antiguidade na Profissão	ANP1	9
3.93	0.0000	21.05	16.67	0.89	25a29A	Grupo Etário	GE02	205
3.42	0.0003	12.90	16.67	1.46	enfermeiro	Categoria profissional	P4_1	295
3.08	0.0010	9.52	16.67	1.97	AOrg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	42

Fonte: Ent Enf99.

O último agrupamento identificado no *corpus* trata-se de um conjunto de segmentos significativos que reflectem o posicionamento da enfermagem face à não adesão à participação directa. Encontram-se neste agrupamento com um peso na ordem dos 5,63% os profissionais de idade igual ou superior a 50 anos, com uma antiguidade na profissão e na organização igual ou superior a 25 anos. Na perspectiva destes enfermeiros a participação directa não contribui para o desenvolvimento dos profissionais, nem se trata de qualquer “oferta” gestonária que satisfaça qualquer “necessidade” dos enfermeiros. Ainda para estes profissionais, o processo é uma “ilusão”, na medida em que em que os grupos “formam-se para nada” e “participam no que está decidido” *a priori*. Assim sendo, para estes profissionais, as possíveis “propostas” que são apresentadas num contexto de participação directa apenas serve para manter os enfermeiros sob o controle das hierarquias, ou seja, neste processo participativo os enfermeiros consideram-se subordinados e sem autonomia (Quadro 65).

Quadro 65
Justificação da não Adesão à Participação Directa

Classe 4/5 – aa4a									
RG	Distância	Identificador dos Segmentos							
1	0.37031	não desenvolve							
2	0.38966	necessidade							
3	0.55437	oferta							
4	0.66132	ilusão							
5	0.81200	formam-se grupos para nada							
6	0.96382	controle							
7	1.18280	participam no que está decidido							
8	2.60830	propostas							
9	4.26668	sem autonomia							
10	4.26668	subordinados							
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos	
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global					
				5.63	Classe 4/ 5		aa4a	120	
5.85	0.0000	52.38	9.17	0.99	Aorg ≥ 25A	Tempo de serv na Organ.	AOr5	21	
5.85	0.0000	52.38	9.17	0.99	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	21	
5.04	0.0000	50.00	7.50	0.85	≥ 50A	Grupo Etário	GE07	18	
-2.47	0.0067	1.95	3.33	9.62	30a34A	Grupo Etário	GE03	19	
-2.76	0.0029	1.53	2.50	9.20	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	196	

Fonte: Ent Enf99.

Efectivamente, ao explorar a questão da importância da participação directa em enfermagem, sem minimizar a leitura da relutância de alguns dos enfermeiros em participar nos processos e programas de envolvimento

participativo na organização, coloquei em evidência um conjunto de factores de adesão e de rejeição. Trata-se de factores que revelam que as acções participativas da enfermagem não se encontram separadas, quer dos contextos organizacionais, quer dos interesses dos actores, individuais e colectivos, quer ainda das interdependências das regulações presentes em cada contexto de produção de cuidados. É caso para dizer que a mudança nas organizações de serviços de saúde nem sempre é fácil, e «há sempre mil boas razões para não mudar, para não desestabilizar os pilares do funcionamento» (Friedberg 1995: 343).

Na verdade, os resultados descritos anteriormente revelam ainda que as formas de percepção e de avaliação da importância da participação directa encontram-se intimamente relacionadas com as características individuais dos actores. De outro modo, os resultados mostram que os enfermeiros mais propensos a envolver-se no processo de tomada de decisão através da participação directa são os mais jovens. São precisamente estes que se manifestam mais interessados na mudança e na renovação dos procedimentos do seu trabalho, sendo por conseguinte os mais optimistas e os mais activos relativamente aos resultados dos esquemas de participação directa, nomeadamente em relação ao contributo para a afirmação da autonomia e da visibilidade profissional. Ou seja, os valores partilhados pelos grupos, nomeadamente pelos mais novos, são passíveis de influenciar a “vontade” que os mesmos têm de participar na criação de uma outra dinâmica organizacional e profissional, através da qual se possa materializar nos diferentes contextos uma nova lógica de funcionamento da organização da produção de cuidados de enfermagem.

Os resultados sugerem ainda que existem grupos, como os de maior idade e experiência na organização, que não valorizam a participação do mesmo modo que os seus superiores hierárquicos, pelo contrário manifestam um profundo distanciamento do processo. Argumentam estes enfermeiros que a participação é utilizada pelas hierarquias e pelos gestores como forma de controlo. Trata-se de resultados que se aproximam de alguns estudos efectuados neste domínio, que sugerem que os gestores utilizam os processos participativos para influenciar os trabalhadores, nomeadamente para levá-los a compreender o seu ambiente de trabalho pela perspectiva dos gestores, limitando a sua participação a aspectos

pouco relevantes e submetendo, assim, os trabalhadores às suas próprias interpretações sobre o alcance da mudança organizacional e de resolução dos problemas do trabalho.

O facto de ter verificado que a organização de processos participativos está igualmente relacionada, com as orientações de algumas das forças de coalisão externa e interna, e com a perspectiva de que a participação directa representa uma filosofia gestionária que orienta todas as acções organizativas, quer ainda com os resultados do ponto de vista organizacional dos profissionais na produção de cuidados, leva-me a considerar que os esquemas de participação comportam um conjunto de causas e consequências. Efectivamente, os resultados analisados neste campo dos factores de adesão e de rejeição revelam que a propensão da enfermagem para a participação directa está dependente da forma como os próprios enfermeiros valorizam o processo, bem como das expectativas dos mesmos face aos resultados dos programas e das práticas participativas. Na verdade, parece que é provável que, quanto maior for a percepção da possibilidade de acesso dos enfermeiros a "poderes" de decisão, quanto maior for a exigência dos mesmos nos assuntos que os afectam, maior será também o envolvimento dos enfermeiros nos programas de participação directa na ruptura com as práticas "antigas". A necessidade de melhorar a qualidade do serviço, o incentivo ao aperfeiçoamento contínuo, a qualidade de vida profissional, a autonomia e a satisfação dos profissionais, constituem pontos fulcrais para incentivar a participação dos enfermeiros. Trata-se de uma visão que enfatiza uma dinâmica de poderes entre os actores, implicando para o desenvolvimento da participação uma permanente aprendizagem colectiva e o compromisso dos gestores responsáveis, não só para a atribuição de espaços de facilidade e de acesso à formação, mas também, o fomento de oportunidades reais de partilha do poder na tomada de decisão (Hyman e Mason 1995; Sisson 1996; Kovács 1998; Casaca 1998; Knudsen 1995; Martin 1994; Dachler e Wilpert 1978; Cristovam 1989; Glew et al. 1995; Chisholm e Vansina 1993).

Em suma, face aos resultados alcançados, as práticas de participação directa não resultam nem das reivindicações sindicais e/ou da ordem dos enfermeiros, nem das iniciativas governamentais, apesar da regulação de outras forças coalizadoras tais como a administração central e regional e/ou as direcções

dos serviços de saúde poderem deter alguma influência relativa no processo. Assim sendo, a hipótese mais plausível das razões de adopção de formas de participação directa em enfermagem parece situar-se ao nível da necessidade dos profissionais em dar resposta aos seus problemas nos contextos de trabalho, entre os quais os relacionados com a autonomia profissional. Ao considerar que os contextos de trabalho, os contextos das acções participativas e as características dos actores são determinantes para modelar diferenças de orientação da enfermagem nos referidos processos, importa analisar na esfera da organização dos processos participativos as especificidades do desenvolvimento de tais processos.

3.2.2. Segundo Olhar: Entre os Factores [Des]-Estruturadores do [Des]-Envolvimento da Participação Directa e a Dinâmica do Processo

Sendo a prática de participação um aspecto relevante na produção de cuidados de enfermagem, e considerando ainda que a maioria dos profissionais dos hospitais e dos centros de saúde consideram que ela é uma prática corrente nos seus serviços (Quadro 56), importa analisar agora como é que o processo tem sido desenvolvido nestes serviços e quais as condicionantes que afectam o processo de participação e mudança organizacional, já que é possível captar alguns constrangimentos e contradições no funcionamento organizacional. Vozes a favor e contra emergem no seio dos testemunhos dos entrevistados.

«Falar de participação? Voltamos a falar de “anulação”. Qualquer evidência no sentido da classe de se afirmar dentro dos parâmetros das suas competências e do seu espaço, provoca oposições organizadas e muitas vezes oposições dentro da própria classe» (E34 - Enf Hosp).

«Os chefes? Alguns são ouvidos de vez em quando. A direcção de enfermagem? Desce pouco à realidade dos serviços. O sindicato? Não se ouve falar...» (E31 - Enf Hosp).

«Gosto de trabalhar em equipa. Tenho mais liberdade» (E1 - Enf CS).

«Até que provem o contrário, a melhor coisa que fizeram, foi adoptar o modelo de equipa multiprofissional nos nossos centros de saúde» (E2 - Enf CS).

Quais são os factores contextuais que interferem no desenvolvimento da participação directa? Os estudos realizados, nomeadamente no âmbito das relações industriais, salientam uns os aspectos individuais, outros os grupais, e ainda outros os organizacionais (Sisson 1996; Glew et al. 1995). Neste estudo não discuto com profundidade os aspectos individuais e psicológicos dos actores que, apesar de legítimos, não constituem o núcleo central da investigação. Porém, não deixo de salientar que, no que respeita à influência dos factores individuais no desenvolvimento da participação, a investigação neste campo tem sido direccionada para dois caminhos diversos: por um lado, tem examinado as

diferenças nas respostas dos trabalhadores aos programas de participação (através da personalidade, capacidade, demografia e vontade de participar) e, por outro, tem estudado as características diferentes dos gestores relativamente à sua decisão para implementar esquemas de participação.

Neste sentido, para a exploração dos factores que caracterizam a lógica do desenvolvimento da participação directa da enfermagem, não me limitei ao questionamento das razões de adesão e de rejeição, procurei igualmente interrogar como este grupo perspectiva as influências dos aspectos formais e informais no desenvolvimento da participação. Assim, para dar conta do interesse investigativo situado ao nível do reconhecimento do lugar da enfermagem na participação na organização do trabalho, formulei uma segunda hipótese de que existam diferenças na valorização das práticas participativas em enfermagem adoptadas nos centros de saúde e nos hospitais da Região Alentejo, encontrando-se tais diferenças mais relacionadas com as clivagens intergeracionais, profissionais e hierárquicas que geram a percepção dos actores face aos valores profissionais, às estratégias de valorização e revalorização profissional, e aos processos formais e informais que existem no seio de cada um dos referidos campos sócio-organizacionais.

Ao definir esta hipótese, e em função dos dados já analisados, sou levado a admitir que a participação directa dos enfermeiros é uma prática amplamente difundida nos diferentes serviços de saúde da Região Alentejo, cujo desenvolvimento é igualmente influenciado pelas clivagens intergeracionais e intergrupais de conflito e cooperação. Mas até que ponto é que o desenvolvimento desta prática está associado a factores formais e informais gerados por tais clivagens e que existem nos contextos de trabalho? Até que ponto estas clivagens na enfermagem interferem na mudança?

Para dar conta das questões e da hipótese, procurei analisar a forma como a enfermagem procede à explicação das formas de desenvolvimento da participação e a sua intervenção na mudança, assim como, confrontei os inquiridos com a avaliação de uma escala sobre as principais aspectos que influenciam o desenvolvimento do processo.

Vejamos, então, a realidade nos casos estudados na Região Alentejo. Uma

das características encontradas nas formas de desenvolvimento da participação directa nas unidades estudadas na presente investigação é o processo de formação dos grupos e dos seus líderes. De uma forma geral, e no caso concreto das necessidades de formação, os grupos são formados a partir da "base". Tal como refere um dos testemunhos, os enfermeiros «fazem um grupo, onde desenvolvem um trabalho e apresentam ao resto do grupo, e é feito um plano de formação nesse serviço» (E8 - Enf Hosp). Um outro fragmento dos testemunhos é ilustrativo da importância da criação e da complementariedade dos grupos nos hospitais:

«Este é um assunto que não diz só respeito ao grupo de um serviço, mas sim diz respeito a todos do hospital. Tenho a ideia de que todos os nossos colegas aceitam essa perspectiva sobre o planeamento das acções. Este trabalho tem sido um trabalho de certa forma bastante dividido e partilhado da base para o topo. Porque nós, não foi o facto de termos uma estrutura de formação, e esquecemos dos enfermeiros dos serviços. Tentámos fazer um trabalho que partisse não da cúpula para base, mas da base para a cúpula» (E12 - Enf Hosp).

«fica claro que se os enfermeiros tiverem uma participação decisiva no esquema organizacional, só temos a ganhar. Por isso com um funcionamento em grupo, neste momento, nos estudos, nas investigações, e outras coisas, vamos conseguindo marcar alguma diferença» (E26 - Enf Hosp).

Ao nível dos centros de saúde, a dinâmica da participação directa passa igualmente pela formação de grupos e do trabalho em equipa. Alguns dos testemunhos recolhidos revelam com clareza esta questão.

«Sem um grupo não é possível implementar os projectos. Mas, é claro que o desempenho individual e profissional é muito importante no trabalho em grupo. Estamos agora a trabalhar ainda no plano de actividades de enfermagem. Depois de termos elaborado um quadro de referência, estamos agora a elaborar o plano ao mesmo tempo. Um grupo está a estudar as normas e os critérios para o triénio, e outro grupo está a fazer isso mesmo, que é o plano de actividades de enfermagem. Para que tudo corra bem, precisamos da participação de todos» (E2 - Enf CS).

«Podemos chamar aqui ao trabalho do grupo de enfermeiros, trabalho de equipa com uma forte colaboração e participação activa. Em relação ao trabalho de equipa, é necessário haver liderança e há liderança cá. Temos uma experiência de mais de 15 anos nestas coisas. É necessário haver complementariedade nas funções que as pessoas desempenham, e há complementariedade na divisão de tarefas do grupo cá. Em relação à participação, há representatividade. Cada um dos enfermeiros tem oportunidade de participar na tomada de decisões. Os colegas são abertos, falam entre si e preocupam-se sobre

os nossos problemas. Discutimos as coisas, ser frontal e sincero, é importante no trabalho em grupo. As coisas que são importantes para a maneira de trabalhar das pessoas, nunca são decididas sozinho pelo chefe. Discutimos e aprofundamos para saber como podemos resolver, e é um bocado nessa base» (E6 - Enf CS).

Confrontando os inquiridos com as formas de dinamização da participação individual, a composição dos grupos e as questões que são debatidas no seio dos grupos, as respostas obtidas sugerem uma diversidade de situações, mas de certa forma similares em ambos os contextos de trabalho. Aliás, face às situações descritas acima, parece ser de considerar que a participação directa da enfermagem, quer sob a forma individual, quer em grupo, se trata de um processo que surge de certa forma ambígua, variando da forma voluntária às situações em que ocorre um misto entre o voluntário e o obrigatório. De facto, ao inquirir os enfermeiros das diferentes unidades de análise, verifico que nos hospitais predomina um sistema misto (44,07%). Nos centros de saúde, a característica de envolvimento da enfermagem nos diferentes esquemas de participação directa surge mais sob a forma voluntária (38,33%). Porém, as situações mistas são igualmente relevantes, já que 33,33% dos inquiridos afirmam que a forma de participação é híbrida, com um misto de voluntário/obrigatório (Quadro 66).

Quadro 66
Caracterização das Formas de Envolvimento da Enfermagem na Participação Directa

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Voluntária	% Obrigatória	% Ambas	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	339	37,63	5,67	44,07	13,63
2	Centro de Saúde (D, E, F)	51	38,33	13,33	33,33	15,00

Fonte: Inq. Enf2000.

No que se refere à formação dos grupos de trabalho e à escolha dos líderes dos mesmos, a questão não é linear, variando da apresentação voluntária, até à indigitação pelas hierarquias directas e/ou pela gestão do topo. Qualquer que seja a forma adoptada, quer os grupos, quer os seus líderes necessitam da aprovação das hierarquias, sem a qual não é possível o desenvolvimento das actividades que levaram à sua formação. Um possível cenário da génese dos grupos e dos seus líderes para projectos de mudança, pode ser descrito da forma seguinte.

«Há pouco falei em grupos de enfermeiros. Esses grupos ou são escolhidos pelos enfermeiros ou são indicados, que pode ser pelo chefe do serviço, por mim ou pelo próprio conselho de administração, para criar um grupo de trabalho. Portanto, um elemento de coordenação do grupo pode ser da responsabilidade do chefe. Segundo a estratégia que o chefe utiliza, pode ser indicado alguém, ou pode perguntar quem é que está interessado. Há diferentes formatos, a estratégia da escolha depois é do enfermeiro chefe. Ainda agora o último grupo que se formou, foi o da 'morte e morrer no hospital', porque é um dos aspectos *stressante* para o enfermeiro, principalmente a morte. (...) Repare, individualmente estão interessados em projectos. Podem aparecer com essa possibilidade de participação. Há liberdade para as pessoas apresentarem projectos» (E12 - Enf Hosp).

«Quando há situações mais específicas, portanto que afectam a qualidade do serviço, formam-se grupos para depois discutir. Pois, continuamos a ter, os responsáveis por serviços, os responsáveis pelos programas. Por exemplo, há que nomear alguém para uma coordenação. Reunimos e como as pessoas são muitas e estão muito dispersas é impensável conseguir transmitir individualmente. Eu não gosto, prefiro nas reuniões transmitir ao grupo, porque assim a mensagem sai igual para todos. Por exemplo, se há necessidade de nomear alguém, ou enviar alguém para uma formação, discutimos dentro das pessoas que tem mais perfil para isso, que sejam mais disponíveis, quer em termos profissionais, quer pessoais. Voluntariamente as pessoas aceitam. Às vezes quando não há consenso, as escolhas são feitas pela direcção» (E3 - Enf CS).

Efectivamente, numa abordagem mais extensiva, verifico que, para os inquiridos, quer ao nível do hospital, quer nos centros de saúde, a composição dos grupos é frequentemente definida pela direcção de enfermagem e/ou pelas chefias directas de enfermagem. Para os inquiridos existe um predomínio do peso hierárquico da direcção de enfermagem para a definição da composição dos grupos, quer nos hospitais (60,7%), quer nos centros de saúde (51,2%) (Quadro 67). Todavia, é ainda de acrescentar que se justifica a importância do papel do enfermeiro-chefe por este ser considerado o líder natural do processo. Tal como um testemunho refere «Se o enfermeiro chefe não estiver empenhado, não será tão fácil que todos os enfermeiros acompanhem o processo (...)» (E1 - Enf CS).

«Tal como disse atrás, a própria filosofia da prestação de cuidados da sub-região apela muito à autonomia das equipas prestadores de cuidados. Para nós, é uma questão pacífica. De qualquer forma respondendo mais directamente à questão, eu diria e não me importo de arriscar no que vou dizer, mas é a dinâmica que o enfermeiro chefe for capaz de imprimir no seu Centro de Saúde. Ou seja, se o enfermeiro chefe estiver realmente empenhado em fazer passar esta perspectiva, eu diria que os enfermeiros de um Centro de Saúde vão facilmente

entrar neste debate. Eu penso que todo o Enfermeiro chefe tem um lugar de charneira em todo o processo de melhoria de desempenho de cada profissional. O enfermeiro chefe é fundamental para garantir a metodologia científica do trabalho e na valorização da autonomia no dia a dia da prestação de cuidados nos diferentes serviços» (E1-Enf CS).

Quadro 67
Forma de Composição dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	331		
	direcção da enfermagem		201	60,7
	chefia directa		150	45,3
	grupo de enfermeiros		84	25,4
2	administração/direcção	43	69	20,8
	Centro de Saúde (D, E, F)			
	direcção da enfermagem		22	51,2
	grupo de enfermeiros		12	27,9
	chefia directa		10	23,3
administração/direcção	5	11,6		

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Um dos pressupostos fundamentais do trabalho em equipa reside na eficácia da liderança. Na literatura tradicional da gestão e da psicologia social das organizações, o líder não é o sinónimo de um chefe, imposto pela hierarquia. Trata-se de um elemento que deve emergir do próprio grupo, facto que implica que um líder deve ser aceite e reconhecido pelo grupo. Entendem, assim, as teses gestionárias e psicológicas que tais formas de construção da liderança, permitem por um lado, minimizar os eventuais conflitos intragrupais, e, por outro lado, assegurar que trabalho seja efectuado. Porém, a realidade nos casos analisados é outra, nomeadamente no que se refere à escolha dos líderes dos grupos. Segundo os inquiridos, trata-se de uma questão que geralmente é decidida pela própria administração/direcção dos serviços. Testemunhos, como os seguintes, são correntes no seio da enfermagem: «Somos "nós" que planeamos e executamos o trabalho (a nível da organização), mas são os chefes que escolhem quem coordena» (E25 - Enf CS); «a estratégia da escolhas depois é do enfermeiro chefe» (E12 - Enf Hosp). Raramente os grupos possuem esta capacidade, revelando assim, uma certa fragilidade dos próprios grupos na gestão autónoma da sua composição e liderança (Quadro 68).

Quadro 68
Forma de Escolha dos Líderes dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Administração/ Direcção	% Grupo	% Ambos	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	317	53,87	9,54	18,30	18,30
2	Centro de Saúde (D, E, F)	44	45,00	8,33	20,00	26,67

Fonte: Inq. Enf2000.

Ao questionar os inquiridos sobre o desenvolvimento da participação directa, nomeadamente se a administração e/ou a direcção dos serviços organizou ou facilitou qualquer tipo de formação à enfermagem para aprendizagem das estratégias de consulta e de tomada de decisão, verifiquei que não houve da parte dos responsáveis dos hospitais e dos centros de saúde um procedimento alargado sobre o processo, pelo menos que seja perceptível pelos inquiridos. Apenas uma pequena franja que não passa dos 25% dos enfermeiros dos centros de saúde, e uma percentagem aproximada de 23% dos hospitais, afirmam que houve formação (Quadro 69).

Quadro 69
Formação para Apoiar o Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% sim	% não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	334	22,94	63,14	13,92
2	Centro de Saúde (D, E, F)	45	25,00	50,00	25,00

Fonte: Inq. Enf2000.

Apesar de não serem fecundas as acções de formação dirigidas à preparação dos profissionais para o desenvolvimento da participação, registo que aquelas que têm sido implementadas, quer para o apoio aos processos de consulta, quer no domínio da tomada de decisão, em ambas as áreas de cuidados, têm conteúdos programáticos com incidência mais nas áreas dos processos de recolha e análise da informação, nas competências interpessoais e na dinâmica de grupo. Para os enfermeiros sem funções de gestão, a maioria das acções frequentadas situam ao nível da aprendizagem das competências nos processos de consulta. Quanto às chefias inquiridas, a formação foi equilibrada, quer para a

aprendizagem das competências para a consulta, quer para a tomada de decisão individual e em grupo (Quadro 70).

Quadro 70
Tipos de Formação de Apoio ao Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% A1 (*)	% A2 (*)	% B1 (*)	% B2 (*)
1	Hospitais (A, B, C)						
	Dinâmica de grupo	52	89	59,6	38,5	34,6	38,5
	Competências interpessoais	50	76	44,0	36,0	24,0	48,0
	Processos de recolha e análise info	48	89	62,5	52,1	27,1	43,8
	Competências de apresent. pessoal	29	51	48,3	55,2	31,0	41,4
2	Outras formações	7	10	-	71,4	-	71,4
	Centro de Saúde (D, E, F)						
	Competências interpessoais	9	15	66,7	22,2	33,3	44,4
	Dinâmica de grupo	8	16	87,5	37,5	50,0	25,0
	Processos de recolha e análise info	7	12	-	71,4	14,3	85,7
	Competências de apresent. pessoal	4	8	50,0	50,0	50,0	50,0
	Outras formações	3	4	66,7	33,3	-	33,3

Nota: a) respostas múltiplas

(*) Consulta: A1- enfermeiros, A2- chefias; Tomada de Decisão: B1- enfermeiros, B2- chefias

Fonte: Inq. Enf2000.

Considerando que, para a enfermagem, a existência de grupos é fundamental para o encontro de soluções para os seus problemas, tal como revelam os testemunhos descritos anteriormente, será que os grupos formados detêm capacidade para proporem temas para a tomada de decisão, nomeadamente para as mudanças efectivas na organização e no planeamento das actividades do quotidiano? Numa análise em relação a estas questões, verifico que, na perspectiva dos mesmos, a introdução de temas para a discussão sobre para os problemas que os afectam, é essencialmente decidida pela direcção de enfermagem.

É curioso notar, tal como revela no Quadro 71 que, ao nível dos centros de saúde as oportunidades de serem os próprios grupos a definirem os temas de discussão (50%) é superior às propostas de discussão apresentadas pela direcção sub-regional (40%) e das chefias de enfermagem (30%). Uma situação inversa verifica-se ao nível dos hospitais, predominando a este nível a influência da direcção da enfermagem na definição dos temas (50,5%), contra as propostas dos próprios grupos (48,6%) e da chefias directas (39,7%). Questionados os mesmos inquiridos sobre a possibilidade dos grupos de consulta e/ou de tomada de decisão

de proporem mudanças sobre a organização do trabalho, verifico que para uma elevada percentagem dos inquiridos só muito raramente é que tal facto é possível. Assim 43,04% dos inquiridos dos hospitais referem que, por vezes, é possível, e 18,3% afirmam que é frequente. No caso dos inquiridos dos centros de saúde, apenas 33,33% consideram que por vezes surgem propostas para a mudança na organização do trabalho e 13,33% afirmam que tais propostas surgem com frequência a partir dos grupos (Quadro 72). Assim sendo, apesar da constatação da presença de apoio generalizado às práticas de participação, existe ainda uma certa retórica na “delegação de poderes”, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde.

Quadro 71

Decisão sobre as Questões a Discutir pelos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	317		
	direcção da enfermagem		160	50,5
	grupo de enfermeiros		154	48,6
	chefia directa		126	39,7
2	Centro de Saúde (D, E, F)	40		
	administração/direcção		55	17,4
	grupo de enfermeiros		20	50,0
	direcção da enfermagem		16	40,0
	chefia directa		12	30,0
	administração/direcção	5	12,5	

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 72

Capacidade de Intervenção dos Grupos de Consulta e/ou de Tomada de Decisão

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% nunca	% raramen	% por vez	% freq	% mt freq	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	295	2,84	9,28	43,04	18,30	2,58	23,97
2	Centro de Saúde (D, E, F)	40	3,33	13,33	33,33	13,33	3,33	33,33

Fonte: Inq. Enf2000.

Assim sendo, uma outra questão se levanta. Quem é que, em última instância, detém a capacidade para decidir sobre a implementação de mudanças na organização do trabalho? As respostas obtidas sobre esta questão são deveras elucidativas, sugerindo que a concretização das mudanças está reservada ao nível

das decisões das hierarquias superiores. As mudanças são implementadas sob a orientação da administração/direcção dos serviços, ou através da intervenção directa das chefias locais (Quadro 73).

Quadro 73
Decisão sobre a Mudança

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	348		
	chefia directa		256	73,6
	administração/direcção		251	72,1
	direcção da enfermagem		108	31,0
	grupo de enfermeiros		81	23,3
	outras situações		9	2,6
2	Centro de Saúde (D, E, F)	51		
	administração/direcção		34	66,7
	chefia directa		30	58,8
	grupo de enfermeiros		16	31,4
	direcção da enfermagem		11	21,6
	outras situações	1	2,0	

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Neste sentido, para a consecução dos objectivos organizacionais, em geral, e de cada um dos serviços, em particular, tanto os líderes dos grupos como os gestores exercem um acentuado papel de liderança e de dominância na gestão da mudança. Alguns testemunhos recolhidos reforçam esta ideia.

«A minha instituição tem uma estrutura muito formal, respeitando a hierarquia a nível do poder ou da tomada de decisões. O director de enfermagem, quando necessário, reúne directamente com os enfermeiros-chefes para informar as mudanças, as alterações ou planear o trabalho» (E24 - Enf Hosp).

«Regra geral os enfermeiros são chamados para consultas e para alguns até participam nas negociações, embora, não poucas vezes, apenas sejam informados após as decisões já tomadas» (E35 - Enf Hosp).

«Eu penso que só os enfermeiros-chefes são informados sobre os aspectos relacionados com as mudanças nos seus serviço» (E32 - Enf Hosp).

«Muitas vezes, a sub-região decide e limitamo-nos a cumprir. É uma pena» (E10 - Enf CS).

«Eu penso que se isso acontecesse, é uma atitude muito inteligente por parte da administração. De certa forma co-responsabilizaria todos. (...) não tem havido realmente diálogo, não tem havido consultas prévias, pelo contrário, uma ou outra vez, eu próprio tenho protagonizado o

resultado desse diálogo para com algumas pessoas que estão nesses cargos de chefia. Mas o inverso não, que me recorde, não quero estar a mentir, mas nunca fui convocado, tirando uma única vez e já lá vão três ou quatro anos, mas nunca mais fui convocado» (E4 - Enf CS).

Encontrando-se, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, uma certa concentração dos processos de decisão nas mãos das administrações e das chefias, esta situação não significa que os enfermeiros não sejam consultados e/ou informados das razões de mudança e das alterações na organização do trabalho. Porém, trata-se de situações que ocorrem apenas ocasionalmente nos hospitais (31,96%) e nos centros de saúde (31,67%). Porém, para uma certa franja de inquiridos existe uma relativa frequência das hierarquias dos hospitais (29,38%) e dos centros de saúde (26,67%), em disponibilizarem a informação e em procederem a consultas aos enfermeiros (Quadro 74).

Quadro 74
Acesso da Enfermagem à Informação e Consulta sobre a Mudança

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% nunca	% raramen	% por vez	% freq	% mt freq	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	353	4,12	16,49	31,96	29,38	9,02	9,02
2	Centro de Saúde (D, E, F)	54	3,33	18,33	31,67	26,67	10,00	10,00

Fonte: Inq. Enf2000.

De facto, no domínio da enfermagem, é notório o peso hierárquico na gestão e no controlo dos processos organizacionais. Para o desenvolvimento dos projectos, existe um conjunto de normas e regras que regulam com alguma "rigidez" as relações verticais, nomeadamente nos hospitais. A confirmar esta questão vejamos ainda o seguinte testemunho.

«Julgo que os enfermeiros e os enfermeiros-chefes só terão participação nas tomadas de decisões quando solicitados pela direcção de enfermagem/enfermeiro director. Regra-geral as decisões que envolvem protagonismo são da iniciativa do enfermeiro director ou pelo menos, propostas por ele» (E28 - Enf Hosp).

«Nas grandes decisões do centro os enfermeiros "participam" na discussão e decisão através da vogal de enfermagem» (E27 - Enf CS).

Em função dos dados expostos, parece-me que a questão de fundo, quanto à participação reside na presença de processos distintos de relações hierárquicas e de relacionamento em geral entre os actores. Na verdade, o tipo de relacionamento entre os actores para o desenvolvimento da participação sugere a existência de formas activas e passivas, assim como um exercício não gratuito da acção participativa. A participação ressalta, assim, eivada de um contraste que me coloca perante um dilema, sobre se efectivamente existe uma participação de facto ou uma mera participação, "colaborativa" e "interesseira", orientada para o ganho de "poderes" pelas hierarquias. Se assim for, parece que existe uma certa concordância com aquilo que Baptista et al. (1985) referem, e que se trata da presença de formas de participação colaborante e contestatária, abrindo assim, a perspectiva de que aquilo que é oferecido à enfermagem para o desenvolvimento da participação, são apenas formas de sedução e de manipulação, que atraem uns, e que obtêm de outros uma colaboração conflitual.

Apesar do grupo da enfermagem manifestar de uma forma não "espontânea" um conjunto de necessidades de mudança e de "vontade" em participar, o que se constata é que em cada organização, à mercê das formas de interacção entre as hierarquias e os enfermeiros que se movem no seu interior, a enfermagem apresenta uma forma particular de encarar a realidade da participação directa. Efectivamente, a constatação de uma certa limitação no processo de comunicação vertical, bem como na troca de informações oferece uma certa visão dos constrangimentos organizacionais ao desenvolvimento da participação directa em enfermagem. O conjunto de resultados descritos acima sugere que a participação directa da enfermagem é ainda um pouco rarefeita, com focos pontuais de *bottom up*, sendo porém, na maioria dos casos essencialmente fundada num princípio gestor de *top down*. Mas, até que ponto o relacionamento entre os actores e as relações hierárquicas interferem na participação directa? Quais as outras situações que permitem potenciar ou minimizar o desenvolvimento do processo participativo?

Vejamos com maior atenção estes aspectos. Numa leitura mais pormenorizada, os testemunhos revelam, de facto, a presença de outros factores da interacção no quotidiano do trabalho que interferem no processo. Por exemplo, o que parece poder influenciar o processo participativo trata-se em concreto do

estilo de chefia e da forma de exercício da autoridade, a forma de circulação da informação, os conflitos, entre outras questões, situações que parecem estar em certa concordância como os resultados do estudo de José Baptista et al (1985) sobre a gestão participativa. Por outras palavras, vislumbro na leitura de alguns dos testemunhos dos entrevistados, a presença de um estilo autoritário de chefia nalguns serviços, manifestado sob a forma de um controlo "rígido" da informação formal e informal, situação que não oferece nem favorece as possibilidades de participação nas decisões. É caso para dizer que o exercício da autoridade, aliado ao controlo dos recursos informacionais da zona de incerteza, constitui não só um mecanismo de regulação organizacional, mas que se traduz numa força que modela as trocas entre os membros pertencentes à organização, constringendo, em última instância, o desenvolvimento da participação directa.

«Ora bem, como sabe a nível da enfermagem, há uma gestão centrada nas mãos do enfermeiro-chefe. O que quer dizer que o trabalho depende do enfermeiro-chefe. Depende da filosofia do enfermeiro-chefe. Não são todos iguais, não é? E se o enfermeiro-chefe não tiver de facto essa filosofia, não estiver empenhado nisso, e divide-se na discussão com os colegas, para fazer valer os seus pontos de vista, é claro que os enfermeiros que trabalham no centro de saúde terão dificuldades de empenharem-se realmente. Só os que se dão com o chefe é que ficam a saber das coisas. Temos cá situações dessas. Para já, por não terem o acesso a toda a informação, como os outros terão, nem terão acesso a discutir os pontos. Terão, assim, mais dificuldade em se integrar e aceitar o processo» (E1 - Enf CS).

Se é verdade que é possível encontrar processos formais que potenciam a participação, tais como as reuniões periódicas para a tomada de decisões sobre «as normas de actuação da prestação de cuidados, elaboradas pelos enfermeiros» (E36 - Enf Hosp), não é menos verdade que a maioria das situações em que se exige a tomada de decisão, processa-se de certa forma "fragmentada" e informal, não envolvendo todos os profissionais dum serviço. Refiro em concreto, no caso dos hospitais, o seguinte testemunho.

«Fazemos o que achamos melhor. Temos reuniões periódicas onde todos participam. No dia-a-dia, é na passagem dos turnos onde se resolve muita coisa. Os que não estão presentes, são informados uns pelos outros» (E33 - Enf Hosp).

Por outro lado, o que se pode constatar é que, diariamente, são tomadas

decisões relativas aos modos de produção de cuidados que suprimem as lógicas formais. São as redes informais que predominam e potenciam os processos de participação directa, quer a nível do hospital, quer nos centros de saúde.

«O que é urgente, não pode ser tratado com reuniões. Tem de ser tratado de imediato. Por exemplo, se acontece alguma coisa no serviço, quando chegam mais doentes, temos de decidir logo tudo. Normalmente decidimos com o colega do turno. Isto acontece muito no nosso trabalho. Quando não está a chefe e mais ninguém, então temos de ser nós a actuar sozinhos e informamos depois. É raro, mas acontece. Quando está falamos com ela, e, falamos como vamos fazer melhor» (E13 - Enf Hosp).

«Aqui temos autonomia para organizar a nossa consulta. Planeio como acho melhor. É certo que falo com os membros da equipa. Mas com a enfermeira-chefe só dou conta das situações, nas reuniões periódicas. Há ainda muitas situações nas consultas, por exemplo, no planeamento familiar, na educação para a saúde, nas consultas de hipertensos e com os diabéticos, temos de saber lidar com as situações e saber dar resposta imediata às preocupações dos utentes» (E16 - Enf CS).

O conjunto das situações descritas leva-me a concluir que as formas de envolvimento e de participação da enfermagem na tomada de decisão não são dados adquiridos. Por um lado, verifico a existência de condições favoráveis e desfavoráveis para ao desenvolvimento da participação directa do enfermeiros; por outro lado, concluo ainda que as decisões mais estratégicas sobre a organização do trabalho, são tomadas em grupo, e que as decisões mais operacionais sobre o processo de produção de cuidados são realizadas diariamente, de uma forma informal, individual e/ou colectiva, às quais não escapam à necessidade de sancionamento *à posteriori* pelas hierarquias directas. Na verdade, é curioso notar que, em certos serviços, as questões decisórias mais elementares sobre a organização da produção de cuidados de enfermagem, tais como o planeamento dos turnos, não passam à margem das hierarquias médicas.

«Participação? O contrário... Veja só, por exemplo, um serviço como o meu que está com falta de enfermeiros, vários, para organizar uma escala horária, o director é contactado e ele mesmo dá uma sugestão diferente para fazer uma nova escala. Isto diz tudo...» (E31 - Enf Hosp).

Igualmente, num centro de saúde, as questões meramente formais da organização do trabalho não escapam ao olhar dos médicos. Provavelmente, neste

caso, por ser uma equipa multidisciplinar, pela necessidade da coordenação e de uniformização dos tempos de atendimento para os utentes, obriga a uma participação explícita dos médicos nas referidas questões formais. Este facto revela que, nos contextos de trabalho nos centros de saúde, a participação directa da enfermagem é negociada, não com os seus próprios profissionais, mas sim a nível interprofissional.

«a elaboração do plano de trabalho, nomeadamente dos horários de atendimento de enfermagem nas extensões de saúde, o plano foi elaborado em participação conjunta com o médico que aí trabalha» (E26 - Enf Hosp).

Um outro aspecto a assinalar, diz respeito aos contextos dos serviços estudados. Nem todos os serviços apresentam um ambiente favorável à sedimentação dos valores e ao desenvolvimento das práticas de participação. Vejamos o seguinte. Não se trata apenas dos constrangimentos subjacentes às lógicas de dependência às orientações médicas, tal como tenho vindo a assinalar no caso dos hospitais, nem da necessidade de negociação com estes profissionais ao nível dos centros de saúde. As condições de trabalho, a rotinização dos processos, a ausência de condições favoráveis para a comunicação entre os profissionais, as clivagens intergeracionais e hierárquicas, entre outras situações, afectam transversalmente a adesão aos processos de tomada de decisão na participação directa, formal e/ou informal dos profissionais.

«este serviço não desperta grande motivação para desempenhar as funções, já que são por vezes muito pouco autónomas nas decisões. Os médicos decidem tudo, as chefes fazem o que eles querem. A única coisa boa que temos, são os suplementos que vamos ganhando nas horas extraordinárias» (E36 - Enf Hosp).

«A própria ruptura em pessoal de enfermagem faz com que não seja fácil trabalhar cá. Esta ruptura provoca um aumento da sobre carga de trabalho em horas extraordinárias. Não sei porque é que os chefes não vêm isso. Devem pensar que estamos cá só para trabalhar. Agora estar a falar em participação. Para quê? Não decidimos nada» (E30 - Enf Hosp).

«normalmente a grande fatia de enfermeiros dos centros de saúde, está lá não por primeira escolha, mas sim ou porque estão em final de carreira e já quer 'descansar', ou por outros motivos e não como primeira escolha. Por isso, não estão para dar mais. É verdade que com os mais velhos, não podemos contar muito com eles (...). É evidente que não podemos falar da participação deles. Só estão por causa do

aspecto remuneratório e isso é que é importante, senão já tinham reformado» (E1 - Enf CS).

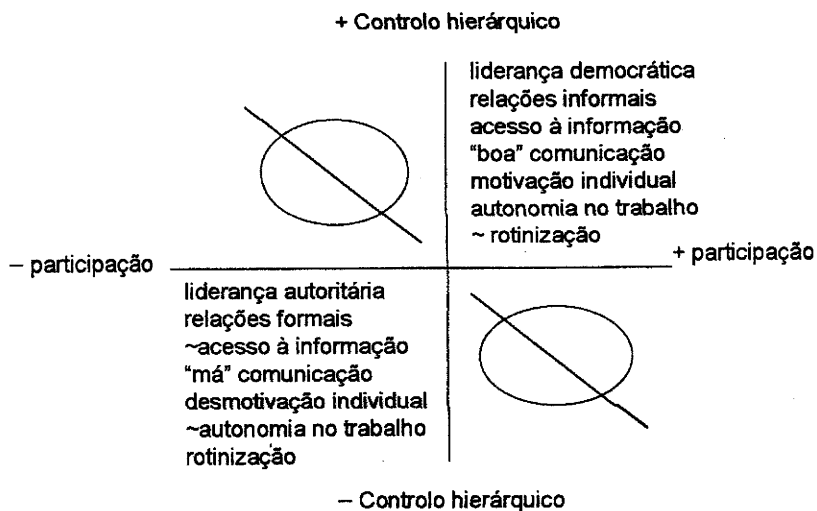
«Não é fácil aguentar isto, pelo tipo de gestão praticada no serviço, é muito autocrática. Mas tem de ser... Quando fazem reuniões, às vezes nem vou, mas quando vou, é um "frete" para mim. Já está tudo decidido à partida» (E24 - Enf Hosp).

«Os mais novos, eles que são jovens, é que gostam de reunir para isto e aquilo. Nós já estamos um pouco cansados das reuniões» (E13 - Enf Hosp).

Por outro lado, verifica-se a presença de um certo "desinteresse" de algumas das hierarquias directas e dos profissionais com maior experiência profissional, situação que pode estar provavelmente relacionada com a sua "incapacidade" para mobilizar as ideias, os saberes e a experiência profissional dos actores interessados, ou porque, o seu estilo de liderança não favorece tal processo, à semelhança do que referi anteriormente. Assim sendo, ao ter em consideração estas questões, bem como o facto de ter verificado que certos actores se "autoexcluem" dos processos participativos e das tomadas de decisão porque consideram que os resultados não lhes são favoráveis, sou levado a admitir que existem motivações e lógicas distintas entre os actores para a dinâmica da participação directa, variando em função dos constrangimentos individuais, grupais e organizacionais que existem em cada contexto de trabalho.

O conjunto de testemunhos revela, assim, que a estrutura caracterizadora do desenvolvimento da participação directa é atravessada por um esquema cruzado de dois eixos, que (re)confirmam alguns dos aspectos já descritos nos esquemas estruturais [A13], [A14] e [A15]. Um relacionado com as características do modelo de controlo hierárquico, e o outro fundado nos modos de valorização que os próprios actores engendram sobre a participação. Neste esquema cruzado, abrem-se dois campos, tal como se encontra ilustrado no esquema [A16], dando assim a observar que as situações mais relacionadas com o modo de percepção dos próprios profissionais sobre o seu contexto de trabalho, a rotinização, a rigidez das relações formais, o estilo autoritário das hierarquias, a má comunicação e a forma como cada actor se sente desmotivado no desempenho das suas actividades, constituem algumas das fontes potenciadoras da não consolidação dos valores da participação e do seu desenvolvimento (Esquema 16).

Esquema 16
Estrutura [A16]: Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem



Fonte: Ent Enf99.

Em concreto, no núcleo das estruturas de sentido [A16], confrontam-se lógicas de acção moldadas fundamentalmente pelas disjunções [liderança autoritária] vs. [liderança democrática], [+relações informais] vs. [relações formais] e [+autonomia] vs. [~autonomia]. O que revelam estes conjuntos de códigos trata-se de um cenário estrutural que sistematiza a noção dos obstáculos e dos meios facilitadores para a implementação de "novos" modelos de prática de intervenção na saúde e na enfermagem. Parece-me que se configura na matriz de representações dos enfermeiros em estudo um dado adquirido, e que se trata, em concreto, da necessidade de mais espaços decisoriais e de novas orientações estratégicas para a reorganização do trabalho.

Numa leitura mais pormenorizada do *corpus* sobre o desenvolvimento da participação, obtive um conjunto de quatro *clusters* de segmentos significativos que confirma, não só a presença de perspectivas distintas de desenvolvimento do processo participativo entre os hospitais e os centros de saúde, mas também coloca, mais uma vez, em evidência a presença de clivagens de percepções no seio dos enfermeiros das duas áreas de cuidados. No agrupamento aa4a encontram-se as explicações do processo de desenvolvimento da participação directa nos hospitais. O *cluster* aa3a condensa a descrição da especificidade do

desenvolvimento da participação directa através de práticas do trabalho em equipa. Os códigos presentes no grupo aa1a traduzem a explicação da relação entre a autonomia e o desenvolvimento da participação directa. E no agrupamento aa2a encontram-se os segmentos significativos referentes aos códigos explicativos dos constrangimentos do desenvolvimento da participação directa.

No *cluster* com maior importância hierárquica, designado de aa4a (50,7%), encontram-se os segmentos significativos correspondentes aos códigos que condensam a explicação sobre o modo de desenvolvimento da participação directa nos hospitais. Trata-se de um grupo de segmentos mais relacionado com enfermeiros com 10 a 14 anos de tempo de serviço nos hospitais. Para os “enfermeiros” presentes no *cluster* aa4a, o desenvolvimento da “participação” directa nos hospitais encontra-se de certo modo limitado pelas “decisões da administração” (Quadro 75).

Quadro 75
Desenvolvimento da Participação Directa nos Hospitais

Classe 4/ 4 – aa4a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.09539	decisões da administração						
2	0.14030	são informados						
3	0.18463	informados						
4	0.20663	os enfermeiros-chefes						
5	0.26936	enfermeiros						
6	0.32791	tomada de decisões						
7	0.43166	colaboração						
8	0.62481	negociações						
9	0.79467	participação						
10	1.17395	descentralizada						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				50.70	Classe 4/ 4		aa4a	216
4.48	0.0000	87.88	13.43	7.75	enfermeiro	Categoria Profissional	P4_1	33
3.96	0.0000	80.49	15.28	9.62	Hospital	Organização	P1_1	41
2.69	0.0036	80.95	7.87	4.93	AOrg10a14A	Tempo de serv na Organ	AOr2	21
-3.27	0.0005	21.88	3.24	7.51	enfcfgest	Categoria Profissional	P4_2	32
-3.34	0.0004	11.11	0.93	4.23	35a39A	Grupo Etário	GE04	18
-4.68	0.0000	10.00	1.39	7.04	CentroSaúde	Organização	P1_2	30

Fonte: Ent Enf99.

Apesar de serem habitualmente “informados” das decisões administrativas sobre as diferentes alterações na organização, a sua intervenção no processo participativo passa pelas relações privilegiadas que mantêm com os “enfermeiros-

chefe”. Porém, argumentam ainda os enfermeiros deste agrupamento que a sua efectiva “participação” na “tomada de decisão” depende das “negociações” que estabelecem com as hierarquias directas, os “enfermeiros-chefe”, bem como da sua “colaboração” em aceitar uma “gestão descentralizada” (Quadro 75).

Para os profissionais presentes no *cluster* aa3a (35,21%), a noção do desenvolvimento da participação directa passa pela sedimentação de práticas do “trabalho em equipa”, onde integrem “os enfermeiros e outras profissões”. Para este grupo, mais relacionado com a enfermagem dos centros de saúde, constitui objectivo do desenvolvimento da participação directa a resolução dos “problemas”, nomeadamente aqueles que se referem à “relação com o utente”. De uma forma global, privilegiam uma base de trabalho “informal” com os membros da equipa e com a direcção. Em relação ao acesso à “informação” sobre a mudança na organização, consideram ainda que, habitualmente, costumam ser “informados” pela direcção (Quadro 76).

Quadro 76
Desenvolvimento da Participação Directa nos Centros de Saúde

Classe 3/ 4 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.32094	problemas						
2	0.32094	sindicato não						
3	0.33190	trabalho em equipa						
4	0.50726	os enfermeiros						
5	0.68291	outras profissões						
6	0.76240	informado						
7	0.76240	informal						
8	1.33020	informação						
9	1.34884	direcção						
10	1.86389	relação com o utente						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				35.21	Classe 3/ 4		aa3a	150
3.84	0.0001	70.00	14.00	7.04	CentroSaúde enfermeiro	Organização	P1_2	30
3.84	0.0001	68.75	14.67	7.51		Categoria Profissional	P4_1	33
-3.34	0.0004	9.09	2.00	7.75	enfrcgest Hospital	Categoria Profissional	P4_2	32
-3.69	0.0001	9.76	2.67	9.62		Organização	P1_1	41

Fonte: Ent Enf99.

No terceiro grupo de segmentos significativos, denominado de *cluster* aa1a (8,45%), pude encontrar, mais uma vez, a explicação da relação entre a autonomia e o desenvolvimento da participação directa. Trata-se do *cluster* mais relacionado com os enfermeiros “graduados” do sexo feminino, com a idade entre

os 35 e os 39 anos, com uma antiguidade na profissão e no tempo de serviço entre os 15 e os 19 anos. Para este grupo de enfermeiros, a participação directa constitui uma oportunidade para a enfermagem revelar, nos "turnos" de trabalho, a sua "autonomia", a sua "responsabilidade" e competência na identificação das "necessidades dos doentes". Trata-se de uma perspectiva funcional e instrumental da participação, na medida em que se perspectiva através dela poder potenciar a visibilidade dos profissionais no desempenho das suas tarefas, situação que confirma o que já referi sobre as razões de adesão à participação (Quadro77).

Quadro 77
Desenvolvimento da Participação Directa e Autonomia Funcional

Classe 1/ 4 - aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.00000	responsabilidade						
2	0.00000	turnos						
3	0.00000	autonomia						
4	0.00000	necessidades dos doentes						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				8.45	Classe 1/ 4		aa1a	36
5.03	0.0000	100.00	16.67	1.41	enf.graduado	Categoria Profissional	P4_3	6
3.20	0.0007	40.00	16.67	3.52	feminino	Sexo	P2_1	56
2.86	0.0021	33.33	16.67	4.23	35a39A	Grupo Etário	GE04	18
2.76	0.0029	31.58	16.67	4.46	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ	AOr3	19
2.76	0.0029	31.58	16.67	4.46	Aprof15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	19
-2.58	0.0049	0.00	0.00	13.15	masculino	Sexo	P2_2	15

Fonte: Ent Enf99.

O último *cluster* aa2a (5,63%) corresponde aos segmentos significativos referentes aos constrangimentos do desenvolvimento da participação directa. Trata-se de um grupo relacionado com os profissionais com uma idade igual ou superior a 50 anos, e com uma antiguidade na profissão e na organização igual ou superior a 25 anos. Este grupo revela uma certa descrença face às possibilidades de desenvolvimento da participação, argumentando que o seu envolvimento nos processos "não resolve" os problemas, já que "está tudo decidido" (Quadro 78).

Neste sentido, parece-me que os processos, as estruturas psicossociais e os constrangimentos grupais e organizacionais constituem elementos que operam conjuntamente com a participação directa. Para explorar melhor esta questão submeti os inquiridos à avaliação de uma escala. Após o tratamento através da

análise factorial, verifiquei a presença de seis dimensões factoriais que afectam o desenvolvimento da participação. O primeiro factor, DPD1, descrito no Quadro 79, explica a importância do reconhecimento dos diferentes grupos profissionais sobre o trabalho desenvolvido pela enfermagem e a não subordinação ao controlo médico e outro, como fontes potenciadores do desenvolvimento da participação.

Quadro 78
Constrangimentos do Desenvolvimento da Participação Directa

Classe 2/ 4 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.84134	está tudo decidido						
2	0.84134	não resolve						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				5.63	Classe 2/ 4		aa2a	24
3.23	0.0006	75.00	12.50	0.94	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão Grupo Etário Tempo de serv na Organ	ANP5	4
3.23	0.0006	75.00	12.50	0.94	≥ 50A		GE07	4
3.23	0.0006	75.00	12.50	0.94	Aorg ≥ 25A		AOr5	4

Fonte: Ent Enf99.

O segundo factor, designado de DPD2, coloca em evidência a importância dos aspectos materiais e laborais, assim como salienta a importância das características do funcionamento organizacional e as oportunidades de formação e actualização permanente como elementos favoráveis ao desenvolvimento do processo participativo. Não menos relevante é o descrito no factor DPD3, onde se afirma a importância da consulta, do trabalho em grupo, do acesso à informação e da participação efectiva na tomada de decisão sobre os diferentes aspectos que afectam o trabalho de enfermagem directa, como elementos fulcrais para o desenvolvimento do processo. No quarto factor, DPD4, é enfatizada a influência do reconhecimento externo, o prestígio e a autonomia no desempenho da actividade, como mediadores do desenvolvimento da participação directa. Quanto ao factor DPD5, salienta a importância dos aspectos informais nos serviços no desenvolvimento do processo participativo, justificando assim que a presença de uma maior informalidade nas redes de relações interprofissionais, verticais e horizontais, constituem uma das vidas facilitadoras do processo. Em relação ao último factor, o DPD6, trata-se igualmente de um factor que evidencia a importância da especificidade das relações da enfermagem com os médicos e com

a administração/direcção dos serviços no desenvolvimento da participação directa (Quadro 79).

Quadro 79
Dimensões do Desenvolvimento da Participação Directa em Enfermagem

	DPD1	DPD2	DPD3	DPD4	DPD5	DPD6
reconhecimento dos médicos	,830					
reconhecimentos dos auxiliares de acção médica	,821					
tipo de tarefa que efectua	,715					
reconhecimento das chefias e da direcção/administração	,635					
reconhecimento dos colegas da mesma carreira profissional	,589					
não subordinação do controlo médico	,437					
formação e actualização permanente de novos proced. do trab		,699				
contacto com outros sectores		,692				
funcionamento formal da organização		,653				
as condições físicas do trabalho		,645				
boa comunicação da organização		,560				
salário que recebe		,531				
participação na realização do plano de actividades da instituição			,772			
participação em grupos de trabalho			,631			
ser informado dos objectivos dos planos de actividade da instituição			,624			
participação nas decisões sob o seu trabalho			,605			
ser consultado sobre assuntos relacionados c/ o trabalho			,602			
reconhecimento dos utentes				,779		
autonomia que possui para efectuar o trab.				,750		
a sua categoria profissional				,673		
prestígio social por trabalhar na instituição				,547		
funcion. informal do serviço/equipa onde desenvolve a sua activid.					,821	
relações com as chefias de enfermagem					,695	
relações com os auxiliares de acção médica					,690	
relações com os colegas					,624	
relações com outros profissionais					,576	
relações com os médicos						,620
relações com a administração/direcção						,475

Nota: Componentes da matriz rodada P26, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.
Fonte: Inq Enf2000.

Com efeito, um aspecto que se salienta nas diferenças verificadas, é a constatação de um perfil da enfermagem orientado no sentido do desenvolvimento da participação. Um dos processos privilegiados pelos actores para potenciar a participação directa consiste na criação de oportunidades de reconhecimento interno e externo das actividades da enfermagem, na melhoria dos diferentes aspectos do funcionamento organizacional, no aumento do fluxo e da qualidade da informação para o processo de tomada de decisão e no incremento da informalidade nas relações interprofissionais. Para além disto, a partilha de informação representa ainda outro elemento que é valorizado para o desenvolvimento e a manutenção da ordem social na organização. Na realidade, o que parece que reside no conjunto dos factores identificados, é o reconhecimento

da importância da troca de informação e da visibilidade dos profissionais no desempenho das suas tarefas, como elementos fulcrais para a melhoria, não só das condições de participação, mas também da qualidade da produção de cuidados e das condições de inserção profissional nos diferentes contextos de trabalho.

Este conjunto de factores não apresenta diferenças significativas ao nível dos hospitais nem dos centros de saúde, exceptuando o caso do factor DPD6 que se revelou significativo (Quadro 80). Trata-se de uma situação que revela a existência de formas distintas de relações entre os enfermeiros e os médicos e a administração/direcção, muito provavelmente relacionado com a existência de uma maior formalidade e controlo ao nível dos hospitais, *versus* uma situação inversa ao nível dos centros de saúde. É ainda provável que sendo estas unidades mais pequenas as relações entre a enfermagem e os médicos, sejam predominantemente de carácter mais informal.

Comparando ainda os factores entre as categorias da variável sexo, não verifiquei qualquer diferença significativa. Já quanto à variável grupo etário a situação é distinta, existindo diferenças significativas ao nível do factor DPD3 das formas de participação e DPD4 que se refere ao reconhecimento externo, autonomia e ao prestígio. As diferenças significativas ao nível comparativo entre as categorias da variável categoria profissional situam-se no domínio dos factores DPD1 (reconhecimento interno), DPD3 (formas de participação), DPD4 (reconhecimento externo) e DPD5 (relações informais) (Quadro 80).

Em relação à variável antiguidade na profissão, apenas na variável DPD6 (relação com médicos, administra/direcção) é que não verifiquei qualquer diferença significativa. Em relação à variável tempo de serviço na organização, verifiquei uma ausência de diferenças significativas ao nível de DPD1 (reconhecimento interno) e DPD6 (reconhecimento dos médicos, administração/direcção). Quanto à variável área geográfica das unidades estudadas, verifiquei apenas a presença de diferenças significativas ao nível do factor DPD1 (reconhecimento interno) (Quadro 80).

O conjunto de diferenças acima descrito confirma aquilo que tenho vindo a descrever, e revela que, entre outras questões, a autonomia nos dois tipos de serviços é diferenciada, razão pela qual se geram contextos igualmente

diferenciados de reconhecimento e prestígio junto dos utentes. Por outro lado, as experiências profissionais e o tempo de vivência na organização influenciam, certamente, a construção dos modos de percepção de cada uma das realidades.

Quadro 80
Desenvolvimento da Participação Directa e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças			Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
	Absolutas	Positivo	Negativo		
Organização					
DPD1	,061	,061	,000	,437	,991
DPD2	,129	,129	,000	,929	,354
DPD3	,174	,174	,000	1,251	,087
DPD4	,108	,108	-,012	,779	,579
DPD5	,070	,070	,000	,507	,960
DPD6	,199	,199	,000	1,437	,032
Sexo					
DPD1	,065	,000	-,065	,546	,927
DPD2	,062	,023	-,062	,519	,951
DPD3	,147	,000	-,147	1,229	,098
DPD4	,053	,053	,000	,441	,990
DPD5	,088	,088	-,083	,737	,648
DPD6	,042	,024	-,042	,348	1,000
			Graus de Liberdade	Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários					
DPD1			6	6,379	,382
DPD2			6	10,851	,093
DPD3			6	17,469	,008
DPD4			6	29,254	,000
DPD5			6	10,112	,120
DPD6			6	9,869	,130
Categ. Profissional					
DPD1			3	12,997	,005
DPD2			3	7,412	,060
DPD3			3	11,078	,011
DPD4			3	17,924	,000
DPD5			3	11,839	,008
DPD6			3	6,919	,075
Antig. Profissão					
DPD1			4	17,158	,002
DPD2			4	18,077	,001
DPD3			4	18,477	,001
DPD4			4	24,377	,000
DPD5			4	10,317	,035
DPD6			4	8,239	,083
Antig. Organização					
DPD1			4	9,359	,053
DPD2			4	15,764	,003
DPD3			4	19,551	,001
DPD4			4	18,748	,001
DPD5			4	11,126	,025
DPD6			4	6,883	,142
Local					
DPD1			2	7,290	,026
DPD2			2	4,956	,084
DPD3			2	,965	,617
DPD4			2	2,656	,265
DPD5			2	1,391	,499
DPD6			2	4,363	,113

Fonte: Inq Enf2000.

Para reforçar esta tese, ainda se encontram os dados obtidos da análise de correspondência múltipla, que revelam com clareza a presença de uma discriminação entre as formas de percepção dos enfermeiros dos hospitais e dos centros de saúde, assim como entre as suas características sociodemográficas e profissionais.

Os dados sistematizados no Quadro 81 revelam que o factor 2 é um eixo organizacional e profissional, na medida em que coloca em oposição a forma como os enfermeiros das diferentes categorias do hospital e dos centros de saúde valorizam os aspectos que influem no desenvolvimento. O factor 1 traduz um eixo geracional, visto que discrimina as orientações entre os mais novos e os mais "velhos". Aos mais novos, nomeadamente os enfermeiros da "base", as relações de discriminação presentes no factor um colocam em evidência que este grupo valoriza muito a influência de todos os factores descritos no desenvolvimento da participação directa. De referir ainda que predominam nas orientações dos enfermeiros da "base" dos hospitais, nomeadamente aqueles que possuem a idade entre 25 a 29 anos, com uma antiguidade na profissão e na organização entre 10 a 14 anos, a valorização das implicações moderadas do reconhecimento externo e as relações informais no desenvolvimento das práticas participativas. Opondo-se às orientações dos enfermeiros mais novos, encontram-se os enfermeiros com uma maior antiguidade na organização e ainda com a idade igual ou superior a 50 anos, e que manifestam um certo distanciamento em relação à influência dos diferentes factores na dinâmica da participação, situação que parece revelar a confirmação de que este grupo apresenta uma descrença em relação às possibilidades da participação directa na melhoria das condições na organização.

Assim sendo, parece-me que é de concluir que os enfermeiros, nomeadamente os mais novos, privilegiam a participação directa como um elemento não inerte, antes porém, representa um elemento estratégico para a potenciação da sua afirmação de autonomia e de valorização profissional. Neste sentido, concluo que é de aceitar a hipótese colocada de que existem diferenças na valorização das práticas participativas em enfermagem adoptadas nos centros de saúde e nos hospitais da Região Alentejo, encontrando-se tais diferenças mais relacionadas com as clivagens intergeracionais e intreprofissionais, sendo estas mais evidentes ao nível das organizações da área geográfica de Évora. Trata-se de

clivagens que interferem nos modos de percepção dos actores face aos valores profissionais, às estratégias de valorização e revalorização profissional, e aos processos formais e informais que residem no seio de cada um dos referidos campos socio-organizacionais.

Quadro 81

Discriminação das Orientações dos Actores Face ao Desenvolvimento da Participação Directa

Quadrantes	Variáveis e modalidades caracterizadores do Factor 1	Variáveis e modalidades caracterizadores do Factor 2	Variáveis e modalidades caracterizadores de ambos os Factores
1º Quadrante	dpd1fInf dpd3fInf dpd4fInf dpd5fInf	Évora Hospital dpd5modInf dpd4modInf	dpd2fInf dpd6fInf
2º Quadrante	≤ 24A 30a34A	dpd1modInf dpd3modInf dpd2modInf dpd6modInf	enfermeiro 25a29A Aprof10a14A Aorg10a14A
3º Quadrante	dpd2Inf dpd4Inf		dpd1mtInf dpd2mtInf dpd3mtInf dpd4mtInf dpd5mtInf dpd6mtInf
4º Quadrante	enfermeiro graduado ≥ 50A Aorg15a19A Aorg ≥ 25A	Centro de Saúde enfermeiro especialista enfermeiro-chefe 40a44A Aorg20a24A	45a49A Aprof15a19A Aprof20a24A

Nota: dpd1 – reconhecimento interno; dpd2 – funcionamento da organização; dpd3 – formas de participação; dpd4 – reconhecimento externo; dpd5 – relações informais; dpd6 – relações formais (código da variável +fInf – fraca influência; modInf – moderada influência; Inf – influência; mtInf – muita influência).

Fonte: Inq Enf2000.

3.2.3. Terceiro Olhar: Formas Predominantes de Participação Directa na Encruzilhada da Consulta e da Tomada de Decisão

Fevereiro 1999 - Dia 02

Reunião de Enfermeiros Avaliadores dum CS

Agenda:

- Ponto 1.- Recolha de informação sobre o resultado da análise e discussão das normas em vigor
- Ponto 2.- Estratégias utilizadas na implementação das normas
- Ponto 3.- Relação dos enfermeiros a avaliar no triénio 96/98
- Ponto 4.- Elaboração do plano de reuniões (avaliadores para planeamento das entrevistas periódicas para atribuição da menção qualitativa, segundo as normas orientadoras)
- Ponto 5.- Apresentação do plano de actividades da Comissão Técnica de Avaliação e auscultação das sugestões dos enfermeiros

Abril 1999 - Dia 09

Reunião de Enfermeiros dum CS

Agenda:

- Ponto 1.- Informação sobre novos registo de avaliação das actividades
- Ponto 2.- Análise das actividades em programa
- Ponto 3.- Apoio aos enfermeiros das equipas em complemento de formação

Junho 1998 - Dia 15

Reunião de Enfermeiros dum Serviço Hosp

Agenda:

- Ponto 1.- Informações do plano de formação do hospital
- Ponto 2.- Definição dos temas para formação em serviço
- Ponto 3.- Aplicação das normas de classificação dos doentes

Falar de consulta e de tomada de decisão é colocar uma questão complexa. Em primeiro lugar, porque levanta o problema das fronteiras da racionalidade, dito no sentido simmoniano. Limite esse, fruto dos constrangimentos, não só do próprio homem, mas também, dos contextos organizacionais. Por outro lado, falar de consulta e de decisão, remete para a consideração da questão do exercício de poder e do dinamismo da liderança (Friedberg 1995).

Tal como tenho vindo a apresentar, os resultados sugerem uma predominância da dinâmica do grupo no processo participativo, quer para efeitos de consulta, quer nos processos de tomada de decisão. Serão estes esquemas,

ditos legítimos, os únicos que existem nos hospitais e nos centros de saúde? Na verdade, mais do que questionar a validade de possíveis modelos e procedimentos gestionários existentes nos hospitais e centros de saúde, interessa-me reflectir neste ponto, sobre as experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem face aos esquemas vigentes de participação directa. Assim sendo, para responder à questão acima referida, coloquei como hipótese de que não existe uma única forma de participação directa, apesar de se poder esperar que predomine como sistema de preferência dos enfermeiros, o trabalho em grupo para a consulta e a tomada de decisão para situações não relacionadas directamente com a produção de cuidados de saúde. Para dar conta desta hipótese, vou analisar a forma como a enfermagem avalia os modos de acção gestionária nos processos de consulta e de tomada de decisão, quer em termos individuais, quer em termos de grupo, não deixando todavia de explorar transversalmente outras formas colaterais de difusão e de desenvolvimento do processo de participação.

Geary e Sisson (1996) sugerem que a gestão organizacional tende a negociar preferencialmente com os sindicatos e os seus representantes locais, no sentido de obter a sua cooperação na difusão das formas de participação directa. De facto, trata-se de uma questão preliminar sobre a consulta e a tomada de decisão. Para o efeito coloquei a seguinte questão: Em que medida é que os representantes dos enfermeiros, tais como os delegados sindicais das diferentes unidades de análise são igualmente informados, consultados e participam nas negociações ou na tomada de decisão conjunta sobre as alterações na organização e/ou no planeamento do trabalho?

Segundo os testemunhos recolhidos, estes actores raramente intervêm nos esquemas de participação directa, nomeadamente nos processos de tomada de decisão, tal como testemunham alguns entrevistados com funções de gestão nas organizações («Penso que não há esta tradição» E2 - Enf CS), podendo ser eventualmente informados do desenvolvimento dos processo de mudança organizacional.

«Penso que sim, que o sindicato é informado sobre as mudanças e do planeamento. (...) Directamente não me procuram. É sempre com a coordenação sub-regional. A coordenação nunca me contacta para estar presente. (...) O que é, é que não tenho conhecimento a nível superior sobre os assuntos que discutem. Portanto, o que eu sei muitas vezes é por via informal. (...) O mais vulgar são sobre os horários. Às

vezes fazem 24 horas seguidas. Mas com o pessoal que há, os enfermeiros-chefe fazem o melhor que podem. Fala-se nos rácios de utentes por enfermeiros, de 1500 ou 1200, mas ninguém se entende. Há um trabalho da direcção geral dos recursos humanos sobre este assunto. Mas, o que está em jogo nem deve ser a fórmula, e tem de ser a realidade de cada serviço, as actividades em presença, as necessidades locais. Portanto, se há x enfermeiros, só podemos desenvolver determinadas actividades» (E18 - Enf CS).

«Nunca nenhum delegado sindical veio falar, ou demonstrar alguma preocupação como é que isto funciona, ou alguma preocupação para falar com os chefes» (E7 - Enf Hosp).

«Penso que são pouco consultados, em detrimento dos representantes médicos que são consultados tanto para tomarem decisões em relação aos actos médicos como aos de enfermagem. O delegado sindical trabalha aqui como nós e participa nas actividades que desenvolvemos, mas não como sindicalista» (E29 - Enf Hosp).

«Que representantes? Enfermeiros-chefes ou representantes sindicais. Julgo que os representantes da minha instituição pouco são informados, consultados na participação da negociação ou na tomada de decisões sobre as alterações na organização. Só o director de enfermagem» (E22 - Enf Hosp).

«Este é um assunto delicado. Os sindicatos não foram ouvidos na implementação do modelo teórico, nem na criação de grupos de estudos. Os sindicatos estão muito virados para os direitos. A enfermagem não pode ser um emprego como as outras profissões, os enfermeiros tem que ir continuamente transformando os saberes que tem. Por isso têm de lutar sozinhos dentro das instituições e nos serviços. Não é por acaso que, apesar das dificuldades, continuamos a fazer grupos de trabalhos, envolvermos na resolução dos problemas» (E12 - Enf Hosp).

«Se está a perguntar pelo sindicato dos enfermeiros, digo-lhe que não temos reuniões formais. Mas em termos informais, e porque nos conhecemos todos, vamos passando a informação» (E1 - Enf CS).

«Da minha parte, eu divulgo toda a informação que chega às minhas mãos» (E2 - Enf CS).

«Em relação às organizações sindicais. Não sei se eles se preocupam muito com o centro de saúde. É assim, tem sido muito difícil, e aqui no centro de saúde ninguém tem oferecido para ser delegado sindical. Não sei porquê, tem acontecido em várias reuniões, eu expor o problema que devíamos ter um delegado sindical e ninguém se tem oferecido. Temos apoio sindical pelo delegado sindical do hospital. O enfermeiro que vem aqui, e apresenta-me toda a documentação, tudo o que ele trás é afixado num placard, nas reuniões discutimos os problemas, mas um representante nosso no sindicato não há» (E3 - Enf CS).

De facto, ao colocar uma questão semelhante aos inquiridos, recolhi um

conjunto de dados que salientam precisamente uma certa confirmação daquilo que é referido nos testemunhos das entrevistas. Ou seja, em relação aos esquemas presentes na instituição, uma elevada percentagem de inquiridos considera que lhes são facultadas informações sobre as actividades que se desenvolvem nos diferentes serviços. As participações directas das estruturas representativas da enfermagem nas negociações e/ou nas tomadas de decisão conjunta não constituem situações frequentes nos hospitais e centros de saúde em análise. A confirmar esta situação estão as respostas dos inquiridos que manifestaram uma posição quanto à frequência da intervenção dos actores sindicais, cujo peso percentual não ultrapassa muito os 20% (Quadro 82).

Quadro 82
O Lugar dos Representantes da Enfermagem na Participação Directa

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% raro	% por vez	% freq	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)					
	Informados	341	10,05	29,12	48,71	12,12
	Consultados	329	24,48	35,57	24,74	15,21
	participam nas negociações participam na tomada de decisão	324	29,90	31,96	21,65	16,49
2	Centro de Saúde (D, E, F)					
	Informados	52	16,67	18,33	51,67	13,33
	Consultados	50	28,33	23,33	31,67	16,67
	participam nas negociações participam na tomada de decisão	49	35,00	23,33	23,33	18,34
		48	31,67	28,33	20,00	20,00

Nota: a) respostas múltiplas
(*) % de respostas de cada situação
Fonte: Inq. Enf2000.

Em função destes resultados, concluo que a negociação com os actores sindicais nos diferentes serviços não constituem formas predominantes na prática corrente em enfermagem. Estes testemunhos não significam que exista um posicionamento deliberado dos enfermeiros gestores dos hospitais e centros de saúde para afastar os representantes do sector no processo participativo, antes porém, traduzem apenas que a intervenção sindical é pouco expressiva, pelos menos não é perceptível para a maioria dos enfermeiros, sendo resumida a contactos informais ou através da difusão da informação.

Na verdade, existem testemunhos que tendem a valorizar o papel do sindicato no processo, afirmando que a «gestão só tem a ganhar com o apoio dos

sindicatos se estes participarem na melhoria dos serviços» (E12 - Enf Hosp). É por razões similares que existem outros posicionamentos favoráveis para uma maior inclusão não só destes actores, mas também de outros representantes da classe no processo. Vejamos o seguinte testemunho.

«É tudo muito problemático falar de representantes. Vamos lá ver. Eu acho que a Ordem nesta altura do campeonato é essencial. Relativamente à questão da existência da Ordem, propriamente, neste momento, eu acho que é necessária para dar um carácter formal, como é que eu hei-de dizer, de igualdade, de igualdade face a outras profissões. É importante a sua determinação, e é quase essencial que exista uma coisa deste tipo. Portanto, ter uma estrutura sindical não chega. São áreas completamente diferentes, pelo menos quanto a mim. Não tem nada a ver. A forma, a estrutura sindical é essencial e é necessária relativamente a questões de trabalho. Eu acho que a Ordem é mais do que isso. (...) mas de qualquer das formas, a Ordem é uma estrutura mais ligada à área da qualidade da própria profissão e de questões relacionadas com a autonomia e com a sua estrutura, uma estrutura mais consistente do que propriamente a carreira ou coisas desse tipo (...). Acho que os serviços de saúde, a ARS tem de passar a negociar com a Ordem, por um lado e com o Sindicato, por outro. Ambos fazem falta para efectuar mudanças na qualidade dos serviços que prestamos, não só aqui como nos hospitais» (E10 - Enf CS).

À semelhança do que me foi dado observar sobre a rarefacção da consulta com os actores sindicais, nos diferentes serviços de saúde, verifiquei igualmente que, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde, não é frequente a administração e/ou da direcção protagonizarem de formas de participação directa através de processos de consulta. As que existem são delimitadas a certas franjas das hierarquias da enfermagem, tais como: «Nos hospitais, é só pedido a opinião quando é mesmo indispensável, e mais aos enfermeiros chefes e aos especialistas» (E17 - Enf Hosp).

«Não há essa cultura relacional e funcional. Os dirigentes, salvo situações excepcionais, decidem por eles e não consultam ninguém. As estruturas de enfermagem são muitas vezes anuladas, de acordo com outros interesses que não os da instituição. Falamos nomeadamente das chefias de enfermagem, quer ao nível dos serviços, quer ao nível do próprio enfermeiro director» (E34 - Enf Hosp).

«Não é com muita regularidade. Por vezes acontece, não sei se é sempre levado em conta o que se diz, mas acontece» (E4 - Enf CS).

Na verdade, as formas de consulta que existem, ocorrem na maioria das

situações entre os pares, e a um nível intermédio de gestão, e raramente extravasam dos contornos organizacionais. Ou seja, entre os enfermeiros-chefes dos serviços e os enfermeiros dos mesmos serviços. Trata-se de formas de consulta que podem ser do tipo individual e/ou em grupo, excepto para situações muito específicas. Porém, é percebido por alguns entrevistados que nos centros de saúde existe uma maior abertura para os modelos de consulta individual e/ou em grupo.

«Eu sei que nos centros de saúde é mais pedida a opinião aos enfermeiros do que nos hospitais» (E17 - Enf Hosp).

«Existe uma grande familiaridade no processo de consulta na organização do trabalho das equipas. Há uma coisa que se calhar é importante referir. Há cá a prática da consulta e nada é decidido, sem o acordo de todas as pessoas. Às vezes, quando são problemas pontuais, eu falo só com a pessoa mais ligada ao assunto, outras vezes, porque o problema diz respeito a todos, reúno o grupo» (E3 - Enf CS).

«somos normalmente consultadas pela chefe» (E26 - Enf CS).

«A maioria dos enfermeiros aproveitam as oportunidades de reunião para tratar com as chefias, a formação em serviço, os temas que interessam a equipa, para aferir critérios e para criarem protocolos de actuação» (E7 - Enf Hosp).

Em qualquer uma das modalidades de consulta individual e/ou em grupo distinguem-se em consulta formal e informal. Os processos informais mais correntes situam-se ao nível da discussão de problemas do quotidiano do trabalho, tal como revelam os seguintes testemunhos:

«Sim, somos consultados na passagem do turno da manhã. Falamos mais, no caso de haver problemas, ou situações problemáticas com os doentes» (E21 - Enf Hosp).

«Depende. Como trabalhamos em equipa, os problemas do dia-a-dia, falo com a chefe quando nos encontramos no bar» (E26 - Enf CS).

Por outro lado, verifico que estas questões da consulta ultrapassam as fronteiras do grupo profissional. Igualmente no quotidiano do trabalho os enfermeiros são sistematicamente confrontados com consultas informais, advindas da parte dos médicos. Vejamos:

«sim, normalmente acerca das actividades de mobilização, alimentação dos doentes. São só os médicos que nos consultam. E verifica-se muitas vezes quando nos cruzamos no serviço» (E36 - Enf Hosp).

«Só os médicos pedem opinião e consultam o pessoal de enfermagem acerca dos cuidados a prestar aos doentes. Não marcamos reuniões para isso. Falamos nos turnos. Por exemplo, se um doente está sem condições de iniciar a alimentação, ou se sobre o tipo de alimentação, ou ainda se pode suspender soros e.v., etc.» (E35 - Enf Hosp).

«1º aspecto: pedido de informação, esclarecimento, opiniões sobre situações de cuidados ambulatoriais, por exemplo, feridas e pensos; 2º aspecto: informação sobre antecedentes, aspectos relacionais de determinados utentes ou familiares» (E26 - Enf CS).

«Os médicos costumam consultar-nos sobre problemas no atendimento, na prestação de cuidados aos utentes. Aliás, sempre que digam respeito à enfermagem, os médicos não decidem nada relativamente à enfermagem» (E6 - Enf CS).

«Fundamentalmente em relação aos tratamentos e domicílios» (E27 - Enf CS).

«Os médicos costumam consultar os enfermeiros nos diferentes assuntos dentro de cada equipa» (E3 - Enf CS).

É precisamente nestas situações de contactos informais que a enfermagem procura potenciar a sua capacidade de negociação e de consenso com os médicos sobre os modos de organização e os conteúdos da prestação dos cuidados.

«Se existem divergências de outros pontos de vista, tento entrar em acordo com o médico que por vezes aceita que haja uma alteração dos planos de cuidados» (E20 - Enf Hosp).

«Neste serviço, pedem, pois eles não se sentem bem à vontade com os doentes. Não os conhecemos bem e acerca dos acessos vasculares, quem os conhece bem são os enfermeiros» (E37 - Enf Hosp).

Mesmo no domínio dos contactos e consultas interpares para a resolução dos problemas do quotidiano, nalguns serviços, como por exemplo no hospital, ainda se verifica uma certa delimitação hierárquica, confinada à relação privilegiada da enfermeira-chefe com os médicos.

«Sim. Há consulta e uma colaboração entre ambas as partes, mas apenas entre alguns médicos e a enfermeira-chefe. São habitualmente discutidas as estratégias e os cuidados a prestar em casos em que alguns dos elementos da equipa levantem questões. Às vezes a chefe transmite-nos o que foi falado entre eles e outras vezes não» (E29 - Enf Hosp).

«Os médicos não se preocupam muito com o trabalho de enfermagem. Preocupam-se mais com o apontar do horário de saída da consulta! Os

problemas são resolvidos com a enfermeira-chefe. Eu só tenho de saber lidar com a situação» (E7 - Enf Hosp).

Numa leitura mais atenta, verifico que as práticas formais de consulta incidem essencialmente no processos de avaliação de desempenho, ou ainda no domínio da formação, e que são desenvolvidas entre pares. Trata-se de consultas individuais e/ou em grupo, uma ou duas vezes por semana, em conformidade com as necessidades dos enfermeiros e as disponibilidades dos enfermeiros-chefe. Não menos verdade é que se verificam reuniões periódicas, com uma certa regularidade mensal, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde, para o debate de questões sobre o avanço dos trabalhos inerentes ao processo de avaliação em enfermagem, bem como para a abordagem das necessidades de formação, ou ainda sobre a investigação em enfermagem. Em relação à formação e à investigação, verifico ainda que se organizam ocasionalmente no seio da enfermagem, grupos formais, de duração ora temporária ora duradoura, para o estudo e discussão sobre os temas em causa. São acções desenvolvidas normalmente após o horário laboral, e com uma elevada informalidade. Um outro aspecto que é salientado nos testemunhos recolhidos trata-se da forma como os elementos dos grupos são escolhidos. Frequentemente, são as hierarquias directas que decidem, tal como referi anteriormente.

«O contacto com os enfermeiros é mais, na avaliação, nos concursos, ou nas reuniões para falarmos da formação. Sobre a prática e, portanto na prestação de cuidados, é normal que os médicos falem com os enfermeiros. Eu estou satisfeito com o trabalho dos enfermeiros» (E18 - Enf CS).

«Para a avaliação, todos os enfermeiros tem que apresentar um projecto profissional, onde estão objectivos pessoais e profissionais, nesse sentido há enfermeiros que procuram juntar-se em grupos de dois ou três. Há outros que preferem desenvolver sozinhos. Depende um pouco dos próprios temas. Eu como chefe de grupo procuro motivá-los para alguns trabalhos. Reunimos pelo menos uma vez por mês. Outras vezes escolho dois ou três para reflectirem sobre um tema» (E8 - Enf Hosp).

«os enfermeiros reúnem comigo para trabalhar na investigação. É um grupo que funciona de consultadoria para os outros colegas. Espero assim, poder proporcionar mais formação em serviço, mais trabalhos para apresentar e que isso trouxesse mais motivação aos próprios profissionais» (E9 - Enf CS).

«Procuro pensar na formação das pessoas; quais as necessidades de

formação, em função não só daquilo que me propõem, mas daquilo que vou vendo, como as lacunas do serviço. Canalizo a informação sobre a formação que vai havendo, inclusivamente estímulo todos para desenvolver projectos de formação. Agora, por exemplo, estamos a desenvolver os projectos de formação para o ano que vem. Temos, o dever de pensar o que é que houve de lacunas neste ano. Já perguntei aos enfermeiros para eles me darem a opinião, para daí saírem projectos concretos e coerentes. Ou seja, peço opinião aos colegas aos enfermeiros, que digam em que áreas é que tem necessidades de formação. A nossa avaliação de desempenho preconiza isso, fazem um relatório por escrito. Eles dão todos as suas achegas, comentamos, falamos, trocamos impressões e fazemos projectos, que são feitos em conjunto. Ao longo da semana de trabalho, dedicamos um dia para esse tipo de actividades. Normalmente é assim, ao fim da tarde, quando há hipótese quase sempre nos juntamos, na minha sala, informalmente e trocam-se aspectos do dia a dia, o que aconteceu, o que surgiu de novo, o que chegou de correio, portanto fazemos estas perguntas do dia a dia. Depois uma vez por mês temos uma reunião, em que mensalmente as coisas vão sendo agendadas, à medida que vem surgindo, quando há coisas urgentes, obviamente não se espera, ou algum colóquio, em cada reunião todos estes aspectos são postos em questão, tanto da minha parte como da parte dos enfermeiros» (E2 - Enf CS).

Para as outras questões, nomeadamente para a introdução de modificações na organização do trabalho, os testemunhos recolhidos nalguns serviços hospitalares revelam a necessidade de engendrar esquemas de negociação com as hierarquias decisórias e inter-pares para o efeito.

«Só quando pretendem implementar um protocolo. Mas, só o aceitamos se for negociado e assim são forçados a consultarmos» (E19 - Enf Hosp).

«Actualmente existe trabalho em equipa, mas a discussão dos problemas dos doentes ou até problemas dos serviços são apresentados à enfermeira-chefe. Esta, se for democrática estabelece a ligação com a equipa, caso contrário concentra a informação, levando a conflitos ou mau funcionamento dos serviços» (E24 - Enf Hosp).

«Os médicos são uma classe completamente à parte e não pedem opiniões e não consultam facilmente ninguém. É preciso saber levá-los a entender o nosso lado» (E7 - Enf Hosp).

«Sim, principalmente os médicos e ainda mais os enfermeiros-chefes. Uma vez sobre assuntos publicados, discutem-se esses artigos e até se fazem trabalhos. Mas o objectivo é sempre aumentar os conhecimentos das pessoas, os profissionais de saúde médico e enfermeiro, para que adquiram outras competências e desenvolverem o seu trabalho com a melhor qualidade possível» (E31 - Enf Hosp).

«De um modo geral, não, embora, por vezes, peçam opiniões sobre a organização do trabalho que normalmente são aquelas que irão ser

aplicadas» (E35 - Enf Hosp).

Como prática de consulta formal, verifico ainda que são utilizados esquemas indirectos tais como os inquéritos por questionário. Segundo os testemunhos recolhidos, estes têm vindo a incidir na recolha de informação sobre as necessidades de formação.

«Há um departamento de formação. E normalmente fazemos uma reunião para pensarmos o que vamos fazer em termos de formação no serviço. Também esse departamento faz formação em vários temas. Que são pensadas com as necessidades quer do serviços quer dos enfermeiros. No ano passado nós fizemos um questionário. O enfermeiro responsável pela formação e eu, para nos apercebermos das necessidades de formação, e depois trabalhamos esses dados e chegámos a vários temas que os enfermeiros sentiam necessidade de receber formação (...)» (E13 - Enf Hosp).

«O enfermeiro chefe é que todos os anos tem que fazer questionários para as pessoas se manifestarem sobre as áreas em que gostariam de fazer formação. Mas atenção, no meu caso concreto pouca gente foi à formação. A minha grande tristeza é de nunca ter conseguido trabalhar num local onde tenha condições em termos de recursos humanos e materiais, por exemplo às questões logísticas de um centro de Saúde» (E9 - Enf CS).

Para um aprofundamento desta questão das formas de consulta, inquiri ainda um grupo de enfermeiros, confrontando-os com quatro questões sobre a regularidade desta prática nos diferentes serviços. A leitura das respostas oferece uma paisagem que complementa aquilo que referi acima. Efectivamente, a consulta individual não é frequente ao nível dos hospitais, sendo mais corrente nos centros de saúde (Quadro 83). Quanto às formas de consulta individual, predominam, em ambas as áreas, as reuniões regulares com a chefia directa, seguindo-se as reuniões para a análise do desempenho dos profissionais (Quadro 84). Torna-se importante, neste âmbito, reconhecer que a maior parte dos esquemas de consulta participativa considerados nas referidas organizações, sobre a forma individual, têm um alcance de certo modo muito limitado, sendo confinados às questões da própria profissão.

Em relação à consulta de grupos de enfermeiros, constato que quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde, tal processo não constitui

igualmente uma prática muito corrente. Porém, as situações de consulta de grupo são mais frequentes ao nível dos hospitais do que nos centros de saúde (Quadro 85).

Quadro 83
Pedido de Opinião ou Consulta Individual de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Sim	% Não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	362	37,63	55,67	6,70
2	Centro de Saúde (D, E, F)	56	60,00	33,33	6,67

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 84
Formas de Pedido de Opinião ou Consulta Individual de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	137		
	reuniões regulares com a chefia directa		110	80,3
	análises regulares do desempenho		69	50,4
	inquérito às atitudes		20	14,6
	contactos regulares com a administração		24	17,5
2	outras formas	36	3	2,2
	Centro de Saúde (D, E, F)			
	reuniões regulares com a chefia directa		30	83,3
	análises regulares do desempenho		19	52,8
	contactos regulares com a administração		12	33,3
	inquérito às atitudes	-	-	
	outras formas	-	-	

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Quanto às formas de consulta utilizadas, predominam as reuniões regulares com grupos com tarefa específica, numa base durável, seguindo-se as reuniões com grupos de duração temporária (Quadro 86). Quanto às matérias em que são pedidas opiniões aos enfermeiros nas consultas individuais e em grupo, constato a presença de dois factores. No primeiro OPE1, agregam-se os temas sobre as relações profissionais e com os utentes. No segundo factor OPE2, os assuntos relacionados com a formação e a organização e o conteúdo de trabalho da enfermagem (Quadro 87).

Quadro 85
Pedido de Opinião ou Consulta de Grupos de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Sim	% Não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	351	44,07	46,39	9,54
2	Centro de Saúde (D, E, F)	53	28,33	60,00	11,67

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 86
Formas de Pedido de Opinião ou Consulta de Grupos de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C) reuniões regulares com grupos com tarefa específica, numa base durável reuniões regulares com grupos com tarefa específica, numa base temporária outras formas	167	120	71,9
			98	58,7
			13	7,8
2	Centro de Saúde (D, E, F) reuniões regulares com grupos com tarefa específica, numa base durável reuniões regulares com grupos com tarefa específica, numa base temporária outras formas	16	10	62,5
			11	68,8
			1	6,3

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 87
Dimensões do Assuntos em que são Pedidos Opiniões à Enfermagem

	OPE1	OPE2
relações com outros profissionais	,928	
relações com as chefias directas	,908	
relações com os médicos	,899	
relações com os utentes	,853	
formação		,893
qualidade do serviço prestado		,843
higiene e segurança		,826
organização do trabalho em geral		,742
horário de trabalho		,496

Nota: Componentes da matriz rodada P30, extraídos pelo método de análise factorial por componentes principais, com normalização Kaiser e rotação Varimax.

Fonte: Inq Enf2000.

Para uma melhor compreensão dos factores e as suas diferenças no seio dos actores, procedi a uma análise comparativa e a uma análise de variância não

paramétrica. Analisando as possíveis diferenças significativas no seio dos inquiridos, constato que o primeiro factor emerge apenas com diferenças ao nível da categoria profissional, e o segundo apenas em relação ao local. Os resultados obtidos sugerem, mais uma vez, a presença de uma clivagem no seio dos inquiridos quanto à especificidade dos temas consultados, em termos individuais e/ou em grupo, situação que deve provavelmente ser derivada dos efeitos de posição detidos pelos actores e dos seus contextos de trabalho. Por outras palavras, as diferenças significativas verificadas entre o factor das "opiniões sobre as relações" (OPE1), podem traduzir a presença de percepções distintas quanto aos assuntos que dizem respeito a cada categoria profissional. Provavelmente o facto de deter uma categoria mais elevada, ser enfermeiro-chefe ou ter responsabilidades de gestão, tem efectivamente maiores possibilidades de consulta pelas hierarquias administrativas e pela direcção, assim como detém capacidade de engendrar o controlo informacional, no sentido descendente para os demais actores dos serviços. Por sua vez, em relação às diferenças significativas entre o factor das "necessidades de reorganização do trabalho e formação" (OPE2) e o local pode significar que em cada contexto subregional de saúde existem estratégias gestionárias de consulta e preocupações distintas da enfermagem sobre a sua própria realidade (Quadro 88).

Sabendo que os esquemas de consulta são processos pouco frequentes, e os que existem são marcados por clivagens, será que as formas de tomada de decisão seguem o mesmo rumo? Quanto à tomada de decisão, tal como vimos anteriormente, as decisões nucleares da organização encontram-se concentradas nas mãos da administração e/ou direcção, e que as questões concretas do quotidiano são resolvidas pelas chefias intermédias, com um maior ou menor envolvimento dos restantes profissionais, dependendo do estilo de liderança utilizado pelas mesmas chefias. Porém, numa outra aproximação, parece que existe uma certa abertura de algumas chefias intermédias para descentralizar os processos decisoriais. Vejamos o seguinte testemunho de duas enfermeiras-chefe, sendo uma da área dos cuidados de saúde primários e a outra da área hospitalar:

«Quando eu não consigo arranjar uma solução para um problema, e é em conjunto da cabeça deles que eu vou tirar essas soluções. Nós fazemos reuniões semanais bi-mensais sempre às sextas-feiras, e nessas reuniões nós nos entendemos como grupo, nada é imposto, nunca foi imposto desde que eu estou aqui, as coisas são decididas em grupo. Há

colegas que vêm individualmente ter comigo, e tentamos em conjunto resolver a situação. Quem chega ao nosso centro, não percebe à primeira que há uma interacção nas decisões dentro do grupo» (E3 - Enf CS).

«sempre que seja necessário, para resolver uma situação problemática no serviço, procuro decidir em conjunto com os enfermeiros dos serviços, e quando ultrapassa as minhas competências, então coloco o problema para a direcção de enfermagem resolver» (E21 - Enf Hosp).

«Qualquer coisa que diga respeito à organização dos cuidados de saúde de enfermagem somos sempre nós que tratamos. Nós dentro da organização do grupo dos enfermeiros é que lançamos as ideias, não é a administração que impõe» (E6 - Enf CS).

Quadro 88
Assuntos em que são Pedidos Opiniões e as suas Diferenças no Seio dos Actores

	Diferenças			Teste Kolmogorov-Smirnov Z	Sig.
	Absolutas	Positivo	Negativo		
Organização					
OPE1	,049	,049	-,045	,355	1,000
OPE2	,052	,052	-,016	,374	,999
Sexo					
OPE1	,096	,009	-,096	,801	,542
OPE2	,035	,006	-,035	,288	1,000
	Graus de Liberdade			Teste Kruskal Wallis	Sig.
Grupos Etários					
OPE1			6	1,707	,945
OPE2			6	3,352	,764
Categ. Profissional					
OPE1			3	16,442	,001
OPE2			3	4,962	,175
Antig. Profissão					
OPE1			4	3,149	,533
OPE2			4	2,391	,664
Antig. Organização					
OPE1			4	1,596	,809
OPE2			4	1,630	,803
Local					
OPE1			2	2,061	,357
OPE2			2	10,848	,004

Fonte: Inq Enf2000.

Num segundo olhar sobre a realidade, verifico que as oportunidades que são concedidas à enfermagem para a tomada de decisão não são similares ao nível dos hospitais e dos centros de saúde. Dos testemunhos recolhidos, apercebo-me que existem maiores constrangimentos a nível hospitalar do que nos centros de saúde, situação essa que se deve provavelmente à ausência de uma certa autonomia decisória no contexto de trabalho, como tenho vindo a focar. As decisões no meio hospitalar encontram-se concentradas a nível da direcção de

enfermagem e das hierarquias intermédias. Argumentos como, «Hoje seguimos as instruções da administração e do director de enfermagem» (E7 - Enf Hosp), ilustra esta realidade.

«Há grupos de trabalho no hospital, bem estruturados, alguns funcionam muito bem, mas em termos de poder de decisão, a decisão cabe essencialmente ao enfermeiro director. Os enfermeiros tem por vezes vontade, demonstram disponibilidade, mas não há abertura suficiente para se conseguir» (E5 - Enf Hosp).

«Considero que tinha mais autonomia no centro de saúde, não só porque me estavam atribuídas mais funções..., eu vou-lhe dar um exemplo. Eu, no centro de saúde, fui coordenador da saúde do idoso, fazia parte do núcleo de educação para a saúde. Não era raro haver enfermeiros que eram coordenadores de nível III nos centros de saúde, coisa que não vejo muito, principalmente no meio de enfermeiros como eu, com a minha categoria, enfermeiro de nível I. No hospital, a coordenação é mais atribuída a especialistas. Não tenho ainda um conhecimento da realidade, por isso não sei se haverá este tipo de coordenação entre os outros enfermeiros. No hospital, a minha visão é assim: há o doente que tem um diagnóstico médico e tudo no serviço funciona à volta desse diagnóstico médico, do estudo que é feito, e das acções que devem ser feitas, tanto pelo médico como pelos enfermeiros em relação a esse mesmo doente, para recuperar, para manter, para melhorar,... pronto..., aquilo que for possível fazer. Penso que é esta a situação. Está tudo muito no domínio da orientação médica. Ou seja, o médico é que determina praticamente as rotinas do nosso dia-a-dia. Nós, a nossa enfermagem, a nossa área está muito limitada. Penso que no hospital há uma tentativa, quer dizer, de imposição ao enfermeiro. Apesar de os enfermeiros querem ter uma palavra nas áreas de decisão, isto é muito difícil no hospital. Nós só temos um enfermeiro que está ligado à decisão (...) de prioridades ao nível de gestão dos serviços» (E17 - Enf Hosp).

Apesar desta limitação¹⁰⁴ do acesso às decisões, enquadrada nas fronteiras das normas e das regras das organizações, é possível encontrar outras formas de negociação nas malhas das relações formais e informais entre pares ou com as chefias intermédias, participando, assim, de forma "camuflada" em esquemas indirectos no processo de tomada de decisão. São, por exemplo, as possíveis intervenções que se manifestam nas reuniões periódicas ou noutros momentos de

¹⁰⁴ É evidente que não é fácil configurar a divisão do trabalho na saúde como uma distribuição "democrática" das tarefas. Se é possível encontrar nos centros de saúde certos acordos prévios entre os actores sobre o modo de "constituição" das áreas de responsabilidade, no campo estrito da estrutura da cura, trata-se de um processo que está reservado às mãos dos médicos. As actuais mudanças na enfermagem não se tratam do reflexo de uma disputa dos espaços de cura, mas sim de uma luta para a materialização do poder de decisão na organização do seu trabalho.

contacto com as chefias e com os colegas nos serviços. Por outras palavras, é possível verificar que «indirectamente, as decisões que se tomam nos serviços são de acordo com o chefe e o grupo. Fazemos reuniões. (...) Quais? Novas técnicas, equipamentos novos, métodos de distribuição de trabalho, a formação em serviço, etc.» (E31 - Enf Hosp). Porém, esta situação não é exclusiva nos serviços hospitalares. Igualmente nos centros de saúde se verifica igual procedimento.

«Sim, em relação a todos os aspectos converso com os colegas do turno. Os mais complexos, coloco à aprovação das chefias ou não, conforme se considero isso pertinente ou não» (E25 - Enf CS).

«Com a formação externa, é mais complicado. Somos poucos. Ou combinamos entre nós as substituições nas equipas. Ou fazemos uma reunião para decidir quem vai. Normalmente a chefe não levanta impedimento» (E6 - Enf CS).

«No meu serviço fazem-se reuniões periódicas para organizar ou alterar as normas de trabalho. A chefe vai de encontro às decisões tomadas. Conversamos e resolvemos...» (E36 - Enf Hosp).

«O enfermeiro-chefe da equipa toma decisões sozinho ou reúne com a restante equipa e decide connosco sobre a organização dos cuidados» (E22 - Enf Hosp).

«Sim, relativamente à realização dos horários e planos de trabalho podemos ter uma palavra. Com os turnos fazemos trocas entre nós. A chefe não gosta, mas fecha os olhos. (...) Mas, nos serviços são as chefias de enfermagem que decidem quem faz o quê e onde. A distribuição dos enfermeiros executantes e pessoal auxiliar está a cargo da chefe operacional de enfermagem» (E28 - Enf Hosp).

São ainda nas situações de intervenção individual na prática directa no quotidiano de trabalho, onde os enfermeiros procuram maiores espaços de afirmação das suas competências decisórias. Por exemplo, verifiquei num serviço de medicina da Região Alentejo que «no dia-a-dia, na divisão de trabalho, na colheita de dados, na implementação de cuidados temos sempre possibilidade de decidir» (E19- Enf Hosp). Outros testemunhos subscrevem semelhante perspectiva.

«É claro que nós dentro dos serviços temos alguma autonomia no "fazer". Em termos de autonomia no "decidir", tínhamos muito mais autonomia no centro de saúde, não só planeamento das actividades, no planeamento das sessões de educação para a saúde. No planeamento do dia a dia tínhamos muito mais possibilidade e autonomia para tomarmos as nossas decisões» (E17 - Enf Hosp).

«Só na organização dos cuidados a cada doente, pois cada enfermeiro é responsável pelos cuidados que presta, como presta e quando presta,

desde que seja prestado» (E20 - Enf Hosp).

«Sim. No planeamento das funções do dia-a-dia, isto na área de exames. Formação em serviço. Mal de nós, se mesmo nestes assuntos não temos uma palavra» (E23 - Enf Hosp).

«Sim. Há decisões que o enfermeiro que está na prestação de cuidados toma porque é ele que tem a visão da dinâmica do serviço» (E30 - Enf Hosp).

«Sobre a organização da prestação de cuidados; sobre horários de atendimento» (E26 - Enf CS).

«Como disse agora, fomentamos a autonomia de todos os prestadores. É comum dentro de um mesmo centro de saúde, um enfermeiro organize a prestação de cuidados de uma forma de certo modo diferente do seu vizinho do lado. Comparando com um hospital em que por norma o enfermeiro chefe é que determina, é completamente diferente da realidade do centro de saúde, em que oito enfermeiros que pertencem ao mesmo centro de saúde cada um deles ver o caminho da prestação de cuidados de forma diferente do seu vizinho do lado. Ou seja as horas que eu vou destinar para saúde infantil, planeamento familiar, tratamentos pode ser completamente diferente da forma como o colega do lado a organiza, e tem autonomia para em conjunto com o médico e administrativo da sua equipa de trabalhar organizar e decidir de uma forma autónoma. Dentro dos limites a forma como organiza a sua prestação de cuidados é semi-autónoma. Isto tudo é para dizer que a nível da gestão como é lógico também há uma certa autonomia na decisão, sendo como é lógico e desejável que os enfermeiros se reúnam uma vez por mês para partilhar experiências, dúvidas e dificuldades com outros colegas» (E1 - Enf CS).

Efectivamente, as decisões individuais e em grupo são tomadas, quer a nível dos hospitais, quer nos centros de saúde, num quadro de negociação, de consenso, e incluso de consentimento. São estas as estratégias que se desenvolvem na disputa de mais espaços decisoriais, dependendo das capacidades e das competências individuais em estruturar tais espaços junto das hierarquias directas.

«Não se podem generalizar os comportamentos. Esse envolvimento é condicionado pela formação e decisão de cada um, que detém em qualquer das situações o poder para decidir. Praticamente, faz-se a filosofia do consentimento, conivente... com os chefes» (E34 - Enf Hosp).

«Depende do tipo de decisões. Isto tem a ver com a estratégias de cada um, essencialmente. Há decisões que têm que ser tomadas em que na altura isso não é possível, até porque as pessoas não estão todas elas dentro de todas as componentes do problema. Portanto, muitas vezes podiam até nem saber resolver da melhor maneira. Aquilo que eu

tento, e estou mais preocupada com isso do que propriamente com o tomar a decisão em conjunto ou não, é se a tomada de decisão respeita ou não o envolvimento e o consentimento das outras pessoas, e até que ponto posso negociar com as chefias para conseguir a decisão certa e o melhor resultado» (E16 - Enf CS).

Face ao exposto até aqui, a lógica das formas de tomada de decisão resulta de contribuições engendradas de certa forma "regulamentada", sendo essencialmente oriundas das duas formas possíveis de intervenção: individual e em grupo. A primeira diz respeito aos aspectos mais operacionais do quotidiano de trabalho, e a segunda encontra-se reservada para o delineamento das estratégias do grupo, nomeadamente para a formação. Qualquer que seja a forma, apesar de não ser frequente, trata-se de processos participativos, tal como é salientado pelos entrevistados, de elevada importância para a profissão, na medida em que lhes permitem não só assumir as responsabilidades no trabalho, mas também lhes oferecem oportunidades para incrementar a motivação e a satisfação.

«Aqui é preciso saber decidir. Temos muita autonomia, mas também para tomarmos as decisões em grupo. O trabalho em grupo motiva-nos e melhora a satisfação no trabalho» (E11 - Enf Hosp).

«Os enfermeiros durante os turnos da tarde e da noite são totalmente senhores e responsáveis por todas as suas atitudes e decisões. Cada enfermeiro-chefe no seu serviço faz como acha que é melhor para os serviços de enfermagem e não estão preocupados com a organização do trabalho, em geral. Se não for assim, andávamos com certeza todos desmotivados» (E33 - Enf Hosp).

A realidade descrita pelos testemunhos não se distancia de certa forma dos resultados descritos nos estudos sobre a participação. Tal como assinala Sisson (1996), os processos e as formas consideradas pelos gestores sobre a participação directa referem, em concreto, à introdução dos processos de consulta e delegação em grupo. No primeiro caso, pretende-se incentivar os trabalhadores a darem a conhecer as suas opiniões. «No segundo caso, concede-se aos trabalhadores o direito de tomarem decisões e de as porem em prática» (Sisson 1996: 30). Conjugando os testemunhos das entrevistas acima descritos, assim como os dados quantitativos recolhidos, verifico que a maioria dos inquiridos revelam que têm tido possibilidade de tomar decisões individualmente e/ou em grupo (Quadro 89).

Quadro 89
Possibilidade de Tomada de Decisão Individual e em Grupo de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Sim	% Não	% sem opinião
A	Tomada de Decisão Individual				
	Hospitais (A, B, C)	357	47,42	44,59	7,99
	Centro de Saúde (D, E, F)	56	70,00	23,33	6,67
B	Tomada de Decisão em Grupo				
	Hospitais (A, B, C)	346	60,05	29,12	10,83
	Centro de Saúde (D, E, F)	55	70,00	21,67	8,33

Fonte: Inq. Enf2000.

Constato ainda que as maiores preocupações da enfermagem têm incidido na tomada das decisões sobre a organização do trabalho em geral, as relações com os utentes, a melhoria da qualidade dos cuidados e a formação, sendo este último mais expressivo a nível hospitalar. Constituem igualmente temas relevantes de discussão em grupo, as questões relacionadas com a higiene e a segurança no trabalho, os problemas relacionados com a distribuição do horário de trabalho e a rotação das tarefas e dos serviços (Quadros 90 e 91).

Quadro 90
Assuntos das Tomadas de Decisão Individual de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	182		
	relações com os utentes		137	75,3
	organização do trabalho em geral		123	67,6
	qualidade do serviço prestado		113	62,1
	formação		105	57,7
	higiene e segurança		68	37,4
	horário de trabalho		36	19,8
2	Centro de Saúde (D, E, F)	40		
	relações com os utentes		34	85,0
	organização do trabalho em geral		30	75,0
	qualidade do serviço prestado		26	65,0
	horário de trabalho		19	47,5
	formação		15	37,5
	higiene e segurança		10	25,0
outras formas	1	2,5		

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Quadro 91
Assuntos das Tomadas de Decisões em Grupos de Enfermeiros

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	233		
	formação		202	86,7
	organização do trabalho em geral		157	67,4
	qualidade do serviço prestado		148	63,5
	relações com os utentes		137	58,8
	higiene e segurança		95	40,8
	rotação de tarefas e serviços/equipas		87	37,3
	coordenação do trabalho c/ outros grupos		75	32,2
	distribuição do horário de trabalho		66	28,3
	pontualidade		62	26,6
	controlo da assiduidade e do absentismo		38	16,3
2	Centro de Saúde (D, E, F)	42		
	organização do trabalho em geral		37	88,1
	formação		31	73,8
	rotação de tarefas e serviços/equipas		29	69,0
	distribuição do horário de trabalho		28	66,7
	relações com os utentes		26	61,9
	qualidade do serviço prestado		23	54,8
	pontualidade		18	42,9
	controlo da assiduidade e do absentismo		17	40,5
	coordenação do trabalho c/ outros grupos		17	40,5
	higiene e segurança		12	28,6
outras formas	-	-		

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Os resultados sugerem-me ainda que os serviços em análise apresentam uma paisagem marcada por preocupações e problemas da enfermagem que incidem maioritariamente sobre matérias do controlo e de demarcação dos conteúdos e o contexto do seu trabalho. A constatação desta realidade vem comprovar que as relações que a enfermagem estabelece na participação directa não se confina ao alcance da satisfação e da *performance* no trabalho. Parece que se enquadram na sua intervenção participativa outras relações e interesses, não correspondentes à mera realidade psicossocial. Trata-se provavelmente de decisões intimamente relacionadas com os interesses profissionais do grupo, objectivadas à sua diferenciação nos serviços, razão pela qual se justifica a preferência da enfermagem em tomar tais decisões em grupo. De facto, encontra-se nas afirmações dos inquiridos, uma maior preferência pelos processos em grupo, não só na tomada de decisão, mas também na consulta, tal como se encontra descrito no Quadro 92.

Quadro 92
Formas de Participação Directa Preferidas pela Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)
1	Hospitais (A, B, C)	355		
	tomada de decisão em grupo		268	75,5
	consulta em grupo		234	65,9
	consulta individual		137	38,6
2	Centro de Saúde (D, E, F)	54		
	tomada de decisão individual		32	9,0
	tomada de decisão em grupo		43	79,6
	consulta em grupo		37	68,5
	consulta individual		14	25,9
	tomada de decisão individual	8	14,8	

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

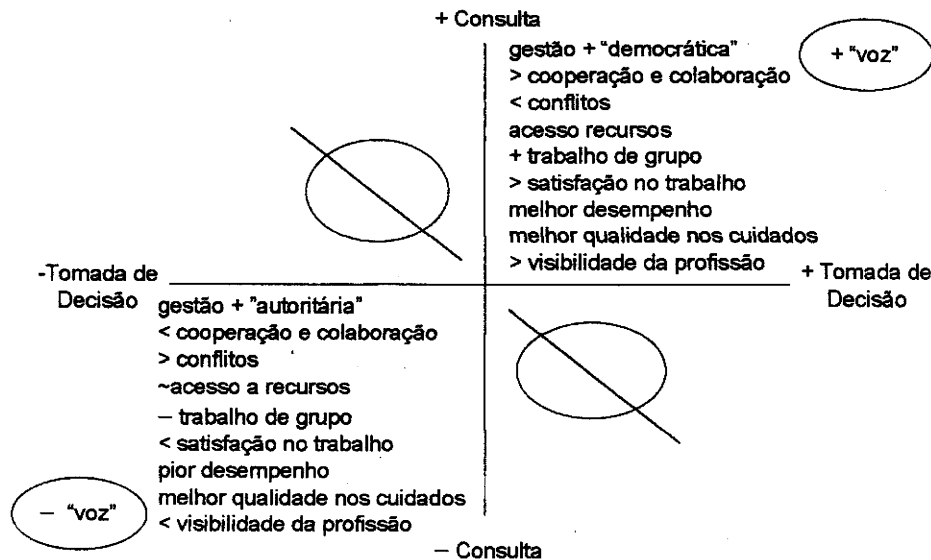
Fonte: Inq. Enf2000.

A consideração das questões presentes nos discursos e nos resultados quantitativos, bem como dos códigos presentes nos esquemas estruturais descritos anteriormente, nomeadamente no [A15] e no [A16], sugerem-me a percepção de uma complexidade de relações e interesses na estrutura de sentido da massa de informação, tal como vem descrito no Esquema 17. Trata-se de uma sistematização de um conjunto de códigos referentes às lógicas de acção que subjazem no processo de consulta e de tomada de decisão, ora disjuntos, ora sob conjuntos, mas que me permite compreender que as diferentes formas de participação directa podem ser dicotomizáveis em campos opostos de actuação. Um que oferece maiores oportunidades de intervenção directa da enfermagem da "base" na mudança organizacional e na defesa dos interesses profissionais. A outra que se opõe à anterior. Trata-se de dois campos que sistematizam não só a orientação das lógicas gestionárias, [+democráticas] vs. [+autoritárias], mas que me oferecem uma outra inteligibilidade sobre a forma como os esquemas gestionários interferem nos mecanismos de apropriação de [+voz] vs. [-voz] dos actores na construção e reconstrução da regulação da participação directa e do seu quotidiano de trabalho (Esquema 17).

Para um maior aprofundamento desta questão, retornei à leitura das formas de agregação dos segmentos significativos presentes no discursos dos actores sobre as suas experiências face às diferentes formas de consulta e de tomada de decisão. A disposição das relações hierárquicas dos diferentes

segmentos oferece-me a percepção de um *puzzle* de quatro agrupamentos.

Esquema 17
Estrutura [A17]: Nas Malhas da Complexidade da Consulta e da Tomada de Decisão



Fonte: Ent Enf99.

No primeiro agrupamento, aa1a, descrito no Quadro 93 e caracterizável como a lógica das formas de participação directa, encontra-se uma descrição explicativa dos fundamentos da consulta e da tomada de decisão. Trata-se de segmentos que possuem um peso hierárquico na massa de informação de 49,15%, produzidos fundamentalmente pelos enfermeiros mais novos, com idade entre os 25 a 29 anos, com uma antiguidade na profissão entre os 10 a 14 anos, e um tempo de serviço na organização igual ou inferior a 9 anos. Subjaz na leitura deste agrupamento de segmentos de sentido que os processos de consulta e de tomada de decisão, organizados através da forma individual e/ou em grupo confere aos profissionais "mais autonomia" para "resolver" os diferentes "problemas da enfermagem". Para este grupo de profissionais, quer a "decisão", quer a "opinião" que manifestam, incidem sobre as "estratégias" e as "prioridades" sentidas pela enfermagem, nomeadamente no que se refere às "orientações" profissionais, ao "planeamento" das actividades e às formas de "colaboração" entre pares e a nível interprofissional e na relação com os utentes (Quadro 93).

Quadro 93
Fundamentos da Consulta e da Tomada de Decisão na Participação Directa

Classe 1/4 – aa1a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.06117	decisão						
2	0.09818	planeamento						
3	0.93267	prioridades						
4	0.93267	mais autonomia						
5	1.18425	colaboração						
6	1.18425	orientações						
7	1.28893	opiniões						
8	1.30759	estratégias						
9	1.30759	resolver						
10	1.30759	problemas da enfermagem						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				49.15	Classe 1/ 4		aa1a	174
4.28	0.0000	86.67	14.94	8.47	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	30
2.99	0.0014	87.50	8.05	4.52	Aorg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	16
2.62	0.0044	82.35	8.05	4.80	25a29A	Grupo Etário	GE02	17
-2.47	0.0068	14.29	1.15	3.95	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ.	AOr3	14
-3.11	0.0009	7.14	0.57	3.95	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	14

Fonte: Ent Enf99.

No segundo agrupamento encontra-se a descrição da relação entre a consulta e a tomada de decisão na mudança organizacional. Trata-se de um agrupamento, designado de aa2a, e que comporta um peso hierárquico de 28,81%. Os segmentos significativos correspondem à matriz do discurso produzido pelos enfermeiros que possuem a idade entre os 40 e os 44 anos, uma antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização, entre os 15 e os 19 anos. Segundo estes profissionais, entre as diferentes formas de participação utilizadas para a “mudança” na “organização”, privilegiam a consulta e tomada de decisão em grupo, ou melhor, através da criação de “equipas” e de grupos de “projectos”, nomeadamente para a intervenção ao nível da “organização dos cuidados” e na melhoria dos “horários de atendimento” e de prestação de cuidados aos utentes (Quadro 94).

Na matriz do *corpus* dos testemunhos obtive ainda um terceiro *cluster* de segmentos significativos. Trata-se de um agrupamento designado por aa3a, cujo peso hierárquico é de 16,95%. Estes segmentos encontram-se mais relacionados com os enfermeiros de idade entre os 35 e os 39 anos. Igualmente estes segmentos apresentam uma certa relação com os enfermeiros com uma antiguidade na profissão e tempo de serviço na organização, entre os 20 e os 24 anos. Subjaz na

leitura do núcleo central da estrutura de sentido produzida por estes profissionais, a noção de uma “participação” em “grupos de trabalho”, interessada e utilitarista, mas que não se distancia de uma lógica culturalista da profissão. Por outras palavras, os segmentos de sentido oferecem-me a percepção da valorização das formas de consulta e de tomada de decisão como fontes de acesso e posse de recursos, tais como a “informação” e o acesso à “formação em serviço”. É pelas razões expostas que estes profissionais “partilham” um interesse comum, de que quanto maior for a sua “participação”, melhores condições de visibilidade se materializam para a afirmação da sua profissão (Quadro 95).

Quadro 94
Consulta e Tomada de Decisão na Mudança Organizacional

Classe 2/4 – aa2a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.19713	organização						
2	0.33362	organização dos cuidados						
3	0.52809	horários de atendimento						
4	1.06120	projectos						
5	1.16129	há equipas						
6	7.94062	mudança						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				28.81	Classe 2/ 4		aa2a	102
3.67	0.0001	78.57	10.78	3.95	AOrg15a19A	Tempo de serv na Organ.	AOr3	14
3.09	0.0010	75.00	8.82	3.39	Aprof15a19A	Antiguidade na Profissão	ANP3	12
2.43	0.0075	70.00	6.86	2.82	40a44A	Grupo Etário	GE05	10
-2.67	0.0038	0.00	0.00	4.52	AOrg ≤ 9A	Tempo de serv na Organ.	AOr1	16

Fonte: Ent Enf99.

Identifiquei ainda um quarto agrupamento designado por aa4a. Trata-se de um conjunto de segmentos, que apesar de ter um baixo peso percentual (5,08%), a sua presença não é de menor valor para a compreensão das lógicas das formas de participação directa. Na verdade, este agrupamento reflecte a desvalorização das formas de consulta e de tomada de decisão, argumentando que tais processos de participação directa “não melhora o envolvimento” e que apenas colocam aos profissionais numa situação de maior intensificação de tarefas no seu quotidiano de “trabalho”. Encontram-se mais relacionados com este tipo de posicionamento os profissionais com idade entre os 45 e os 49 anos, com uma antiguidade na profissão e na organização igual ou superior a 25 anos (Quadro 96).

Quadro 95
Consulta, Tomada de Decisão e o Desenvolvimento da Enfermagem

Classe 3/4 – aa3a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.18625	informação						
2	0.18625	partilham						
3	0.18625	participação						
4	0.21475	formação em serviço						
5	2.14670	grupos de trabalho						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				16.95	Classe 3/ 4		aa3a	60
4.03	0.0000	69.23	15.00	3.67	35a39A	Grupo Etário	GE04	13
3.25	0.0006	57.14	13.33	3.95	AOrg20a24A	Tempo de serv na Organ.	AOr4	14
3.25	0.0006	57.14	13.33	3.95	Aprof20a24A	Antiguidade na Profissão	ANP4	14
-2.76	0.0029	0.00	0.00	8.47	Aprof10a14A	Antiguidade na Profissão	ANP2	30

Fonte: Ent Enf99.

Quadro 96
A Outra Face da Consulta e Tomada de Decisão da Enfermagem

Classe 4/4 – aa4a								
RG	Distância	Identificador dos Segmentos						
1	0.42622	não melhora o envolvimento						
2	1.70487	mais trabalho						
Valor Teste	Prob	%			Modalid.	Variável	Ident.	pontos
		Cla/Frq	Frq/Cla	Global				
				5.08	Classe 4/ 4		aa4a	18
2.81	0.0024	100.00	11.11	0.56	Aprof ≥ 25A	Antiguidade na Profissão	ANP5	2
2.81	0.0024	100.00	11.11	0.56	AOrg ≥ 25A	Tempo de serv na Organ.	AOr5	2
2.45	0.0071	66.67	11.11	0.85	45a49A	Grupo Etário	GE06	3

Fonte: Ent Enf99.

Apesar da existência de alguns posicionamentos divergentes, o conjunto de resultados sugere e confirma que a consulta e, fundamentalmente, a decisão em grupo são dois ingredientes essenciais no processo participativo nos hospitais e nos centros de saúde. Por um lado, permitem à enfermagem, nomeadamente aos mais novos, marcar uma diferenciação profissional a nível local (nos serviços e em cada contexto de trabalho), e, por outro lado, auxiliam o grupo obter determinadas alternativas e benefícios mais latos. Trata-se, assim, de dois objectivos da participação directa que potenciam a enfermagem à manipulação do quotidiano a seu favor, através de negociações e outros apoios, tendo em vista a materialização de uma certa capacidade decisória sobre as grandes questões da

mudança na organização do trabalho e da melhoria da qualidade na produção de cuidados.

«Há aqui outro aspecto que eu acho que é muito importante e que também deve ser melhorada. Não basta dizer para participarmos nisto ou naquilo. A participação directa é muito importante. Mas, é preciso definir com clareza aquilo que é actividade de enfermagem. Precisamos de maior autonomia, reconhecimento e visibilidade daquilo que fazemos. Não falo só da nossa relação com os médicos. É também em relação aos utentes. Isto por si só, pode contribuir para que haja uma oferta de cuidados para além daquela que é habitual. Ou seja normalmente quando pensamos num centro de saúde, sabemos que há lá médicos, enfermeiros e administrativos, mas o grande enfoque é sempre dado no âmbito dos cuidados médicos. Todas as outras actividades situam-se na periferia no âmbito dos cuidados médicos. Eu penso que se houver uma maior autonomia, se houver uma maior qualificação daquilo que é ser enfermeiro, a população a pouco e pouco vai procurar o centro de saúde não só para procurar os cuidados médicos, mas sim para obter os cuidados de enfermagem. Este trabalho pode levar algum tempo, provavelmente não é hoje nem é amanhã que isso vai ter reflexos, que se vai produzir uma oferta diferente de cuidados de saúde daquela que se tem feito até aqui, mas se o processo for continuado, é evidente que daqui a meia dúzia de anos as pessoas vão perceber que quando vão recorrer a um Centro de Saúde sabem que não há só cuidados médicos lá» E1 - Enf CS).

Tal como refere Friedberg, a implementação de quaisquer projectos de mudança e/ou de reorganização «não pode dispensar o apoio activo dos quadros» (Friedberg 1995: 347). Acrescenta ainda o autor que a utilização de processos participativos que não envolvam os quadros e os "pequenos chefes", e em cascata, os membros dos quadros operacionais, esbarra certamente contra uma resistência passiva, e muitas vezes até activa dos mesmos, inviabilizando a desejada mudança. Por outras palavras, decidir consultar outrem, e/ou tomar decisões constitui um processo fundado nos limites de um tabuleiro de recursos, marcado por um "jogo de poder", onde as acções e os interesses interagem de forma nem sempre convergente.

Apesar das oportunidades da enfermagem ao nível da participação ser de certo modo limitada, não significa que não haja impactos significativos ao nível das suas atitudes e comportamentos gerais no interior da organização. Porém, o envolvimento da enfermagem nos sistemas de participação possíveis, quer sob a forma de consulta, quer sob a configuração de processos de tomada de decisão em

grupo, trata-se de uma realidade que não é gratuita, antes porém potencia a ligação da própria enfermagem para outras realidades que ultrapassam as fronteiras meramente psicossociais. Isto não significa que a enfermagem não considere que a participação directa possa contribuir para melhorar os resultados tradicionais na organização, tais como a produtividade e a satisfação. Todavia, esta questão parece tratar-se apenas de uma questão meramente instrumental e superficial do fenómeno da sua participação organizacional, isto porque as suas finalidades parecem ser outras.

Face ao exposto, considero que é de aceitar a hipótese de que não existe uma única forma de participação directa em enfermagem, variando os esquemas participativos entre estratégias individuais e colectivas, predominando no sistema de preferência dos enfermeiros o trabalho em grupo para a consulta e a tomada de decisão para o encontro de soluções para os problemas da enfermagem na estrutura da produção de cuidados de saúde. Por outro lado, com base em tudo o que foi acima referido, posso concluir ainda, por ora, que o modo como a enfermagem se envolve nos esquemas de participação depende directamente do grau em que os mesmos percebem as vantagens que podem retirar dos esquemas participativos.

3.2.4. Nas Teias dos Processos e das Estratégias dos Actores: a Participação Directa como uma Síntese Simbólico-Ideológica

Ao tomar em consideração o que tenho vindo a expor, verifico que existem múltiplos constrangimentos e simultaneamente oportunidades para a enfermagem conceber mecanismos para maximizar a sua intervenção na consulta e na tomada de decisão individual e/ou em grupo, nas fronteiras formais dos esquemas da participação directa. Apesar de reconhecer que a maior parte destes esquemas de participação, oferecem um cenário de envolvimento e uma participação de certo modo limitada por parte dos profissionais, as suas atitudes e representações com respeito a esses esquemas não revelam um posicionamento de passividade, pelo menos as dos mais novos. Aliás, as acções da enfermagem envolvem normalmente objectivos, acções e contextos específicos, geralmente mais relacionados com a dinâmica do desenvolvimento da profissão do que com outras questões. Assim sendo, será que a legitimação das possibilidades e da visibilidade das oportunidades de participação directa no interior da organização e na relação com os utentes, é para a enfermagem um sinónimo de autonomia e de afirmação profissional? Esta questão leva-me à consideração de uma hipótese, em que a possibilidade de participação directa está relacionada com os interesses de mudança e melhoria das condições de trabalho, nomeadamente ao nível da satisfação no trabalho, das relações profissionais e hierárquicas, e que se traduzem, em última instância, em ganhos, quer ao nível das condições de trabalho, quer na materialização de espaços de autonomia e de visibilidade profissional.

Tratando-se de um estudo que pretende dar conta das lógicas e das práticas de acção participativa, não posso deixar de concluir a análise dos dados com uma apresentação e ilustração de alguns dos cenários do quotidiano de trabalho da enfermagem nas unidades estudadas, para uma melhor percepção dos espaços de autonomia e de visibilidade da profissão.

A vida quotidiana nas organizações tem sido investigada segundo diferentes perspectivas, recorrendo os autores a uma panóplia de modelos, desde a

abordagem da integração cultural, da aprendizagem organizativa, passando pela análise das lógicas de acção estratégica (Sainsaulieu 1985 e 1987; Crozier e Friedberg 1977), das relações de poder (Alain 1983; Friedberg 1994), das regras de jogo (Reynaud 1997) para "auditoriar" e explicar a sua complexidade, assim como, para enfatizar o seu hermetismo de totalização (Goffman 1996), a trama dos bastidores e a representação do "Eu" (Goffman 1993), a organização dos tempos (Zerubavel 1979). Nos diferentes debates sobre a configuração do quotidiano nas e das organizações, tem sido ainda colocado em ênfase a articulação das relações inter e intraprofissionais, quer com o funcionamento burocrático (Chauvenet 1972 e 1973; Carapinheiro 1993), quer com as identidades de trabalho (Sainsaulieu 1985 e 1987; Silva 1997; Gonnet 1995), quer ainda com o saber-poder e a lógica da divisão do trabalho (Carapinheiro 1993; N. Lopes 1994). Trata-se de trabalhos que colocam em evidência que a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural que se constrói no quadro das relações de dominação/subordinação hierárquica, responsável pela génese de diversidade de formas de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra-organizacional.

Porém, no quadro dos trabalhos de Noémia Lopes (1994) sobre o papel da enfermagem nas redes de relações de trabalho, surgem outras questões. A autora sugere que as meras competências de execução padronizadas, assimiladas das tarefas delegadas pelos médicos, apenas lhes conferem um estatuto de inferioridade na hierarquia de cuidados e, portanto não potenciadoras de insubstituibilidade e de recursos de poder, opondo-se às tradicionais lógicas de subordinação e de dominação médica. Efectivamente, estudos recentes sobre a enfermagem sugerem o crescente interesse deste grupos para a valorização da sua profissão objectivada à consolidação da autonomia profissional no seio de uma equipa de saúde, quer a nível dos hospitais (Lopes 1994), quer nos centros de saúde (Silva 1997). Assim sendo, falar da participação directa, é falar da sua autonomia e da visibilidade da enfermagem e sobretudo de uma "nova" enfermagem. Falar de participação directa não é apenas falar dos bastidores, nem do seu trabalho de execução, mas também do seu trabalho de decisão no quotidiano de trabalho, dos valores e das suas ideologias, na medida em que se encontram ambos intimamente relacionados.

Até que ponto, com a ênfase na participação directa a enfermagem consegue abandonar o estatuto de simples executante das prescrições médicas no quotidiano? Como é que a enfermagem constrói o acesso à materialização do seu saber e das competências adquiridas ao longo do seu processo de socialização escolar e profissional no quotidiano de trabalho? Disporei de exemplos para ilustrar esta recomposição ideológica da enfermagem para a apropriação dos tempos, dos espaços e da participação directa na manutenção da ordem local? Ou será que se verificam ainda nos contextos de trabalho quadros de rotinização e de dependência da enfermagem às lógicas decisionárias dos médicos, e que as lógicas de participação directa se resumem aos bastidores, esvaziadas de uma retradução de autonomia e de visibilidade no quotidiano de trabalho?

1.- Cenário(s) num Serviço de Medicina: Entre a Rotinização e os Tempos "Cronometrados"

Setembro 1999 - Dia 9

14h - Após uma passagem de cerca de 6 horas pela urgência, onde fui observado e submetido aos exames complementares de diagnóstico, desde as análises ao sangue e à urina, a radiografia ao tórax e o electrocardiograma, fui internado num serviço de medicina, porque a situação o exigia. O serviço encontra-se situado no piso 3 do hospital¹⁰⁵, onde cheguei acompanhado por um auxiliar de acção médica. Já ia com a indicação do quarto e do número da cama. Quando cheguei fui recebido por uma enfermeira do serviço. Observou a documentação e chamou uma auxiliar para me guiar até ao quarto. Era uma enfermaria ampla, de grandes janelas a darem entrada à luz natural. Tinha quatro camas, cada uma delas com resguardos individuais, em tom azulado. Cada cama estava acompanhada por uma mesa de cabeceira. No meio da sala, uma mesa e quatro cadeiras. Um lavatório na parede, anexa à porta da enfermaria. Duas camas estavam ocupadas, por doentes que tinham sido internados por acidente vascular cerebral (AVC). Na cama 19 estava o Sr. José¹⁰⁶. Estava tetraplégico e estava ligado a um "soro". Na cama 21, o Sr. António, internado pelas mesmas razões, estava com uma ligeira paralisia facial. Encontra-se em fase de recuperação. Fiquei na cama 20, perto da janela. A auxiliar indicou-me os locais para guardar os meus objectos pessoais e a roupa. Disse-lhe que não sabia que ia ficar internado, pelo que não trouxe roupa de casa, nem as coisas de higiene pessoal. Amavelmente, disse para que

¹⁰⁵ Trata-se de um dos hospitais onde desenvolvi o presente estudo de caso.

¹⁰⁶ Trata-se de um pseudónimo como os nomes de outros actores referidos neste extracto do diário.

esperasse um pouco e trouxe-me um pijama, um toalha de rosto e de banho. Perguntou-me se queria mais alguma coisa. Disse-lhe que não, agradeci e ela saiu. Enquanto mudava de roupa, observei em redor. Estava um certo silêncio. Apenas o olhar do Sr. António rasgava o ambiente, olhando-me atentamente. Correspondi ao seu olhar, cumprimentei-o com um aceno da cabeça. Respondeu-me da mesma forma.

- 14h 30 - Fui observado pelo médico do serviço. Pouca conversa. Perguntou-me como me sentia e pouco mais. Escreveu qualquer coisa na pasta que trazia e saiu.
- 15h - Hora da visita de familiares. Pessoas a circularem nos corredores. No quarto, um vazio. Nenhuma visita. Cheguei hoje, não tive tempo de avisar ninguém. Talvez telefone mais tarde...
- 15h 15 - Estava a pensar na minha vida e fui interrompido pela chegada de duas enfermeiras. Eram jovens, talvez, com menos de 25 anos. Aproximaram-se de mim e disseram-me que queriam obter algumas informações minhas. Chamavam-se Paula e Isabel. Só a Paula é que falou comigo. Eram ambas morenas, de cabelos castanhos. Os da Paula eram lisos e apanhados como se fosse um "rabo de cavalo". Os da Isabel era um pouco ondulado e curto. Pareceu-me que a Isabel era apenas uma estudante estagiária, pois passou o tempo a observar o que a colega perguntava e os registos que entretanto efectuava. A enfermeira Paula perguntou-me pelos meus antecedentes de doenças, hábitos de vida, se fumava ou não, o peso que tinha habitualmente. Interrogou-me pela minha vida familiar e profissional, horas de trabalho, etc. Questionou-me ainda se vivi sempre em Portugal (é natural, pois eu não apresento uma fisionomia caucasiana). Entre outras questões, interrogou-me pelos gostos alimentares. Disse-lhe que não gostava de comer peixe. Perguntou-me porquê. Só lhe disse que não gostava. É curioso que uma outra questão que me colocou, foi se eu tinha medo da morte. Não sabia o que responder, mas disse que sim. A enfermeira Paula disse-me para não pensar nessa questão. "O importante é curar-se e voltar para casa". Palavras de conforto, certamente. Fui submetido a uma bateria de questões. Mas a conversa foi agradável. Terminado o "inquérito" que durou cerca de 15 a 20 minutos, agradeceram a minha colaboração e saíram.
- 15h 45 - Regressa a enfermeira Paula. Perguntou-me como me sentia e disse que vinha medir a "tensão" e registar a temperatura. Disse que estava um pouco alta, mas dentro dos limites do "normal". De temperatura estava bem.
- 16h - Entra no quarto uma técnica de saúde. Não me pareceu ser enfermeira, nem médica, nem auxiliar. Aproximou-se da minha cama e disse-me que era a dietista do hospital. Veio falar comigo porque foi informada que eu não gostava de comer peixe. Perguntou-me pelos meus hábitos alimentares. No final, apresentou-me as alternativas do "menu" para o jantar. Escolhi o prato de dieta que nesse dia era peru grelhado.
- 16h 05 - Recebo a visita de uma outra enfermeira. Disse-me que era a enfermeira-chefe. Perguntou se me sentia bem e informou-me que

se precisasse de alguma coisa, bastava tocar a campainha. Faz a mesma pergunta a outro doente, observa um pouco o Sr João e sai. Uma visita rápida.

- 16h 30 - Hora do lanche. Uma auxiliar trouxe chá, leite, bolachas e pão. Fui lanchar na mesa. Já lá estava o Sr. António. Conversámos um pouco. Disse-me que já estava internado há mais de duas semanas. Falou-me com mágoa da situação. Disse-me que trabalhou a vida inteira e não merecia ter uma trombose aos 60 anos. Confidenciou-me que já não tinha família, mas queria voltar para casa, por causa dos "bichos" que deixou a cargo da vizinha. Estava preocupado. Enquanto conversávamos, ouvi um pequeno ruído de uma enceradora no corredor. Fui ver. Era uma auxiliar de limpeza no desempenho das suas tarefas.
- 17h 30 - Nova visita da enfermeira Paula. Veio novamente ver a "tensão" e a temperatura. Registou os dados, não me disse nada, sorriu e saiu.
- 18h - Entraram no quarto outras duas enfermeiras. Vieram ver o Sr. João e o Sr. António. Verificam o sistema de "soro" do Sr. João, conversam como ele, ajudam-no a posicionar-se na cama e depois saem.
- 19h - Hora do jantar. Tal como tinha escolhido, veio o Perú com puré de batata, salada de alface e tomate. Comida sem sal. Para sobremesa uma maçã. Não comi muito. Não tinha apetite. Chega uma enfermeira que ajuda o Sr. João a alimentar-se.
- 20h 30 - Saí do quarto e fui até à sala de espera do serviço. Trata-se de uma adaptação da entrada do serviço. Quatro cadeiras e um televisor. Sentei-me e fumei um cigarro. Uma ou outra enfermeira vai saindo do serviço. Uma delas dirigiu-me a palavra. Disse-me para não fumar. Sorri. Não lhe respondi. Calculo que saem para jantar no refeitório. Voltei para o quarto. O Sr. António estava a ler um jornal. Não o incomodei.
- 21h 30 - Estava um silêncio absoluto no serviço. Saí do quarto e fui circulando pelo corredor. Um silêncio nos quartos, sem luzes, estavam todos a dormir. Passo pela sala da enfermagem e olho para dentro. Estavam atarefadas. Umas com os "papéis", outras a preparar a medicação. Chegou uma enfermeira ao pé de mim e perguntou-me se precisava de algo. Disse-lhe que não tinha sono, era muito cedo. Conversámos um pouco, coisas triviais, desde telenovelas ao tempo. Foi interessante...
- 23h 30 - Ainda não tinha sono. Voltei para a sala de espera. Abre-se a porta do elevador. Chegada de duas enfermeiras. Devem ser as do turno da noite. Uma delas disse-me que já era tarde, e que devia regressar ao quarto. Sorri-lhe. Fiquei mais um pouco a olhar pela janela e regressei ao quarto. Deitei-me. Não tinha sono. Custou-me adormecer.
- 01h 30 - Fui acordado por uma enfermeira. Não sei quem é. Não consegui ver a placa de identificação. Provavelmente trá-la sob o casaco de malha azul. Vinha medir a "tensão" e a temperatura,

assim como dar a medicação ao Sr. António. Registou os meus dados, verificou os de outros doentes e saiu.

05h 30 - Fui novamente acordado para nova medição da "tensão" e da temperatura. Estranho ritual nocturno...

08h - Acordei e o Sr. António ainda estava a dormir. Há muito que não acordava tão cedo. Fiz a minha higiene matinal e voltei para a cama... Tirei um bloco de notas e fiz uns apontamentos.

09h - Hora das higiènes. Chega uma enfermeira e uma auxiliar com um carro com toalhas, fraldas, etc. Preparam-se para fazer a higiene ao Sr. João. Para manter a privacidade do acto, fecham o cortinado/resguardo. Demoraram uns 15 minutos. Enquanto procediam as actividades, conversavam entre elas. Falavam que deviam ter mais auxiliares para ajudar nas higiènes. Comentam que há cada vez mais idosos dependentes no serviço. (Pensei em mim. Será que já estou nesta trajectória de vida? Fiquei deprimido e angustiado). Falam de outros temas triviais, desde o tempo à família, etc. Também pensei na minha. Vou telefonar...

9h 30 - Pequeno almoço. Leite, pão e uma embalagem de geleia de morango. Não comi nada. Saí do quarto e desci até à entrada do hospital e fui buscar uma lata de "coca-cola". Comprei um jornal e um maço de cigarros. Estavam poucas pessoas. Circulam alguns funcionários fardados. Uma ou outra pessoa ia entrando. Pensei, talvez fossem para as consultas externas. Não fui ver. Regressei ao quarto.

10h 45 - Mais uma medição da "tensão" e da temperatura. Já não era a enfermeira Paula. Novo turno, nova equipa. É normal. Aparenta ter uns 30 anos. Chama-se Maria. Enquanto aguardava pelos registos, perguntou-me se passei bem a noite, se dormi bem e se me sentia melhor. Respondi que sim.

12h 30 - Almoço. Era frango, com ervilhas. Não tinha apetite, não comi muito. Entretanto recebo a visita dum médico. Veio sozinho. Fez um pequeno relato da minha situação clínica. Foi sucinto e fiquei esclarecido.

.....

Estes registos extraídos da minha vida pessoal e inseridos no meu diário de campo, ilustram que reside nas orientações das práticas quotidianas da enfermagem um conjunto de ritmos e de estratégias relacionais afectivas-cognitivas. "Está melhor?"; "Não consegue dormir? Precisa de alguma coisa?"; "Parece que está preocupado... o que é que tem?". No período em que estive internado, este cenário de envolvimento foi uma constante. Porém, ao mesmo tempo que "sentia" esta realidade, tive simultaneamente a percepção de que um

olhar vigilante envolvia o quotidiano e a minha estadia no serviço. Serão estes os ritmos da vida quotidiana numa unidade hospitalar? Vejamos uma outra realidade.

Uma das unidades hospitalares estudadas, tratou-se de um serviço de medicina do Hospital A. Neste serviço, predominam doentes do foro oncológico, acidente vascular cerebral e ainda possuidores de doenças infecto-contagiosas. Segundo as estatísticas hospitalares, em 1999, o serviço dispõe de 40 camas, por onde passaram 1141 doentes internados. A demora média situou-se nos 11,7 dias. Apesar da demora média no internamento deste serviço não ser muito elevada, existem situações clínicas que exigem um período mais prolongado. Existem doentes que são internados por três dias e outros que permanecem por períodos superiores a quatro semanas. Para a prestação de cuidados, o serviço dispõe de 25 enfermeiros, na maioria do sexo feminino, com mais de 10 anos de tempo de serviço. Outros mais jovens, possuem uma menor antiguidade na profissão e na organização, na ordem dos dois a cinco anos. Quanto aos médicos, no total de 21, é chefiado por um médico com a especialidade de medicina interna e simultaneamente o director do serviço. Encontram-se no serviço 7 internistas, 3 oncologistas, 3 pneumologistas, 3 neurologistas e 3 gastroentologistas, em formação encontram-se 2 médicos. Para o apoio às actividades de higiene, conforto e alimentação, encontram neste serviço um total de 11 auxiliares de acção médica. As actividades administrativas estão a cargo de uma secretária de piso.

O "piso" de Medicina é o último de um dos blocos do hospital, cujo acesso principal se faz através de uma larga escada de granito. O espaço é sóbrio, de lisas paredes caiadas de branco e rodapé cinzento. No patamar, uma janela com uma dúzia de vidros, única fonte de luz. Do lado direito, de frente, fica a porta grande que dá acesso ao corredor das enfermarias, as salas dos médicos. Junto à parede oposta encontram-se alguns "bancos compridos" para aqueles que vêm à hora da visita. Para além da "porta grande" que dá lugar ao corredor e as enfermarias, o espaço é totalmente vedado, limitado e controlado. Aquele corredor, onde se vão sucedendo do lado esquerdo enfermarias atrás de enfermarias, e do lado direito "sala de convívio", salas de enfermeiros, gabinete da enfermeira-chefe, sanitários, e o "quarto isolado", onde são internados os doentes com patologias infecto-contagiosas. Todo o ambiente deste corredor

“cheira” a desinfectante e analgésicos, odores tão tradicionais nos serviços hospitalares.

Os enfermeiros apresentam-se no local de trabalho fardadas, com vestuário regulamentar, de cor branca. As do sexo feminino, usam de forma indistinta, saias ou calças, blusa ou camisa branca, sem as tradicionais “toucas” brancas, nem usam meias brancas, nem calçam sapatos brancos. A cor preferida é o preto. Os do sexo masculino apresentam-se ao serviço de camisa e calças brancas. O calçado é branco ou preto, sapato ou sapatilhas.

Neste serviço, o trabalho da enfermagem apresenta uma certa “autonomia” na organização dos tempos do seu trabalho. A gestão dos recursos e a distribuição das actividades está a cargo da enfermeira-chefe. De uma forma global, neste serviço, cada quarto com seis doentes encontra-se afectado a dois enfermeiros. Trata-se daquilo que a responsável do serviço perspectiva como uma afectação para uma maior “personalização” dos cuidados entre os enfermeiros.

«um deles é responsável por esse quarto, e esse enfermeiro tem que prestar cuidados ao doente desde a entrada até à alta, planear os cuidados fazer o levantamento de problemas, de forma a que o colega possa dar continuidade a esses cuidados» (E13 - Enf Hosp).

De uma forma global, verifica-se neste serviço uma maior concentração das actividades de enfermagem na parte da manhã. Aliás, o período da manhã é praticamente a grande preocupação de quem gere o serviço. É na manhã que se encontram afectados mais enfermeiros. Normalmente, no turno da manhã inicia-se às 8 horas e encontram ao serviço uma equipa de seis enfermeiros, mais a chefe e duas especialistas. No turno da tarde, são escalados três e no da noite, dois. Esta distribuição de recursos humanos ilustra que é dada uma maior valorização às tarefas efectuadas na manhã. Na verdade, este procedimento é justificado pela enfermagem por razões de tradição, e respeito pelas “rotinas” da vida real dos doentes, pressupondo, assim, que é na manhã que os doentes fazem as higiènes, que é na manhã que os doentes se levantam. Nos contactos informais, verifiquei que é da opinião de alguns actores que tal facto tem a ver com as práticas dos médicos. De facto, é nesse período matinal que os médicos procedem a “visita” aos doentes. Em situação, dita normal, os médicos não efectuam “visitas” no turno da tarde, a não ser se forem chamados para uma situação

urgente. Este facto parece traduzir que, quer se queira quer não, a enfermagem no hospital "gira" à volta do médico.

Na verdade, a parte da manhã é o período de grande azáfama no serviço. Porém, todas as actividades diárias são geridas, programadas e reprogramadas na passagem do turno. Trata-se de um ritual diário que dura aproximadamente 45 minutos, onde são transmitidas as informações referentes a cada doente, nomeadamente sobre as suas dependências. Trata-se essencialmente de dependências referentes à alimentação, à higiene e aos cuidados especiais que cada internado necessita em cada momento, tais como os cuidados especiais do tipo massagem da área corporal, um posicionamento de duas em duas horas, o tipo de dieta, a adaptação ou não ao tipo de dieta, etc. Transmite-se, assim, em traços gerais um plano para o turno, nomeadamente os planos que têm que ter uma continuidade de cuidados. Na sequência destas informações, cada enfermeiro elabora o seu plano de trabalho para as primeiras duas ou três horas de actividades. Todas estas situações passam-se na sala dos enfermeiros, normalmente acompanhadas pela chefe da enfermagem. Caso haja informações sobre determinadas normas ou procedimentos que tivessem sido emanadas da administração, ou se houver algum plano de acção de formação externa ou interna, são informações que são dadas a conhecer a todos os presentes pela chefe. Os dos outros turnos receberão a informação, na passagem do turno da tarde, ou lerão as informações colocadas no *placard* da sala.

Para além da programação e realização das higienes, outras actividades fazem parte da rotina das actividades da manhã. A verificação dos sinais vitais, a preparação, a administração e a vigilância da terapêutica, a inspecção dum "penso" de algum doente, são outras das situações que cada enfermeiro têm de efectuar, em qualquer turno. Na manhã este conjunto de actividades decorre, entre as 9 às 11h.

Apesar da concentração das actividades na parte da manhã, este é por excelência o período onde os profissionais procuram actuar com uma maior interacção na relação como o doente. É no período das higienes, ou na administração dos medicamentos, ou nas tomadas das "tensões", ou ainda na medição da temperatura que os enfermeiros procuram desenvolver uma maior empatia junto daqueles. Dialogam, questionam as necessidades, oferecem

palavras de conforto. Sendo esta uma actividade fundamental para a enfermagem, alguns profissionais consideram que face às características dos doentes, e em virtude do reduzido número de profissionais, sentem-se impotentes para oferecerem uma maior atenção a cada doente.

Raramente os médicos realizam as "visitas" aos doentes, no momento em que a enfermagem realiza as diferentes actividades junto dos doentes. Quando ocorre, trocam-se conversas informais sobre o estado de saúde do doente, não no sentido técnico da evolução da doença, mas sim sobre outros aspectos.

«Não fazemos visitas em conjunto. (...) quando estivermos presente na visita, questiona-nos sobre a situação do doente, por exemplo, "como é que o doente passou a noite". (...) Na altura da prestação de cuidados a um doente, por exemplo, na primeira enfermaria, um dos médico vai visitar um doente da cama quatro. Se eu estiver a prestar cuidados a um doente da cama dois, ele pergunta-me se sou o enfermeiro que está responsável pelos doentes do quarto, e pergunta-me "como está o senhor", "como está o penso", "se dormiu melhor", etc. e eu posso dar informações acerca desse doente» (E17 - Enf Hosp).

As "visitas" dos médicos são quase sempre efectuadas depois do pequeno almoço, das higiènes, quando os doentes estão "livres" de tudo. Os registos clínicos são efectuados directamente na "pasta" do doente, assinalando a evolução do estado do doente, as possíveis alterações de terapêutica, e demais instruções "formais" são aí assinaladas. Os enfermeiros consultam os registos clínicos para uma melhor orientação da sua intervenção. Porém, não são raras as vezes em que algumas das informações sobre os doentes são recebidas através da enfermeira-chefe ou, na sua ausência, através de um enfermeira especialista. São exemplos, as situações de alta hospitalar, tal como me confidenciou um enfermeiro.

«Aqui não temos a preparação para a alta, salvo raras excepções. Raramente é dito ao doente "você vai ter alta, se tudo funcionar normalmente, daqui a dois ou três dias". Eu chego a ter situações em que o doente só sabe que vai sair a meio da manhã. O médico chega, faz a visita e decide que sai agora. Ou seja, não há possibilidade de preparar uma alta convenientemente. Mesmo assim, esta informação nem sempre nos é transmitida directamente. Isto porque, como estamos ocupados com as actividades de enfermaria, tudo é transmitido à enfermeira-chefe ou a uma sub-chefe do serviço, que normalmente é uma enfermeira especialista, caso não estejamos presente na enfermaria quando o médico faz a visita e decide pela alta

do doente. Depois é passado a nós. Isto é quando nós vamos à sala de enfermagem, para consultar um processo ou para verificar qualquer coisa, é-nos dito que "fulano vai ter alta, e senhor tal tem de fazer isto ou tem de fazer aquilo"» (E17 - Enf Hosp).

A parte da manhã passa depressa. Chegada a hora do almoço dos doentes, isso não significa um período de pausa para os enfermeiros. Para os doentes mais necessitados, é necessário apoiá-los na alimentação, ou então, é necessário supervisionar os auxiliares de acção médica no desempenho desta tarefa. Para os doentes que têm alimentação parentérica são os enfermeiros que a preparam e administram. Porém, para a maioria das situações é neste período que os enfermeiros iniciam a preparação dos materiais para o turno seguinte. Para além disso, reiniciam a preparação da medicação, verificam os pedidos de exames, transmitem as informações à secretária administrativa do piso. Findos estas actividades, pequenos grupos de enfermeiros vão saindo para almoçar e normalmente não demoram mais do que 20 a 30 minutos.

No período pós-almoço e antes de terminar o turno da manhã, procede-se a nova verificação de sinais vitais dos doentes, para além de se efectuar a administração e a vigilância de terapêutica. Aproveitam ainda este período para a realização de outro tipo de actividades não curativas, tais como a possibilidade de "sentar ao pé do doente". Perguntas "como é que se sente", "se está bem", fazem parte da rotina do diálogo que estabelecem com o doente. Ainda neste período, que é a hora de visita dos familiares, os enfermeiros procuram verificar se há ou não familiares junto dos doentes. Quando os familiares estão presentes, os enfermeiros procuram obter junto deles informações sobre as possibilidades da continuação dos cuidados pós-alta em casa, interrogam sobre as perspectivas de cumprimento de uma dieta, da mobilidade, pela adaptação ou não a dado problema de enfermagem.

O turno da tarde deste serviço inicia-se às 16 horas. A passagem do turno da manhã para a tarde é rápida, sem muitas demoras. Trocam algumas notas e registos em poucos minutos. Normalmente, a equipa da tarde é composta por três enfermeiros, sendo distribuído a cada um duas enfermarias, ficando sob a sua responsabilidade a vigilância de entre doze a catorze doentes. Neste período, face ao menor número de profissionais, as actividades são realizadas quase sob uma

forma "cronometrada". Relatos como «Eu entro às 16h e se às 18 h não tiver dado a primeira dose de terapêutica, já vou ter um turno um bocado embrulhado» (E17 - Enf Hosp). A seguir à primeira terapêutica, normalmente prepara-se a terapêutica da hora seguinte, posicionam-se os doentes que têm para posicionar, verificam-se os soros, vêm-se os parâmetros vitais, e quando tudo isto termina está quase na hora de se administrar nova terapêutica. No decurso destas rotinas, fazem-se algumas notas e/ou registos. Não há tempo para conversas informais entre os enfermeiros. A segunda hora da terapêutica do turno da tarde inicia-se normalmente pelas 21 h, já passadas algumas horas da hora de jantar. À semelhança do período do almoço, sempre que é necessário os enfermeiros acompanham e auxiliam a administração da refeição do doente, nomeadamente para aqueles que se encontram entubados. Para as demais situações, a alimentação é preparada e ajudada pelas auxiliares de acção médica. Em seguida, inicia-se novamente a preparação da terapêutica. Efectivamente, no turno da tarde as tarefas encontram-se bem definidas, esquematizadas e rotinizadas. Não é de admirar que alguns enfermeiros consideram que «o turno da tarde é um turno de corrida. Se tivermos altas, ou admissões, ou falecimentos, então a coisa complica-se um bocado» (E17 - Enf Hosp).

A noite chega depressa. São normalmente dois enfermeiros que realizam o turno da noite, sozinhos e sem apoio de auxiliares de acção médica. A passagem do turno é rápida. É um turno relativamente descansado para a maioria dos doentes, na medida em que não fazem mais terapêutica, senão às 8h do dia seguinte. A preparação dessa terapêutica inicia-se normalmente pelas 7 h. A noite consiste apenas numa vigilância. Não há propriamente actividades, a não ser a preparação para exames que às vezes os doentes têm, tais como colheita de espécimes, de urina, principalmente de expectorações. Durante a noite, procede-se ao posicionamento dos doentes que eventualmente necessitam; verifica-se o estado de um penso, e refaz-se se for preciso; ou vigiam-se os soros; coloca-se uma arrastadeira quando for solicitada. Porém, normalmente, em termos de actividades, trata-se de um período onde se "produz" menos. Apesar da ocorrência de um menor número de contactos directos com o doente, trata-se de um período de atenção "redobrada" dos doentes na vigilância e controlo, na actualização dos registos, na verificação dos materiais em falta e que necessita de rápida reposição. Os enfermeiros aguardam na sala de enfermagem que nada

aconteça. Trocam-se conversas entre si, falando de tudo um pouco. Paradoxalmente, esta aparente calma nocturna é muito apreciada pelos enfermeiros. A noite passa-se depressa, e chegadas as 8 horas do dia seguinte, termina-se o turno, procede-se a passagem do turno, e (re)inicia-se a rotinização e a "cronometragem" das actividades.

A manutenção do funcionamento dos turnos é sempre problemática, em virtude do número de recursos humanos, situação que não é estranha ao próprio director do serviço que comenta o seguinte: «(...) há sempre dificuldades por causa dos turnos. São pouco e os enfermeiros tem dificuldade em manter os turnos, quando há férias, mas é um mal geral» (E14 - Med Hosp).

No quadro do funcionamento da unidade, apesar da organização do trabalho estar centrada no doente, outras questões medeiam a espiral das lógicas das relações de trabalho entre os actores, nomeadamente entre os médicos e os enfermeiros. Trata-se de aspectos nucleares da prática clínica não visíveis, numa primeira aproximação, mas de que nos apercebemos numa leitura mais pormenorizada deste mundo do serviço de medicina. Se é verdade que, por um lado, a lógica médica é fundada numa orientação tecnicista sobre as patologias dos doentes, sustentada pela posição privilegiada que a sua qualificação lhe oferece, na verdade, por outro lado, a dinâmica da sua actividade não se pode dizer que seja estritamente técnica, já que não se apoia essencialmente, neste serviço de medicina, na especialização das tecnologias médicas. Pelo contrário, a natureza do serviço orienta a sua actividade mais para os aspectos não técnicos de prestação de cuidados.

«É verdade que hoje em dia os internos começam por pedir uma carrada de exames e depois é que vão observar o doente, infelizmente as coisas estão a inverter-se. Os nossos internos não estão tão à mercê da grande tecnologia, recorrem a elas, mas são menos influenciados, e por isso, perdem menos tempo no encaixe dos exames na história clínica do doente, e mais nas queixas do doente e da sua história pessoal. Note que as tecnologias são essenciais, mas depender delas é que é errado» (E14 - Med Hosp).

De uma forma genérica, constato que, neste serviço, as actividades de enfermagem encontram-se concentrados nos saberes-práticos. Registo, ainda, a presença de um certo distanciamento entre os médicos e os enfermeiros. As

relações são essencialmente mediadas pela enfermeira-chefe. Não se encontram alianças compensatórias nas relações de trabalho, verificando-se um certo “fechamento” na gestão e controlo das actividades directas, como uma estratégia de especialização do seu campo de exercício profissional e a visibilidade dos seus saberes especializados. Daí que as relações com os auxiliares de acção médica são mantidas à distância, sendo-lhes apenas reservado a execução do “dirty work” sob a supervisão e coordenação dos enfermeiros. Para além desta realidade, as tarefas executadas pela enfermagem desenvolvem-se nas lógicas das “ordens” das decisões clínicas dos médicos, facto que traduz com clareza a presença da dominação da medicina na divisão de trabalho.

De notar, ainda, a presença de uma forte manifestação da zona de incerteza, nesta unidade, relacionada fundamentalmente na gestão da informação sobre o doente. Apesar da existência de fontes múltiplas sobre o estado de um doente (informação clínica, de enfermagem e outras), as possibilidades de cruzamento da informação é reduzida para o grupo da enfermagem, exceptuando a situação da enfermeira-chefe, cuja posição privilegiada no serviço lhe permite centralizar a informação e reduzir a zona de incerteza com os médicos. Igualmente, pela sua posição na unidade, interage ainda internamente com o apoio administrativo, e externamente com o serviço social, quando é necessário o encaminhamento dos doentes pós-alta, facto que revela o seu papel nuclear na gestão da unidade.

Não menos importante é o papel desempenhado pela secretária do “pisso”, cuja actividade administrativa a coloca numa relação privilegiada deste serviço de medicina com o restante sistema hospitalar. O contacto externo para a marcação de exames complementares, o encaminhamento dos pedidos de reposição de materiais, o contacto directo com as hierarquias de outros serviços, bem como com o interior (a chefe de enfermagem e o director do serviço), são situações que oferecem a visibilidade uma outra lógica e divergente do funcionamento desta unidade. É de considerar que as relações com o ambiente exterior desta pequena unidade jogam uma outra matriz de poderes, que apesar de desequilibrada e marginal, não é fundada na qualificação, mas sim na especialização da rede de conhecimentos do sistema. Esta situação não é alheia à enfermagem, nomeadamente da chefia, razão pela qual a actividade administrativa é mantida

sob a sua coordenação e supervisão.

Em suma, neste serviço, a enfermagem encontra-se delimitada nos campos de acção e a uma certa "rarefacção" de verdadeiras autonomias decisórias, exceptuando a situação da enfermeira-chefe. Trata-se na realidade de uma interlocutora privilegiada no interior e exterior deste pequeno sistema, que é a unidade de medicina, cuja matriz de poderes na regulação do sistema e da zona de incerteza, se estrutura em torno de dois eixos: a) centralização da matriz de informação; b) controlo das relações com o ambiente.

2.- Centro de Saúde: Outra(s) Lógica(s) na Dinâmica do Quotidiano

Para ilustrar algumas das características do trabalho de enfermagem nos centros de saúde, vou tomar como referência a situação da unidade D do caso múltiplo. Trata-se de um centro de saúde com duas sub-unidades para a oferta de cuidados aos utentes, cujas metodologias de organização do trabalho são completamente diferentes.

Sob o ponto de vista formal, a organização do trabalho na sub-unidade D1 processa-se em equipa multidisciplinar. Trata-se de um centro de saúde que oferece um atendimento a cerca de 18 mil utentes, inscritos nas listas dessas equipas. Além disso, o centro de saúde tem outros serviços: um serviço de atendimento permanente (SAP) a funcionar vinte e quatro horas; um serviço de tratamento das doenças respiratórias (STDR); um serviço de endoscopias; e um serviço de vacinação. Em 1999, encontravam-se ao serviço no centro de saúde 34 enfermeiros, 26 médicos, 10 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 43 outros profissionais, entre administrativos e auxiliares. Sob o ponto de vista do espaço, por se tratar de um edifício de construção recente, com dois pisos, pintado de cor amarela e branca, conjugado com outros traços e cores alegres como o azul, para a decoração das paredes e dos corredores. Trata-se de um edifício com amplas superfícies vidradas, o que permite deter no interior uma forte luminosidade. A entrada principal, no rés-do-chão, é composta por duas portas de vidro, que dá acesso directo ao "balcão" de atendimento geral. À sua direita e esquerda abrem-se dois corredores que dão acesso aos diferentes serviços. À esquerda, fica o SAP e a sala de espera, seguindo-se o bar, salas de enfermagem, o serviço de vacinação.

À direita, encontram-se os serviços de consulta sob a forma de unidades modulares, onde cada gabinete médico é acompanhado por uma pequena sala de espera. No primeiro andar encontram-se outros gabinetes, destinados à direcção médica, de enfermagem e administrativa. Partilham o primeiro andar com outros serviços da sub-região, entre os quais, a coordenação sub-regional do planeamento, da enfermagem, a formação, etc.

Em termos de recursos humanos em enfermagem, a ocupação é maior do que a dotação, que é de 33, à data da pesquisa. Na sede do centro, ou unidade D1, situado num edifício de construção recente, trabalham 24 enfermeiros, um chefe e dois especialistas. Desses, 24 enfermeiros, 7 desenvolvem ainda o seu trabalho nos postos ou nas extensões rurais, e os restantes trabalham na sede, nas equipas, no SAP, no STDR e na parte da vacinação. Cada equipa é formada por um médico, um enfermeiro e um administrativo, e tem uma lista de utentes entre 1000 e 1500 inscritos. É da responsabilidade de cada equipa a oferta do atendimento às solicitações dos utentes da sua lista, procurando dar resposta desde os problemas relacionados com o 'nascer' ao 'morrer'. O SAP, no decurso do presente estudo, estava em funcionamento durante 24 horas. Os enfermeiros aí colocados respondem às solicitações do SAP. Não se trata de um serviço de urgência, mas sim de primeiro atendimento, nomeadamente no que se refere às consultas urgentes. No STDR, encontra-se apenas destacado um enfermeiro, que oferece cuidados de enfermagem aos utentes com a doença da tuberculose e outras doenças respiratórias. O serviço das endoscopias é um serviço de âmbito distrital, que resultou de um protocolo de acordo da Sub-Região de Saúde com os médicos de uma equipa de um hospital particular. Apesar de se efectuar neste serviço todas as solicitações distritais de endoscopias, os custos de material e os recursos humanos de apoio são disponibilizados unicamente pelo centro de saúde. Esse serviço é prestado aos sábados.

Confidenciou-me a enfermeira-chefe que «o centro de saúde tem já umas dimensões impensáveis antigamente e que por parte das chefias é difícil de controlar todas as situações. Neste momento existem responsáveis pelas diversas áreas, a vacinação tem uma pessoa responsável, o SAP a mesma coisas» (E3 - Enf CS). Apesar de se tratar de um centro com mais enfermeiros que a dotação do quadro, a organização do trabalho é repartida por áreas de responsabilidade,

exigindo em diversos momentos que os profissionais de cada uma dessas áreas desenvolvam actividades para além das 8 horas diárias. São, por exemplo, a situação de três, o enfermeiro colocado no STDR, e dois outros do SAP, razão pela qual possuem um complemento no vencimento correspondente aquilo que se chama de "horário acrescido". Na verdade, existem igualmente outras áreas de maior afluxo de utentes. É por exemplo o serviço de vacinação, que é apoiado por duas enfermeiras, procurando elas dar resposta, num horário normal das 9h às 18h e 30, às solicitações distritais, nomeadamente para a cobertura ao plano nacional de vacinas, quer aos jovens, quer ainda à população estudantil universitária.

A organização do serviço de enfermagem na unidade D2, situada no edifício antigo do centro de saúde, é diferente da que se encontra habitualmente num centro de saúde. Sob o ponto de vista da ocupação dos espaços, no rés-do-chão do edifício encontram-se os consultórios médicos e os gabinetes de enfermagem. Na cave encontram-se a principal sala de tratamentos, alguns consultórios, o gabinete do enfermeiro-chefe e outros serviços de apoio, tais como a farmácia e o armazém. O acesso principal da sub-unidade desemboca no serviço de atendimento geral dos utentes, local tradicionalmente ocupado pelos administrativos ou pelo pessoal auxiliar, e que dá acesso a uma sala de espera, ampla e com decoração e mobiliário diverso. Predomina o amarelo-acastanhado claro nas paredes dos corredores e nos gabinetes. Nesta sub-unidade, o modelo de funcionamento da oferta de cuidados de saúde primários está organizado em sectores de prestação de cuidados. Ou seja, existem quatro áreas, com uns enfermeiros "fixos" e outros em rotação pelos serviços para a prestação das actividades: saúde materna e planeamento familiar; saúde infantil e a vacinação de crianças; saúde do idoso, com diversos cuidados, incluindo a vacinação de adultos; e a área do tratamento de jovens. Os enfermeiros especialistas não "rodam" pelos serviços, são "fixos". Os enfermeiros que não são especialistas "rodam" por todos os serviços. O enfermeiro chefe também presta cuidados directos aos utentes. Em termos de apoio administrativo, encontram-se nesta sub-unidade quatro administrativos do quadro de pessoal e outros dois contratados. É da responsabilidade de cada um desses quatro administrativos a cobertura das solicitações dos três mil utentes, e que na realidade correspondem ao número de utentes dos ficheiros de dois médicos de família.

Após esta breve descrição das principais unidades do centro de saúde D, vou focar a minha atenção na descrição da organização dos tempos do trabalho da enfermagem integrado numa equipa da sub-unidade D1. Trata-se de uma unidade, tal como referi anteriormente, situada num edifício de construção recente. A maior parte do trabalho de enfermagem inicia-se às 8 horas. Os profissionais apresentam-se ao serviço fardados, com as mesmas que já descrevi em relação aos seus colegas do hospital. Vestem-se de branco. Nos bolsos, os instrumentos tradicionais. Canetas ou marcadores de várias cores, bloco de notas ou agenda, ocasionalmente vejo profissionais com um garrote e tesoura.

Tratando-se de um trabalho em equipa nas consultas, a jornada de trabalho é contínua, das 8 às 14h ou das 14 às 20h. O início de cada sessão de trabalho em equipa é marcado por um período de contactos informais entre os membros, na maioria das vezes, entre o médico e a enfermeira. Juntam-se no consultório médico ou no bar. Trata-se de um período de relaxamento de cerca de 30 minutos, onde falam de tudo um pouco. Findo este período, procedem à verificação da lista de utentes com e sem marcação, integrando neste período o administrativo. O médico analisa cada situação, quer apresentada pelo administrativo, quer pelo enfermeiro. Trata-se de pedidos de consultas urgentes, a transcrição de um receituário, de meios complementares de diagnóstico ou de uma vista domiciliária. Findo estes contactos iniciais, dá-se início às consultas que duram toda a jornada de trabalho. Ocasionalmente, fazem um intervalo no meio da sessão, pelas 11h 30. É mais um momento de trocas de conversas triviais. Falam dos utentes que atenderam durante a primeira parte da sessão diária e outras questões. Terminado esta pequena pausa, regressam às actividades. Para os médicos continuam as consultas. Para a enfermagem, se já tiverem terminado as suas consultas na primeira parte do turno, iniciam outras actividades, tais como a gestão administrativa dos processos de enfermagem. Actualizam os registos, arrumam os seus ficheiros, verificam as marcações efectuadas para o dia seguinte, procuram na agenda se existe alguma reunião de enfermagem no centro de saúde e terminam o turno. É mais uma sessão.

No quadro desta tipologia de equipa multidisciplinar, destacam-se duas ofertas de consultas aos utentes. A consulta clínica e a consulta de enfermagem. Na verdade, não se tratam de campos estanques entre si, antes porém integram-

se no quadro de uma decomposição espacial do ritual das hierarquias de responsabilidade na prestação de cuidados aos utentes. O ritual inscreve-se num ritmo sequencial de administrativo-enfermeiro-médico-administrativo. Mesmo que se trate de um primeiro contacto do utente, o mesmo é atendido pela enfermagem e só posteriormente é que segue para a consulta médica propriamente dita. O enfermeiro recolhe essencialmente as informações sobre os comportamentos e hábitos de vida pessoal e familiar. Procede à medição da tensão, da temperatura, rotinas que fazem parte do protocolo do trabalho que antecede ao acto médico. Regista ainda as informações nas fichas de enfermagem e partilha-as com o médico. Com base na informação recolhida e em função do diagnóstico identificado pelo médico, delinea um plano de cuidados de enfermagem, prepara o ensino e procede à marcação de novas sessões de consulta de enfermagem.

Sendo consultas de "rotina" dos utentes, muitas das situações são apenas analisadas pelos enfermeiros. Nestas circunstâncias, procura-se conjugar o dia da consulta de enfermagem, com a data da consulta médica. São, por exemplo, as situações de vigilância e controlo da hipertensão, a vigilância dos pensos, a consulta de diabetes, de planeamento familiar, etc. Em muitas destas situações, a enfermagem desempenha um papel nuclear, com relativa "autonomia funcional", e apenas quando verifica alguma situação anómala com "expressão" clínica é que se informa o médico para acompanhar a situação.

À margem de todo o processo do trabalho em equipa, posiciona-se o administrativo, que funciona apenas como um elo entre o utente e as actividades médicas e de enfermagem. Se é verdade que numa primeira aproximação o seu lugar na hierarquia de cuidados, se apresenta mais dependente dos médicos do que da enfermagem, numa outra leitura verifica-se que, na decomposição espacial das hierarquias, a sua posição e responsabilidade não é de menor importância. Um utente necessita de "ultrapassar" a barreira administrativa para poder ser atendido pelo médico e/ou pela enfermagem. Por outro lado, sob o ponto de vista de relação com o exterior, é através dos procedimentos administrativos que se estabelece o elo, nomeadamente através da validação da documentação, entre os quais as prescrições para a terapêutica, as requisições dos meios complementares de diagnóstico e outros a que houver lugar. Mais ainda, as

marcações destes exames e das consultas médicas, também se encontram a seu cargo. Conscientes da importância do controlo directo do acesso que os administrativos podem engendrar, não de é admirar que no seio de cada equipa, quer os médicos, quer os enfermeiros, enquanto prestadores directos de cuidados mantenham nas suas mãos a definição e o planeamento do número de casos ou situações a tratar e a cuidar por sessão.

Na verdade, em termos de trabalho de enfermagem num centro de saúde, trata-se de um contexto de trabalho que, segundo os entrevistados, parece poder oferecer uma maior “liberdade” ao profissional do que um contexto hospitalar. Um enfermeiro pode desenvolver actividades programadas para determinados dias e períodos da semana, incidindo nas áreas mais diversas dos cuidados de saúde primários. São exemplos as programações ao nível da saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, as vigilâncias de determinado tipo de situações crónicas, os diabetes, os hipertensos. Dentro de cada jornada de trabalho e de cada contacto com o utente, o enfermeiro tem as suas próprias marcações diárias do número de utentes, e o plano de cuidados e de ensino a efectuar ou a actualizar.

«Sabemos que num dado dia dia temos tantos diabéticos para fazer a vigilância, e nesse aspecto é da nossa responsabilidade o planeamento de cada dia de trabalho. Claro que deixamos uma margem de espaço porque é necessário uma colaboração, ou partilha de algumas actividades com o médico» (E3 - Enf CS).

A diversidade de actividades e dos conteúdos no trabalho de enfermagem, numa equipa do centro de saúde, oferece uma visão distinta sobre a especificidade das responsabilidades e da identidade destes profissionais. Todavia, a constatação de uma maior visibilidade da enfermagem junto dos utentes não significa que ao nível do centro de saúde se tenha verificado uma minimização da importância da autoridade dos médicos. Na verdade, nas situações de prestação de cuidados directos e na gestão das consultas, os médicos não prescindem da sua supervisão e do controlo do acesso, como referi acima. Ao administrativo cabe apenas o cumprimento das instruções sobre as marcações, ou seja, marca as consultas dentro do número de casos que for definido pelos médicos. Por outro lado, a transferência de alguns actos, tais como a medição da

tensão, os registos da temperatura e outras que compõem as actividades e ou rotinas de pré-consulta médica para os enfermeiros, apenas revela duas questões fundamentais. Por um lado, a manutenção da posição dos médicos na esfera da hierarquia dos cuidados. Por outro lado, a enfermagem ao incorporar tais actos na esfera das suas actividades procede apenas à assimilação local das competências, inscrita num quadro da dependência técnica dos médicos. Porém, apesar de tais actos constituírem tarefas delegadas, a verdade é que a enfermagem viu nele um outro espaço de actuação. Procuraram formular processos de retradução destas tarefas em actos de enfermagem. Efectivamente, a consulta de enfermagem representa não só uma categoria formal do seu trabalho no centro de saúde, gerada em termos de estratégia de distanciamento das orientações médicas, mas também constitui uma forma de incorporar na sua organização do trabalho uma componente analítica e uma componente interpretativa. Para uma melhor compreensão desta questão, vejamos um pequeno relato sobre o desenvolvimento de uma consulta de enfermagem.

Os registos que se seguem foram captados num gabinete de enfermagem. Trata-se de uma sala pequena, com pouco mobiliário, mas com traços de linhas "modernas". Uma ampla janela dá entrada da luz natural, reflectindo-se nas paredes pintadas de branco, o que torna o ambiente acolhedor. Uma secretária, três cadeiras, um armário-ficheiro, um cesto de papel, uma marquesa, uma balança, um biombo, um armário, com documentação diversa sobre a educação para a saúde, compõem a decoração do gabinete. Na secretária encontram-se vários equipamentos, entre os quais um esfinomanómetro, um estetoscópio, uns frascos com fitas de medição da glucose, um cesto com papéis diversos e uma agenda de trabalho. O caso que vou relatar envolve um utente de uma primeira consulta.

Março 2000 - Dia 05

.....

a enfermeira Ana Maria abriu um novo processo, registou os dados biográficos, fez a medição da tensão arterial, registou os valores obtidos, antes de iniciar o diagnóstico de necessidades e delinear as estratégias de informação e ensino.

.....

Enf. Ana Maria - Então, como tem passado?

Sr. António - Menos mal.

Enf - O que o touxe cá?

Sr. António - São os diabetes.

Enf - Então já sabe o que tem. Como é que soube?

Sr. António - Senti-me mal noutra dia e fui ao hospital. Foi lá que me disseram e que me mandaram cá com uma carta ao médico de família. Olha está aqui! Tenho comigo as análises.

Enf - Está bem. Já vai mostrar a carta ao Sr. Doutor. (entretanto vai registando os dados das análises clínicas). Agora vamos ver o peso e medir a tensão. E vou fazer-lhe umas perguntinhas. É só para conhecer melhor a sua situação.

Sr. António - Está bem. Aquilo que souber digo.

Enf - Tem 105 quilos (registra novamente os dados na ficha).

Sr. António - Sempre fui assim um pouco forte.

Enf - A tensão está boa.

Sr. António - Ainda bem!

Enf - De manhã o que come?

Sr. António - Uma chávena de café com leite e 2 ou 3 bolachas de água e sal.

Enf - Até à hora do almoço não come mais nada?

Sr. António - Pelas 10 horas como um bocadinho de pão com toucinho.

Enf - Ai come toucinho?

Sr. António - É só um bocadinho, não pense que é para encher a barriga.

Enf - E mais?

Sr. António - E depois aí às 11 e meia almoço, como grão ou feijão, umas sopas de tomate.

Enf - Ahhhhhhhhh! Come sopas?

Sr. António - À noite come-se qualquer coisa, o que calhar, ou um chá com um bocadinho de pão. Só não como pão de manhã. E à noite ao deitar bebo um bocadinho de leite.

Enf - Iogurtes não come?

Sr. António - Não senhora, não gosto disso!

Enf - Vamos lá ver os hábitos que o Sr. tem, para ver se podemos melhorar um "cadinho". De manhã levanta-se às 7 horas, estamos na altura do melão, vamos lá aproveitar.

Sr. António - Um melão para mim dá-me para 2 ou 3 dias.

Enf - Dá para 2 ou 3 dias?

Sr. António - Já comi um melão de cada vez, mas agora é assim.

Enf - Já tá melhor, ainda temos que melhorar mais.

Sr. António - Mais que isso não posso fazer. Então ainda vou tirar mais ao estômago.

Enf - Acha que não? Então escute lá, não lhe vamos tirar nada ao estômago. Escute! Vai partir o pão ao meio e cortar uma fatia no comprimento do pão e essa fatia tem que lhe dar para o dia inteiro, você é que vai gerir essa fatia, se comer essa fatia de pão na parte da manhã, no resto do dia já não tem. É preferível que não coma pão à hora das refeições, deve comê-lo fora das refeições, percebe?

Sr. António - À noite muitas vezes como 2 ou 3 tomates sem sal, e isso é o jantar, e quando me vou deitar bebo o leite, com uma bolacha ou duas.

Enf - Uma caixa de bolachas dá-lhe para um dia, não?

Sr. António - Não dá mais!

Enf - O Sr. António vai tentar, se conseguir muito bem, dou-lhe os meus parabéns. Não vai deixar de comer, só que em vez de comer o que está habituado todos os dias, come num dia e no outro dia come outra coisa.

Sr. António - Com as sopas, só como 4 ou 5 sopas.

Enf - Está a ver, no dia que come as sopas, come muito pão durante o dia.

Sr. António - A minha mulher também tem diabetes. Quando os diabetes baixaram, até fui às urgências com ela, não tinha força nenhuma, teve que estar a fazer uma dieta ainda mais rigorosa.

Enf - Ah sim? Então já sabe o que tem de fazer... Qual é o seu trabalho, Sr. António?

Sr. António - Era motorista de tractores. Agora estou já reformado. Olhe quando me levanto tenho que andar todos os dias uma hora, só que às vezes ando 20 ou 30 metros e tenho que me sentar, não sou capaz de andar mais, tenho que ir descansando.

Enf - Faz bem andar.

Sr. António - Tenho uns comprimidos para tomar para não me cansar. Tenho dias que parece que não tenho nada.

Enf - E ?...

Sr. António - Eu coisas doces não as como. Às vezes lá como um "cadinho" de pão com toucinho, mas não é sempre, é uma coisa que eu gosto. Se eu não comer uma coisa que me sustente, não tenho força.

Enf - Tem é que perder esta barrigudinha, isto é do pão!

Sr. António - Não senhora, eu como pouco pão!

Enf - Mas eu ouvi foi toucinho de manhã, foi o que eu ouvi!

Sr. António - Não senhora, estou 4 ou 5 dias sem comer isso. Não estou a enganar, eu cá é que me sinto. Tive três semanas sem comer melão! E estava na mesma.

Enf - Não comeu melão, mas se calhar comeu pão. Vamos combinar uma coisa, o melão tá caro, não se pode comer muito. Faz muito bem em andar todos os dias uma hora.

Sr. António - Todos os dias tenho que andar. E ao almoço tenho que comer sempre sopa. Ao jantar como pouco.

Enf - Qualquer dia vou lá fazer uma visita para ver isso e comer uma sopa consigo. E vamos ver se esse valor baixa, com estas indicações. Vamos só reduzir essas coisas, em vez de comer as 4 sopas come só 2 sopas e meia. Vamos roubar um "cadinho" do pão. E vamos lá ver como fica na próxima consulta.

Sr. António - Quando é a próxima consulta?

Enf - É no próximo dia 14 de Setembro. E não esqueça da dieta. Mas hoje ainda vai à consulta do médico que eu já vou dizer ao Doutor a conversa que tivemos aqui. Se precisar de alguma coisa, passe por cá.

Sr. António - Sim senhora está bem. Calha em que dia?

Enf - Uma sexta-feira. Não esqueça. Leva aí no cartão. Adeusinho!

.....

(Terminado o atendimento, a enfermeira contacta o médico por telefone, informando-o do caso e marcam uma reunião de trabalho no final do dia para discutirem a estratégia a seguir).

.....

Este pequeno fragmento de uma consulta de enfermagem revela com clareza que as novas formas de práticas de enfermagem, com uma maior capacidade de intervenção directa junto do utente, centradas no diagnóstico das necessidades, e na informação ou ensino dos hábitos de vida, são potenciadoras da uma outra visibilidade da profissão, demarcando novas áreas de responsabilidade no seio dos utentes.

«Hoje as pessoas já percebem que a enfermagem, por um lado porque academicamente já tem lugar no ensino superior, é um bacharel, é um licenciado como outro qualquer, equivalente a outros graus académicos, em termos da profissão. Temos um certo reconhecimento, o enfermeiro já não é só visto como o ajudante do médico. Tudo isto faz com que seja natural que o enfermeiro tenha o seu horário de atendimento, e as suas regras de funcionamento» (E1 - Enf CS).

Trata-se de uma mudança, não só no campo das relações enfermeiro-utente, mas também nas relações interprofissionais e no domínio das regras de funcionamento, que parecem traduzir-se em vantagens directas para a enfermagem. A incorporação de outras actividades, tais como o processo de enfermagem e a consulta representam uma das formas de demarcação da sua dependência e de redução das zonas de incerteza e de controlo da informação, apesar de não ser total em relação aos médicos, na produção de cuidados de saúde. Porém, trata-se de uma situação que não é ainda bem aceite por alguns médicos. O seguinte extracto é deveras esclarecedor.

«Já passaram por mim 3 ou 4 enfermeiros e nenhum assume o papel integral do enfermeiro. Assume uma ou outra, o global, os programas não têm, em concreto, não sabem. É evidente que o enfermeiro de cuidados de saúde primários deve apostar no fundo na área da prevenção. Isto depende muito da vocação dos enfermeiros. Quanto a isso, eu penso que os enfermeiros também não sabem ainda muito bem o que querem. Esse é o grande problema. Por um lado, querem interferir no trabalho do médico, e, por outro lado, querem ter também mais competências do que as que lhe são dadas actualmente. Portanto há ali uma área de ambiguidade muito grande, e depois acabam por não ter assim uma conduta uniforme» (E15 - Med CS).

Mesmo para aqueles que aceitam e consideram que o trabalho em equipa oferece maiores vantagens e autonomia para a enfermagem, isto não significa que a hierarquização de responsabilidades deixe de pertencer aos médicos.

«Eu penso que hoje é um trabalho mais autónomo, dentro dos limites que necessariamente a profissão de enfermagem tem. Suponho que será mais gratificante, premiando-se essa autonomia e que, portanto, não é tão limitativo. Suponho que antes mesmo de entrar na profissão, os enfermeiros não passavam de meras correias de transmissão. É verdade que acabam por ter de ser em determinados aspectos, porque a decisão final tem que ser nossa. Porque para isso tivemos uma formação especial. Na verdade é que hoje há felizmente um contacto muito mais aberto, troca de impressões inclusivé com frequência, penso que isto também para a enfermagem é muito mais vantajoso e muito mais agradável» (E4 - Med CS).

«De facto, no Centro de Saúde temos que dar resposta em pensos, injeções, algiações, consultas de enfermagem de hipertensos, diabéticos, etc. Por vezes não podemos demorar tanto tempo com o utente como desejaríamos. É um bocado complicado estar a falar do um trabalho do enfermeiro que trabalha em equipa, porque fazemos muitos cuidados curativos, e portanto ainda temos muitas dificuldades em implementar programas de saúde com total autonomia. Fazemos sobretudo uma enfermagem curativa para apoiar os médicos. Portanto estamos muito divididos. Eu gostava mais de ser um verdadeiro enfermeiro de cuidados de saúde primários, mas o problema é que temos de cumprir nos horários o apoio aos médicos, e só envolvemos minimamente com as nossas coisas» (E9 - Enf CS).

O conjunto de situações descritas das práticas numa unidade de medicina interna e numa equipa de cuidados de saúde primários revelam, assim, uma polarização do funcionamento dos sistemas de acção em cada uma das unidade de serviços de saúde, onde níveis ou graus distintos de poder proliferam nas fronteiras dos tempos e dos espaços de trabalho, plenos de contradições e divergências no plano da afirmação e consolidação identitária da enfermagem.

No caso da unidade hospitalar, é de considerar que o serviço constitui um ponto de encontro entre diferentes formas de poder, os seus respectivos universos simbólicos e as suas estratégias recíprocas. No conjunto destas estratégias com as ideologias profissionais que lhes dão sentido, tal como refere Carapinheiro (1993) surge a dominância das estratégias médicas, que delimitam o seu campo de acção, marginalizando tanto as estratégias do pessoal de enfermagem como as restantes categorias do pessoal não médico. Efectivamente, face às lógicas de rotinização e de divisão de trabalho formal que existem no quotidiano deste serviço de medicina, considero que o estado da enfermagem hospitalar encontra-se ainda circunscrita num quadro tradicional de subordinação, onde a autonomia surge muito rarefeita, reduzida aos planos funcionais, isto é, demilitada ao nível da

execução das suas tarefas directas de produção de cuidados, situação que não se distancia dos resultados dos estudos de Lopes (1994) e Carapinheiro (1993). Porém, é nas margens das fronteiras do poder médico que a enfermagem engendra possibilidades de regulação directa da sua actividade, definindo, assim, comportamentos estratégicos de afirmação das suas competências junto dos utentes.

Quanto ao centro de saúde, apesar da presença de práticas conjuntas entre três grupos de actores, esta situação não traduz a existência de um processo de horizontalização das responsabilidades na produção de cuidados. Na verdade, um enfermeiro possui numa equipa de um centro de saúde poucos recursos estratégicos. O facto de revalorizar no seu campo de acção uma maior proximidade junto do utente, situação que lhe permite a aglomeração de conhecimentos e informações em primeira mão sobre o estado bio-psico e social do utente e da família, mantem-se a sua dependência como "saber periférico", face ao "saber central" dos médicos, já que são estes profissionais quem determinam, em última instância, a listagem dos utentes a que a enfermagem pode ou não ter acesso. O utente é sempre o utente do ficheiro do médico de família A ou B, onde não existe lugar à configuração da enfermagem.

Mesmo tendo em consideração que os enfermeiros procuram demarcar-se desta dependência com a introdução de outras actividades, tais como a consulta para incrementar a sua participação directa no quotidiano, na verdade, trata-se de uma situação ainda difícil de se concretizar em pleno, já que os médicos utilizam a delegação das actividades rotineiras para a enfermagem, e o controlo e a supervisão das marcações de consultas efectuadas pelos administrativos, como estratégia para a maximização da sua liderança e do exercício de poder na equipa. Por outras palavras, o que se verifica nos centros de saúde com a lógica do trabalho em equipa, é a presença de uma renovação do esquema de dependência da enfermagem e dos administrativos às lógicas da subordinação aos médicos. Trata-se de uma situação que acaba por favorecer a posição hierárquica dos médicos e o reenvio dos outros grupos para uma situação periférica. Trata-se, assim, de uma "aliança subliminar" e *sui generis* entre os actores, numa matriz de colaboração interessada, ora visível, ora não visível, mas que efectivamente joga um papel central na integração dos mesmos na produção de cuidados em equipa. É

em função deste contexto que gera alguns constrangimentos para o efectivo desenvolvimento das práticas e do projecto profissional da enfermagem, interferindo com uma certa expressão na sua autonomia e visibilidade nestes dois pequenos sistemas.

Porém, apesar da visibilidade de rarefacção de espaços de afirmação e de autonomia alargada nos diferentes serviços, mais nos hospitais do que nos centros de saúde, não posso reduzir a inserção da enfermagem na organização hospitalar e dos centros de saúde, como uma profissão subordinada e dependente. Antes porém, ela apresenta-se substancialmente diferente, se se reter a atenção na leitura das suas estratégias de acção participativa no quotidiano de trabalho. É através da retradução das suas práticas quotidianas de consulta e de tomada de decisão, confinadas a uma aparente concordância e consenso, que a enfermagem, nomeadamente os mais novos, processam a negociação individual e colectiva, explícita e implícita, com as hierarquias directas e com os outros grupos profissionais e na relação com o utente, para maximizar o seu controlo e dominação. Neste sentido, a preferência pelas formas de participação directa em grupo e a participação directa em termos individuais no quotidiano do trabalho surgem, assim, como um produto substantivo, influenciado por clivagens intragrupais e por múltiplos aspectos simbólico-ideológicos. Parece-me que tais realidades servem, em última instância, para a enfermagem legitimar a posição e o prestígio na organização e no seio dos utentes.

Efectivamente, um dos aspectos que salientei anteriormente foi a verificação de diferentes formas de participação directa nos hospitais e nos centros de saúde, formas essas que apresentam alguns pontos ora divergentes ora convergentes entre as hierarquias e a enfermagem da "base". Tal como referi, trata-se de uma componente integrante de uma estratégia "deliberada" por ambas as partes para atingir os resultados esperados, fundadas num sentido utilitarista e culturalista. Assim sendo, torna-se fulcral fazer um alusão extensiva às perspectivas que a própria enfermagem tem sobre os efeitos da participação directa na sua profissão e na sua relação com a organização. Confrontando os inquiridos sobre a existência de efeitos da participação directa em enfermagem, verifico que a quase totalidade dos enfermeiros das unidades de análise afirmaram a existência de efeitos positivos (Quadro 97).

Quadro 97
Efeitos da Participação Directa em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos	% Sim	% Não	% sem opinião
1	Hospitais (A, B, C)	377	91,24	5,24	3,52
2	Centro de Saúde (D, E, F)	59	98,33	-	1,67

Fonte: Inq. Enf2000.

Questionados sobre as áreas de melhoria nos diferentes contextos de trabalho, constato que os benefícios que a adesão aos modelos de participação trouxe essencialmente uma melhoria ao nível das possibilidades de definição de conteúdos e de oportunidade de acesso à formação contínua e ao nível das relações com os colegas (Quadro 98).

Quadro 98
Principais Contributos da Participação Directa para a Melhoria do Trabalho em Enfermagem

	Contextos Organizacionais	Nº casos válidos	Nº casos (a)	% (*)	
1	Hospitais (A, B, C)	350	formação contínua	233	66,6
			relações com os colegas	230	65,7
			autonomia no trabalho	194	55,4
			satisfação no trabalho	125	35,7
			qualidade do serviço	123	35,1
			outras situações	20	5,7
			relações com outros profissionais	-	-
2	Centro de Saúde (D, E, F)	59	formação contínua	46	78,0
			relações com os colegas	35	59,3
			autonomia no trabalho	34	57,6
			satisfação no trabalho	20	33,9
			qualidade do serviço	11	18,6
			outras situações	8	13,6
			relações com outros profissionais	-	-

Nota: a) respostas múltiplas

(*) % de respostas de cada situação

Fonte: Inq. Enf2000.

Para alguns enfermeiros, nomeadamente os mais novos, a melhoria ainda se reflecte ao nível da autonomia, satisfação no trabalho e na qualidade do serviço prestado (Quadro 99). Para os enfermeiros especialistas, nomeadamente os de Beja, a participação directa contribui ainda para uma melhoria do seu acesso à formação contínua. Estas diferentes melhorias não são comungadas por

aqueles que têm uma maior antiguidade na profissão e por algumas mini-franjas dos mais novos (Quadro 100).

Quadro 99
Contributos da Participação Directa
Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 1

Id	Valor teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº.
AN05	-10.31	Aprof ≥ 25A	antiguidade na profissão	71.00	1
AN05	-9.46	Aorg ≥ 25A	antiguidade na organização	57.00	2
P62	-8.98	enf graduad	categoria profissional	207.00	3
GE06	-8.95	45a49A	grupos etários	59.00	4
AN04	-7.89	Aorg20a24A	antiguidade na organização	50.00	5
AN04	-7.66	Aprof20a24A	antiguidade na profissão	48.00	6
GE07	-7.42	≥ 50A	grupos etários	39.00	7
P4a2	-7.15	P411não	melhoria na qualidade do serviço	314.00	8
GE05	-6.86	40a44A	grupos etários	79.00	9
P4d2	-6.85	P414não	melhoria na autonomia trabalho	220.00	10
AN03	-6.20	Aprof15a19A	antiguidade na profissão	50.00	11
Zona Central					
P4b1	3.17	P412sim	melhoria na satisfação no trabalho	145.00	37
P411	3.86	P41sim	melhoria das condições de trab enfermagem	413.00	38
GE03	4.55	30a34A	grupos etários	80.00	39
P1A1	4.62	Hospital	organização	388.00	40
P4d1	6.85	P414sim	melhoria na autonomia no trabalho	228.00	41
P4a1	7.15	P411sim	melhoria na qualidade no serviço	134.00	42
GE01	8.93	≤ 24A	grupos etários	39.00	43
GE02	10.97	25a29A	grupos etários	61.00	44
P61	16.54	enfermeiro	categoria profissional	150.00	45
AN02	17.51	Aorg10a14A	antiguidade na organização	191.00	46
AN02	18.19	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	47

Fonte: Inq. Enf2000.

«Eu tenho constatado que os enfermeiros com CESE's tem uma postura muito diferente do que os enfermeiros sem CESE, com os doentes e com a própria organização. Acho que os conhecimentos que adquirem no CESE, dá-lhes uma mais valia para a profissão. De facto eles valorizam mais a profissão, tem uma postura mais responsável em termos de gestão e pedagogia. Por isso, não sei se o facto da formação durar mais um ano, e se investir na área certa, nós consigamos ter enfermeiros, quer os mais novos, quer os com maior experiência e prática, com outra forma de estar. Talvez possamos um dia intervir mais nas altas que são dadas. Hoje já, algumas são dadas com a participação da enfermagem. Mas não todas, isso é complicado sem mexer no poder instituído. (...) Eu acredito que o nosso hospital a enfermagem tem uma participação grande. E há uma grande participação dos enfermeiros na prestação de cuidados. O médico vai ler as notas da enfermagem, é a primeira coisa que faz, isso já quer dizer alguma coisa» (E12 - Enf Hosp).

Porém, a leitura dos efeitos positivos da participação directa verbalizadas pelos actores oferece-me, ainda, a percepção de uma outra realidade, a da

ligação entre o exercício do poder e a participação directa. O poder não é visto pela enfermagem como estando no pólo oposto da participação directa e apenas na vertente *top down*; contrariamente, os enfermeiros engendram muitos esquemas do tipo *bottom up* para disputá-lo nas fronteiras da estrutura organizacional, nas relações hierárquicas, interprofissionais, e com o utente. Constróem-se estratégias diversas, em termos individuais e/ou em grupo, para a concretização de um maior envolvimento e de uma efectiva participação directa, quer sob a forma de consulta, quer sob a sua efectiva presença na tomada de decisão, quer ainda sob os modelos de relação afectivo-cognitivos com os utentes, que, em última instância, se dirigem à maximização do seu poder profissional.

Quadro 100
Contributos da Participação Directa
Discriminação das Variáveis e Modalidades do Factor 2

Id	Valor teste	Modalidade	Variável	Pontos	Nº.
AN05	-12.47	Aprof ≥ 25A	antiguidade na profissão	71.00	1
AN05	-11.44	AOrg ≥ 25A	antiguidade na organização	57.00	2
GE07	-8.73	≥ 50A	grupos etários	39.00	3
GE06	-7.26	45a49A	grupos etários	59.00	4
AN02	-5.53	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	5
P1B1	-5.16	Évora	local	262.00	6
GE02	-4.57	25a29A	grupos etários	61.00	7
P61	-4.51	enfermeiro	categoria profissional	150.00	8
AN02	-4.25	AOrg10a14A	antiguidade na organização	191.00	9
P4c2	-3.84	P413não	melhoria da formação contínua	169.00	10
GE01	-3.29	≤ 24A	grupos etários	39.00	11
Zona Central					
P4b1	3.28	P412sim	melhoria na satisfação no trabalho	145.00	37
P411	3.83	P41sim	melhoria das condições de trab enfermagem	413.00	38
P4c1	3.84	P413sim	melhoria na formação contínua	279.00	39
P1B3	4.13	Beja	local	84.00	40
P63	4.40	enf especiali	categoria profissional	57.00	41
GE05	6.73	40a44A	grupos etários	79.00	42
AN03	7.42	AOrg15a19A	antiguidade na organização	40.00	43
AN03	8.64	Aprof15a19A	antiguidade na profissão	50.00	44
GE04	10.86	35a39A	grupos etários	74.00	45
AN01	12.73	Aprof ≤ 9A	antiguidade na profissão	88.00	46
AN01	13.02	Aorg ≤ 9A	antiguidade na organização	76.00	47

Fonte: Inq. Enf2000.

Ao participar nos processos de consulta e de tomada de decisão, a enfermagem pretende assegurar o aumento do seu poder profissional para atingir os seus próprios objectivos à custa da organização. Na verdade, é nas margens do controlo organizacional que os enfermeiros constróem novos posicionamentos estratégicos, decidindo no quotidiano de trabalho novas formas de compensação relativamente às quais os seus níveis de desempenho e de satisfação no trabalho

se desenvolvem. Daí que, ao acentuar as suas responsabilidades no trabalho, a enfermagem pretende reforçada uma ligação entre objectivos individuais e profissionais. Para reforçar ainda esta posição, tendem a comunicar uma visão partilhada da mudança através do reforço das acções de formação contínua. Todos estes elementos ajudam, assim, a enfermagem a aumentar o seu nível de consciencialização relativamente aos objectivos estratégicos da profissão. Por outras palavras, a formação ou dinâmica dos trabalhos de grupo, a comunicação interpessoal, a liderança democrática e a tomada de decisão em grupo para a resolução de problemas, podem ser interpretadas como uma nova lógica dirigida ao aumento do grau do seu compromisso para com os seus objectivos de maior visibilidade na organização.

Ao pensar, nos resultados sobre a participação directa em enfermagem, uma das questões que se coloca é: pode falar-se de uma autêntica democracia participativa deste grupo profissional nas organizações de serviços de saúde? Se é verdade que com a democracia, ela, a participação, tem a ver sobretudo com as políticas de mobilização ou de concertação exigidas pelos constrangimentos do meio instável e sustentadas por uma direcção e gestão que, acima de tudo, busca o consenso social (Martin 1989, 1994), os resultados sugerem outras realidades.

Da análise do quotidiano das práticas, das lógicas de participação directa emerge um outro cenário moldado por um outro *empowerment* inscrito numa matriz simbólico-ideológica de renovação da enfermagem, quer ao nível dos hospitais, quer ao nível dos centros de saúde. Se, por um lado, a *qualidade* é uma variável, dito no sentido psicossocial, que resulta do grau e profundidade da participação, por outro lado, as percepções da *qualidade* baseadas na experiência, são retidas enquanto parte da memória pessoal e profissional (Glew et al. 1995; Chisholm e Vansina 1993) dos enfermeiros na organização, o que, em última análise, contribui para a existência de novas estratégias, experiências e práticas a nível do jogo da recomposição ideológica da profissão. É por isso que a *qualidade* da participação dos enfermeiros pode tratar-se de um factor majorante de ordem subjectiva e política.

Assim sendo, se é verdade que existem razões instrumentais para aderir às lógicas dos esquemas participativos, estes estão relacionados com um *empowerment sui generis* para a enfermagem. Em última instância, o seu

principal objectivo não consiste em reduzir os custos, nem numa disputa para alcançar uma maior democratização na organização (Hardy e Leiba 1998; Geary e Sisson 1994; Glew et al. 1995; Cuning, Hyman e Baldry 1996), antes porém radica noutras lógicas. Trata-se em concreto de uma perspectiva dirigida ao reforço da autonomia da profissão, e que tem por finalidade reduzir as dependências que dificultam a consecução das tarefas, nomeadamente as que se referem à dependência das orientações médicas. Os enfermeiros mais novos defendem que este facto melhora o seu desempenho, na medida em que lhes permite ganhar uma maior visibilidade na organização e, conseqüentemente concretizar novas oportunidades, de mobilização do seu poder profissional em benefício da organização e da profissão, nomeadamente na melhoria das relações com o utente e da qualidade do serviço. O problema que se verifica nas diferentes unidades estudadas, é que os contextos organizacionais e de trabalho distintos fomentam oportunidades diferenciadas aos enfermeiros para a concretização dos objectivos de ganhos de visibilidade para a profissão. Aliás, os resultados sugerem que os enfermeiros «só aceitam comprometer-se a troco de certas garantias (...) e só se tiverem a sensação de que o jogo vale a pena» (Friedberg 1995: 349). Em suma, falar da participação directa, no sentido da intervenção dos enfermeiros na gestão quotidiana da sua actividade, é apenas uma parte de um "jogo" ora *soft* ora *hard*, pois possuem outras intenções latentes.

Face ao exposto, apesar de ter verificado algumas diferenças de orientação entre os profissionais das unidades analisadas, valorizando uns aspectos e outros em relação aos efeitos da participação directa, não é de rejeitar em termos globais a hipótese de que a participação directa está relacionada com os interesses de mudança e o desejo de melhoria das condições de trabalho e da sua organização, nomeadamente ao nível do acesso à formação contínua, da satisfação no trabalho, das relações profissionais e hierárquicas, e que se traduzem, em última instância, em ganhos, quer ao nível das condições de trabalho, quer na materialização de espaços de autonomia e de visibilidade profissional.

Em suma, da análise do quotidiano das práticas e das lógicas de participação directa emerge um outro cenário de *empowerment* inscrito numa matriz simbólico-ideológica de renovação da enfermagem.

Considerações Finais

Ao empreender a presente investigação sobre as lógicas da participação directa em enfermagem hospitalar e nos centros de saúde, procedi a uma reflexão sobre a enfermagem que colocou em evidência um certo cenário de desejo de mudança, quer no sentido do reforço da afirmação da sua profissão, quer um novo discurso sobre as relações enfermeiro-médico e enfermeiro-utente para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Face a este cenário que veio enfatizar a (re)organização da prestação de cuidados de enfermagem, interroguei, num primeiro momento as orientações simbólico-ideológicas da profissão, e em segundo lugar sobre o papel da participação para a enfermagem e quais as oportunidades e os constrangimentos que aquelas e estes existem para o seu desenvolvimento. Partindo da noção que a recomposição ideológica é uma realidade na profissão, quer pela literatura revista sobre o tema, quer pelo conhecimento vivenciado, procurei na presente investigação a descodificação dos factores condicionantes e as implicações que residem no núcleo central das orientações da enfermagem face à organização do trabalho, em geral, e à participação directa, em particular.

Tendo como objectivo de estudo a análise do discurso e das práticas quotidianas de trabalho, de consulta, de delegação e de decisão participativa da enfermagem nas organizações públicas de serviços de saúde portuguesas da Região Alentejo, configurei uma estratégia de pesquisa correspondente a um estudo de caso, seguindo de perto a orientação estratégica da corrente crozieriana e friedberguiana, as linhas do pensamento de Erhard Friedberg (1995) ainda as perspectivas de Robert Yin (1989) e o de Charles Ragin e Howard Becker (1992). Na verdade, a investigação realizada situou-se no interesse em analisar como é que a enfermagem avalia os contextos de acção participativa que se apresentam ao nível dos hospitais e dos centros de saúde, como é que os profissionais geram a interdependência estratégica para regular a sua participação directa e como é que tais processos de regulação, derivam de facto de uma racionalidade limitada e de uma especificidade simbólico-ideológica da própria enfermagem. Por outras

palavras, perspectivei a enfermagem como um actor que coloca continuamente estratégias, hipóteses e cálculos àcerca do processo participativo no mundo organizacional que o rodeia, construindo redes de relações e de alianças para a regulação, para a confirmação e para a defesa da sua posição face às possíveis contestações que os outros poderão fazer.

Assim sendo, tratei da problemática da participação directa em enfermagem através de um estudo de caso múltiplo, delimitado a um nível de análise (a perspectiva de um grupo de actores). Foi através desta orientação metodológica que construí os processos de comparação extensiva e intensiva entre situações distintas, presentes em duas áreas de prestação de cuidados de enfermagem, sem deixar de questionar as implicações da lógica da divisão do trabalho, as orientações actuais da profissão, da profissionalização e do profissionalismo na dinâmica do processo participativo. Foi através da leitura das similaridades, dos desvios, das diferenças e das características particulares das estruturas, das práticas e dos discursos que circulam no campo sócio-organizacional hospitalar e dos centros de saúde, que extrai os meios necessários para a reconstrução da lógica da participação directa na realidade organizacional destas duas áreas de prestação de cuidados.

Ao refutar inteiramente as explicações fundadas no mero *a priorismo*, pareceu-me importante, mais do que descrever, saber, em primeiro lugar, o que é o trabalho em enfermagem? Em segundo lugar, porquê ou quais as razões da introdução da prática de participação directa na enfermagem?, como foi e é desenvolvido?, quais as formas predominantes?, quais os efeitos da participação nos modelos locais dos diversos contextos de acção? Por outras palavras, delimittei a investigação a um plano analítico mais restrito, que incidiu precisamente sobre três aspectos nucleares: a) desocultar a realidade dos discursos e das práticas da enfermagem hospitalar e dos centros de saúde; b) identificar as configurações que a participação assume no quadro dos processos de produção de cuidados da enfermagem nas unidades de análise; c) decodificar as implicações do processo participativo na matriz metodológica e ideológica da organização das suas práticas.

Efectivamente, a investigação que realizei, foi fundada essencialmente no desejo do conhecimento empírico das condutas reais da enfermagem e das

condições específicas da sua participação directa na produção de cuidados de saúde, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde da área geográfica em causa. Na verdade, ao adoptar esta visão para compreender os discursos e a organização das práticas participativas directas em enfermagem nas duas áreas de prestação de cuidados de saúde, delimittei em termos extensivos, a abordagem ao nível de três hospitais e três centros de saúde, e em termos intensivos num serviço de medicina e numa unidade de um centro de saúde.

De facto, para reconstruir a visibilidade das lógicas de acção participativa directa da enfermagem a partir do restabelecimento da configuração dos factos do quotidiano de trabalho, foi feita a delimitação de um conjunto de hipóteses que me ajudou a controlar a pulverização da leitura da informação. Assim sendo, para controlar os desvios e para des-construir as evidências aparentes de cada unidade social de observação, procedi ainda no quadro das hipóteses e da opção metodológica elaborada, a uma constante triangulação das técnicas, dos testemunhos e da experiência vivenciada para enriquecer os resultados, assumindo ainda uma atitude crítica sobre os factos implícitos nos testemunhos ou nas argumentações dos actores sobre os diferentes contextos de sua acção participativa.

Os resultados da investigação alcançados e extraídos da reelaboração da estrutura de sentido captada no *corpus* dos discursos produzidos pelos actores e da conjugação interpretativa dos dados quantitativos e da observação vivenciada, ilustraram as actuais configurações da matriz simbólico-ideológica que subjazem na organização do trabalho e nas orientações predominantes sobre a participação directa. Trata-se, assim, de dois conjuntos de resultados, em que o primeiro corresponde às características da matriz do sistema de acção concreto que modela a organização do trabalho em enfermagem, e que reflecte um conjunto de mitos e realidades deste grupo profissional. O segundo corresponde à dimensão da lógica da participação directa, condensando nele os paradoxos do processo e os interesses da enfermagem.

1. Mitos e Realidades das Práticas em Enfermagem: Da Ideologia da (Re)Organização Autónoma ao Tribalismo nos Serviços

No primeiro conjunto de resultados é colocada em evidência uma série de desafios aos profissionais da enfermagem, nomeadamente em relação ao sistema de acção concreto da organização do trabalho, em geral, e à visibilidade das suas estratégias nas práticas na produção de cuidados, em particular. Os resultados sugerem que, nos diferentes contextos de trabalho, os processos de construção e reconstrução da sobrevivência organizacional da enfermagem, são atravessados por uma complexa teia de estratégias profissionais para a mobilização de saberes e das redes de competências na organização do trabalho.

Na verdade, os resultados sugerem que as estratégias que a enfermagem dinamiza no quotidiano de trabalho são construídas por quatro conjuntos de dilemas nas orientações sobre a organização do trabalho e das práticas. Em primeiro lugar, quer ao nível dos hospitais, quer ao nível dos centros de saúde, os contextos de trabalho são influenciados por diferentes forças de coalisão externa (Ministério da Saúde, administração da região de saúde, coordenação da sub-região de saúde, o sindicato, etc.) e interna (médicos, chefias administrativas, outros profissionais, direcção médica da instituição; direcção de enfermagem, chefes de enfermagem dos serviços, etc.). Trata-se de forças que podem actuar de forma conjunta, dominada, dividida, activa ou passiva, e que podem influenciar o curso das actividades de enfermagem, influenciando a definição dos espaços de autonomia plena para a enfermagem, quer ao nível hospitalar, quer ao nível de um centro de saúde. Assim sendo, o desenvolvimento da enfermagem na organização, dito no sentido de profissionalização, não é atravessado pelos mecanismos das teses de proletarização, nem de desprofissionalização, antes porém se configura um domínio dos efeitos da burocratização. Um outro aspecto que ressalta dos efeitos das forças de colização interna é a percepção de que qualquer que seja o quotidiano da enfermagem ela continua a ser atravessada por um feixe de contradições, entre o desejo de afirmação da autonomia e da subordinação às lógicas das orientações dos médicos e outras, situação que pode traduzir-se num elemento potenciador de conflitos/cooperação e uma permanente insatisfação.

Em segundo lugar, se a leitura das características da organização de trabalho nas unidades analisadas oferece uma paisagem marcada por um conjunto de situações que parecem atrofiar a satisfação, a implicação e a motivação dos enfermeiros no desempenho das suas actividades. Na verdade, trata-se em concreto da presença de uma certa “ingenuidade” taylorista, com uma “quasi-separação” entre a concepção e a execução, claramente mais saliente no domínio hospitalar do que nos centros de saúde, onde o princípio de *one best way* modela a orientação e a dominância médica. Porém, o facto de se verificar uma certa pressão da dominância médica sobre as práticas de enfermagem não trouxe um fechamento total das oportunidades para a enfermagem poder aplicar os seus saberes teórico-científicos no quotidiano do trabalho, nomeadamente na relação com o utente. É pela introdução do processo de enfermagem, pela afirmação das suas competências no diagnóstico de enfermagem, no ensino e na divulgação da informação sobre os hábitos saudáveis de vida que a enfermagem se revê e que procura afirmar-se. Assim sendo, é de considerar que os saberes da enfermagem são mobilizados no sentido prático, em termos individuais e colectivos, para controlar a incerteza, o que nem sempre se verifica, em virtude da omnipresença do controlo e da dominância médica. Em concreto, são as actividades rotineiras e marginais, o apoio aos médicos e a constante pressão da dominação médica que conferem à enfermagem uma maior insatisfação, nomeadamente ao nível dos hospitais. Não é de admirar que os inquiridos e os entrevistados tenham manifestado o desejo de delegar tais actividades aos auxiliares.

Em terceiro lugar, verificam-se nesta realidade de dupla delegação (médico-enfermeiro/enfermeiro-auxiliar), diversos campos nebulosos e contradições. São as contradições entre a prática efectiva e as orientações para uma maior demarcação face à dominância médica, que não se libertam da tradicional dependência ao saber-poder médico. De facto, face à presença de uma certa dominância dos médicos, os resultados não sugerem que o papel da enfermagem na produção de cuidados de saúde se processe de forma mecânica. Aliás, os resultados da investigação sugerem que o quotidiano de trabalho é constituído por formas de regulação formal e informal junto das hierarquias directas, junto dos utentes e com os médicos. Para contornar a situação, a enfermagem vai estabelecendo redes informais de negociação com as hierarquias directas, de alianças “compensatórias” objectivas com os auxiliares de acção

médica, e de reforço da sua relação de ajuda ao utente. Trata-se de múltiplas formas de regulação social de “cooperação” existentes nas relações profissionais da enfermagem, em que o grupo privilegia como estratégia activa o consenso e a negociação. Trata-se de estratégias que os actores desenvolvem dentro de um princípio de utilidade e de cultura. Efectivamente, é enfatizado pelos entrevistados e inquiridos um modelo de regulação informal que “propõe” regras ao jogo dos actores, que apesar de serem racionais, são limitadas. Trata-se de uma racionalidade contingente que orienta as acções, em função dos distintos e diferenciados constrangimentos organizacionais, das clivagens intergeracionais e profissionais, assim como dos objectivos que cada categoria do grupo persegue e dos meios de acção que cada actor privilegia.

Em quarto lugar, apercebo-me que o conjunto de clivagens de estratificação profissional e os efeitos intergeracionais e intraprofissionais se manifestam de forma *sui generis*. Os mais jovens, com uma categoria profissional mais baixa, com menor antiguidade na profissão e na organização apresentam posicionamentos distintos dos seus colegas de hierarquia mais elevada, com maior idade, antiguidade na profissão e de tempo de serviço na organização. São os mais novos que procuram nas fronteiras dos espaços de acção uma regulação informal para introduzir processos graduais de ruptura com o seu passado, apelando para a inovação, a participação directa na gestão, o trabalho em equipa, a intervenção na tomada de decisão e a autonomia. Apesar das clivagens, dos dilemas de organização de trabalho acima identificadas, verifica-se nos diferentes contextos de trabalho um conjunto de lógicas similares de regulação profissional, baseado, por um lado, num sistema de regras não submissa a um conjunto rígido e dominante de orientações, mas fruto de um jogo que os actores vão tecendo nos domínios da interacção e, por outro lado, num princípio do “saber relacionar-se” e do “saber estar”. Trata-se de novos discursos de mudança, de novas formas de (re)construção da racionalidade e dos sistemas de acção, mas que são sempre contingentes, face aos constrangimentos, às regras e à matriz simbólico-ideológica que definem as suas orientações profissionais e organizacionais no quotidiano de trabalho. Efectivamente, este grupo de quatro dilemas traduz-se num conjunto de mitos e realidades da actual enfermagem, fundado em dois eixos.

No primeiro eixo salienta-se um *locus* de produção de cuidados de

enfermagem, marcado pela presença de um sistema de acção colectiva como resultado da interdependência entre os actores (enfermagem/médicos; enfermagem/auxiliares de acção médica), e que se mantém através de uma relação de negociação assimétrica, de troca de recursos, e de um processo de (des)organização de interesses no jogo cooperativo. Todavia, o facto da organização do trabalho na produção de cuidados e da lógica da divisão de trabalho serem marcadas por uma segmentação entre a concepção e a execução, mais evidente no contexto hospitalar, não levou à esterilização das capacidades de participação da enfermagem, nem a reduziu à eterna submissão. O facto de existir nos centros de saúde uma maior autonomia flexível, não se traduz na ausência das actividades rotineiras, nem de uma subordinação. Porém, a este nível de cuidados existem maiores oportunidades para partilhar as decisões e diversificar a aplicação dos saberes teórico-científicos. Se é verdade que historicamente a enfermagem viveu e sobreviveu numa cultura de subordinação e de isolamento às margens do saber-poder médico, na verdade, hoje, é posto a descoberto um outro jogo "cooperativo". Os resultados do estudo realçam que, apesar do quotidiano da enfermagem ainda se encontrar atravessado por constrangimentos das orientações médicas e delimitações hierárquicas, ela apresenta-se hoje com novas formas de regulação do seu quotidiano de trabalho baseadas no processo de enfermagem, no diagnóstico de necessidades dos utentes, e na informação e ensino aos mesmos.

O segundo eixo salienta que a configuração das práticas quotidianas em enfermagem hospitalar e nos centros de saúde é atravessada por uma ideologia de mudança. Se é verdade que a enfermagem se encontra em mudança, estas mudanças não trouxeram ainda uma renovação das relações médico-enfermeiro, nomeadamente na área hospitalar. Os médicos mantêm ainda uma separação entre "eles", que muitas vezes permanecem distantes das mudanças, e "nós", a enfermagem, os trabalhadores de um sistema que rejeitam a subordinação, a existência de uma vida mais consagrada à execução de tarefas "sem interesse" e marcadas pela rotinização. Daí que posso concluir que apesar de existir um "novo" sistema de acção colectiva em enfermagem, os jogos e as regras que a enfermagem engendra, se organiza e fundamenta na convicção da presença de incertezas naturais à partida. É nas margens desta incerteza que a enfermagem disputa a sua renovação e a sua afirmação, recusando racionalmente todo e

qualquer tipo de dominação, mas que não foge à colaboração com os médicos, uma vez que consideram que possuem os meios e o direito de avaliar a responsabilidade dos seus próprios actos. Neste sentido, é ainda de admitir que a organização do quotidiano na produção de cuidados de enfermagem e os esquemas utilizados para a materialização das suas práticas são sempre produtos de uma construção social. Igualmente o são as regras, que só existem e perduram no tempo, na medida em que se apoiam em mecanismos que integram as relações de poder, as estratégias, os interesses e os jogos divergentes com os demais actores.

Reside nestes dois eixos uma matriz do quotidiano das práticas, fundada para além de um quadro utilitarista, mas também culturalista, ou seja simbólico-ideológica, directamente implicada no seu jogo "cooperativo" com os médicos e os auxiliares de acção médica. Não se trata de um mero jogo de interesses mútuos. Trata-se de uma matriz de orientação das regras do jogo social, que forja o sistema de relações sociais que ocorrem no seio da organização. Nota-se na complexidade do jogo da enfermagem a riqueza da sua cultura profissional, não como uma realidade oposta à ordem social. São distintas, mas reforçam com as suas posições um processo de complementaridade para a melhoria da qualidade na produção de cuidados. Sob o ponto de vista organizacional, apesar da enfermagem dispôr de margens de liberdade reguladas, posso definir e afirmar que ela possui uma orientação simbólico-ideológica "forte" na sua base metodológica de trabalho, ainda que não exista ainda sob o seu domínio qualquer garantia para o total controlo dos conteúdos do seu trabalho.

Assim sendo, apesar da presença de um cenário de subalternidade no quotidiano de trabalho, os diferentes contextos de trabalho em enfermagem são compostos por um *puzzle* complexo de valores e orientações (Quadro 101). De facto, a enfermagem das duas áreas de cuidados, nomeadamente a referente aos mais novos, procura constantemente conceber novos esquemas para provocar uma ruptura no sistema de acção, precisamente contra o indivíduo robotizado, para se libertar totalmente do trabalho rotinizado, indo ao encontro de uma mudança onde a enfermagem seja menos dependente, mais autónoma e mais satisfeita.

Quadro 101
Modelos da Organização do Trabalho em Enfermagem

Organização do trabalho	Hospitalar	Centro de Saúde
1. Formas de exercício	individualizado equipa monoprofissional	equipa multidisciplinar
2. Divisão do trabalho	divisão vertical	divisão horizontal
3. Grau de controlo	heterocontrolo fraco ajustamento mútuo interprofissional	maior autocontrolo coordenação por ajustamento mútuo
4. Conteúdo do trabalho	trabalho especializado maior rotinização	trabalho polivalente menor rotinização
5. Grau de formalização	fraca autonomia acentuação das normas nos processos e procedimentos modos de intervenção específica	autonomia flexível processos e procedimentos mais informais modos de intervenção variada
6. Natureza da decisão	partilha intra-pares nas decisões concretas sobre a execução	partilha inter-pares de decisões a nível da concepção e execução
7. Participação directa	regulado hierarquicamente	fraca regulação hierárquica
8. Avaliação do trabalho	avaliação intragrupal	avaliação cruzada e em equipa
9. Influências directas no trabalho de enfermagem	"forte" subordinação às decisões médicas colegas da equipa de enferm. a própria pessoa auxiliares de acção médica utentes/doentes do serviço	a própria pessoa utentes da equipa fraca subordinação médica

Fonte: Ent Enf99 e Inq Enf2000

Em suma, está implícita na leitura dos diferentes contextos de trabalho em enfermagem a presença de um discurso sobre uma "nova" enfermagem, apenas não partilhada pelos enfermeiros de maior idade e antiguidade na profissão e na organização. São as tendências para a criação de novos espaços de acção e de uma apropriação dos seus tempos na relação com os utentes/doentes, através da redefinição dos conteúdos do seu trabalho, através da valorização da sua formação na prestação de cuidados. Dito de outro modo, a maioria dos profissionais de enfermagem dos hospitais e dos centros de saúde das unidades estudadas manifesta um certo espírito de reivindicação, no sentido de alcançar novas formas de controlo da sua jurisdição e da sua exclusividade nas actividades, propondo para o efeito a reconfiguração da formação, da carreira, das condições de trabalho e da posse de "voz" activa e de maior participação directa na organização da produção de cuidados. É precisamente pela constatação destas

questões que pude verificar a presença de um sistema de acção da enfermagem em ruptura, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde, contra um passado estigmatizado no sentido do reforço da sua "dominância profissional".

Concluo que a leitura dos sistemas de acção da enfermagem permitiu-me colocar em evidência uma certa interdependência das suas práticas, não só em relação às estratégias, às negociações e aos consensos dos actores, mas também em relação à sua matriz simbólico-ideológica. Trata-se de uma matriz que orienta a enfermagem para a construção e a reconstrução de um novo tribalismo da profissão, objectivado não só no reforço da sua visibilidade social para se opor à tradicional subordinação médica, mas também para a posse efectiva dum monopólio do exercício de poder para "dominar" e controlar as zonas de incerteza nas organizações de serviços de saúde.

2. Participação Directa e os Interesses da Enfermagem

Se as tradicionais lógicas gestionárias sobre a participação directa emergem como um discurso optimista de mudança organizacional, na verdade, as ligações entre a conceptualização da participação directa e o modelo de investigação adoptado para o estudo das suas implicações nas práticas da enfermagem descodificaram outras realidades. De facto, um dos principais aspectos que ressalta dos dados analisados é que, hoje, a enfermagem manifesta uma crescente necessidade para encontrar e implementar novas metodologias e novas formas de organização do trabalho para o controlo dos seus próprios conteúdos de trabalho, privilegiando a participação directa. Os resultados obtidos permitiram-me colocar em evidência que a participação directa na organização ultrapassa a mera incidência sobre os aspectos da sua expressão formal, consultiva ou por delegação, como se tratasse dum resultado da lógica da eficácia gestionária. Esta forma de participação em enfermagem é sobretudo um processo de estruturação e reestruturação dos seus contextos de trabalho, cujo desenvolvimento se apoia na dinâmica da acção colectiva dos profissionais. Por outras palavras, a implicação do termo "directa" na acção da enfermagem revela-se apenas como a ponta de um *iceberg*, onde se condensam outros motivos da enfermagem no seu interior. Na verdade, na análise da matriz das orientações e

das práticas de participação directa coloquei em evidência quatro conjuntos de resultados.

Em primeiro lugar, os resultados sugerem que os factores de adesão e de rejeição manifestados pela enfermagem não se encontram separados, quer dos contextos organizacionais, quer dos interesses dos actores, individuais e colectivos, quer ainda das interdependências das regulações que existem nos diferentes contexto de trabalho. As principais razões de adesão situam-se em torno de três factores. Um primeiro relacionado com a possibilidade de alcançar ganhos ao nível da afirmação e da visibilidade da profissão, nomeadamente através do seu envolvimento e acesso a poderes de decisão. Um segundo, que relaciona a adesão com a necessidade de dar resposta às exigências legais e de gestão. Um terceiro que estabelece uma relação da participação directa com os resultados das suas práticas e as oportunidades que tais processos possam proporcionar para a melhoria contínua dos seus conhecimentos, e como contributo, quer para a satisfação, quer para a qualidade de vida no trabalho.

Quanto às razões de rejeição aos esquemas de participação directa, elas são justificadas pelo não contributo do processo participativo na melhoria da vida profissional, nomeadamente ao nível da satisfação dos profissionais. Um segundo factor justificativo da não participação, está mais relacionado com a indisponibilidade pessoal, e na convicção dos profissionais de que tais processos não lhes conferem um maior acesso a poderes, antes porém, trata-se de processos que só servem para reforçar os poderes das hierarquias directas e indirectas. Estes resultados sugerem que a adesão e a rejeição das práticas de participação directa não resultam nem das reivindicações sindicais e/ou da ordem dos enfermeiros, nem das iniciativas governamentais, antes porém, resultam da forma como a própria enfermagem percepção as oportunidades de regulação directa dos seus contextos de trabalho.

Os resultados revelaram ainda que são os enfermeiros "novos" os mais propensos a envolver-se no processo de tomada de decisão, os mais interessados na mudança e na renovação dos procedimentos do seu trabalho. Igualmente são os mesmos que se revelaram como os mais optimistas e os mais activos relativamente ao contributo da participação directa, para a afirmação da autonomia e da visibilidade profissional. Porém, este facto não significa que não haja vozes

discordantes. São os enfermeiros de maior idade e experiência na organização que não valorizam os processos de participação, argumentando que tais esquemas são utilizados pelas hierarquias e pelos gestores como forma de controlo. Apesar da constatação deste contraste, os resultados permitem-me considerar que quanto maior for a percepção da possibilidade de acesso dos enfermeiros a "poderes" na decisão sobre os assuntos que os afectam, maior será também o envolvimento dos enfermeiros nos esquemas de participação directa.

Assim sendo, as razões de adesão e de rejeição são movidas essencialmente por factores de natureza estrutural e estruturante dos jogos no campo organizacional, quer oriundos da regulação da organização, quer derivados da expressão ideológica profissional sobre formas distintas de melhoria das suas condições de trabalho e de visibilidade da profissão. A constatação deste facto permite-me considerar que as razões de adopção de formas de participação directa em enfermagem parecem situar-se mais ao nível da necessidade dos profissionais em dar resposta aos seus problemas nos contextos de trabalho, entre os quais os relacionados com a autonomia profissional.

Uma segunda característica revelada pelos resultados trata-se do desenvolvimento do processo participativo. Apercebo-me que existe um conjunto de constrangimentos ao desenvolvimento da participação directa, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde, sendo mais expressivos ao nível hospitalar. Alguns são derivados directamente das características das condições de trabalho. Outros são derivados das relações hierárquicas e do estilo de liderança dos enfermeiros-chefe. Por outras palavras, nem todos os serviços apresentam um ambiente favorável para o desenvolvimento das práticas de participação. As condições de trabalho, a rotinização dos processos, a ausência de condições favoráveis para a comunicação entre os profissionais, as clivagens intergeracionais, intraprofissionais e hierárquicas, entre outras situações, afectam não só a adesão aos processos, mas também limitam o seu desenvolvimento. Apesar destes constrangimentos, verifiquei a presença de algumas manifestações de *bottom up*. A maioria dos casos de consulta e de tomada de decisão são geradas de forma *top down*. Se, num primeiro momento, os resultados sugerem que o desenvolvimento emerge de certa forma controlado pelas hierarquias gestionárias, pude verificar que existem manifestações pontuais de práticas que

potenciam o desenvolvimento da participação directa. Efectivamente, parece-me que a oportunidade de se reunirem para o debate dos seus problemas, entre os quais a criação de trabalho de grupo para a consulta e tomada de decisão sobre a formação contínua e em serviço, e demais problemas do quotidiano de trabalho, constituem as principais situações que parecem influenciar o desenvolvimento do processo participativo.

Na verdade, os resultados sugerem seis conjuntos factoriais que interferem no desenvolvimento da participação directa. Um primeiro factor, mais relacionado com a importância do reconhecimento da enfermagem pelos diferentes grupos profissionais e a não subordinação ao controlo médico. Um segundo factor potenciador da participação directa encontra-se relacionado com os aspectos materiais e laborais dos contextos de trabalho, assim como pelas características do funcionamento organizacional e pelas oportunidades de formação e actualização permanente. Não menos relevante é aquilo que é revelado no terceiro factor sobre a influência no desenvolvimento da participação, são as oportunidades de consulta, do trabalho em grupo, do acesso à informação e da participação efectiva na tomada de decisão sobre os diferentes aspectos que afectam o trabalho de enfermagem. Um quarto factor sugere que o reconhecimento externo, o prestígio e a autonomia no desempenho da actividade interferem no desenvolvimento da participação directa. A importância dos aspectos informais na rede de relações hierárquicas e interprofissionais constitui o quinto factor de influência no desenvolvimento do processo participativo. E por último, verifiquei ainda que os constrangimentos e as contingências geradas nas relações da enfermagem com os médicos e com a administração/direcção dos serviços representam o sexto factor de influência no desenvolvimento da participação directa.

Este conjunto de factores, ao revelar que os enfermeiros, nomeadamente os mais novos, privilegiam a potenciação do desenvolvimento profissional através do reconhecimento interno e externo das actividades da enfermagem, da melhoria dos diferentes aspectos do funcionamento organizacional, do aumento do fluxo e da qualidade da informação para o processo de tomada de decisão e do incremento da informalidade nas relações interprofissionais, traduz-se, em concreto, que a participação directa surge como uma dimensão instrumental para

engendrar formas de afirmação da autonomia, da visibilidade e de valorização profissional. Porém, a forma de valorização do desenvolvimento do processo participativo não é homogénea nas diferentes unidades analisadas, encontrando-se tais diferenças mais relacionadas com as clivagens intergeracionais e intreprofissionais, sendo estas mais evidentes ao nível das organizações da área geográfica de Évora.

A terceira característica dos resultados sugere a presença de formas distintas de consulta e delegação de poderes no processo participativo, quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde. Sob o ponto de vista da organização do trabalho, a forma predominante é o trabalho em grupo multidisciplinar nos centros de saúde, predominando ao nível do hospital equipas monoprofissionais, com uma lógica mais individual na repartição das tarefas por turno de trabalho. Os resultados salientam ainda que a negociação com os actores sindicais dos diferentes serviços não constituem uma prática corrente em enfermagem. Os esquemas de consulta individual e/ou em grupo são igualmente processos muito pouco frequentes, e os que existem são marcados por clivagens de ordem diversa. As matérias sobre as quais se debruçam as consultas incidem normalmente sobre as relações profissionais e com os utentes e sobre as questões relacionadas com a formação e a organização e o conteúdo de trabalho da enfermagem. De notar que as hierarquias directas, os enfermeiros com funções de gestão, são aqueles que são habitualmente consultados pelas hierarquias administrativas e a direcção. Os resultados revelam ainda que são precisamente estes profissionais que detêm a capacidade de gerar o controlo informacional para os enfermeiros que se encontram sob a sua coordenação, dependendo do estilo de liderança utilizado pelos mesmos.

Apesar das decisões serem normalmente tomadas a nível do topo, ou seja, pela administração e/ou direcção, e que as questões concretas do quotidiano são resolvidas pelas chefias intermédias, com um maior ou menor envolvimento dos restantes profissionais, os resultados sugerem uma certa abertura de algumas chefias intermédias para descentralizar os processos decisoriais. Um outro aspecto que ressalta no domínio da delegação dos poderes, é a da presença de formas de negociação que se estabelecem nas malhas das relações formais e informais entre pares ou com as chefias intermédias. Os mais novos e os enfermeiros da base da

carreira concebem processos de negociação e de consenso para o acesso ao processo de tomada de decisão. São, por exemplo, as possíveis intervenções que se manifestam nas reuniões periódicas ou noutros momentos de contacto informais com as chefias e com outros colegas nos serviços. Na verdade, os processos de tomada de decisão resultam essencialmente da forma individual e em grupo, predominando a preferência por este último. Os conteúdos decisoriais acessíveis em termos individuais dizem respeito aos aspectos mais operacionais do quotidiano de trabalho. As decisões em grupo incidem nomeadamente sobre a formação.

Os resultados elucidam ainda que a participação directa nas decisões sobre as grandes questões da mudança na organização do trabalho e da melhoria da qualidade na produção de cuidados, permite aos profissionais não só assumir maiores responsabilidades sobre o seu próprio trabalho, mas também lhes oferecem oportunidades para incrementar a motivação e a satisfação profissional. Efectivamente, o conjunto de resultados sugere que os processos de participação directa, sob a forma de consulta e de tomada de decisão, constituem dois ingredientes essenciais. Para os mais novos, estes processos permitem-lhes, por um lado, engendrar através da actuação em grupo, uma diferenciação profissional a nível dos diferentes contextos de trabalho e, por outro lado, potenciar uma maior visibilidade das competências profissionais, que se traduzem, em última instância numa maior afirmação da profissão. Estes resultados permitem-me concluir que não existe uma única forma de participação directa em enfermagem, variando os esquemas participativos entre estratégias individuais e colectivas, predominando no sistema de preferência dos enfermeiros o trabalho em grupo para a consulta e a tomada de decisão para a resolução dos problemas específicos da enfermagem na estrutura da produção de cuidados de saúde.

Uma outra característica que se salienta nos resultados da análise quantitativa e qualitativa das formas de consulta e de tomada de decisão, trata-se de uma questão-chave que elucidam não só as lógicas das formas de participação directa, mas também a configuração gestora presente em cada contexto de trabalho. Sendo que as decisões são tomadas de forma sistemática pelas hierarquias decisórias, com rarefacção de processos de consulta, salvo raras excepções em que a enfermagem da "base" pode intervir directamente nas

actividades do quotidiano de trabalho, posso afirmar que a organização dos serviços de saúde, nomeadamente os hospitais, é gerida por uma "elite". Pelo contrário, nos centros de saúde, por existir uma abertura distinta, onde a enfermagem partilha mais oportunidades e experiências de consulta e de tomada de decisão conjunta com outros actores, a lógica gestionária dos processos participativos pode ser enquadrada numa perspectiva mais plural, e quiçá, "democrática". Porém, o que posso concluir daqui é que ambas as situações são atravessadas por cenários de conflito e de cooperação para o controlo de recursos informacionais, quer no seio do próprio grupo profissional, quer nas relações interprofissionais e hierárquicas. Doutra modo, os esquemas de participação directa (consulta/tomada de decisão) não têm apenas efeitos significativos no desempenho do trabalho, antes porém, consubstanciam ambiguidades, fluidez, diferenças e desigualdades reais. A constatação desta realidade poderá corresponder a um factor crítico para a própria enfermagem, relativamente a resultados esperados da sua adesão aos programas de participação decididos pela via *top down*, tais como nos grupos ou comissões de estudos nomeados pela administração/direcção das organizações de serviços de saúde.

Daí que concluo que, para a redução dos conflitos, a enfermagem procure constantemente negociar com a sua "elite" para construir uma delimitação das arenas de consulta e de tomada de decisão, confinando tais arenas às questões intrínsecas da sua área profissional, e debatidas em grupo, tais como a organização do seu trabalho, a formação e a avaliação do desempenho. Trata-se de situações que lhes permitem alcançar com maior facilidade a satisfação e o consenso no seio dos diferentes elementos do grupo. Ao confinar a agenda à consulta e à tomada de decisão e à aceitação de trabalhos ou grupos de estudos sobre questões ditas "seguras", reforçam a sua posição, não de actores nos bastidores, mas com uma nova visibilidade da sua autonomia e da profissão.

Uma quarta característica que ressalta dos resultados refere-se aos efeitos da participação directa. Os resultados revelam alguns pontos, ora divergentes ora convergentes entre as hierarquias e a enfermagem de "base", quer ao nível dos hospitais, quer nos centros de saúde. Na verdade, a participação directa trata-se de uma componente integrante de uma estratégia "deliberada" para atingir um conjunto des resultados esperados, fundada num sentido utilitarista e culturalista.

Quadro 102
Paradoxos do Modelo da Participação Directa em Enfermagem

	Aspectos Negativos	Aspectos Positivos
1.- Introdução do Processo	insatisfação profissional controlo das hierarquias erosão dos poderes profissionais não melhoria das práticas pior qualidade de oferta	maior regulação das práticas incentivo à acção melhoria das práticas satisfação profissional valorização da profissão projecto de afirmação colectiva melhoria da qualidade da oferta
2.- Desenvolvimento	liderança autoritária relações formais não acesso à informação "má" comunicação desmotivação individual fraca autonomia no trabalho rotinização	liderança democrática relações informais acesso à informação "boa" comunicação motivação individual autonomia no trabalho menor rotinização
	subordinação do controlo médico funcionamento formal da organização	reconhecimento interno reconhecimento externo formas de participação
3.- Formas	trabalho individual	trabalho em equipa consulta individual e/ou em grupo tomada de decisão em grupo tomada de decisão individual
3.1.- Conteúdos	matérias sem importância	formação contínua/serviço organização do trabalho qualidade do serviço prestado relações com o utente
3.2.- Extensão da decisão	rotinas do quotidiano	decisões estratégicas a curto e médio prazo
3.3. – Frequência da consulta/decisão	pontual e/ou esporádica	frequente e/ou permanente
4.- Efeitos	desnecessária para a melhoria da qualidade do serviço	maior acesso à formação melhores relações profissionais maior autonomia no trabalho maior satisfação no trabalho melhor qualidade do serviço
	desnecessária e desadequada para a profissão	relevante e apropriada para a profissão
	um jogo das hierarquias e das chefias directas para manipular a enfermagem	uma filosofia global que orienta as acções de afirmação da profissão e da sua visibilidade sócio-organizacional

Fonte: Ent99 e Inq Enf2000.

Para alguns enfermeiros, os benefícios que a participação lhes trouxe foram essencialmente ao nível da melhoria das oportunidades de acesso à formação contínua e ao nível das relações com os colegas. Para outros enfermeiros, entre os quais os mais novos, a melhoria situou-se mais ao nível da sua autonomia, na satisfação no trabalho e na qualidade da prestação de

cuidados. Um pequena franja de enfermeiros, entre os quais se encontram os enfermeiros-especialistas e os de Beja, a participação directa contribui essencialmente para uma melhoria do seu acesso à formação contínua. É evidente que encontrei posições antagónicas. Para aqueles que têm uma maior antiguidade na profissão e uma pequena franja dos mais novos, a participação directa não trouxe qualquer melhoria. Trata-se de uma dimensão de fraca expressão.

Verifico, assim, que nas diferentes unidades estudadas, as características dos contextos organizacionais e de trabalho distintos geram formas diferenciadas de oportunidades aos enfermeiros para a concretização dos seus objectivos de ganhos. Porém, a especificidade dos ganhos é idêntica em ambas as áreas de cuidados, e trata-se da procura de uma maior afirmação e visibilidade para a profissão. Efectivamente, apesar das formas de valorização dos benefícios esperados e verificados da participação directa serem influenciadas por clivagens intragrupais, mas também por múltiplos aspectos simbólico-ideológicos, o que posso concluir é que, em última instância, a enfermagem procura através dos processos legitimar a sua posição e o seu prestígio na organização e no seio dos utentes. Assim sendo, apesar de ter verificado algumas diferenças no seio das unidades analisadas, não rejeito a hipótese de que a participação directa esteja relacionada com os interesses de mudança e melhoria das condições de trabalho e da sua organização, nomeadamente ao nível do acesso à formação contínua, da satisfação no trabalho, das relações profissionais e hierárquicas, e que se traduzem, em última instância, em benefício, não só ao nível das condições de trabalho, mas também, na disputa de espaços de autonomia e de visibilidade profissional.

Estas quatro características que definem as lógicas da participação directa em enfermagem dos hospitais e dos centros de saúde, oferecem-me uma percepção de duas questões. Numa primeira aproximação, a participação directa da enfermagem na (re)organização da produção de cuidados, parecia ser impossível, já que as práticas de enfermagem se desenvolvem num contexto "quasi-tayloriano", nomeadamente nos hospitais. Porém, ela pôde nascer e parece que começou a pôr em causa o equilíbrio do conjunto que constitui a relação médico-enfermeiro. Porque é que isto acontece? Porque a adesão aos princípios da participação permite levar a que a enfermagem se exponha à ruptura

do vínculo de subordinação, unindo não só os actores das duas áreas de cuidados (hospitalar e centro de saúde), mas também convertendo-os em defensores da posição relativa dos utentes no mercado da saúde. Participar, nestas condições, conduz ao fortalecimento da posição da enfermagem num contexto de troca desigual, o das suas competências proceduais e dos saberes interpretativos contra a decisão clínica.

Neste sentido, é a partir do jogo dos actores sociais, que consiste numa renovação da oposição entre a enfermagem e os médicos, ou mais globalmente, entre uma orientação mais "humanista" e a tecnocracia bio-médica, que a própria enfermagem tenta defender na sua qualificação, fazendo germinar a tónica do "cuidar" e da relação de ajuda. A qualificação para o "cuidar" os utentes é então defendida, como uma nova relação de concordância colectiva, potenciadora da sua acção e de afirmação profissional. Em suma, a necessidade de melhorar a qualidade do serviço, o incentivo ao aperfeiçoamento contínuo, a qualidade de vida profissional, a autonomia e a satisfação dos profissionais, constituem pontos fulcrais para incentivar a participação dos enfermeiros.

Assim, verifica-se nos processos (des)envolvidos pela enfermagem na participação directa, a inclusão de uma permanente disputa do controlo dos recursos informacionais para o "cuidar" e uma construção social da realidade dum *empowerment*, ora visível ora "camuflado". De facto, o processo de *empowerment* subjacente a todo o processo participativo manifesta-se fundamentalmente quando a enfermagem utiliza as suas capacidades, os seus conhecimentos, nas negociações e nos consensos que estabelece com as hierarquias, os utentes e nas relações interprofissionais, no sentido de atingir os objectivos de afirmação e de visibilidade da profissão. Na verdade, o que me é dado a observar, nomeadamente pelos enfermeiros mais novos, na leitura da dialéctica dos processos presentes, é uma relação *sui generis* entre o *empowerment* e a participação directa, e que se manifesta de duas formas fundamentais: por um lado, a garantia do seu envolvimento em aspectos organizacionais, não apenas radicada na resolução dos problemas do quotidiano, mas em tudo que tem importância a nível do *empowerment*, tais como a participação na elaboração do plano de actividades do serviço e da organização; por outro lado, a participação activa na formulação de objectivos e de actividades

concretas no mesmo plano, intimamente relacionados com a especificidade da enfermagem, implicando, assim, que eles possam ser controlados por si, e impossíveis de realizar por outros profissionais. Assim sendo, o que conclui é que quanto mais se reforça o sistema "quasi-taylorista" na estrutura da "cura", mais se potencia a enfermagem em engendrar a visibilidade da produção da estrutura do "cuidar", negando uma participação apenas "clandestina" nos interstícios e numerosas falhas da organização da produção de cuidados.

Uma segunda questão que ressalta dos resultados sugere que as formas legítimas de participação directa em grupo, adoptadas pela enfermagem, enquadram-se numa estrutura complexa e multidimensional, e que representa, em última instância, um modelo de acção da enfermagem fundada em quatro dimensões. Numa primeira dimensão, a enfermagem exerce a disputa em "bloco" no controlo de recursos variados no sentido de condicionar e determinar os resultados dos processos de consulta e de tomada de decisão, actuando entre as fronteiras de conflito e de cooperação entre actores. Na segunda dimensão, a actuação da enfermagem em grupo passa pelo controlo do acesso, propriamente dito, a esses processos de consulta e de tomada de decisão, cuja "abertura" e horizontalização no diálogo e decisão entre pares serve para minimizar os efeitos dos conflitos. A terceira dimensão refere-se fundamentalmente à utilização pela enfermagem das formas de participação directa em grupo para gerar processos hegemónicos de legitimação social da sua profissão. É da conjugação destes três eixos de actuação em grupo que a enfermagem procura potenciar o seu princípio, ou melhor a dimensão do seu *empowerment* no sistema de acção concreto nas organizações de serviços de saúde. É a partir deste modelo de orientação que a enfermagem demonstra as estratégias de reapropriação para reconstruir um universo de autonomia e ganhos de margem de manobra profissional. É a partir deste modelo que a enfermagem reorganiza o seu espaço de trabalho, recompõe os tempos, desenvolve novas formas de gestão da produção de cuidados, recorrendo permanentemente à busca de mais tempos para a relação com o utente, e mais oportunidades de formação contínua e em serviço, tornando, a médio ou a curto prazo, insuportável não aceitar e reconhecer a sua capacidade de ser uma profissão autónoma.

Em resumo, a disputa para a apropriação dos espaços, dos tempos, dos

modos de operar e da gestão "não clandestina" da sua participação directa, trata-se da procura de uma recomposição ideológica, de uma renovação da identidade da enfermagem em mudança e da sua visibilidade no sistema de acção concreto da produção de cuidados.

O conjunto de resultados expostos revela não só que os profissionais de enfermagem procuram regular a sua participação directa através da processos de interdependência estratégica, mas revelam sobretudo que tais estratégias derivam de facto de uma racionalidade limitada e de uma especificidade e coesão da própria enfermagem. Esta reapropriação dos processos participativos manifesta-se quer pela forma individual, pela qual o indivíduo retoma o seu poder sobre o meio envolvente para definir a sua identidade; quer sob uma forma de reapropriação entendida colectivamente, enquanto sistema de normas elaboradas em comum que conferem ao indivíduo, enfermeiro-actor, uma identidade colectiva por pertença ao grupo. Concluo, assim, que a enfermagem é mais do que um "peão amovível" dentro dos constrangimentos da produção de cuidados, e que não pode ser regulado como um *robot*. É contra este objectivo de standardização da sua vida quotidiana no trabalho que a enfermagem reage através da procura do reconhecimento da sua identidade. Na verdade, a elucidação desta questão oferece uma visão pormenorizada de uma matriz simbólico-ideológica que modela, quer as orientações profissionais, quer as formas de regulação do campo sócio-organizacional, ao nível dos hospitais e dos centro de saúde, comportando ainda profundas implicações conceptuais e metodológicas para a sua desocultação e descodificação.

3. Mais Palavras Para Quê...

Falar da participação directa, no sentido da intervenção da enfermagem na gestão quotidiana da sua actividade, é complexa. A sua expressão e a efectiva implicação directa na organização é apenas uma parte de um "jogo". De facto, as iniciativas participativas formuladas pela enfermagem são mais do que um jogo *soft*, pois possuem outras intenções latentes. A participação directa longe de ser uma oportunidade para colocar a democracia ao serviço da modernização e da inovação, no sentido de assegurar a melhoria da prestação de cuidados, na prática

faz com que os enfermeiros não manifestem a sua voz como cidadãos na organização dos serviços de saúde, na medida em que a negociação é "amortecida" e os conflitos e as tensões são branqueados pelos interesses profissionais.

Foi através da desocultação das diferentes faces que modelam a complexidade do sistema de acção do quotidiano de trabalho e das lógicas do processo participativo, que verifico que a enfermagem recorre à participação directa para o desenvolvimento da sua estratégia de fechamento profissional, para o controlo estratégico da jurisdição e de afirmação da sua capacidade de governabilidade do seu campo disciplinar. Se é verdade que a enfermagem encontra no seu caminho um conjunto de constrangimentos organizacionais e regulações hierárquicas no seu quotidiano, não é menos verdade que o facto de a própria enfermagem poder "sentir" e "interiorizar" que é possível atingir os seus objectivos profissionais, ainda que limitados nas fronteiras dos constrangimentos e contingências, potencia a génese de uma enfermagem *empowered*, levando-a a continuar a participar de uma forma mais activa nas actividades organizacionais, no sentido da defesa dos seus interesses profissionais. Daí que concluo que a dinâmica da participação directa da enfermagem encontra-se eivada de valores e de ideologias.

Assim sendo, o "hermetismo" do controlo organizacional, a "rigidez" de algumas das regras hierárquicas, o "desinteresse" e a resistência da maioria dos mais "velhos", a excessiva rotinização dos processos do quotidiano, nomeadamente ao nível hospitalar, indicam apenas que existem constrangimentos nos diferentes contextos de trabalho, mas que não se traduzem em limitações efectivas de auto-exclusão de toda a enfermagem no processo participativo. Por outras palavras, é nos limites da fronteira da zona de incerteza, é no quadro da adversidade do núcleo central do sistema de acção concreto que a enfermagem, entre os quais os mais novos e os enfermeiros-especialistas, reutilizam e retraduzem para si como vantagens as possibilidades de uma outra dinâmica do espaço de acção.

A constatação dum quadro global do funcionamento dos dois pequenos sistemas de acção, hospitalar e centro de saúde, marcado por pontos de convergência, de "marginalização" e de "fracos" espaços de visibilidade da autonomia em enfermagem, pode representar uma situação que, a longo prazo,

constitui uma das fontes de clivagem, de insatisfação e de conflito interprofissional. Porém, apesar do processo de desenvolvimento participativo da enfermagem não comportar consequências imediatas para ganhos de autonomia plena da profissão, permite-me, à luz dos dados disponíveis, identificar um aspecto fundamental pelo qual a enfermagem reage positivamente a este processo. Trata-se de uma nova versão de [des]-envolvimento da enfermagem, onde o envolvimento se cruza ideologicamente com um D que lhe induz a dinâmica profissional, com um E que lhe auxilia a internalizar as visibilidades e ganhos do *empowerment*, e com um S que lhe potencia o saber teórico-científico no processo de diferenciação e de autonomia decisionária na gestão do espaço sócio-organizacional.

Trata-se de uma nova "carta sistémica" do enfermeiro-actor que permite orientar o seu lugar e o seu papel nos diferentes subsistemas da organização da produção de cuidados, triangulando o sistema organizacional, hospitalar e dos centros de saúde, com o sistema cultural e profissional, com o jogo de actores. Na verdade, é na base desta matriz ideológica que a enfermagem pretende modificar a sua lógica dentro de cada sistema organizacional, mudando as regras e os procedimentos, determinando a estrutura das suas relações interprofissionais e as definições dos conteúdos das suas funções, elaborando as decisões que possam causar impacto e ruptura com o seu passado de subordinação médica. Assim sendo, ao intervir directamente com novas regras no jogo de actores, modificando, negociando e utilizando o seu poder profissional na orientação do "cuidar" e da relação de ajuda, dentro de certos limites, a enfermagem pretende influenciar não só o sistema de valores de todos os actores das organizações serviços de saúde, mas também, criar as condições da emergência da sua afirmação na organização da produção de cuidados.

É neste sentido que entendo que a metodologia de trabalho de enfermagem não se inscreve numa mera aceitação da subordinação médica, antes porém, é baseada numa flexibilidade utilitarista/culturalista do seu comportamento, bem como numa "motivação" elevada e num "compromisso" ideológico, não directamente relacionados com os objectivos da organização, mas sim com os quadros de referência de uma ideologia de tribalismo da sua profissão. Ou seja, o campo organizacional constitui apenas um espaço mediador e

potenciador da sua identidade de *métier* do “cuidar” e das possibilidades de governabilidade dos paradoxos da produção de cuidados. Apesar das rivalidades e das ameaças da dominância médica sobre a sua profissão, são as clivagens presentes no campo que fazem reagir a enfermagem de uma forma colectiva, nomeadamente pelos mais jovens, enquanto um todo e numa só voz.

Face ao exposto, apesar da produção de cuidados e da especialização do campo de acção da enfermagem emergirem condicionadas pelo saber e poder dos médicos, sendo estes os principais protagonistas que desencadeiam e orientam a prestação de cuidados de saúde, ao desmontar a noção e o lugar da participação directa no quotidiano de trabalho em enfermagem hospitalar e dos centros de saúde, descodifiquei a presença do seguinte: ^{a)} um carácter instrumental e culturalista da participação directa relativamente às suas finalidades; ^{b)} uma relativa unidade e coesão intragrupal, para o controlo dos processos participativos na organização da produção de cuidados; ^{c)} uma constante procura do grupo profissional na delimitação clara e unívoca de fronteiras formais na organização do trabalho em enfermagem através da adopção dos fundamentos gestionários de participação directa, sob a forma consultiva ou por delegação.

Efectivamente, a participação directa não é mais do que um produto das interacções múltiplas consideradas num dado momento e nas quais se encontram implicadas as “alavancas” da regulação social e de controlo da enfermagem. Na verdade, os resultados sugerem que a participação directa pode ser definida como um processo social, intimamente relacionado com as suas orientações de natureza profissional na produção de cuidados de saúde, cujas variações e combinações permitiram colocar em evidência que se encontra relacionado com distintos cenários de acção e teias de constrangimentos e contingência do quotidiano do trabalho. Dito de outro modo, subjaz nas práticas participativas directas em enfermagem um quadro simbólico-ideológico que potencia, quer uma demarcação deste grupo profissional face às dependências gestionárias e à subordinação a outros profissionais, quer uma valorização dos mesmos, em relação aos mecanismos de intervenção na organização do trabalho, enquanto meios e formas possíveis de engendrar ganhos de visibilidade social e de autonomia profissional no presente e no futuro.

Numa perspectiva utilitarista/culturalista, os enfermeiros não privilegiam

uma atitude qualquer face à participação no seu quotidiano de trabalho. A participação directa emerge de uma certa forma paradoxal, comportando implicações diversas e profundas na enfermagem, fundadas numa lógica triangular, traduzíveis como uma relação “para”—“da”—“na”. O “para” confere ao grupo uma lógica “corporativista” e tribalista ao processo de adesão à participação directa. O “da” oferece à enfermagem a potenciação da sua posição na relação de forças entre a sua profissão e as forças de coalisão, externas e internas, nomeadamente para o desenvolvimento do processo participativo. O “na” reflecte e reforça a posição da enfermagem na regulação social e de controlo das formas, dos conteúdos e dos efeitos das práticas de participação directa em cada contexto de trabalho. Assim sendo, entre os parâmetros tidos em conta para a enfermagem encontrar uma situação “o mais satisfatória possível” para a regulação social e de controlo da participação, emergem exigências puramente culturais e marcadamente ideológicas que se não forem tidas em conta pelas hierarquias das organizações de saúde, podem implicar a presença de uma permanente rejeição pelo grupo da enfermagem, de todo o seu interesse sobre quaisquer orientações advindas da regulação de controlo gestor para a mudança organizacional.

Os resultados dessa investigação, obtidos através de uma abordagem organizacional e baseada nos alicerces da análise estratégica de Crozier e Friedberg (1977) e/ou organizacional (Friedberg 1995), colocaram em evidência que subjaz na lógicas da participação directa em enfermagem uma matriz complexa do seu sistema de acção, modelada por problemas de afirmação da sua visibilidade sócio-profissional, bem como de constrangimentos e de oportunidades para a materialização da sua autonomia no quotidiano de trabalho. Neste sentido, os resultados da investigação sugerem-nos que a lógica da acção colectiva da enfermagem é influenciada pelo ambiente, pelo interesse e ainda pela matriz simbólico-ideológica da profissão, obedecendo tal lógica às diversas racionalidades dos actores. Concluo, assim, que os resultados do estudo sugerem que a acção participativa e directa dos enfermeiros desenvolve-se num espaço social *sui generis*, cuja paisagem pode ser caracterizável como um microsistema social de acção concreta, onde repousam processos de modelação de divisão do trabalho, de negociações, (inter)dependências e regras de jogo, com complexas implicações sociais, culturais e profissionais, e que interferem na matriz das condições sociais

e materiais de existência intra-organizacional, ou seja, na vida quotidiana do trabalho, passado e presente, em que se envolvem, quer os profissionais de enfermagem dos hospitais, quer os dos centros de saúde.

A acção colectiva da enfermagem tal como ela é apresentada, coloca-nos a questão da necessidade de repensar novas formas de regulações autónomas e de cooperação na produção de cuidados de saúde que tomem em atenção a democracia na regulação colectiva, a identidade e a cultura dos actores de uma organização e da própria organização. Argumenta-se, assim, a importância da transparência das regras do jogo que se estabelecem entre a enfermagem e os outros actores nas práticas participativas, afim de permitir a melhoria do funcionamento e a inovação da e na organização dos serviços de saúde.

À luz dos resultados obtidos, considero ainda que as orientações da opção metodológica adoptada, fundada nos alicerces da análise organizacional e estratégica de Crozier e Friedberg, e de um estudo de caso múltiplo, me abriram novas perspectivas para compreender e apreender as implicações do processo da participação directa no presente e no futuro da enfermagem. Em concreto, o que é que a análise estratégica e/ou organizacional aplicada ao estudo da participação directa me trouxe de novo? Em primeiro lugar, ofereceu-me ajuda no diagnóstico sociológico, facilitando-me a selecção dos factos susceptíveis de elucidar o sistema de acção concreto onde se move a enfermagem. Por outro lado, alargou-me o campo de leitura das relações enfermagem-grupo-organização, contribuindo, assim, para a identificação e para a compreensão da racionalidade limitada da enfermagem. Por último, através deste procedimento metodológico, permitiu-me adequar a combinação de técnicas qualitativas e quantitativas para explorar as diferentes modalidades de interacção geradas pela enfermagem, colocando, por um lado, a nu a sua forma de "ver" a realidade organizacional e, por outro, auxiliando-me a captar de forma intensiva e extensiva, as redes de relações de poder que subjazem nas lógicas que asseguram a gestão participativa no seu quotidiano na produção de cuidados no meio hospitalar e nos cuidados de saúde primários.

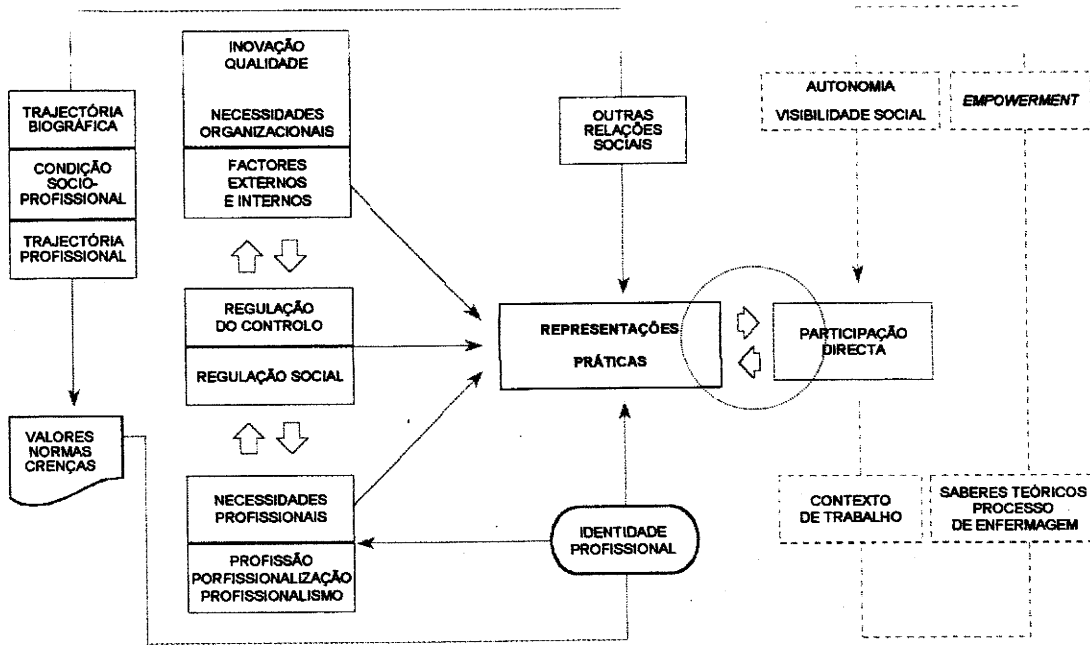
Face aos resultados alcançados nesta investigação, salvaguardando obviamente as respectivas contingências locais e as características de cada sistema de acção concreto, sugiro o aprofundamento do estudo noutras realidades

através de um modelo que julgo poder potenciar a leitura das [causas — características da participação directa — efeitos]. Entendo, assim, que o modelo a adoptar para futuras abordagens organizacionais dos paradoxos da participação directa não deve resumir-se à mera leitura dos jogos de poder na organização, antes porém deve centrar-se na análise quer dos fundamentos e dos princípios de acção participativa, quer das orientações profissionais, dos acordos e das regras que estruturam as trocas, tanto entre o sistema organizacional e os profissionais, assim como entre os seus próprios membros.

Trata-se de um modelo fundado em dois eixos analíticos, tal como vem descrito no Esquema 18. O primeiro é caracterizado pela lógica das representações e práticas dos actores, sendo estruturado em torno das seguintes dimensões analíticas: ^{a)} identidade profissional (valores, normas e crenças; trajectória profissional e biográfica; condição sócio-profissional; relações sociais; ^{b)} matriz de recomposição ideológica da profissão (necessidades profissionais; profissão, profissionalização e profissionalismo); ^{c)} regulação na organização (regulação social; regulação do controlo); ^{d)} mudança organizacional (necessidades organizacionais em inovação e qualidade; influência dos factores internos e externos). Quanto ao segundo eixo, denominado de lógica da participação directa, as dimensões analíticas são: ^{a)} contexto de trabalho (materialização dos saberes teóricos da profissão); ^{b)} formas, processos e efeitos da participação (*empowerment* ; autonomia e visibilidade social da profissão).

Em suma, analisar a participação directa trata-se, em concreto, da descodificação da teia dos papéis dos actores da e na organização, enquanto elementos-chave das lógicas profissionais e do funcionamento da organização, razão pela qual entendo que devemos interrogar como eles se relacionam, como criam as suas redes de sociabilidade e de interacção hierárquica no quotidiano de trabalho, e quais os princípios que forjam as racionalizações estratégias na cooperação e no desenvolvimento das práticas participativas.

Esquema 18
Participação Directa e suas Implicações na Matriz Simbólico-Ideológica



Bibliografia

1.- Livros, Artigos e Relatórios de Investigação

- AA. VV. (1997), *Participação e Cultura nas Organizações, Actas do VIII Seminário Internacional do Seminário Internacional RC 10 da Associação Internacional de Sociologia*, Braga: Cadernos do Nordeste, 2 vols.
- AA. VV. (1999), *O futuro do trabalho: Novas relações e competências. Actas do VIII Encontro Nacional de Sociologia Industrial das Organizações e do Trabalho*, Lisboa: APSIOT-Celta Editora.
- ABBOTT, Andrew (1988), *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, Chicago: University of Chicago Press.
- (1991a), «The future of professions: occupation and expertise in the age of organization», *Sociology of Organizations*, 8:17-42.
- (1991b), «The order of professionalization. An empirical analysis», *Work and Occupations*, 18(4): 355-386.
- ABRANTES, Alexandre Vieira (1987), «Evolução dos sistemas de saúde, política de saúde e desenvolvimento tecnológico», António Correia de Campos (org.), *Que política de saúde para Portugal?*, Lisboa: Sedes - Associação para o Desenvolvimento Económico e Social, 79-96.
- ACKOFF, Russell L. (1998), *A empresa democrática*, Lisboa: Difusão Cultural.
- ADAM, Evelyn (1994), *Ser enfermeira*, Lisboa: Instituto Piaget.
- ADAM, Gérard and REYNAUD, Jean-Daniel (1984), *Sociologia do trabalho: os conflitos*, Porto: Rés.
- ADAM, Philippe et HERZLICH, Claudine (1994), *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*, Paris: Éditions Nathan.
- ADAMS, Donna, MILLER, Barbara K. and BECK, Lasca (1996), «Professionalism behaviors of hospital nurse executives and middle managers in 10 western states», *Western Journal of Nursing Research*, 18(1): 77-89.
- ADÁN, José Pérez e LÓPEZ, María Luísa Sanches (1997), «Los sistemas hospitalarios modernos como sistemas de participación directiva», AA. VV., *Participação e Cultura nas Organizações. Actas do VIII Seminário Internacional do Seminário Internacional RC 10 da Associação Internacional de Sociologia*, Braga: Cadernos do Nordeste, 553-571, 2 vols.
- AIKEN, Linda H. (1995), «Transformation of the nursing workforce», *Nursing Outlook*, setembro/outubro, 201-209.
- AKTOUF, Omar (1992), «Management and theories of organizations in the 1990s: Toward a critical radical humanism?», *Academy of Management Review*, 17(3): 407-431.
- ALBERTO, Tony et COMBEMALE, Pascal (1993), *Comprendre l'entreprise. Théorie, gestion, relations sociales*, Paris: Nathan.
- ALDRICH, Howard (1979), *Organizations and environments*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- ALEXANDER, Jeffrey A., LICHTENSTEIN, Richard and D'AUNNO, Thomas A. (1996), «The effects of treatment team diversity and size on assessments of team functioning», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 37-53.
- ALTER, Norbert (1996), *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Paris: PUF.
- ALVES, Graça (1990), *Modelos culturais nas relações de trabalho: identidades culturais nos profissionais do Centro de Saúde de Barão do Corvo*, Lisboa: ENSP

- ALVES, Joaquim (1995), *A liderança em enfermagem - os enfermeiros chefes como líderes*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- ALVES, Paulo (1998a), «Da crise do taylorismo ao modelo antropocêntrico», Helena Alves, (coord.), *As modalidades de empresa que aprende e empresa qualificante*, Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional, 99-109.
- (1998b), «Caracterização da evolução da organização do trabalho», Helena Alves, (coord.), *As modalidades de empresa que aprende e empresa qualificante*, Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional, 125-141.
- ALVESSON, Mats (1998), «Gender relations and identity at work: a case study of masculinities and femininities in an advertising agency», *Human Relations*, 51(8): 969-1006.
- ALVI, Shahid (1994), *Professional power and proletarianization? A class analysis of canadian physicians*, Doctor of Philosophy in Sociology Thesis, Ottawa, Ontario: Carleton University.
- AMÂNCIO, Lígia (1992), «As assimetrias nas representações do género», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 34: 9-29.
- AMBLARD, Henri, BERNOUX, Philippe, HERREROS, Gilles et LIVIAN, Yves-Frédéric (1996), *Les nouvelles approches sociologiques de l'organisation*, Paris: Seuil.
- ANNANDALE, Ellen, CLARK, Judith and ALLEN, Elizabeth (1999), «Interprofessional working: an ethnographic case study of emergency health care», *Journal of Interprofessional Care*, 13(2): 139-150.
- ANNANDALE, Ellen (1989), «The malpractice crisis and the doctor-patient relationship», *Sociology of Health & Illness*, 11(1): 1-23.
- (1996), «Working on the front-line: risk culture and nursing in the new NSH», *The Sociological Review*, 44(3):416-451.
- (1998), *The sociology of health and medicine: a critical introduction*, Cambridge: Polity Press.
- ANTUNES, Manuel J. (2001), *A doença da saúde: Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício*, Lisboa: Quetzal Editores.
- APPLEBY, Chuck (1995), «Boxed in? The use of allied health professionals in primary care», *Hospitals & Health Networks*, 69(18): 28-33.
- ARAÚJO, Maria Lucília Marques Escobar (1995), *Identidade Sócio-profissional e Género: Contributos para o Estudo da Enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- ARGYRIS, Chris (1975), *Personality and organization*, New York: Harper.
- (1995), *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, Paris: Interéditions.
- ARMSTRONG, David (1983), «The fabrication of nurse-patient relationships», *Social Science and Medicine*, 17(8):457-460.
- (1987), «Bodies of knowledge: Foucault and the problem of human anatomy», Graham Scambler (org.), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock, 59-75.
- (1990), «Medicine as a profession: times of change», *British Medical Journal*, 301: 691-693.
- (1997), «Foucault and the sociology of health and illness. A prismatic reading», Alan Petersen and Robin Bunton (org.), *Foucault, health and medicine*, London: Routledge, 15-30.
- ARRINGTON, Barbara, GAUTAM, Kanak and MCCABE, William (1995), «Continually improving governance», *Hospital & Health Services Administration*, 40 (1): 95-110.

- ASEJAR, Margarita Garrido (1991), «Los cuidados de enfermería: una visión antropológica», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 139-155.
- ASHLEY, Jo Ann (1976), *Hospitals, paternalism and the role of the nurse*, New York: Columbia University.
- ASHMOS, Donde P. et al. (1996), «Internal complexity and environmental sensitivity in hospital», *Hospital & Health Services Administration*, 41(4): 535-553.
- ATKINS, Jo (1998), «Tribalism, loss and grief: issues for multiprofessional education», *Journal of Interprofessional Care*, 12(3): 303-307.
- ATKINSON, Paul (1977), «Medical Mystique», *Sociology of Work and Occupations*, 4(3):243-279.
- (1995), *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- ATTEWELL, Paul (1990), «What is skill?», *Work and Occupations*, 17(4): 422-448.
- AUBERT, Nicole, GRUERE, Jean-Pierre, JABES, Jak, LAROCHE, Hervé et MICHEL, Sandra (1991), *Management. Aspects humains et organisationnels*, Paris: PUF.
- AUGHTON, Peter (1996), «Participative design within a strategic context», *The Journal for Quality and Participation*, 19(2): 68-72.
- AUNNO, Thomas D., ALEXANDER, Jeffrey A; LAUGHLIN, Catherine (1996), «Business as usual? Changes in health care's workforce and organization of work», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 3-10.
- AYLOTT, Marion (1999), «Critical care nurses should work together», *British Journal of Nursing*, 8 (8): 481.
- BABY, Antoine (1994), «Le code des professions du Québec», Yvette Lucas & Claude Dubar (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*, Lille: Presses Universitaires de Lille, 147-156.
- BACHARACH, Samuel B. et al. (1990), «Work process, role conflict, and role overload. The case of nurses and engineers in the public sector», *Work and Occupations*, 17(2): 199-228.
- BADÍA, J. Gené (1994), «Diez años de trabajo en equipo», *Atención Primaria*, 14(1):529-531.
- BAER, William (1986), «Expertise and professional standards», *Work and Occupations*, 13(4): 532-552.
- BAGNARA, Sebastiano, MISITI, Raffaello and WINTERSBERGER, Helmut, (eds), (1985), *Work and health in the 1980s. Experiences of direct workers' participation in occupational health*, Berlin: Edition Sigma.
- BAKER, Richard et al. (1995), «Audit in general practice: factors influencing participation», *British Medical Journal*, 311: 31-34.
- BALBUS, Issac D. (s.d.), «Mulheres disciplinantes: Michel Foucault e o poder discursivo feminista», Sheila Benhabib e Durcilla Cornell, (org.), *Feminismo com Teoria Crítica*, Lisboa: Ed. Rosa dos Ventos, 121-138.
- BALDWIN, Laura-Mae, HUTCHINSON, Heidi and ROSENBLATT, Roger (1992), «Professional relationships between midwives and physicians: collaboration or conflict?», *American Journal of Public Health*, 82(2): 262-264.
- BALTAR, Maria do Carmo Domingos B.P. (1995), *Problemática da tomada de decisão nas chefias operacionais*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- BAPTISTA, José, KOVÁCS, José, e ANTUNES, Conceição Lobo (1985), *Uma gestão alternativa*, Lisboa: Relógio d'Água.
- BARDIN, Laurence (1979), *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- BARLEY, Stephen R. (1996), «Technicians in the workplace: ethnographic evidence for bringing work into organization studies», *Administrative Science Quarterly*, 41(3): 404-442.

- BARNARD, Chester (1938), *The functions of the executive*, Cambridge: Harvard University Press.
- (1971), «As organizações como sistemas cooperativos», Amitai Etzioni, (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 26-30.
- BARNETT, William P. and CARROLL, Glenn R. (1995), «Modeling internal organizational change», *Annual Review of Sociology*, 21: 217-237.
- BAROUCH, Gilles (1994), «La rhétorique des monographies», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 153-159.
- BARR, Hugh (1999), «Teamwork revisited», *Journal of Interprofessional Care*, 13 (1): 5.
- BASZANGER, Isabelle (1981), «Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes», *Revue Française de Sociologie*, 22: 223-245.
- BATT, Rosemary and APPELBAUM, Eileen (1995), «Workplace Participation in Diverse Settings: Does the Form Affect the Outcome», *British Journal of Industrial Relations*, 33 (3): 353-378.
- BÉLANGER, Paul R. et LÉVESQUE, Benoît (1990), «Le système de santé et de services sociaux au Québec: Crise des relations de travail et du mode de consommation», *Sociologie du travail*, 2: 231-244.
- BÉLANGER, Paul R., GRANT, Michel et LÉVESQUE, Benoît (ed) (1994), *La modernisation sociale des entreprises*. Montréal: PUM.
- BEGUN, James W. and LIPPINCOTT, Ronald C. (1987), «The origins and resolution of interoccupational conflict», *Work and Occupations*, 14(3): 368-386.
- (1993), *Strategic adaptation in the health professions*, San Francisco: Jossey-Bass.
- BELLABY, Paul and ORIBABOR, Paul (1977), «The growth of trade union consciousness among general hospital nurses viewed as a response to proletarianization», *Sociological Review*, 25:801-822.
- (1980), «Determinants of the occupational strategies adopted by British hospital nurses», *International Journal of Health Services*, 10:291-309.
- BEN-NER, Avner and JONES, Derek (1995), «Employee participation, ownership, and productivity: a theoretical framework», *Industrial relations*, 34(4): 532-554.
- BENNER, Patricia, (ed), (1994), *Interpretive phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness*. London: Sage.
- BENTO, Maria da Conceição (1992), *Cuidados e formação em enfermagem. Que identidade?*, Lisboa: Fim do Século.
- BENZÉCRI, Jean-Paul (1973), *L'Analyse des Données*, Paris: Dunod. 2 vols.
- (1980), *Pratique de l'Analyse des Données*, Paris: Dunod. 3 vols.
- BERGER, Peter and LUCKMANN, Thomas (1973), *A construção social da realidade*, Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- BERGGREN, Christian (1993), «Lean production - the end of history?», *Work, Employment and Society*, 7(2): 163-188.
- BERNOUX, Philippe (1989), *A sociologia das organizações*, Porto: Rés.
- (s.d.), *A sociologia das empresas*, Porto: Rés.
- BIGGS, Simon (1993), «User participation and interprofessional collaboration in community care», *Journal of Interprofessional Care*, 7(2): 151-159.
- (1997), «User voice, interprofessionalism and postmodernity», *Journal of Interprofessional Care*, 11(2): 195-203.
- BILHIM, João Abreu de Faria (1996), *Teoria organizacional. Estruturas e pessoas*. Lisboa: ISCSP.

- BINST, Marianne (1994), «Vertus et limites de l'analyse stratégique pour l'intervention à l'hôpital», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 369-372.
- BIRNBAUM, Dee and SOMERS, Mark John (1989), «The meaning and measurement of occupational image for nursing role», *Work and Occupations*, 16(2): 200-213.
- BLACK, J. Stewart and GREGERSEN, Hal B. (1997), «Participative decision-making: an integration of multiple dimensions», *Human Relations*, 50(7): 859-879.
- BLANCETT, Suzanne Smith et FLAREY, Dominic L. (1995), «Changing paradigms: The impetus to reengineer health care», S. Smith Blancett et D.L. Flarey (eds), *Reengineering Nursing and Health Care The Handbook for Organizational Transformation*, Gaithersburg: Aspen Publication, 3-14.
- BLAU, Peter M. (1954), *The dynamics of bureaucracy*, Glencoe: Free Press..
- BLAU, Peter M. e SCOTT, Richard W. (1979), *Organizações formais*, São Paulo: Editora Atlas.
- BLYTON, Paul and TURNBULL, Peter (eds) (1992), *Reassessing human resource management*, London: Sage.
- BOJE, David M., GEPHART Jr., Robert P. and THATCHENKERY, Tojo Joseph (1996), *Postmodern management and organization theory*, London: Sage.
- BOND, Meg (1997), «A learning team in the making», *Journal of Interprofessional Care*, 11(1): 89-98.
- BONNICI, Bernard (1998), *L'hôpital - Enjeux politiques et réalités économiques*, Paris: La Documentation Française.
- BORZEIX, Anni et LINHART, Danièle (1988), «La participation: un clair-obscur», *Sociologie du Travail*, 1: 37-53.
- BOSCHI, André (1994), «La participation, facteur de changement dans un hôpital français», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 8: 20-21.
- BOSTON, Carol (1995), «Reengineering in Health Care: Labor Relations Issues», S. Smitth Blancett et D.L. Flarey, (ed), *Reengineering Nursing and Health Care. The Handbook for Organizational Transformation*, Gaithersburg: Aspen Publication, 147-156.
- BOTELHO, Richard J. (2000), «The UK healthcare renaissance: A transatlantic perspective», *Journal of Interprofessional Care*, 14 (1): 87-94.
- BOUCHIKHI, Hamid (1990), *Structuration des organisations. Concepts constructivistes et étude de cas*, Paris: Économica.
- BOUDON, Raymond (1978), *La logique de l'action collective*, Paris: PUF.
- (1995), *Tratado de sociologia*, Porto: Edições Asa.
- BOURDIEU, Pierre (1987), *Le sens commun*, Paris: Ed. de Minuit.
- (1989), *O poder simbólico*, Lisboa: Difel.
- (1997), *Razões práticas. Sobre a teoria da acção*, Oeiras: Celta.
- BOURDIEU, Pierre et WACQUANT, Loic J.D. (1992), *Réponses*, Paris: Éditions du Seuil.
- BOWLING, Anne (1981), *Delegation in general practice: a study of doctors and nurses*, London: Tavistock.
- BRADSHAW, Ann (1998), «Charting some challenges in the art and science of nursing», *The Lancet*, 351: 438-441.
- BRANCIARD, Anne et MOSSÉ, Philippe (1994), «Participation et efficacité dans les hôpitaux français», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 9: 28-33.
- BRANNON, Robert L. (1990), «The reorganization of the nursing labor process: from team to primary nursing», *International Journal of Health Services*, 20(3): 511-524.
- (1994a), *Intensifying care: The hospital industry, professionalization, and the reorganization of the nursing labor process*. Amityville, New York: Baywood Publishing.

- (1994b), «Professionalization and Work Intensification Nursing in the Cost Containment Era», *Work and Occupations*, 21 (2): 157-178.
- (1996), «Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force», *International Journal of Health Services*, 26(4): 643-654.
- BRAVERMAN, Harry (1974), *Labor and Monopoly Capital*, New York: Monthly Review Press.
- BRECHIN, Ann et al. (1998), *Care Matters: concepts, practice and research in health and social care*, London: Sage.
- Brint, Steven (1993), «Eliot Freidson's contribution to the sociology of professions», *Work and Occupations*, 20(3): 259-278.
- BRODA, Jacques (1988), «Le syndrome des '3P': pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle», *Sociologie du Travail*, 1: 19-36.
- BRODEUR, Dennis (1995), «Work ethics and CQI», *Hospital & Health Services Administration*, 40(1): 111-119.
- BROWN, Glenda F. and CHAMBERLIN, Gary D. (1996), «Attitudes toward quality, costs, and physician centrality in healthcare teams», *Journal of Interprofessional Care*, 10(1): 63-76.
- BRUDER, Paul (1999), «Nursing unions: The prime time for organizing is now», *Hospital Topics*, 77 (2): 36-38.
- BUCHANAN, David (1999), «Um abraço ardente e duradouro: Á redescoberta contínua de uma ideia de gestão», Miguel Pina e Cunha (coord), *Teoria Organizacional*, Lisboa: Publicações D. Quixote, 109-126.
- BUKONDA, Ngoyi K. Zacharie (1998), «Hospital administrators' and physicians' valuation of and willingness to promote teamwork», *Journal of Interprofessional Care*, 12(1): 69-78.
- BUNTON, Robin, NETTLETON, Sarah and BURROWS, Roger (1995), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, London: Routledge.
- BURAWOY, Michael (1979), *Manufacturing consent: Changes in the labor process under monopoly capitalism*, Chicago: University of Chicago Press.
- (1991), «The extended case method», Michael Burawoy, Joshua Gamson and Alice Burton, *Ethnography Unbound: Power and Resistance in the Modern Metropolis*, 271-300.
- BURRELL, Gibson and MORGAN, Gareth (1994), *Sociological paradigms and organizational analysis*, Hampshire: Arena.
- BUTLER, Judith (s.d.), «Variações sobre o sexo e género: Beauvoir, Wittig e Foucault», Sheila Benhabib e Durcilla Cornell, (org.), *Feminismo com Teoria Crítica*, Lisboa: Ed. Rosa dos Ventos, 139-154.
- CAETANO, António (coord) (1999), *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos*, Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- CAETANO, Eduardo (1983), *O problema das centralizações no hospital*, Coimbra: Editora Coimbra.
- CALLISTE, Agnes (1996), «Antiracism organizing and resistance in nursing: African Canadian women», *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 33 (3): 361-391.
- CAMPOS, António Correia de (1991), «Estado-Providência. Perspectivas e financiamento. O caso da saúde», *Sociologia Problemas e Práticas*, 9: 9-26.
- (1994), «Administração de serviços de saúde, gestão estratégica e competição gerida», *Revista de Gestão*, III-IV: 29-36.
- CAMPOS, Edmundo (1971), *Sociologia da burocracia*, Rio de Janeiro: Zahar.

- CANALS, Josep (1992), «La imagen femenina de la enfermería», *Revista Rol de Enfermería*, 172(15): 29-33.
- CANAVARRO, José M. (2000), *Teorias e paradigmas organizacionais*, Coimbra: Quarteto.
- CARAPINHEIRO, Graça (1986), «A Saúde no contexto da Sociologia», *Sociologia - Problemas e Práticas*, 1: 9-22.
- (1987), «Cenários de estratégias médicas no hospital», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 141-156.
- (1991), «Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares», *Sociologia Problemas e Práticas*, 9: 27-41.
- (1993), *Saberes e poderes no hospital*, Porto: Afrontamento.
- CARAPINHEIRO, Graça e LOPES, Noémia (1997), *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: SEP.
- CARAPINHEIRO, Graça e PINTO, Margarida Gameiro (1986), «Políticas de saúde num país em mudança. Portugal nos anos 70 e 80», *Sociologia Problemas e Práticas*, 3:73-109.
- CARAPINHEIRO, Graça e RODRIGUES, Maria de Lurdes (1998), «Profissões: Protagonismos e estratégias», José Manuel Viegas e António Firmino da Costa, (org.), *Portugal, que Modernidade?*, 147-164.
- CARPENTER, John (1995), «Doctors and nurses: stereotypes and stereotype change in interprofessional education», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 151-161.
- CARPENTER, Mick (1993), «The subordination of nurses in health care: towards a social divisions approach», Elianne Riska and Katarina Wegar, (eds), (1993), *Gender, work and medicine: Women and the medical division of labour*, London: Sage, 95-130.
- CARREIRA, Henrique Medina (1996), *As políticas sociais em Portugal*, Lisboa: Gradiva.
- CARROLL, Glenn T. (1984), «Organization Ecology», *Annual Review of Sociology*, 10: 71-93.
- CASACA, Sara Falcão (1997), *O envolvimento dos trabalhadores no melhoramento contínuo*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- (1998), «O envolvimento dos trabalhadores no melhoramento contínuo (Kaizen)», *Organização e trabalho*, 20: 63-74.
- CASAL, Adolfo Yáñez (1997), «Suportes teóricos e epistemológicos do método biográfico», *Ethnologia*, 6-8: 87-104.
- CASEY, Norah and SMITH, Richard (1997), «Bringing nurses and doctors closer together. Greater cooperation will benefit patients», *British Medical Journal*, 314: 617.
- CASTLEDINE, George (1999a), «The qualities needed to become an expert nurse», *British Journal of Nursing*, 8 (9): 626-628.
- (1999b), «Nurses face the same problems worldwide», *British Journal of Nursing*, 8 (20): 1406.
- (2000a), «Reinforcing the medical stereotype of nursing», *British Journal of Nursing*, 9 (5): 1026.
- (2000b), «Nurse prescribing: The sensible way forward?», *British Journal of Nursing*, 9 (7): 454.
- (2000c), «Clinical governance: Opportunity for nurses?», *British Journal of Nursing*, 9 (10): 670.
- (2000d), «Nurses are losing control of their profession», *British Journal of Nursing*, 9 (17): 1194.
- CHAMBLISS, Daniel F. (1996), *Beyond caring: Hospitals, nurses and the social organization of ethics*, Chicago: The University of Chicago Press.

- CHAPOULIE, Jean-Michel (1973), «Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels», *Revue Française de Sociologie*, 14: 86-114.
- CHARD, Jiri et al. (1999), «Looking beyond the next patient: sociology and modern health care», *The Lancet*, 1: 496-511.
- CHAUVENET, Antoinette (1972), «Professions hospitalières et division du travail», *Sociologie du Travail*, 2: 145-163.
- (1973), «Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers», *Revue Française de Sociologie*, 14: 61-76.
- (1978), *Médecine au choix, médecine de classes*, Paris: PUF.
- HAZEL, François (1983), «Pouvoir, structure et domination», *Revue Française de Sociologie*, 24: 369-393.
- HAZEL, François, FAVEREAU, Olivier et FRIEDBERG, Erhard (1994), «Symposium sur Le Pouvoir et la Règle», *Sociologie du Travail*, 1: 85-111.
- CHILD, John (1972), «Organizational structure, environment and performance: The role of strategic choice», *Sociology*, 6:1-22.
- CHISHOLM, Rupert F. and VANSINA, Leopold S. (1993), «Varieties of participation», *Public Administration Quarterly*, 17(3): 291-315.
- CHRISTMAN, Luther (1978), «A micro-analysis of the nursing division of one medical center», Michael L. Millman (ed.), *Nursing personnel and the changing health care system*, Cambridge, Mass: Ballinger.
- CIBOIS, Philippe (1983), *L'analyse factorielle*, Paris: PUF.
- (1984), *L'analyse des données en sociologie*, Paris: PUF.
- CLARE, Donald A. and SANFORD, Donald G. (1996), «The effect of organizational type and hierarchical level on nurses' perceptions of hospital issues», *Evaluation & The Health Professions*, 19(2): 175-193.
- CLAUSEN, Sten-Erik (1998), *Applied correspondence analysis*, London: Sage Publications.
- CLEGG, Stewart (1989), *Frameworks of power*, London: Sage Publications.
- (1998), *As organizações modernas*, Oeiras: Celta.
- CLEGG, Stewart., HARDY, Cynthia and NORD, Walter (1996), *Handbook of organization studies*, London: Sage.
- CLÉMENT, Jean-Paul (1983), *La participation dans l'entreprise*, Paris: PUF.
- COBURN, David (1988), «The Development of Canadian Nursing: Professionalization and Proletarianization», *International Journal of Health Services*, 18:437-456.
- (1994), «Professionalization and proletarianization: medicine, nursing, and chiropractic in historical perspective», *Labour/Travail*, 34: 139-162.
- COCKERHAM, William C. (1998), *Medical Sociology*, New Jersey: Prentice-Hall.
- COELLO, Julia Pinilla (1991), «El secreto profesional», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 113-122.
- COHEN, Michael D., MARCH, James G. et OLSEN, Johan P. (1991), «Le modèle du 'Garbage Can' dans les anarchies organisées», James G. March, *Décisions et organisations*, Paris: Les Éditions de l'organisation.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1982), *Promover a vida*, Lisboa: SEP.
- (1990), «Autonomia da profissão de enfermagem», *Boletim Sindical do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, 11: 43-90.
- COLLIN, Johanne (1994), «Féminisation, mutations professionnelles et transformation d'une identité collective: le cas de la pharmacie au Québec», Yvette Lucas & Claude Dubar, (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*, Lille: Presses Universitaires de Lille, 171-180.
- COLLINS, Denis (1995), «A socio-political theory of workplace democracy: class conflict, constituent reactions and organizational outcomes at a gainsharing facility», *Organization Science*, 6(6): 628-644.

- COLLINS, Randall (1992), «The romanticism of agency/structure versus the analysis of micro/macro», *Current Sociology*, 40(1): 77-97.
- COOK, Karen et al. (1983), «A theory of organizational response to regulation: The case of hospitals», *Academy of Management Review*, 8 (2):193-205.
- COOTE, Anna (1993), «Understanding quality», *Journal of Interprofessional Care*, 7(2): 141-150.
- CORBIN, Juliet and STRAUSS, Anselm (1990), «Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria», *Qualitative Sociology*, 13: 3-21.
- CORIAT, Benjamin (1990), *L'atelier et le robot*, Paris: Christian Bourgois.
- CORSUN, David L. and ENZ, Cathy A. (1999), «Predicting psychological empowerment among service workers: the effect of support-based relationships», *Human Relations*, 52(2): 205-225.
- COSER, Lewis A. (s.d.), *The functions of social conflict*, New York: The Free Press.
- COSER, Rose Laub (1970), «Un chez-soi hors de chez soi», Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, 63-80.
- COSSETTE, Pierre (1998), «The study of language in organizations: a symbolic interactionist stance», *Human Relations*, 51(11): 1355-1375.
- COTTON, John L. (1993), *Employee involvement*, London: Sage Pub.
- (1997), «Does employee involvement work? Yes, sometimes. The Quality Function in Redesigned Organizations», *Journal of Nursing Care Quality*, 12(2): 33-45.
- COTTON, John L., VOLLRATH, David A., LENGNICK-HALL, Mark L. and FROGGATT, Kirk L. (1990), «Fact: The form of participation does matter - a rebuttal to Leana, Locke and Schweiger», *Academy of Management Review*, 15(1): 147-153.
- COURPASSON, David (1997), «Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale», *Sociologie du Travail*, 1: 39-61.
- COWART, Marie E. and SEROW, William J. (eds) (1993), *Nurses in the workplace*, London: Sage Pub.
- CRABTREE, Benjamin F. et al. (1998), «Primary care practice organization and preventive services delivery: a qualitative analysis», *Journal of Family Practice*, 46(5): 403-410.
- CRISTÓVAM, Maria Luísa (1989), «A participação dos trabalhadores na modernização da empresa», *Organização e trabalho*, 1: 72-95.
- (1995), *Portugal: The challenge of direct participation lies ahead*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- CROWDER, Eleonor (1985), «Historical perspective of nursing professionalism», *Occupational Health Nursing*, April: 184-190.
- CROZIER, Michel (1964), *The bureaucratic phenomenon*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1970), *La société bloquée*, Paris: Seuil.
- (1985), «Les logiques du changement dans les grands organisations», *Gestions Hospitalières*, 248: 576-577.
- (1991), *L'entreprise à l'écoute*, Paris: Interédition.
- (1995), «Le pouvoir confisqué: jeux des acteurs et dynamique du changement», *Sciences Humaines*, 9: 37-39.
- CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard (1977), *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris: Éditions du Seuil.
- CUNNINGHAM, Ian, HYMAN, Jeff and BALDRY, Chris (1996), «Empowerment: the power to do what?», *Industrial Relations Journal*, 27(2): 143-154.
- CURIE, Jacques et DUPUY, Raymond (1994), «Acteurs en organisations ou l'interconstruction des milieux de vie», Claude Louche (coord.), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 53-80.

- CURRY, Wesley (1994), *New leadership in health care management The physician executive*, Tampa, Fla.: The American College of Physician Executives.
- CURTIN, Leah and SIMPSON, Roy (2000), «Nursing Dx, Why do Nurses Persist», *Health Management Technology*, 21 (8): 42-44.
- CYERT, Richard M. and MARCH, James G. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- D'AUNNO, Thomas A., ALEXANDER, Jeffrey A and LAUGHLIN, Catherine (1996), «Business as usual? Changes in health care's workforce and organization of work», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 3-18.
- d'IRIBARNE, Philippe (1989), *La logique de l'honneur*, Paris: Seuil.
- DACHLER, H. Peter and WILPERT, Bernhard (1978), «Conceptual Dimensions and Boundaries of Participation in Organizations: A Critical Evaluation», *Administrative Science Quarterly*, 23: 1-39.
- DAHL, Robert (1957), «The concept of power», *Behavioral Science*, 3: 201-215.
- DAHRENDORF, Ralph (1959), *Class and class conflict in industrial society*, London: Routledge.
- DALLAIRE, Clémence, O'NEIL, Michel et LESSARD, Christine (1994), «Les enjeux majeurs pour la profession infirmière», Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, (coord), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, 245-272.
- DAVIES, Celia (1972), «Professionals in organisations: some preliminary observations on hospital consultants», *Sociological Review*, 20: 553-567.
- (1996), «The sociology of professions and the professions of gender», *Sociology*, 30(4): 661-679.
- (2000), «Getting health professionals to work together», *British Medical Journal*, 320: 1021-1022.
- DAVIES, Celia, SALVAGE, Jane and SMITH, Richard (2000), «Doctors and nurses: changing family values? We want to hear about how doctors and nurses work together», *British Medical Journal*, 319: 463-464.
- DAY, Patricia and KLEIN, Rudolf (1983), «Two views on the Griffiths report. The mobilisation of consent versus the management of conflict: decoding the Griffiths report », *British Medical Journal*, 287: 1813-1816.
- DAYKIN, Norma and Naidoo, Jennie (1995), «Feminist critiques of health promotion», Robin Bunton et al., (org.), *The sociology of health promotion*, London: Routledge, 59-69.
- De La CUESTA, Carmen (1983), «The nursing process: from development to implementation», *Journal of Advanced Nursing*, 8: 365-371.
- DEGENNE, Alain et FORSÉ, Michel (1994), *Les réseaux sociaux*, Paris: Armand Colin.
- DELAMOTHE, Tony (1988), «Nursing grievances. IV: Not a profession, not a career», *British Medical Journal*, 296: 271-274.
- DELGADO, Luís (1985), *O trabalho em equipe: estudo e algumas condicionantes ao trabalho em equipe no Centro de Saúde dos Arcos de Valdevez*, Lisboa: ENSP.
- DELGADO, Manuel (1994), «A privatização de serviços de saúde em Portugal», *Revista de Gestão*, III-IV: 43-46.
- DENIS, Jean-Louis, LANGLEY, Ann et LOZEAU, Daniel (1992), «Anatomie d'un outil de gestion: la planification stratégique dans les organisations publiques de santé». *Sciences sociales et santé*, 10 (1): 93-119.
- DENT, Mike (1993), «Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerialism», *The Sociological Review*, 41(2): 244-273.
- (1995), «The new National Health Service: a case of postmodernism?», *Organization Studies*, 16(5): 875-880.

- DENT, Mike and BURTNEY, Elizabeth (1996), «Managerialism and professionalism in general practice: teamwork and the art of 'pulling together'», *Health Manpower Management*, 22(5): 13-23.
- DIAS, Ivo Antunes (1996), «Mudança tecnológica e organizacional e participação - estudo de caso», *Socius working paper 5*, Lisboa: Socius/ISEG-UTL.
- DINGWALL, Robert and FENN, Paul (1987), «A Respectable Profession? Sociological and Economic Perspectives on the Regulation of Professional Services», *International Review of Law and Economics*, 7: 51-64.
- DINGWALL, Robert, RAFFERTY, Anne Marie and WEBSTER, Charles (1988), *An Introduction to the Social History of Nursing*, London: Routledge.
- DION, Stéphane (1994), «Une stratégie pour l'analyse stratégique», Francis Pavé et Michel Crozier, (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 99-108.
- DODIER, Nicolas (1994), «Les Livres: Ragin, Becker - What is a case?», *Revue Française de Sociologie*, 35 (1): 125-128.
- DOISE, Willen (1986), *Les représentations sociales: définitions d'un concept*, Paris: Delachaux et Niestle.
- DOISE, Willen, CLEMENCE, A. et LORENZI-CIOLDI, F. (1992), *Représentations sociales et analyses des données*, Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- DOMBECK, Mary T. (1997), «Professional personhood: training, territoriality and tolerance», *Journal of Interprofessional Care*, 11(1): 9-21.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, Carmen (1979), «Para una sociología de la profesion de enfermería en España», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 8: 103-129.
- (1981), *La infermaria a Catalunya*, Barcelona: Rol.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, Carmen et al. (1983), *Sociología y enfermería*, Madrid: Pirâmide.
- DONATI, Pierpaolo (1994), *Manual de sociología de la salud*, Madrid: Diaz de Santos.
- DONOVAN, Marilee I. and LEWIS, Gwendolyn (1987), «Costs of nursing services: are the assumptions valid?», *Nursing Administration Quarterly*, 12:1-6.
- DONOVAN, Marilee I. and LEWIS, Gwendolyn (1987), «Increasing productivity and decreasing costs: the value of RNs», *Journal of Nursing Administration*, 17:16-18.
- DOWD, Ronald P. (1988), «Participative decision making in strategic management of resources», *Nursing Administration Quarterly*, 13(1): 11-18.
- DRINKA, Theresa J. K., MILLER, Thomas F. and GOODMAN, Brian M. (1996), «Characterizing motivational styles of professionals who work on interdisciplinary healthcare teams», *Journal of Interprofessional Care*, 10(1): 51-61.
- DUBAR, Claude (1992), «Formes identitaires et socialisation professionnelle», *Revue Française de Sociologie*, 33: 505-529.
- (1994a), «De la sociologie des "professions" à la sociologie ds groupes professionnels et des formes identitaires», Yvette Lucas et Claude Dubar (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*, Lille: Presses Universitaires de Lille, 249-260.
- (1994b), «L'insertion comme articulation temporelle du biographique et du structurel», *Revue Française de Sociologie*, 35: 283-291.
- (1997), *A Socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*, Porto: Porto Editora.
- DUBAR, Claude et TRIPIER, Pierre (1998), *Sociologie des professions*, Paris: Armand Colin.
- DUEÑAS, Amelia Díaz-Santos (1991), «Enfermería, ética y moral profesional», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 79-81.
- DUFFIN, Christian (2000), «Workforce planning aims to break down 'tribalism'», *Nursing Standard*, 14 (30): 4.

- DUPUY, François (1994), «L'évolution conceptuelle du raisonnement stratégique et systémique», Francis Pavé et Michel Crozier, (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 123-132.
- DURAND, Claude (1979), *Le travail enchaîné*, Paris: Seuil.
- DURAND, Jean-Pierre et WEIL, Robert (1993), *Sociologie contemporaine*, Paris: Ed. Vigot.
- DURAND, Jean-Pierre, STEWART, Paul et CASTILLO, Juan José (ed.) (1998), *L'avenir du travail à la chaîne*, Paris: La Découverte.
- DURKHEIM, Émile (1940), *Os grupos profissionais*, Lisboa: Editorial Inquérito.
- (1977), *A divisão social do trabalho*, Lisboa: Presença, 2 vols.
- DURVAL, Mário et al. (1989), «Equipas multidisciplinares e gestão participativa por objectivos. Caminho da saúde para todos no ano 2000», *Arquivo do Instituto Nacional da Saúde*, 13: 103-143.
- EARLEY, P. Christopher and GIBSON, Cristina B. (1998), «Taking stock in our progress on individualism-collectivism: 100 years of solidarity and community», *Journal of Management*, 24(3): 265-305.
- EDWARDS, Jack et al. (1997), *How to conduct organizational surveys*, London: Sage.
- EDWARDS, Richard C. (1979), *Contested terrain: the transformation of the workplace in the twentieth century*, New York: Basic Books.
- EIJNATTEN, Frans M. Van (1999), «Design clássico de sistemas sociotécnicos: o paradigma organizacional do design sociotécnico», Miguel Pina e Cunha (coord), *Teoria Organizacional*, Lisboa: Publicações D. Quixote, 127-163.
- EISENHARDT, Kathleen M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, 14 (4): 532-550.
- ELLIOTT, Philip (1975), *Sociologia de las profesiones*. Madrid: Editorial Tecnos.
- ELSTON, Mary Ann (1991), «The politics of professional power: medicine in a changing health service», Jonathan Gabe, Michael Calnan and Michael Bury, *The sociology of the health service*, London: Routledge, 58-87.
- ELWYN, Glyn Jones, RAPPORT, Frances and KINNERSLEY, Paul (1998), «Primary health care teams re-engineered», *Journal of Interprofessional Care*, 12(2): 189-198.
- ELZONGA, Aant (1990), «The knowledge aspect of professionalization: the case of science-based nursing education in Sweden», Rolf Torstendahl and Michael Burrage, *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage, 151-173.
- EMERY, Fred and THORSRUD, Einar (1976), *Democracy at work*, Leiden: Martinus Nijhoff Social Sciences Division.
- ENGBRETSON, Joan (1997), «A multiparadigm approach to nursing», *Advances in Nursing Science*, 20(1): 21-34.
- ENGEL, George L. (1977), «The need for a new medical model. A challenge for biomedicine», *Science*, 196: 129-135.
- ENRIQUEZ, Eugène (1992), *L'Organisation en analyse*, Paris: PUF.
- ERALY, Alain (1983), «Relations de pouvoir et phenomene de retrait en univers bureaucratique», Claude Javeau, *Micro et Macro-Sociologie du Quotidien - Actes des Journées d'Études de Bruxelles 12-15 Mai 1981*, Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, 215-227.
- (1988a), «Sur la critique de la division du travail», *Sociologie du Travail*, 1: 5-18.
- (1988b), *La structuration de l'entreprise. La rationalité en action*, Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles.
- ERIKSON, Kai and VALLAS, Seteven Peter (1990), *The Nature of Work*. New Haven, CT: American Sociological Association and Yale University Press.

- ESCOFIER, Brigitte et PAGÉS, Jérôme (1990), *Analyses factorielles simples et multiples: Objectifs, méthodes et interpretation*, Paris: Dunod.
- ESTANQUE, Elísio (2000), *Entre a fábrica e a comunidade. Subjectividades e práticas de classe no operariado do calçado*, Porto: Edições Afrontamento.
- ETZIONI, Amitai (ed.) (1969), *The semi-professions and their organizations: teachers, nurses, social workers*, New York: The Free Press.
- (1971), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas.
- (1974), *Análise comparativa de organizações complexas*, São Paulo: Atlas.
- (1989), *Organizações modernas*, São Paulo: Pioneira Ed.
- ETZIONI, Amitai and LEHMAN, Edward W. (org.) (1980), *A sociological reader on complex organizations*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- EVETTS, Julia (1999), «Professionalisation and professionalism: issues for interprofessional care», *Journal of Interprofessional Care*, 13(2): 119-128.
- EYMARD-DUVERNAY, François e MARCHAL, Emmanuelle (1994), «Les règles en action: entre une organisation et ses usagers», *Revue Française de Sociologie*, 35 (1): 5-36.
- FAGES, Catherine, ORFEUIL, Jeanne et SIMONNET, Jeanine (1997), «Essai d'analyse d'une profession en mutation», *Revue Sociologie Santé*, 16: 15-17.
- FANTASIA, Rick, CLAWSON, Dan and GRAHAM, Gregory (1988), «A critical view of worker participation in american industry», *Work and Occupations*, 15(4): 468-488.
- FAYOL, Henri (1984), *Administração industrial e geral*, São Paulo: Ed. Atlas.
- FENELON, Jean-Pierre (1981), *Qu'est-ce que l'analyse des données?*, Paris: Lefonen.
- FERNANDES, Evaristo V. (1991), *Sociopsicologia das empresas e organizações*, Porto: Elcla Editora.
- (1995), *Homens e organizações em acção e desenvolvimento*, Porto: Elcla Editora.
- (1996), *O homem nos dinamismos das empresas modernas*, Porto: Elcla Editora.
- FERNANDEZ, Jose Luis Fernandez y ALONSO, Augusto Hortal (1994), *Etica de las profesiones*, Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- FERNIE, Sue and METCALF, David (1995), «Participation, contingent pay, representation and workplace performance: evidence from Great Britain», *British Journal of Industrial Relations*, 33(3): 379-396.
- FERONI, Isabelle (1994), «La professionnalisation des infirmières en France: le cas de la formation initiale», Yvette Lucas & Claude Dubar, (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*. Lille: Presses Universitaires de Lille, 181-184.
- FERRARO, Kenneth and SOUTHERLAND, Tammy (1989), «Domains of Medical Practice: Physicians' Assessment of the Role of Physician Extenders», *Journal of Health and Social Behavior*, 30:192-205.
- FERREIRA, Gonçalves F.A. (1982), *Moderna saúde pública*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- (1989), *Sistemas de saúde e o seu funcionamento- Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, José Maria Carvalho et al. (1996), *Psicossociologia das organizações*, Lisboa: McGraw-Hill.
- FERREIRA, Pedro Lopes (1991), «Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde», *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 31: 93-108.
- FERREIRA, Pedro Lopes e SECO, Olga Maia (1993), «Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde», *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 37: 159-172.

- FIGLIO, Karl (1987), «The lost subject of medical sociology», Graham Scambler (org.), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock, 77-109.
- FINEMAN, Norman (1997), *The making and meanings of difficult patients: doctors' and nurses' subjective understandings and experience of difficulty*, Doctor of Philosophy in Medical Anthropology Thesis, San Francisco: University of California.
- FINOCCHIO, Leonard J., COFFMAN, Janet M., DOWER, Catherine M., O'NEIL, Edward H. (1996), «Physicians and nurse practitioners - old conflicts and new opportunities», *The Western Journal of Medicine*, 165 (4): 246-249.
- FLASKERUD, Jacquelyn H. et al. (1999), «Avoidance and distancing: A descriptive view of nursing», *Nursing Forum*, 34(2): 29-39.
- FLOGE, Liliane and MERRILL, Deborah M. (1986), «Tokenism reconsidered: Male nurses and female physicians in a hospital setting», *Social Forces*, 64: 925-947.
- FLYNN, Rob (1992), *Structures of control in health management*. London: Routledge.
- FOTTLER, Myron D. (1996), «The role and impact of multiskilled health practitioners in the health services industry», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 55-75.
- FOUCAULT, Michel (1984), «Deux essais sur le sujet et le pouvoir», Hubert Dreyfus e Paul Rabinow, *Michel Foucault. Un parcours philosophique*, Paris: Gallimard, 297-321 (ver uma tradução parcial na página web de José Pinheiro das Neves <<http://delta.ci.uminho.pt/ICS/DSA/neves/neves.html>>, 14-06-1999, 12kb).
- (1987), *Vigiar e Punir*, 5ª ed., Petrópolis: Vozes.
- (1992a), *Microfísica do poder*, 10ª ed., Rio de Janeiro: Graal.
- (1992b), *O que é um autor?*, Lisboa: Passagens.
- (1993), *História da sexualidade I: a vontade de saber*, Rio de Janeiro: Graal.
- (1994a), *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- (1994b), *Dits et Ecrits: 1954-1988. v.IV (1980-1988)*, Paris: Galimard.
- (1997), *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- FOX, Renee (1985), «Reflections and opportunities in the sociology of medicine», *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 6-14.
- (1989), *The Sociology of Medicine*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- FRANCÊS, Robert (1984), *Satisfação no trabalho e no emprego*, Porto: Rés-editora.
- FRANKFORD, David (1993), «Professions and the law», Frederic W. Hafferty and John B. McKinlay (org.), *The changing medical profession. An international perspective*, Oxford: Oxford University Press, 43-53.
- FREDERICO, Manuela e LEITÃO, Maria dos Anjos (1999), *Princípios de administração para enfermeiros*, Coimbra: Formasau.
- FREEMAN, Michael (1996), «Scientific management: 100 years old; poised for the next century», *S.A.M. Advanced Management Journal*, 61(2): 35-43.
- FREEMAN, R. Edward and REED, David L. (1983), «Stockholders and stakeholders: A new perspective on corporate governance», *California Management Review*, Spring, 88-103.
- FREIDSON, Elliot (ed.) (1963), *The Hospital in Modern Society*, New York: The Free Press.
- (1970), «Influence du client sur l'exercice de la médecine», Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, 225-238.
- (1973), *The professions and their prospects*, Beverly Hills: Sage.
- (1980), «Patterns of practice in the hospital», Amitai Etzioni and Edward W. Lehman (org.), *A sociological reader on complex organizations*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 176-193.
- (1986a), *Professional dominance. The social structure of medical care*, New York: Atherton Press.

- (1986b), *Professional power. A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- (1988), *Profession of medicine*, Chicago: The University of Chicago Press.
- (1990), «Professionalism, caring and nursing», *Eliot Freidson's Home Page*, <http://itsa.ucsf.edu/~eliotf/Professionalism,_Caring,_a.html>, 47Kb, 20-4-1999.
- (1993), «How dominant are the professions?», Frederic W. Hafferty and John B. McKinlay (org.), *The changing medical profession. An international perspective*, Oxford: Oxford University Press, 54- 66.
- (1994), *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- FREIRE, João (1993), *Sociologia do trabalho*, Porto: Afrontamento.
- FRENCH, John R.P. and RAVEN, Bertram (1968), *The bases of social power*, New York: Harper and Row.
- FRENK, Julio and DURÁN-ARENAS, Luis (1993), «The medical profession and the state», Frederic W. Hafferty and John B. McKinlay (org.), *The changing medical profession. An international perspective*, Oxford: Oxford University Press, 25-42.
- FRIEDBERG, Erhard (1992), «Les quatre dimensions de l'action organisée», *Revue Française de Sociologie*, 33: 531-557.
- (1994), «Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 135-152.
- (1995a), *O poder e a regra - dinâmicas da acção organizada*, Lisboa: Instituto Piaget.
- (1995b), «Organização», Raymond Boudon (org), *Tratado de sociologia*, Porto: Edições Asa, 343-378.
- FRIEDMANN, Georges and NAVILLE, Pierre (1973), *Tratado de sociologia do trabalho*, São Paulo: Ed. Cultrix e Ed. Universidade de São Paulo, 2 vols.
- FUNCK-BRENTANO, Jean-Louis (1994), «L'analyse stratégique dans les activités de santé», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 345-349.
- FURLONG, Beth et WILKEN, Marlene (1998), «Namaged care and the nursing profession», *Research in the Sociology of Health Care*, 15: 173-185.
- GABE, Jonathon, KELLEHER, David and WILLIAMS, Gareth (1994), *Challenging Medicine*, London: Routledge.
- GABRIEL, Yiannis (1995), «The unmanaged organization: stories, fantasies and subjectivity», *Organization Studies*, 16(3): 477-502.
- GADREY, Jean (1994), «La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle», *Revue Française de Sociologie*, 35: 163-195.
- (1996), *Services: la productivité en question*, Paris: Desclée de Brouwer.
- GALBRAITH, John Kenneth (1983), *Anatomia do Poder*, São Paulo: Pioneira.
- GANHÃO, Maria Teresa (1993), «O poder nas organizações de trabalho», *Forum Sociológico*, 2: 51-65.
- (1994), «O processo de modernização da administração pública portuguesa», *Forum Sociológico*, 4: 181-199.
- (1995), «Os novos paradigmas organizativos», *Forum Sociológico*, 6: 11-18.
- GARMENDIA, José Antonio et LUNA, Francisco Parra (1993), *Sociología industrial y de los recursos humanos*, Madrid: Taurus Ediciones.
- GAUTRAT, Jacques (1990), *Management participatif dans l'entreprise Esswein*, Paris: CRIDA.

- (1991), *Etude sur le management participatif a l'entreprise Selnor*, Paris: CRIDA.
- GAUTRAT, Jacques et LAVILLE, Jean-Louis (1989), *Management participatif et expression des salaires*, Paris: CNRS-CRIDA.
- GAUTRAT, Jacques, LAVILLE, Jean-Louis et RUSHTON, Marie-Sylvie (1990), *Vers une nouvelle approche de la participation dans l'entreprise. Le cas CIAPEM*, Paris: CNRS-CRIDA.
- GEARY, John (1993), «Groupes de travail et participation», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 5: 9-13.
- GEARY, John and SISSON, Keith (1994), *Conceptualising direct participation in organisational change - The EPOC Project*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- GEE, E. Preston (2000), «Making the tough calls», *Journal of Healthcare Management*, 45 (4): 222-225.
- GEORGES, Júlio B. et al. (1993), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- GEORGOPOLOUS, Basil S. and MANN, F. C. (1962), *The community general hospital*, New York: MacMillan.
- GERHARDT, Uta (1987), «Parson, role theory, and health interaction», Graham Scambler (org.), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock, 110-133.
- GERINIER, Joële (1993), «Infirmière: une profession», *Revue Sociologie Santé*, 8: 121-130.
- GHIGLIONE, Rodolphe et al. (1980), *Manuel d'analyse de contenu*, Paris: Armand Colin.
- GIBBONS, Michael, LIMOGES, C. et al. (1994), *The new production of knowledge. The dynamics of science and research in contemporary societies*, London: Sage.
- GIBSON, Howard (1996), «A gloomy outlook for employee participation», *People Management*, 2 (2): 47.
- GILL, Collin (1994), «La participation en matière de santé et de sécurité dans l'UE», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 8: 32-37.
- GILL, Philip (1995), «A participative approach to reprofiling - theory and practice», *Health Manpower Management*, 21(6): 14-19.
- GIRALDES, Maria do Rosário (1997), *Equidade e despesa em saúde*, Lisboa: Editorial Estampa.
- GUIRAUD, Pierre (1973), *A Semiologia*, Lisboa: Editorial Presença.
- GLASER, Nathan (1988), «Overlooked, overworked: Women's unpaid and paid work in the health services "cost crisis"», *International Journal of Health Services*, 18(1): 119-137.
- GLASER, Barney and STRAUSS, Anselm (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York: Aldine Publishing Company.
- GLEW, David J., O'LEARY-KELLEY, Anne M., GRIFFIN, Ricky W, VAN FLEET, David D. (1995), «Participation in organizations: a preview of the issues and proposed framework for future analysis», *Journal of Management*, 21(3): 395-432.
- GOFFMAN, Erving (1993), *A apresentação do eu na vida de todos os dias*, Lisboa: Relógio d'Água.
- (1996), *Manicónimos, prisões e conventos*, São Paulo: Perspectiva.
- GOLD, Michael (1997), «La participation direct: un cadre conceptuel», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 13: 14-16.
- GONNET, Françoise (1992), *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris: Éditions Lamarre.
- (1994), «Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse*,

- ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 337-344.
- GOODRICK, Elizabeth and SALANCIK, Gerald R. (1996), «Organizational discretion in responding to institutional practices: hospitals and cesarean births», *Administrative Science Quarterly*, 41(1): 1-29.
- GOSS, Mary E. (1963), «Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians», Eliot Freidson (ed.), *The hospital in modern society*, New York: The Free Press, 170-194.
- (1970), «Relations d'autorité et d'influence entre médecins dans une consultation», Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, 263-280.
- GOTTFRIED, Heidi (1998), «Beyond patriarchy? Theorising gender and class», *Sociology*, 32(3): 451-469.
- GOULDNER, Alvin (1954), *Patterns of industrial bureaucracy*, New York: Free Press.
- (1971), «Patos metafísico e a teoria da burocracia», Amitai Etzioni (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 79-90.
- GRAÇA, Luís (1992), «O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, X: 5-20.
- (1995), *Motivação e satisfação no trabalho*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- (1997), *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- GRAFF, Beth S. (1996), *Nurse-physician collaboration in patient-focused model of care*, Master of Science in Nursing Thesis, Tacoma, Washington: Pacific Lutheran University.
- GRANT, Michel, BÉLANGER, Paul R. et LÉVESQUE, Benoît (coord) (1997), *Nouvelles formes d'organisation du travail*, Montréal et Paris: L'Harmattan.
- GRAY, David E. (1989), «Militancy, unionism, and gender ideology. A study of hospital nurses», *Work and Occupations*, 16(2): 137-152.
- GRAZIER, Kyle L. (1999), «Collaboration and quality in managed care», *Journal of Healthcare Management*, 44 (3):163-168.
- GREEN, S. J. D. (1988), «Is equality of opportunity a false ideal for society», *The British Journal of Sociology*, XXXIX(1): 1-27.
- GREENBAUM, Thomas (1998), *The handbook for focus research*, London: Sage.
- GREGORY, Margaret F. (1992), «Planning safe discharge from hospital: The importance of interprofessional collaboration and communication», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 133-140.
- GRÉMION, Catherine (1994), «Théorie de la décision et de l'action», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 116-122.
- GRENIER, Guillermo and HOGLER, Raymond L. (1991), «Labor law and managerial ideology. Employee participation as a social control system», *Work and Occupations*, 18(3): 313-333.
- GUERRA, Isabel Carvalho (2000), *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção. O planeamento em ciências sociais*, Cascais: Principia.
- GUERRIEN, Bernard (1997), *La théorie des jeux*, Paris: Economica.
- GUYOT, Jean Claude (1997), «Une profession en quête de sens: les infirmières et les infirmiers», *Revue Sociologie Santé*, 17: 105-116.
- HAAS, Jack and SHAFFIR, William (1982), «Taking on the role of doctor. A dramaturgical analysis of professionalization», *Symbolic Interaction*, 5: 205-222.
- HABERMAS, Jürgen (1987), *Técnica e ciência como "ideologia"*, Lisboa: Edições 70.

- (1994), *Teoria de la acción comunicativa - complementos y estudios previos*, Madrid: Catedra.
- HAFFERTY, Frederic W. and MCKINLAY, John B. (1993), *The changing medical profession. An international perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- HAIR JR., Joseph F. et al. (1992), *Multivariate data analysis*, Singapore: Maxwell Macmillan Publishing.
- HALL, Judith A. et al. (1990), «Performance Quality, Gender and Professional Role: A Study of Physicians and Nonphysicians in 16 Ambulatory Care Practices», *Medical Care*, 28:489-501.
- HALL, Richard H. (1984), *Organizações: Estrutura e processos*, 3ª ed., Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil.
- HALPERN, Sydney and ANSPACH, Renee R. (1993), «The study of medical institutions. Eliot Freidson's legacy», *Work and Occupations*, 20(3): 279-295.
- HAMEL, Jacques (1992), «On the status of singularity in sociology», *Current Sociology*, 40(1): 99-119.
- HANLON, Gerard (1998), «Professionalism as enterprise: service class politics and the redefinition of professionalism», *Sociology*, 32(1): 43-63.
- HANNAN, Michael and FREEMAN, John (1988), «The population ecology of organizations», *American Journal of Sociology*, 82(5): 929-966.
- HARDY, Cynthia and LEIBA-O'SULLIVAN, Sharon (1998), «The power behind empowerment: implications for research and practice», *Human Relations*, 51(4): 451-484.
- HART, Elizabeth and FLETCHER, John (1999), «Learning how to change: a selective analysis of literature and experience of how teams learn and organisations change», *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 53-63.
- HARTLEY, Ross (1996), «Integrating leadership and followership development - a rural health case-study», *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 34(3): 105-110.
- HARVEY, Janet (1997), «The technological regulation of death: with reference to the technological regulation of birth», *Sociology*, 31(4): 719-735.
- HATCHUEL, Armand (1994), «Connaissance et pouvoir», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 211-219.
- HAUG, Marie (1973), «Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future», *Sociological Review Monograph*, 2: 195-211.
- (1988), «A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 66 (suppl. 2): 48-56.
- HEITLINGER, Alena (1999), «Nurses and nursing: a comparative perspective», *Journal of Interprofessional Care*, 13(2): 165-174.
- HELLER, Frank, PUSIC, Eugen, STRAUSS, George et WILPERT, Bernhard (1998), *Organizational Participation Myth and Reality*, Oxford: Oxford Press.
- HENDERSON, Amanda (1994), «Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault», *Journal of Advanced Nursing*, 20: 935-939.
- HENDRICKSON, Gerry, DODDATO, Theresa M. et KOVNER, Christina T. (1990), «How Do Nurses Use Their Time», *Journal of Nursing Administration*, 20 (3): 31-38.
- HENTSCHEL, Jesko (1999), «Contextuality and data collection methods: a framework and application to health service utilisation», *Journal of Development Studies*, 35(4): 64-90.
- HÉRAULT, Bruno (1997), «Les travailleurs et leur qualification: de la spécialité à la compétence», *Revue Sociologie Santé*, 17: 73-102.
- HERZBERG, Frederick (1966), *Work and the nature of man*, New York: Crowell.
- HERZLICH, Claudine (1970), *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton.
- HESPANHA, Maria José Ferros e CARAPINHEIRO, Graça (1997), «Articulação de cuidados de saúde no contexto de novas orientações políticas do sistema de

- saúde português», AA. VV., *Dinâmicas multiculturais. Novas faces outros olhares. III Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Lisboa, 4-7 de Julho de 1994*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, 133-165.
- HEWISON, Alistair and SIM, Julius (1998), «Managing interprofessional working: using codes of ethics as a foundation», *Journal of Interprofessional Care*, 12(3): 309-321.
- HIERNAUX, Jean-Pierre (1994), *Análise Estrutural de Conteúdos*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. (policop).
- (1997), «Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos», Luc Albarello et al., *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva, 156-202.
- HILL, Manuela Magalhães e HILL, Andrew (2000), *Investigação por questionários*, Lisboa: Sílabo.
- HILL, Stephen (1991), «How do you manage a flexible firm? The total quality model», *Work, Employment and Society*, 5(3): 397-415.
- HILLIER, Sheila (1987), «Rationalism, bureaucracy, and the organization of the health services: Max Weber's contribution to understanding modern health care systems», Graham Scambler (org.), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock, 194-220.
- HILTON, Rosalind W. (1995), «Fragmentation within interprofessional work. A result of isolationism in health care professional education programmes and the preparation of students to function only in the confines of their own disciplines», *Journal of Interprofessional Care*, 9(1): 33-40.
- HISCOCK, Julia and PEARSON, Maggie (1996), «Professional costs and invisible value in the community nursing market», *Journal of Interprofessional Care*, 10(1): 23-31.
- HODSON, Randy (1997), «Group relations at work: solidarity, conflict, and relations with management», *Work and Occupations*, 24(4): 426-452.
- HODSON, Randy et al. (1994), «Loyalty to whom? Workplace participation and the development of consent», *Human Relations*, 47(8): 895-909.
- HOGLER, Raymond and GRENIER, Guillermo J. (1992), *Employee participation and labor law in the american workplace*, New York: Quorum Books.
- HOLMER-NADESAN, Majia (1996), «Organizational identity and space of action», *Organization Studies*, 17(1): 49-82.
- HUDSON, Susan (1998), «Nurses' professionalism recognised», *Australian Nursing Journal*, 5 (10): 37.
- HUGHES, Everett C. (1981), *Men and their work*, 2ª ed., Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- (1993), *The sociological eye. Selected papers*, New Burnswick: Transaction Publishers.
- HUGHES, Everett, HUGHES, Helen MacGill and DEUTSCHER, Irwin (1958), *Twenty thousand nurses tell their story: a report on studies of nursing functions sponsored by the American Nurses' Association*. Philadelphia: J.P. Lippincott.
- HUGHES, James J. (1994), «Doctor-patient and nurse-patient relationship», *Organization and Information at the Bed-Side*, <http://www.changesurfer.com/Hlth/DPRReview.html>, 24-09-1998, 98kb.
- (1995), *Organization and information at the bed-side: the experience of the medical division of labor by university hospitals' inpatients*. Doctor of Philosophy in Sociology Thesis. Chicago, Illinois: University of Chicago.
- (1996), «Managed Care, University Hospitals, and the Doctor-Nurse Division of Labor», *Research in the Sociology of Health Care*, 13A: 63-92. (um extracto do artigo encontra-se na página-web <http://www.changesurfer.com/Hlth/dinosaurs.html>, 24-09-1998, 98kb).

- HUNTER, David (1991), «Managing medicine: a response to the 'crisis'», *Social Science and Medicine*, 32(4): 441-449.
- (1992), «Doctors as managers: poachers turned gamekeepers», *Social Science and Medicine*, 35(4): 557-566.
- HUSTON, Carol L. (1996), «Unlicensed Assistive Personnel: A Solution to Dwindling Health Care Resources or the Precursor to the Apocalypse of Registered Nursing?», *Nursing Outlook*, 44: 67-73.
- HUTCHINSON, Allen and GORDON, Sue (1992), «Primary care teamwork - making it a reality», *Journal of Interprofessional Care*, 6(1): 31-42.
- HYMAN, Jeff and MASON, Bob (1995), *Managing employee involvement and participation*, London: Sage.
- IMPERATORI, Emílio e CARRERA, Helena (1983), *Contributos para a regionalização dos serviços de saúde*, Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento.
- IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário (1986), *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Edição da Escola Nacional de Saúde Pública.
- ISSEL, L. Michele and ANDERSON, Ruth (1996), «Take charge: managing six transformations in health care delivery», *Nursing Economics*, 14(2): 78-86.
- JACOBSTEIN, Diane Moira (1982), *Professional distance and involvement of doctor and nurse and response to emotional concerns of fatally ill child*. Doctor of Philosophy in Communication Thesis. Washington, D.C.: The Catholic University of America.
- JAMBU, Michel (1989), *Exploration informatique et statistique des données*, Paris: Dunod.
- JARDILLIER, Pierre (1979), *Les conditions du travail*, Paris: PUF.
- JAVIDAN, Mansour et al. (1990), «Strategic change: The search for new equilibria», *Journal of Organizational Change Management*, 3 (3): 59-76.
- JODELET, Denise et al. (org.) (1989), *Les représentations sociales*, Paris: PUF.
- JOHANSSON, Ulf and ELG, Ulf (1997), «Decision making in inter-firm networks as a political process», *Organization Studies*, 18(3): 361-385.
- JOHNSON, Terence (1972), *Professions and Power*, London: Macmillan.
- JOHNSON, Terry, LARKIN, Gerry and SAKS, Mike (1995), *Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge.
- JOHNSON, Terry (1994), «The internationalisation of expertise», Yvette Lucas et Claude Dubar (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*. Lille: Presses Universitaires de Lille, 187-202.
- JOINER, Carl and VAN SERVELLEN, Gwen Marram (1984), *Job enrichment in nursing*, Rockville: Aspen.
- JONES, Colin and PORTER, Roy. (eds) (1994), *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*, London: Routledge.
- JONES, R. V. H. (1992), «Teamwork in primary care: how much do we know about it?», *Journal of Interprofessional Care*, 6(1): 25-29.
- JONES, Rebeca Alvina Patronis (1991), *Nurse-physician collaboration and outcomes of care*, Doctor of Nursing Science Thesis. Indiana: Indiana University School of Nursing.
- JONGE, Jan de, BREUKELLEN, Gerard J. P., LANDEWEERD, Jan A. and NIJHUIS, Frans J. N. (1999), «Comparing group and individual level assessments of job characteristics in testing the job demand-control model: a multilevel approach», *Human Relations*, 52(1): 95-107.
- JURGENS, Ulrich, MALSCH, Thomas et DOSHE, Knuth (1993), *Breaking from taylorism*, Cambridge: University Press.
- JUSTO, Cipriano (2000), «A direita, a esquerda e a reforma do sistema de saúde», *Le Monde diplomatique*, Junho, 2 (15).

- KANE, Deborah and THOMAS, Barbara (2000), «Nursing and the "F" Word», *Nursing Forum*, 35 (2): 17-22.
- KANTER, Rosabeth M. (1977), *Men and women in corporation*, New York: Basic Books.
- (1983), *The change masters: innovation for productivity in american corporations*, New York: Simon & Schuster.
- KATZ, Daniel and KHAN, Robert (1966), *Social psychology of organizations*, New York: Wiley.
- KATZ, Fred (1969), «Nurses», Amitai Etzioni (ed.), *The semi-professions and their organizations*, New York: The Free Press, 54-81.
- KATZ, Jack (1999), *How Emotions Work*, Chicago: University of Chicago Press.
- KEEN, Justin and MALBY, Rebecca (1992), «Nursing power and practice in the United Kingdom National Health Service», *Journal of Advanced Nursing*, 17: 863-870.
- KELLEHER, David and HILLIER, Sheila (eds) (1996), *Researching Cultural Differences in Health*, London: Routledge.
- KELLETT, John M. (1996), «An Ethical Dilemma: A nurse is suspended», *British Medical Journal*, 313:1249-1250.
- KELLY, Diane and WEBER, Dorothy (1995), «Creating an environment for participation in healthcare», *Journal for Quality and Participation*, 18(7): 38-45.
- KENDALL, Sally (1997), «What do we mean by evidence? Implications for primary health care nursing», *Journal of Interprofessional Care*, 11(1): 23-34.
- KERFOOT, Karlene (1999), «On Leadership (managing nursing organizations)», *Pediatric Nursing*, 25(2): 181-182.
- KETELE, Jean-Marie e ROEGIERS, Xavier (1999), *Metodologia da recolha de dados*, Lisboa: Instituto Piaget.
- KIDGER, Peter (1992), «Employee participation in occupational health and safety: Should union appointed or elected representatives be the model for the UK?», *Human Resource management Journal*, 2(4): 21-37.
- KIESER, Alfred (1994), «Why organization theory needs historical analyses, and how this should be performed», *Organization Science*, 5 (4): 608-620.
- KIRK, Jerome and MILLER, Marc L. (1986), *Reliability and validity in qualitative research*, London: Sage.
- KISH, Leslie (1995), *Diseño estadístico para la investigación*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- KISSLER, Leo (1994), «Industrial modernization by workers' participation», *Economic and Industrial Democracy*, 15: 179-210.
- KITSON, Alison L. (1996), «Does nursing have a future?», *British Medical Journal*, 313: 1647-1652.
- KNIBIEHLER, Yvonne (1984), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris: Hachette.
- KNUDSEN, Herman (1995), *Employee Participation in Europe*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- KOVÁCS, Ilona (1989), «Introdução de novas tecnologias e gestão participativa», *Organização e trabalho*, 1: 53-72.
- (1990), «Concepção e implementação de um modelo organizacional flexível», *Organização e trabalho*, 3 e 4: 33-49.
- (1994), «A participação no contexto de competitividade», *Organização e trabalho*, 12: 11-29.
- (1998), «Participação e competitividade», Ilona Kovács e Juan José Castillo, *Novos modelos de produção*, Oeiras: Celta, 115-130.
- KORNIWICZ, Denise M. et PALMER, Mary H. (1997), «The Preferable Future for Nursing», *Nursing Outlook*, 45: 108-113.
- KRAMER, Roderick M. and NEALE, Margaret A. (eds) (1998), *Power and influence in organizations*, London: Sage.

- KRAPOHL, Greta L. and LARSON, Elaine (1996), «The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery», *Nursing Economics*, 14 (2): 99-110.
- KUTY, Olgierd et VRANCKEN, Didier (1994), «Stratégies et identités professionnelles», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 362-368.
- LA MONICA, Elaine Lynne (1994), *Management in health care: A theoretical and experiential approach*, London: The Macmillan Press.
- LACEY, Linda M. et BECK-WARDEN, Michelle (1998), «Health Care Restructuring: Bitter Medicine or a Shot in the Arm for Nursing?», *Research in the Sociology of Health Care*, 15: 187-201.
- LAFAYE, Claudette (1996), *La sociologie des organisations*, Paris: Nathan.
- LAFFERTY, William M., ROSENSTEIN, Eliezer (eds) (1993), *International handbook of participation in organizations: For the study of organizational democracy, co-operation, and self-Management. Volume III: The challenge of new technology and macro-political Change*, New York: Oxford University Press.
- LAMMERS, Cornelis J. and SZÉLL, György (eds) (1989), *International handbook of participation in organizations: For the study of organizational democracy, co-operation, and self-Management. Volume I: Organizational Democracy: Taking Stock*. New York: Oxford University Press.
- LANZA, Marilyn Lewis (1997), «Power and leadership in psychiatric nursing: directions for the next century», *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(1): 5-14.
- LAPOINTE, Paul-André, CHAYER, Malie, MALO, François Bernard et RIVARD, Linda (2000), «La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier», *Cahiers du CRISES*, Working Papers, 16.
- LARSON, Magali Sarfatti (1977), *The rise of professionalism. A sociological analysis*, Berkeley: University of California Press.
- (1990), «In matter of expert and professionals or how impossible it is to leave nothing unsaid», Rolf Torstendahl and Michael Burrage, *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage, 24-50.
- LATHROP, J. Philip (1993), *Restructuring Health Care: The patient-focused paradigm*, San Francisco: Jossey-Bass.
- LAUTMAN, Jacques (1994), «L'analyse stratégique et l'individualisme méthodologique», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 180-192.
- LAWRENCE, Paul and LORCH, Jay W. (1967), *Organization and environment*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- LAYOLE, Gérard et DONNADIEU, Gérard (1995), *Essai d'interprétation systémique de la régulation sociale dans une organisation*, Paris: Gregor.
- LE MOIGNE, Jean-Louis (1990), «Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation», Alain-Charles Martinet, *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris: Économica, 81-140.
- LE PENNEC, Jean-Jacques (1997), «Idéologie professionnelle et position des infirmières dans la division sociale du travail», *Sociologie Santé*, 17: 49-71.
- LEANA, Carrie R., LOCKE, Edwin A. and SCHWEIGER, David M. (1990), «Fact and fiction in analysing research on participative decision making: a critique of Cotton, Vollrath, Froggatt, Lengnick-Hall, and Jennings», *Academy of Management Review*, 15(1): 137-146.
- LEBART, L. et SALEM, A. (1994), *Statistique textuelle*, Paris: Dunod.
- LEFLAIVE, Xavier (1996), «Organizations as structures of domination», *Organization Studies*, 17(1): 23-48.

- LEICHT, Kevin T. and FENNELL, Mary L. (1997), «The changing organizational context of professional work», *Annual Review of Sociology*, 23: 215-232.
- LEÓN, Omar Garcia Ponce (1997), *El médico enfermo: Análisis sociológico del conflicto de roles*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- LETTERI, Richard (1990), *A critica theory of participatory management systems*, Doctor of Philosophy in Communication Thesis, Ohio: Ohio University.
- LEVITT, Jane (1977), «Men and women as providers of health care», *Social Science and Medicine*, 11: 395-398.
- LEVY-LEBOYER, Claude (1994), «Satisfaction et motivation: théories et recherche», Claude Louche (coord.), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 91-100.
- LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO (1996), *Que sistema de saúde para o futuro?*. Porto: LAHGS / Público.
- LIGHT, Donald (1995), «Countervailing powers. A framework for professions in transition», Terry Johnson, Gerry Larkin and Mike Saks (org.), *Health professions and the state in Europe*, London: Routledge, 25-41.
- (1998), «Death of the Guilds: Professions, States and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present», *Society*, 35 (6): 94-95.
- LIKERT, Rensis (1967), *The human organization*. New York: McGraw-Hill.
- LIMA, Maria Luísa, VALA, Jorge e MONTEIRO, Maria Benedicta (1994), «Satisfação organizacional», Jorge Vala et al., *Psicologia social das organizações*, Oeiras: Celta.
- LIMA-BASTO, Marta (1995), «Challenges of nurses' professional behaviour change process», *Scand Journal of Caring Science*, 9: 113-118.
- (1998), *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- LIMA-BASTO, Marta et al. (2000), *Contributo da Enfermagem para a promoção de Saúde da população*, Relatório de Investigação - Praxis, PSAU/C/SAU/021/96, Lisboa: RSLVT e ESEMFR.
- LIPIETZ, Alain et LEBORGNE, Daniele (1987), *L'apres-fordisme et son espace*, (Trabalho apresentado pelos autores nos colóquios de Dubrovnik - Technology, restructuring and urban/regional development -, em Junho de 1987, e de Samos - Changing Labour Process and New Forms of Urbanization -, em Setembro de 1987).
- LISTER, Eric D. and HERZOG, Alfred (2000), «From advocacy to ambassadorship: Physician participation in healthcare governance / Practitioner application», *Journal of Healthcare Management*, 45 (2): 108-118.
- LISTER, Philip (1991), «Approaching models of nursing from a postmodernist perspective», *Journal of Advanced Nursing*, 16: 206-212.
- LOAN-CLARKE, John (1996), «Health-care professionals and management development», *Journal of Management in Medicine*, 10(6): 24-35.
- LOCKE, Edwin and SCHWEIGER, David (1979), «Participation in Decision Making: One More Look», *New Directions in Organizational Behavior*, 1: 265-339.
- LOPES, Albino e RETO, Luís (1990), *Identidade da empresa e gestão pela cultura*, Lisboa: Sílabo.
- LOPES, Helena (coord) (1998), *As modalidades de empresa que aprende e empresa qualificante*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- LOPES, Noémia (1994), *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem - Estudo sociológico em contexto hospitalar*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz González (1991), *Análisis multivariante: Aplicación al ámbito sanitario*, Barcelona: SG Editores.

- LORBER, Judith and Satow, Roberta (1977), «Creating a company of unequals. Sources of occupational stratification in a ghetto community mental health center», *Sociology of Work and Occupations*, 4(3): 281-302.
- LORD, Joanne and LITTLEJOHN, Peter (1996), «Impact of hospital and community provider based clinical audit programmes: perceptions of doctors, nurses and other health professionals», *International Journal for Quality in Health Care*, 8(6): 527-535.
- LOUCHE, Claude (coord.) (1994), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- LOURENÇO, Rui (1989), *Trabalho em equipe: estudo do caso do centro de saúde de Aljustrel: um ano de experiência*, Lisboa: ENSP.
- LOWE, Graham S. (2000), *The Quality of Work: A People-Centred Agenda*, Don Mills, Ontario: Oxford University Press.
- LUCAS, Yvette et DUBAR, Claude (éds) (1994), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*, Lille: Presses Universitaires de Lille.
- LUHMANN, Niklas (1997), *Organización y decisión. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo*, Barcelona: Anthropos Editorial.
- LUKES, Steven (1974), *Power: a radical view*, London: Macmillan.
- LUPTON, Deborah (1995), *The imperative of health. Public health and the regulated body*, London: Sage.
- LUTZ, Kristin F., JONES, Kim Dupree and KENDALL, Judy (1997), «Expanding the praxis debate: contributions to clinical inquiry», *Advances in Nursing Science*, 20(2): 23-32.
- LYONS, John (1980), *Semântica - I*, Porto: Editorial Presença
- MACDONALD, Keith (1995), *The sociology of the professions*, London: Sage.
- MACKAY, Lesley (1992), «Working and co-operating in hospital practice», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 127-131.
- MADUREIRA, César (2000), «A organização neotaylorista do trabalho no fim do século XX», *Sociologia Problemas e Práticas*, 32: 159-182.
- MAHEU, Louis et BIEN-AIMÉ, Paul-Antoine (1996), «Et si le travail exercé sur l'humain faisait une différence...», *Sociologie et sociétés*, 28 (1): 189-199
- MALICET, Danielle Potocki (1997), *Éléments de sociologie du travail et de l'organisation*, Paris: Anthropos.
- MANTHEY, Marie (1980), *The practice of primary nursing*, Boston: Blackwell.
- MARCH, James G. (1981), «Footnotes to organizational change», *Administrative Science Quarterly*, december, 563-577.
- (1991), *Décisions et organisations*, Paris: Les Éditions de l'organisation.
- MARCH, James and OLSEN, Johan P. (1976), *Ambiguity and choice in organizations*, Bergen: Universitetsforlaget.
- MARCH, James G. e SIMON, Herbert A. (1971), «A teoria do equilíbrio da organização», Amitai Etzioni (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 70-79.
- (1974), *Les organisations. Problèmes psycho-sociologiques*, Paris: Dunod.
- MARCHINGTON, Mick et al. (1994), «Understanding the meaning of participation: views from the workplace», *Human Relations*, 47(8): 867-894.
- MARKOWITZ, Linda (1995), «Union presentation of self and worker participation in organizing campaigns», *Sociological Perspectives*, 38(3): 437-454.
- (1996), «Employee participation at workplace: capitalist control or worker freedom?», *Critical Sociology*, 22(2): 89-103.
- MARQUES, José A. Mateus (2001), *Médicos e hospitais - Tempos e andamentos*, Lisboa: Gradiva.
- MARQUES, Manuel Pedroso (s.d.), *Relações de poder na empresa*, Lisboa: Europa-América.

- MARSH, Robert M. (1992), «The difference between participation and power in Japanese factories», *Industrial and Labor Relations Review*, 45(2): 250-257.
- MARSHALL, Barbara (2000), *Configuring Gender: Explorations in Theory and Practice*, Peterborough: Broadview Press.
- MARTIN, Dominique (1989), *Participation et changement social dans l'entreprise*, Paris: L'Harmattan.
- (1994), *Démocratie industrielle. La participation directe dans les entreprises*, Paris: Presses Universitaires de France.
- MARTINET, Alain-Charles (1990), *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris: Économica.
- (1993), «Stratégie et pensée complexe», *Revue française de gestion*, XCIII (Mars-avril-mai): 64-72.
- MARTINS, Raquel (1994), *Mudança para trabalho em equipas*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa.
- MASLOW, Abraham (1968), *Toward a psychology of being*, 2ª ed., New York: Van Nostrand Reinhold.
- (1970), *Motivation and personality*, 2ª ed., New York: Harper & Row.
- MASSICOTTE, Guy (1995), *La planification en milieu universitaire: entre une logique de système et une logique d'action*, Québec: Université du Québec.
- MAUKSCH, Hans (1972), «Nursing: Churning for a change», Howard E. Freeman, Sol Levine and Leo G. Reeder (éds), *Handbook of medical sociology*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 206-230.
- MAURICE, Marc (1994), «Acteurs, règles et contextes: A propos des formes de la régulation sociale et de leur mode de généralisation», *Revue Française de Sociologie*, 35: 645-658.
- MAYNTZ, Renate (1990), *Sociología de la organización*, Madrid: Alianza Ed.
- MAYO, Elton (1945), *The social problems of an industrial civilization*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- MCCAFFREY, David P., FAERMAN, Sue R and HART, David W. (1995), «The appeal and difficulties of participative systems», *Organization Science*, 6(6): 603-627.
- MCCLOSKEY, Joanne Comi, BULECHEK, Gloria M., MOORHEAD, Sue and DALY, Jeannette (1996), «Nurses' use and delegation of indirect care interventions», *Nursing Economics*, 14(1): 22-34.
- MCGILLIS-HALL, Linda (1998), «The use of unregulated workers in Toronto Hospitals», *Canadian Journal of Nursing Administration*, jan-feb: 8-30.
- MCGREGOR, Douglas (1960), *The human side of enterprise*, New York: McGraw-Hill.
- MCGURK, Rita (1996), *One man's family: an examination of nurse/physician relationship in the acute setting*, Doctor of Philosophy in Nursing Science Thesis, Cornell: Cornell University.
- MCKINLAY, Alan and STARKEY, Ken (1998), *Foucault, management and organization theory*, London: Sage.
- MCKINLAY, John (1988), «Introduction», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 66 (suppl 2):1-9.
- MCLAUGHLIN, Frank E., THOMAS, Sue A. et BARTER, Marjorie (1995), «Changes Related to Cadre Delivery Patterns», *Journal of Nursing Administration*, 25 (5): 35-46.
- MCNEESE-SMITH, Donna (1996), «Increasing employee productivity, job satisfaction, and organizational commitment», *Hospital & Health Services Administration*, 41(2): 160-175.
- MEDINA, Pedro J. Beneit et al. (1991), «Aportaciones de la enfermería a la atención primaria de salud: la psicoterapia conductal», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 83-89.

- MELOSH, Barbara (1982), *The physician's hand: work culture and conflict in American nursing*. Philadelphia: Temple University Press.
- MENDES, João Manuel Galhanas (2000), *Os modelos de enfermagem e a sua importância na prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.
- MERTON, Robert (1957), «The role-set: problems in sociology theory», *British Journal of Sociology*, 8: 106-120.
- (1968), *Social theory and social structure*, London: Collier Macmillan.
- (1971), «Estrutura burocrática e personalidade», Amitai Etzioni (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 57-70.
- MEYER, Julienne (1993), «Lay participation in care: a challenge for multidisciplinary teamwork», *Journal of Interprofessional Care*, 7(1): 57-66.
- MIRS, Susan M. (1998), «Patient-focused care: What managers should know», *Nursing Economics*, 16 (4): 180-187.
- MILLARD, Andrew (1996), «Health professionals' needs: audit reports», *Audit Trends*, 4: 129-132.
- (1996a), «Perceptions of clinical audit: a preliminary evaluation», *Journal of Clinical Effectiveness*, 1(3): 96-99.
- MILLARD, Andrew et al. (1997), *Participation levels in local clinical audit: a comparison between health care professionals*, Final report of a pilot study, Glasgow: University of Glasgow.
- MILLER, Neale (2000), «Leadership Roundtable», *Nursing Economics*, 18 (4): 211-218.
- MILLER, Katherine and MONGE, Peter (1986), «Participation, Satisfaction and Productivity: A Meta-Analytic Review», *Academy of Management Journal*, 29: 727-753.
- MILLET, John D. (1980), *Management, governance and leadership*, New York: Amacom.
- MILLMAN, Michael L. (ed.) (1978), *Nursing personnel and the changing health care system*, Cambridge, Mass: Ballinger
- MILLS, Albert J. and SIMMON, Tony S. (1999), *Reading organization theory: A critical approach to the study of organizational behaviour and structure*, Toronto: Garamond Press.
- MINTZBERG, Henry (1981), «Modelo organizacional: Moda ou adaptação às necessidades?», *Harvard Business Review*, Jan-Feb. (tradução de Cláudio Teixeira policopiada).
- (1982), *Structure & dynamique des organisations*, Paris: Les Editions D'Organisation.
- (1991a), «The effective organization: forces and forms», *Sloan Management Review*, winter, 54-67.
- (1991b), *Le pouvoir dans les organisations*, Paris: Les Editions d'Organisation.
- (1994), «Organiser l'entreprise: prêt-à-porter ou sur mesure?», Claude Louche (coord.), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 29-52.
- (1995), *Estrutura e dinâmica das organizações*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- (1998), *Le management. Voyage au centre des organisations*, Paris: Les Editions d'Organisation.
- MITCHELL, J R A. (1984), «Is nursing any business of doctors? A simple guide to the "nursing process"», *British Medical Journal*, 288: 216-219.
- MOE, Jeffrey L. (1995), «What does 'employee involvement' mean?», *Quality Progress*, July: 67-71.
- MOESSINGER, Pierre (s.d.), *Fundamentos da organização*, Porto: Rés.

- MOISDON, Jean-Claude (1994), «Hôpital, instrumentation de gestion et analyse stratégique», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 350-356.
- MOLDASCHL, Manfred and WEBER, Wolfgang G. (1998), «The "three waves" of industrial group work: historical reflections on current research on group work», *Human Relations*, 51(3): 347-389.
- MOORE, Thomas S. (1996), *The disposable work force*, Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- MORENO, Jaime Martín y MIGUEL, Amando (1982), *Sociología de las profesionales españolas*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MORGAN, Garrett (1996), *Imagens da organização*, São Paulo: Ed. Atlas.
- MORIN, Karen H., PATTERSON, Barbara J., KURTZ, Barbara and BRZOWSKI, Barbara (1999), «Mothers' responses to care given by male nursing students during and after birth», *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, 31 (1): 83-92.
- MORLOCK, Laura and NATHANSON, Constance (1983), «Power and Influence», Stephen Shortell and Arnold Kaluzny (eds), *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior*, New York: Wiley, 250-284.
- MORRISON, Eileen, MOBLEY, Debbie and FARLEY, Barbara (1996), «Research and continuous improvement: The merging of two entities?», *Hospital & Health Services Administration*, 41(3): 359-372.
- MOSS, Sherry E. and KENT, Russell L. (1996), «Gender and gender-role categorization of emergent leaders: a critical review and comprehensive analysis», *Sex Roles: A Journal of Research*, 35 (1-2): 79-97.
- MOUCHOT, Claude (1990), «Décision et sciences sociales», Alain-Charles Martinet, *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris: Économica, 31-79.
- MOZZICAFREDDO, Juan (1997), *Estado-Providência e cidadania em Portugal*, Oeiras: Celta.
- MUNDINGER, Mary O'Neil (1980), *Autonomy in nursing*, Germantown: Aspen.
- MUÑOZ, Juan José Pujadas (1992), *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MURPHY, Emmett C., RUCH, Shirley, PEPICELLO, James et MURPHY, Mark (1997), «Managing an Increasingly Complex System», *Nursing Management*, Octubre: 33-38.
- MURPHY, Raymond (1990), «Proletarianization or bureaucratization: the fall of the professional?», Rolf Torstendahl and Michael Burrage, *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage, 71-96.
- MURRAY, Scott A. and GRAHAM, Lesley J. C. (1995), «Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood», *British Medical Journal*, 310(6992): 1443-1449.
- NAJMAN, Jakob (1980), «Theories of disease causation and the concept of a general susceptibility», *Social Science and Medicine*, 14-A: 231-237.
- NAVARRO, Vicente (1988), «Professional dominance or proletarianisation?: neither», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 66, (suppl. 2): 57-75.
- NELSON, Daniel (1996), *Managers and Workers*, 2nd ed., Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- NETO, Mariana Augusta L. M. P. C. (1999), *Auditorias Internas de Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- NETTLETON, Sarah and BUNTON, Robin (1995), «Sociological critiques of health promotion», Robin Bunton et al. (org.), *The sociology of health promotion*, London: Routledge, 41-58.

- NEUMANN, Jean (1989), «Why People Don't Participate in Organizational Change», *Research in Organizational Change and Development*, 3: 181-212.
- NICOLA, Paola Di. (1994), «Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud», Pierpaolo Donati (org.), *Manual de sociología de la salud*, Madrid: Diaz de Santos, 33-47.
- NIEPCE, Willem and MOLLEMAN, Eric (1998), «Work design issues in lean production from a sociotechnical systems perspective: neo-Taylorism or the next step in sociotechnical design?», *Human Relations*, 51(3): 259-288.
- NIZET, Jean et PICHULT, François (1995), *Comprendre les organisations: Minzberg à l'épreuve des faits*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur.
- NOGUEIRA, Fátima (1999), «Dos lugares da cura: a perspectiva sociológica na organização hospitalar», *Forum Sociológico*, 1-2 (2ª série): 131-137.
- NUNES, Ana Margarida Gouveia Calado (1994), *Diagnóstico de enfermagem - factores intervenientes na sua utilização*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- NUNES, Francisco Guilherme Serranito (1994), *Crenças organizacionais num serviço de saúde em mudança: consensualidade e diferenciação*, Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- NURSE, John (1993), «The decline (and fall?) of professional influence in the NHS: the coming of professional management», *Journal of Interprofessional Care*, 7(2): 131-140.
- NYHAN, Bary (1994), *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas*, Brussels: European Interuniversity Press.
- O'CONNOR, Ellen Swanberg (1995), «Paradoxes of participation: textual analysis and organizational change», *Organization Studies*, 16(5): 769-804.
- O'CONNOR, Stephen J. and SHEWCHUK, Richard M. (1995), «Service quality revisited: Striving for a new orientation», *Hospital & Health Services Administration*, 40(4): 535-547.
- OGIEN, Albert (1986), «L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers», *Revue Française de Sociologie*, 27: 29-46.
- OPIE, Anne (1997), «Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams», *Sociology of Health & Illness*, 19(3): 259-280.
- OPOKU, Dora K. (1992), «Does interprofessional co-operation matter in the care of birthing women?», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 119-125.
- OPPENHEIM, A. N. Bram. (1992), *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London: Pinter Publishers Ltd.
- ORLANDO, Ida J. (1987), «Nursing in the 21st century: alternate paths», *Journal of Advanced Nursing*, 12: 405-412.
- ORTEGA, Carmen, SÁNCHEZ, Natividad y MARTÍNEZ, Germán (1991), «Reconocimiento social de la enfermería», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 95-112.
- ORZACK, Louis H. (1994), «The transformation of professions in the framework of european integration», Yvette Lucas et Claude Dubar (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*, Lille: Presses Universitaires de Lille, 219-220.
- OVRETVEIT, John (1995), «Team decision-making», *Journal of Interprofessional Care*, 9(1): 41-51.
- (1996a), «Five ways to describe a multidisciplinary team», *Journal of Interprofessional Care*, 10(2): 163-171.
- (1996b), «Medical participation in and leadership of quality programmes», *Journal of Management in Medicine*, 10(5): 21-28.

- PADGETT, Stephen M. (1998), «Dilemmas of Caring in a Corporate Context: A Critique of Nursing Case Management», *Advances in Nursing Science*, 20 (4): 1-12.
- PALMA, Ana Paula Lampreia Zarcos (1995), *Cuidar e Tratar - Valorização atribuída por enfermeiros em dois contextos da prática de cuidados em meio hospitalar*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- PANIAGUA, Hilary (1999), «Advanced nursing practice from a cross-cultural perspective», *British Journal of Nursing*, 8 (11): 724-732.
- PARADEISE, Catherine (1994), «Analyse stratégique et théorie de la décision», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 193-203.
- PARASURAMAN, Saroj and HANSEN, Donna (1987), «Coping with work stressors in nursing. Effects of adaptive versus maladaptive strategies», *Work and Occupations*, 14(1): 88-105.
- PARKER, Martin (1995), «Critique in the name of what? Postmodernism and critical approaches to organization», *Organization Studies*, 16(4): 553-565.
- PARKER, Mike and SLAUGHTER, Jane (1988), *Choosing sides: Unions and the team concept*, Boston: South End Press.
- PARRA, Eduardo Candel Parra, GARCÍA, Juan García y GIL, Elías Rovira (1991), «Enfermería: prensa y sociedad», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 57-77.
- PARRA, Maria Dolores Serrano (1991), «Una aproximación sociológica a la situación actual de la enfermería española», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 11-35.
- PARSE, Rosemarie Rizzo (1998), *The human becoming school of thought*, London: Sage.
- PARSONS, Margaret (1986), «The profession in a class by itself», *Nursing outlook*, 34(6): 270-275.
- PARSONS, Mickey L. and MURDAUGH, Carolyn L. (1994), *Patient-centered care: a model for restructuring*, Rockville, Md.: Aspen Publishers.
- PARSONS, Talcott (1960), *Structure and process in modern societies*, New York: Free Press.
- (1970), «Structure sociale et processus dynamique: Le cas de la pratique médicale moderne», Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, 169-189.
- (1971), «Sugestões para um tratado sociológico da teoria de organização», Amitai Etzioni (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 43-57.
- (1972), «Professions», *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York: Macmillan Free Press, 11-12.
- (1978), *Action theory and the human condition*, New York: The Free Press.
- PAVÉ, Francis et CROZIER, Michel (1994), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil.
- PAYNE, Malcolm (1998), «The political economy of developing community participation», *Human Relations*, 51(9): 1179-1194.
- PEARSON, Pauline and SPENCER, John (1995), «Pointers to effective teamwork: exploring primary care», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 131-138.
- PEDERSEN, Anne (1997), «A Data-Driven Approach to Work Redesign in Nursing Units», *Journal of Nursing Administration*, 27 (4): 49-54.
- PEKRUHL, Ulrich, SCHNABEL, Annette and WEISHAUP, Karin (1995), *Direct participation bibliography. Results from a data base research. The EPOC Project*,

- Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- PENDLETON, Andrew et al. (1996), «Employee participation and corporate governance in employee-owned firms», *Work, Employment & Society*, 10(2): 205-226.
- PENEFF, Jean (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris: A.M. Métailié.
- (1997), «Le travail du chirurgien: les opérations à cœur ouvert», *Sociologie du travail*, 39(3): 265-296.
- PERROW, Charles (1965), «Hospitals: Technology, structure and goals», James March ed., *The handbook of organizations*, Chicago: Rand McNally, 910-971.
- (1981), *Análise organizacional. Um enfoque sociológico*, São Paulo: Ed. Atlas.
- PERSON, Alan and VAUGHAN, Barbara (1992), *Modelos para o exercício de enfermagem*, Lisboa: ACEPS.
- PETERSEN, Alan and BUTON, Robin (org.) (1997), *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- PETIT, François e DUBOIS, Michel (2000), *Introdução à psicossociologia das organizações*, Lisboa: Instituto Piaget.
- PETITAT, André (1989), *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montreal: Ed. Boréal.
- PETTIGREW, Andrew M. (1987), «Context and action in the transformation of the firm», *Journal of Management Studies*, november, 649-669.
- PYE, Michael (1998), «Some contradictions in the current debates on nursing's place in the division of health and sickness care labour», *New Zealand Journal of Industrial Relations*, 23 (3): 181-195.
- PFEFFER, Jeffrey (1973), «Size, composition and function of hospital boards of directors: A study of organizational-environment linkage», *Administrative Science Quarterly*, 18:349-364.
- (1981), *Power in organizations*, Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- (1992), *Managing with the power. Politics and influence in organizations*, Boston: Harvard Business School.
- (1997), *New directions for organization theory*, Oxford: Oxford University Press.
- PFEFFER, Jeffrey et SALANCIK, Gerald (1978), *The external control of organizations. A resource dependence perspective*, New York: Harper & Row.
- PILLEMER, Karl (1997), «Three "best practices" to retain nursing assistants», *Nursing Homes: long term care management*, 46 (3): 13-18.
- PICOCHÉ, Jacqueline (1992), *Précis de lexicologie française*, Paris: Nathan.
- PIMENTEL, Duarte et al. (1991), «A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem», *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9: 43-56.
- PINA e CUNHA, Miguel (1996), *Organizações e recursos: perspectivas de ecologia organizacional*, Oeiras: Metáfora.
- PINTO, José Madureira (1991), «Sobre a produção social de identidade», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32: 217-231.
- PINTO, Maria José Nogueira (1994), «Sistemas de saúde. A reforma portuguesa», *Revista de Gestão*, III-IV: 37-42.
- PIOTET, Françoise et SAINSAULIEU, Renaud (1994), *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris: FNSP & ANACT.
- PIRES, Maria (1990), *Trabalho em equipa e promoção de saúde em saúde escolar: Centro de Saúde de Sintra: percepção dos profissionais de vários sectores intervenientes*, Lisboa: ENSP
- PIRET, Anne, NIZET, Jean e BOURGEOIS, Etienne (1996), *L'analyse structurale*, Paris: De Boeck Université.
- PITÉ, Jorge (1997), *Dicionário Breve de Sociologia*, Lisboa: Editorial Presença.

- PLAS, Jeanne M. (1996), *Person-centered leadership: an american approach to participatory management*, London: Sage.
- POMMERENKE, Palmela L. and STOUT, Suzanne K. (1996), «Human resource departments and hospital labor strategies», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 77-90.
- POPAY, Jennie et al. (1993), «Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity», *Social Science and Medicine*, 36(1): 21-32.
- PORTER, Sam (1991), «A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital», *Journal of Advanced Nursing*, 16: 728-735.
- (1992a), «The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing», *Journal of Advanced Nursing*, 17: 720-726.
- (1992b), «Women in a women's job: the gendered experience of nurses», *Sociology of Health & Illness*, 14(4): 510-527.
- (1996), «Contra-Foucault: soldiers, nurses and power», *Sociology*, 30(1): 59-78.
- POULTON, Brenda C. and WEST, Michael A. (1999), «The determinants of effectiveness in primary health care teams», *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 7-18.
- POUVOURVILLE, Gérard de (1994), «Le sociologue, l'ingénieur et l'hôpital», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 357-361.
- PRASAD, Pushkala et al. (eds) (1997), *Managing the organizational melting pot: Dilemmas of workplace diversity*, London: Sage.
- PRATT, Michael G. and RAFAELI, Anat (1997), «Organizational dress as a symbol of multilayered social identities», *Academy of Management Journal*, 40(4): 862-899.
- PRIOR, Lindsay (1988), «The architecture of the hospital: a study of spacial organization and medical knowledge», *The British Journal of Sociology*, 31(1):86-113.
- PROCTER, Stephen et MUELLER, Frank (ed) 2000, *Teamworking*, Londres: Basingstoke.
- PRUNET ep. DREVET, Géraldine (1999), *Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques*, These de Doctorat, Lyon: Université Lumière - Lyon II.
- PSATHAS, George (1968), «The fate of idealism in nursing school», *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 384-394.
- PYE, Michael (1998), «Some contradictions in the current debates on nursing's place in the division of health and sickness care labour», *New Zealand Journal of Industrial Relations*, 23 (3): 181-196.
- RAFAEL, Adeline R. Falk (1996), «Power and caring: a dialectic in nursing», *Advances in Nursing Science*, 19(1): 3-18.
- RAFFERTY, Anne Marie and TRAYNOR, Michael (1997), «On the state of play in nursing research», *Journal of Interprofessional Care*, 11(1): 43-48.
- RAGIN, Charles C. (1994), *Constructing social research*, Thousand Oaks, California: Pine Forge Press.
- RAGIN, Charles C. and BECKER, Howard S. (1992), *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- RAINES, Deborah A. (1997), «Values influencing nursing practice: responses from neonatal nurses», *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2(2): 55-65.
- RAMOS, Francisco Martins, SILVA, Carlos A. e ALFREDO, Tânia (2000), *Saúde no Alentejo: Organizações, Modelos e Práticas Quotidianas*. Relatório de Investigação PRAXIS/P/SOC/12207/1998. Évora: Universidade de Évora (policopiado).

- RAMOS, Francisco (1994), «O financiamento público do sistema de saúde. Caridade do Estado ou a busca da eficiência?», *Revista de Gestão*, III-IV: 67-74.
- RANK, Steven and JACOBSON, Cardell (1977), «Hospital nurses' compliance with medication overdose orders. A failure to replicate», *Journal of Health and Social Behavior*, 18: 188-193.
- RANTZ, Marilyn J. et al. (1998), «Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model (Interdisciplinary Performance Improvement)», *Journal of Nursing Care Quality*, 12(3): 30-47.
- REASON, Peter (1998), «Co-operative inquiry as a discipline of professional practice», *Journal of Interprofessional Care*, 12(4): 419-436.
- REED, Michael I. (1992), *The Sociology of Organizations. Themes, Perspectives and Prospects*, Londres: Harvester, Wheatsheaf.
- (1996), «Rediscovering Hegel: The "new historicism" in organization and management studies», *Journal of Management Studies*, march, 139-158.
- REED, Mike (1997), *Sociologia da gestão*, Oeiras: Celta.
- REGALIA, Ida and GILL, Colin (1996), *The position of the social partners in europe on direct participation*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2 vols.
- REGALIA, Ida (1997), *Review on the position of the social partners on direct participation*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- REIS, José (1993), *Os espaços da industria. A regulação económica e o desenvolvimento local em Portugal*, Porto: Edições Afrontamento.
- REMY, Jean et RUQUOY, D. (1990), *Méthodes d'Analyse de Contenu et Sociologie*, Bruxelles: Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles.
- RESKIN, Barbara and PADAVIC, Irene (1994), *Women and men at work*, Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- REVERBY, Susan M. (1989), *Ordered to care. The dilemma of american nursing 1880-1945*, New York: Cambridge University Press.
- REYNAUD, Jean-Daniel (1988), «Les regulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome», *Revue Française de Sociologie*, 29: 5-18.
- (1994), «L'actuer stratégique et la légitimité», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 204-209.
- (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris: Armand Colin.
- RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, Lisboa: Educa.
- RINARD, Ruth G. (1996), «Technology, deskilling, and nurses: the impact of the technologically changing environment», *Advances in Nursing Science*, 18(4): 60-70.
- RINGERMAN, Eileen Storch and VENTURA, Sylvia (2000), «An outcomes approach to skill mix change in critical care», *Nursing Management*, 31 (10): 42-46.
- RISKA, Elianne and WEGAR, Katarina (eds) (1993), *Gender, work and medicine: Women and the medical division of labour*, London: Sage.
- RITZER, George and WALCZAK, David (1986), *Working: conflict and change*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- ROBERTS, Jennifer and DIETRICH, Michael (1999), «Conceptualizing Professionalism: Why Economics Needs Sociology», *The American Journal of Economics and Sociology*, 58 (4): 977-991.
- ROBIN, François e ROBIN, Nicole (1978), *O poder médico*, Lisboa: Sociocultur.

- ROBINSON, Robert K, FINK, Ross L and FINK, Lisa A. (1995), «Employee participation programs in the health care industry», *Hospital & Health Services Administration*, 40(1): 124-135.
- ROBINSON, S. E. and HILL, Y. (1999), «Our healthier hospital? The challenge for nursing», *Journal of Nursing Management*, 7(3): 13-17.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997), *Sociologia das Profissões*, Oeiras: Celta.
- RODRIGUEZ, Josep A y MIGUEL, Jesús M. (1990), *Salud y poder*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ROESCH, Yves (1999), *La gestion des ressources humaines en milieu hospitalier*, These de Doctorat, Lyon: Université Lumière - Lyon II, Faculte des Sciences Juridiques.
- ROEMER, Linda (1996), «Hospital middle managers' perceptions of their work and competence», *Hospital & Health Services Administration*, 41(2): 210-235.
- ROMME, A. Georges L. (1997), «Work, authority and participation: the scenario of circular organizing», *Journal of Organizational Change*, 10(2): 156-166.
- ROSS, Fiona and CAMPBELL, Fiona (1992), «Interprofessional collaboration in the provision of aid for daily living and nursing equipment in the community: a district nurse and consumer perspective», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 109-118.
- ROSSIDES, Daniel W. (1998), *Professions and disciplines. Functional and conflict perspectives*, New Jersey: Prentice-Hall.
- ROTHMAN, Robert A., SCHWARTZBAUM, Allen M. and McGRATH, John H. (1971), «Physicians and a hospital merger: Patterns of resistance to organizational change», *Journal of Health and Social Behavior*, 12(1): 46-55.
- RUEF, Martin (1999), «Social ontology and the dynamics of organizational forms: creating market actors in the healthcare field, 1966-1994», *Social Forces*, 77(4): 1403-1423.
- RUIVO, Fernando (1987), «A construção de um projecto profissional: o caso da medicina», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 129-139.
- RUSHFORTH, Helen and GLASPER, Edward Alan (1999), «Implications of nursing role expansion for professional practice», *British Journal of Nursing*, 8 (22): 1507-1611.
- RUSSEL, Bertrand (1979), *O Poder: Uma nova análise Social*, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- RUSSELL, Raymond and RUS, Veljko (eds) (1991), *International handbook of participation in organizations: For the study of organizational democracy, co-operation, and self-management. Volume II: Ownership and Participation*. New York: Oxford University Press.
- SAINSAULIEU, Renaud (1973), *Les relations de travail à l'usine*, Paris: Ed. d'Organisation.
- (1984), *L'identité au travail*, Paris: FNSP.
- (1985), *Sociologie des organisations et de la transformation sociale*, Paris: Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz, 2 vols.
- (1987), *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris: Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz.
- (1990), *L'Entreprise: une affaire de société*, Paris: Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz.
- (1994), «Culture et sociologie de l'entreprise», Claude Louche (coord.), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 207-222.
- (1995), *Sociologie de l'entreprise: organisation, culture et développement*, Paris: Presses de Sciences PO et Dalloz.
- SAKS, Mike (1995), *Professions and the public interest: Medical power, altruism and alternative medicine*, London: Routledge.

- (1999), «The wheel turns? Professionalisation and alternative medicine in Britain», *Journal of Interprofessional Care*, 13(2): 129-138.
- SALE, Diana (1998), *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde - Para os profissionais da equipa de saúde*, Lisboa: Principia.
- SALEH, S. D. (1994), «Approche structurelle de l'implication dans le travail, par comparaison avec la satisfaction et la motivation», Claude Louche (coord.), *Individus et organisations*, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 83-89.
- SALVADO, Maria Manuela (1994), *O poder na relação enfermeiro/utente*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- SALVAGE, Jane (1985), *The politics of nursing*, Oxford: Heinemann.
- (1988), «Professionalization - or a struggle for survival? A consideration of current proposals for the reform of nursing in the United Kingdom», *Journal of Advanced Nursing*, 13: 515-519.
- (2000), «Doctors and nurses: doing it differently: The time is ripe for a major reconstruction», *British Medical Journal*, 320: 1019-1020.
- SANTOS, Maria José Felícia (1994), *Panorâmica da evolução histórica da enfermagem em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- SAVERY, Lawson K. and SOUTAR, Geoffrey N. (1997), «Relationship between various measurements of workplace performance», *Journal of Management Development*, 16(1): 34-42.
- SAWYER, Brenda (1995), «Personal care and teamwork», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 107-115.
- SCAMBLER, Graham (1987), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock.
- SCHNELLER, Eugene S. and Ott, John B. (1996), «Contemporary models of change in the health professions», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 121-136.
- SCHOFIELD, Theo (1992), «Health promotion in primary care: does team make a difference?», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 97-101.
- SCHÖN, Donald A. (1992), «The crisis of professional knowledge and the pursuit of an epistemology of practice», *Journal of Interprofessional Care*, 6(1): 49-63.
- (1994), «Quelques questions à propos du concept d'apprentissage organisationnel», Francis Pavé et Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, 220-228.
- SCHROCK, Steve (1996), «The Morality of Managed Care: Who is Affected?», *Health*, <http://www.goshen.edu/bio/Biol410/Biol410SrSemPapers/Schrock.html>, 25-11-1998, 25Kb.
- SCHULMAN, Sam (1972), «Mother surrogate. After a decade», E. Jaco, *Patients, physicians and illness*, New York: The Free Press, 233-239.
- SCHWEIKHART, Sharon Bergman and SMITH-DANIELS, Vicki (1996), «Reengineering the work of caregivers: Role redefinition, team structures, and organizational redesign», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 19-35.
- SCOTT, Helen (1999a), «Nursing professionalism is marred by sexy stereotype», *British Journal of Nursing*, 8 (11): 700.
- (1999b), «Nurses must not become substitute doctors», *British Journal of Nursing*, 8 (22): 1476.
- (2000a), «Prescribing must not be at the expense of nursing», *British Journal of Nursing*, 9 (6): 320.
- (2000b), «Is this a defining moment in nursing history?», *British Journal of Nursing*, 9 (11): 676.

- (2000c), «Nursing has a chance to stop the erosion of care», *British Journal of Nursing*, 9 (15): 960.
- SCOTT, W. Richard (1982), «Managing Professional Work: Three Models for Control of Health Organizations», *Health Services Research*, 17 (4): 213-240.
- SEGRESTIN, Denis (1994), «Friedberg, Erhard.- Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée», *Revue Française de Sociologie*, XXXV(1): 129-134.
- SELZNICK, Philip (1966), *TVA and the grass roots. A study in the sociology of formal organization*, New York: Harper & Row.
- (1971), «Fundamentos da teoria de organização», Amitai Etzioni, (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 30-43.
- SERRA, Helena (2000), «Tecnocracias Médicas: A construção de práticas e estratégias médicas em torno da tecnologia», *Socius working paper*, 4, Lisboa: Socius/ISEG-UTL.
- SFEZ, Lucien (1990), *Crítica da decisão*, Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- SHAFRITZ, Jay M. and OTT, J. Steven (1996), *Classics of Organization Theory*, New York: Harcourt Brace & Company.
- SHIELDS, Glenn, HOELZLE, Linda and SCHONDEL, Connie (1995), «Social work and nursing collaboration: a case study in assessing and meeting patient and family needs», *Journal of Interprofessional Care*, 9(1): 21-30.
- SHIU, A. T. Y., TWINN, S. F. and HOLROYD, E. (1999), «The contribution of nursing to an interprofessional community-based rehabilitation team: perceptions of nurses, patients and carers», *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 65-75.
- SHORTELL, Stephen M. (1985), «The Medical Staff of the Future: Replanting the Garden», *Frontiers of Health Service Management*, 1 (2): 3-48.
- SHORTELL, Stephen M., GILLIES, Robin R. and DEVERS, Kelly J. (1995), «A American health care is in a state of hyper-turbulence characterized by accumulated waves of change in payment systems, delivery systems, technology, professional relations, and societal expectations», *The Milbank Quarterly*, 73(2): 131-161.
- SIBBALD, Barbara (1997), «Delagating away patient safety», *The Canadian Nurse*, février: 22-26.
- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (1999) «Conclusões do Congresso», 1º Congresso - Rumo ao século XXI, Lisboa, 5, 6 e 7 de Março (não publicado, policopiado).
- SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (1986), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- SILVA, Carlos Alberto (1997a), *Centros de Saúde: Cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo de caso de três centros de saúde do Distrito de Beja*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Évora: Universidade de Évora.
- (1997b), «Para uma reflexão sociológica dos cuidados de saúde primários», *Economia e Sociologia*, 68: 117-130.
- (1997c), «O trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais», *Organizações e Trabalho*, 16/17: 119-144.
- (1998), «Renovação do trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais. O Caso Particular dos Centros de Saúde do Distrito de Beja», *Formação, Trabalho e Tecnologia: Para uma nova Cultura Organizacional*, Oeiras: Celta, 201-209.
- (1999), «Contributions à l'analyse du quotidien dans un centre de santé de l'Alentejo», *Ethnologie française*, XXIX, (2): 273-283.
- (2000a), «Um olhar na esfera da participação directa», Francisco Martins Ramos, Carlos A. da Silva e Noémia Marujo (coord), *Homenagem ao Professor*

- Augusto Silva, Évora: Universidade de Évora, Departamento de Sociologia, 117-134.
- SILVA, Carlos Alberto et al. (2000b), *Estudo das expectativas habitacionais, o contexto de trabalho e a formação*, Relatório de Investigação, Évora: Universidade de Évora, Departamento de Sociologia (policopiado).
- SILVA, Carlos Alberto e MORENO, António (2001), «Compreender a renovação teórico-epistemológica da Sociologia da Saúde», *Economia e Sociologia*, 71: 73-92.
- SILVER PLATTER INFORMATION AND GLENDALE ADVENTIST MEDICAL CENTER (2000), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*, (CINAHL - CD: 1985-December 1999), Glendale: CINAHL.
- SILVERMAN, David (1973), *La théorie des organisations*, Paris: Dunod.
- SIMEÃO, Maria José Augusta de Azevedo Coutino (1994), *Código deontológico para enfermeiros portugueses*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- SIMON, Herbert (1979), *Models of thought*, New Haven, CT: Yale.
- (1983), *Administration et processus de décision*, Paris: Economica.
- SIMON, Herbert, SMITHBURG, Donal and THOMPSON, Victor (1973), *Public administration*, New York: Knopf.
- SIRVEN, René (1999), *De la clinique à l'éthique*, Paris: L'Harmattan.
- SISSON, Keith (1996), *Aproximar os protagonistas - conceitos e prática: A participação directa na mudança organizacional*, Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- SMITH, Elizabeth D. (1985), «Career-versus job-orientation: a power dilemma in nursing and feminism», Rita R. Wiczorek ed., *Power, Politics and Policy in Nursing*, New York: Springer Pubs, 83-105.
- SMITH, Harvey L. (1970), «Un double système d'autorité: le dilemme de l'hôpital», Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris: Mouton, 259-262.
- SMITH, Pam, MACKINTOSH, Maureen and TOWERS, Bridget (1993), «Implications of the new NHS contracting system for the district nursing service in one health authority: a pilot study», *Journal of Interprofessional Care*, 7(2): 115-124.
- SMYTH, Elizabeth et al. (eds) (1999), *Challenging Professions: Historical And Contemporary Perspectives On Women's Professional Work*, Toronto: University of Toronto Press.
- SOARES, Maria Isabel (1993), *Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal 1880-1950*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- SOULAN, Jeanine (1997), «La profession infirmière en voie d'évolution», *Revue Sociologie Santé*, 16: 18-27.
- SOUSA, Maria Manuela Barreiros (1996), *Da formação dos enfermeiros à construção da identidade dos professores de enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- SPETZ, Joanne (1999), «The Effects of Managed Care and Prospective Payment on the Demand for Hospital Nurses: Evidence from California», *Health Services Research*, 34 (5): 993-1017.
- SPYROPOULOS, Georges (1997), «L'impact des systèmes de relations industrielles sur la participation direct», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 13: 35-37.
- STANTON, Erwin S. (1993), «Employee participation: a critical evaluation and suggestions for management practice», *SAM Advanced Management Journal*, 58(4): 18-23.
- STANZANI, Claudio (1994), «La participation aus stratégies de santé et de sécurité sur le lieu de travail», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 8: 14-17.

- STARK, Jerry (1977), *Aspects of medical sociology: Theory and meta-theory*, Doctor of Philosophy in Sociology Thesis. Purdue University.
- STEIN, Leonard, WATTS, David T. and HOWELL, Timothy (1990), «Sounding board. The doctor-nurse game revisited», *The New England Journal of Medicine*, 322(8): 546-549.
- STEINBERG, Derek (1992), «Informed consent: consultation as a basis for collaboration between disciplines and between professionals and their patients», *Journal of Interprofessional Care*, 6(1): 43-48.
- STEWART, Miriam J. (1990), «Professional interface with mutual-aid self-help groups: a review», *Social Science and Medicine*, 31(10): 1143-1158.
- (2000), *Chronic Conditions and Caregiving in Canada - Social Support Strategies*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- STOREY, John (ed.) (1995), *Human resource management*, London: International Thompson Business Press.
- STOTT, N. C. H. (1995), «Personal care and teamwork: implications for the general practice-based primary health care team», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 95-99.
- STRATI, Antonio (2000), *Theory and method in organization studies*, London: Sage.
- STRAUS, Robert (1999), «Medical sociology: A personal fifty year perspective», *Journal of Health and Social Behavior*, 49(2): 103-110.
- STRAUSS, Anselm (1978), *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*, San Francisco: Jossey-Bass.
- (1987), *Qualitative analysis for social scientists*, Cambridge: Cambridge University Press.
- STRAUSS, Anselm and CORBIN, Juliet (eds) (1997), *Grounded theory in practice*, London: Sage.
- (1998), *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*, London: Sage.
- STRAUSS, Anselm et al. (1963), «The Hospital and its Negotiated Order», Elliot Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society*, New York: The Free Press, 147-169.
- STRAUSS, Anselm et al. (1985), *Social Organization of Medical Work*, Chicago: University of Chicago Press.
- SULLIVAN, William M. (1999), «What Is Left of Professionalism after Managed Care?», *The Hastings Center Report*, 29 (2): 7-15.
- SWAYNE, Jeremy (1993), «A common language of care?», *Journal of Interprofessional Care*, 7(1): 29-35.
- SWEET, Sarah J. and Norman, Ian J. (1995), «The nurse-doctor relationship: a selective literature review», *Journal of Advanced Nursing*, 22: 165-170.
- SYMON, Gillian and CASSELL, Catherine (1998), *Qualitative methods and analysis in organizational research*. London: Sage.
- SZÉLL, György (1988), «Participation, workers' and self-management», *Current Sociology*, 36(3) (special number).
- TAIT, Ian (1992), «A shared record for primary care», *Journal of Interprofessional Care*, 6(2): 149-153.
- TAUSKY, Curt and CHELTE, Anthony F. (1991), «Employee involvement. A comment on gender on Grenier and Hogler », *Work and Occupations*, 18(3): 334-342.
- TAYLOR, David (1996), «Quality and professionalism in health care: a review of current initiatives in the NHS», *British Medical Journal*, 312 (7031): 626-630.
- TAYLOR, Frederick Winslow (1982), *Princípios de administração científica*. São Paulo: Ed. Atlas.

- TAYLOR, Steve and ASHWORTH, Clive (1987), «Durkheim and social realism: an approach to health and illness», Graham Scambler (org.), *Sociological theory and medical sociology*, London: Tavistock, 37-58.
- TAYLOR, Steve and FIELD, David (1997), *Sociology of health and health care*, London: Blackwell.
- TAYLOR, Steve J. y BOGDAN, Robert (1996), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- TEIXEIRA, Cláudio (1994), «Participação dos trabalhadores: evolução dos quadros de referência», *Organização e trabalho*, 12, 31-37.
- (1996), *Organização do trabalho e factor humano*, Lisboa: IIEFP.
- TERRY, Larry D. (1998), «Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement», *Public Administration Review*, 58(3): 194-202.
- THOENIG, Jean-Claude (1998), «How far is a sociology of organizations still needed?», *Organization Studies*, 19(2): 307-321.
- THOMAS, Richard V. R. and CORNEY, Roslyn H. (1993), «Teamwork in primary care: the practice nurse perspective», *Journal of Interprofessional Care*, 7(1): 47-55.
- THOMPSON, James D. (1967), *Organizations in action. Social science bases of administration theory*, New York: McGraw Hill.
- (1976), *Dinâmica organizacional*, São Paulo: Ed. McGraw-Hill.
- THORLAKSON, Alan J. H. and MURRAY, Robert P. (1996), «An empirical study of empowerment in the workplace», *Group & Organization Management*, 21(1): 67-83.
- TIFFANY, Constance Rimmer and LUTJENS, Louette R. Johnson (1998), *Planned Change Theories for Nursings*, London: Sage.
- TILLEY, H. and TILLEY, I. G. (1999), «External change and its impact on nurse management», *Journal of Nursing Management*, 7(3): 3-11.
- TOWNSEND, Elizabeth (1997), *Good Intentions Overruled: A Critique of Empowerment in the Routine Organization of Mental Health Services*, Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- TOIT, Denise du (1995), «A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia», *Journal of Advanced Nursing*, 21: 164-171.
- TORSTENDAHL, Rolf and BURRAGE, Michael (1990), *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage.
- TOURAINÉ, Alain (1965), *La conscience ouvrière*, Paris: Seuil.
- (1996), *O retorno do actor. Ensaio sobre sociologia*, Lisboa: Instituto Piaget.
- TOURISH, Dennis and HARGIE, Owen (1996), «Communication in the NHS: using qualitative approaches to analyse effectiveness», *Journal of Management in Medicine*, 10(5): 38-54.
- TOURNIER, Maurice (1992), *Lexicometria*, Lisboa: Universidade Aberta.
- TRETHEWEY, Angela (1999), «Disciplined Bodies: Women's Embodied Identities at Work», *Organization Studies*, 20 (3): 423-448.
- TURNER, Bryan S. (1992), *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*, London: Routledge.
- (1997), «From governmentality to risk. Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology», Alan Petersen and Robin Bunton, (org.), *Foucault, health and medicine*, London: Routledge, ix-xxi.
- TURNER, Bryan S. and SAMSON, Colin (1995), *Medical power and social knowledge*, London: Sage.
- VALA, Jorge (1985), «Sobre as representações sociais - para uma epistemologia do senso comum», *Cadernos de Ciências Sociais*, 4: 5-30.

- (1986), «Análise de conteúdo», Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto, *Metodologia das ciências sociais*, Porto: Edições Afrontamento.
- VELTZ, Pierre et ZARIFIAN, Philippe (1992), «Modèle systémique et flexibilité», Gilbert de Terssac et Pierre Dubois, *Les Nouvelles rationalisations de la production*, Toulouse: Cépadués Editions.
- VILLALBI, Joan R. and ROCA, Francina (1992), «Supporting and monitoring mutual aid group and organizations in Barcelona», *Health Promotion International*, 7(4): 283-288.
- VIZCAÍNO, Vicente Martínez (1991), «Investigación en enfermería», AA. VV., (org.), *Enfermería y Sociedad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 45-55.
- VLASSES, Frances R. (1997), «Too familiar for words: considering unaccounted - for aspects of nurse's work», *Holistic Nursing Practice*, 11(4): 35-46.
- VON BERTALANFFY, Ludwig (1968), *General systems theory: Foundations, development, applications*, New York: Braziller.
- WAGNER, David (1980), «The Proletarianization of Nursing in the United States 1932-1946», *International Journal of Health Services*, 10: 271-290.
- WAGNER, John and GOODING, Richard (1987a), «Effects of Societal Trends on Participation Research», *Administrative Science Quarterly*, (32): 241-262.
- (1987b), «Shared Influence and Organizational Behavior: A Meta-analysis of Situational Variables Expected to Moderate Participation-Outcome Relationships», *Academy of Management Journal*, (30): 524-541.
- WALBY, Sylvia (1986), *Patriarchy at work, patriarchal and capitalist relations in employment*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- (1990), *Theorizing pathriarchy*, Oxford: Basil Blackwell.
- WALBY, Sylvia and GREENWELL, June (1994), *Medicine and Nursing - Professions in a changing health service*, London: Sage Publications.
- WALKER, Richard and MORGAN, Philip (1996), «Involving doctors in management», *Journal of Management in Medicine*, 10(1): 31-52.
- WALLACE, Jean E. (1995), «Corporatist control and organizational commitment among professionals: the case of lawyers working in law firms», *Social Forces*, 73(3): 811-841.
- WALLACE, Paul E., ERMER, Charles M. and MOTSHABI, Dimarkatso N. (1996), «Managing diversity: a senior management perspective», *Hospital & Health Services Administration*, 41(1): 3-18.
- WALMSLEY, Jan, REYNOLDS, Jill, SHAKESPEARE, Pam and WOOLFE, Ray (eds.) (1998), *Health welfare and practice. Reflecting on roles and relationships*, London: Sage/The Open University.
- WALSTON, Stephen L. et KIMBERLY, John R. (1997), «Reengineering Hospitals: Evidence from the Field», *Hospital & Health Services Administration*, 42 (2): 143-163.
- WARREN, Mary Guptill (1997), *Managed care, deprofessionalization, and physician satisfaction*, Doctor of Philosophy in Sociology Thesis. Phoenix: Arizona State University.
- WATERS, Adele (1999), «Professional tribalism will increase as nurses accept greater responsibility», *Nursing Standard*, 13(36): 5.
- WEBER, Max (1947), *The theory of social and economics organization*. New York: Free Press.
- (1971a), *Économie et société*, Paris: Plon, vol.1.
- (1971b), «Os três aspectos de autoridade legítima», Amitai Etzioni, (ed), *Organizações complexas: Estudo das organizações em face dos problemas sociais*, São Paulo: Atlas, 17-26.

- WEICK, Karl (1976), «Educational organizations as loosely coupled systems», *Administrative Science Quarterly*, 26: 1-19.
- WEIL, Thomas P. et STACK, Madonna C. (1993), «Health Reform - Its Potential Impact on Hospital Nursing Service», *Nursing Economics*, 11 (4): 200-207.
- WEISS, Gregory L. and LONNQUIST, Lynne E. (1994), *Sociology of health, healing and illness*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- WELTY, Gordon (1985), «The emergence of the modern mode of medical production», *Humanity and Society*, 9: 371-387.
- WEST, Michael and FIELD, Rosemary (1995a), «Teamwork in primary health care. 1. Perspectives from organisational psychology», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 117-122.
- (1995b), «Teamwork in primary health care. 2. Perspectives from practices», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 123-130.
- WEST, Michael and POULTON, Brenda C. (1997), «A failure of function: teamwork in primary health care», *Journal of Interprofessional Care*, 11(2): 205-216.
- WHETTEN, David and GODFREY, Paul (1998), *Identity in organizations*, London: Sage.
- WHILE, Alison and BARRIBALL, Louise (1999), «Qualified and unqualified nurses' views of multidisciplinary team: findings of a large interview study», *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 77-89.
- WICKS, David (1998), «Organizational structures as recursively constructed systems of agency and constraint: compliance and resistance in the context of structural conditions», *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 35(3): 369-391.
- WICKS, Deidre (1998), *Nurses and doctors at work*, Buckingham: Open University Press.
- WILKENING, Werner (1994), «Déclaration spontanée des problèmes de santé et de sécurité», *P+ Moniteur Europeen de la Participation*, 8: 18-19.
- WILKINSON, Adrian, MARCHINGTON, Mick and GOODMAN, John (1992), «Total quality management and employee involvement», *Human Resource Management Journal*, 2(4): 1-20.
- WILLER, David, LOVAGLIA, Michael J. and MARKOVSKY, Barry (1997), «Power and influence: a theoretical bridge», *Social Forces*, 76 (2): 571-604.
- WILLIAMS, Gareth (1991), «Disablement and the ideological crisis in health care», *Social Science and Medicine*, 32(4): 517-524.
- WILLIAMS, Glenn and LAUNGANI, Pittu (1999), «Analysis of teamwork in a NHS community trust: an empirical study», *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 19-28.
- WILLIAMS, Simon (1998), «'Capitalising' on emotions? Rethinking the inequalities in health debate», *Sociology*, 32(1): 121-140.
- WILLIAMS, Simon, ANNANDALE, Ellen and TRITTER, Jonathan (1998), «The Sociology of Health and Illness at the Turn of the Century: Back to the Future?», *Sociological Research Online*, 3 (4), <<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/4/1.html>>, 82kb, 09-03-1999.
- WILLIAMSON, Valerie (1995), «Personal care and teamwork in primary care: the patient's perspective», *Journal of Interprofessional Care*, 9(2): 101-106.
- WITZ, Anne (1990), «Patriarchy and professions: the gendered politics of occupational closure», *Sociology*, 24: 675-690.
- (1992), *Professions and patriarchy*, London: Routledge.
- (1994), «The challenge of nursing», Jonathon Gabe, David Kelleher and Gareth Williams (org.), *Challenging Medicine*, London: Routledge.
- WOLINSKY, Fredric D. (1993), «The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: an overview and synthesis», Frederic W. Hafferty and John B. McKinlay (org.), *The changing medical profession. An international perspective*, Oxford: Oxford University Press, 11-24.

- WONG, John Kong-Fah (1982), *An empirical study of conflict in an emerging distribution channel of primary health care: The case of the nurse practitioner - physician relationship*, Doctor of Philosophy in Management and Marketing Thesis, Alabama: The University of Alabama.
- WOOD, Linda A. e KROGER, Rolf O. (2000), *Doing discourse analysis. Methods for studying action in talk and text*, London: Sage Pub.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988), *Learning together to work together for health*. Geneva: World Health Organization.
- WROBLEWSKI, Sandra Sieler (1987), *The doctor-nurse game: Inferred role reversal norms*. Doctor of Philosophy in Education Thesis. Santa Barbara: University of California.
- YARLING, Roland R. and McELMURRY, Beverly J. (1986), «The moral foundation of nursing», *Advances in Nursing Science*, 1: 63-73.
- YEATTS, Dale E. and HYTEN, Cloyd (1998), *High-performing self-managed work teams*. London: Sage.
- YIN, Robert (1989), *Case study research. Design and methods*, London: Sage Pub.
- (1992), «The case study method as a tool for doing evaluation», *Current Sociology*, 40(1): 121-137.
- (1993), *Applications of case study research*, London: Sage Pub.
- YODER, Janice D., ANIAKUDO, Patricia and BERENDSEN, Lynne (1996), «Looking beyond gender: the effects of racial differences on tokenism perceptions of women», *Sex Roles: A Journal of Research*, 35(7-8): 389-401.
- YOUNG, Kate and HAYNES, Robin (1993), «Assessing population needs in primary health care: the problem of GP attachment», *Journal of Interprofessional Care*, 7(1): 15-27.
- YOUNG, Susan et BROWN, Hazel N. (1998), «Effects of hospital downsizing on surviving staff», *Nursing Economics*, 16 (5): 258-262.
- ZARIFIAN, Philippe (1993), *Quels modèles d'organisation pour l'industrie européenne?*, Paris: L'Harmattan.
- ZERUBAVEL, Eviatar (1979), *Patterns of time in hospital life*, Chicago: The University of Chicago Press.

2.- Outros Documentos

- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (1997), *Opções para um debate nacional*, Porto: CRES.
- (1998), *Recomendações para uma reforma estrutural*, Porto: CRES.
- DIÁRIO DO ALENTEJO (1999), «Faltam enfermeiros no Distrito de Beja. Entrevista a Edgar Santos», *Diário do Alentejo*, 8 de Outubro.
- DIÁRIO DO ALENTEJO (1999), «Novo século novas práticas. Entrevista a Inácio Neves», *Diário do Alentejo*, 5 de Novembro.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1998), *Estatísticas de saúde*, Lisboa: INE.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO (s.d.), *Estatísticas Regionais (1997-1999)*. Évora: ARSA (policopiado).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1997), *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), *Saúde em Portugal: uma estratégia para virar do século 1998-2002: Orientações para 1998*, Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA (1998), *Guia para "gestão do quotidiano": Estudo sobre "circuitos e organização nos centros de saúde"*,

Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-Região de Saúde de Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998a), *Centros de saúde: Estatísticas de 1996*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998b), *Elementos Estatísticos: Saúde 1996*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998c), *O hospital português*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998d), *Breviário dos Sistemas Locais de Saúde*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1999), *Saúde um compromisso*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (1999), *Conclusões 1º Congresso do SEP - "Rumo ao Século XXI"*, Lisboa 5, 6 e 7 de Março de 1999 (policopiado).

Anexos

Anexo 1

Enfermagem e Participação Directa: Estudo de Caso
Guião da Entrevista [Enfermeiros e Chefes de Enfermagem]

Dimensão e Objectivo	Questão Principal	Questão Acessória
<p>Dimensão 1: Enfermagem e orientações profissionais</p> <p>Objectivo 1: Analisar as actividades e as suas orientações profissionais.</p>	<p>* Pode descrever, em traços gerais, o trabalho que se faz no seu serviço? [P1]</p> <hr/> <p>* Considera que a organização do trabalho e a prática da enfermagem hospitalar é distinta da dos centros de saúde? Se sim, por favor explicita as principais diferenças ? [P5]</p> <hr/> <p>* O que é que pensa sobre a autonomia da prestação de cuidados? [P11]</p>	<p>* Sente-se satisfeito/a com as funções que desempenha? Se sim, em relação a quais aspectos? [P2]</p> <p>* Na sua opinião, os conhecimentos adquiridos na sua formação inicial tem sido suficientes para a resolução dos problemas no quotidiano? E, em relação ao actual ensino de enfermagem? [P3]</p> <p>* Considerando o trabalho de hoje, pensa que tem ocorrido alterações fundamentais ao longo do tempo? Se sim, quais? [P4]</p> <hr/> <p>* Considera que a prática de enfermagem do seu serviço está relacionada com algum modelo teórico de enfermagem ? [P6]</p> <p>* Considera que a prática de enfermagem é influenciada pelo sexo, pela idade, pela antiguidade na profissão e pela formação (ser especialista ou não) dos profissionais? [P7]</p> <p>* Considera que é fácil "atrair" profissionais de enfermagem para trabalhar na sua organização e/ou no seu serviço? [P8]</p> <p>* Quando chega um novo profissional no seu serviço, como se processa a sua integração? [P9]</p> <p>* Em termos de desempenho, como é que se processa a avaliação das actividades profissionais? Considera imprescindível a presença dos médicos neste processo de avaliação [P10]</p> <hr/> <p>* O que é que mais valoriza nas relações enfermeiro-médico-outro pessoal ? E na relação com o utente ? E com os colegas? E em relação aos outros serviços de saúde? [P12]</p> <p>* Na sua opinião, qual é o perfil de um "bom" profissional de enfermagem ? E um "bom" médico? [P13]</p>
<p>Dimensão 2: Participação Directa</p> <p>Objectivo 2: Identificar, sob o ponto de vista da enfermagem, os fundamentos da participação directa na organização do seu trabalho</p>	<p>* O que pensa sobre a participação da enfermagem na organização? [P14]</p>	<p>* Pode exemplificar alguma situação que traduza as características da participação directa no trabalho que existe no seu serviço? [P14.1]</p> <p>* A administração/direcção, as chefias em geral e os médicos pedem opiniões ou consultam individualmente e/ou em grupo os enfermeiros acerca dos assuntos relacionados com a prestação de cuidados de saúde ? Se sim, em relação a quais aspectos? [P15]</p> <p>* Considera que a administração/direcção, as chefias em geral conferem aos enfermeiros, o direito de tomar decisões individualmente e/ou em grupo sobre a organização do trabalho no seu serviço ? Se sim, em relação a quais aspectos? [P16]</p> <p>* Em que medida, julga que os representantes dos enfermeiros (p.e. delegados sindicais) da sua instituição são informados, consultados e participam nas negociações ou na tomada de decisões conjunta sobre as alterações na organização e/ou no planeamento do trabalho? [P17]</p> <p>* Indique sugestões, medidas e facilidades que a sua instituição deverá oferecer aos enfermeiros para que estes possam desenvolver adequadamente a sua actividade. [P18]</p>
<p>Dimensão 3: Caracterização do entrevistado</p> <p>Objectivo 3: Identificação do entrevistado</p>	<p>* Instituição [P19]</p> <hr/> <p>* Sexo [P22]</p> <p>* Idade [P23]</p> <p>* Antiguidade na profissão [P24]</p>	<p>* Função desempenhada na Instituição [P20]</p> <p>* Tempo de serviço na organização [P21]</p>

Enfermagem e Participação Directa: Estudo de Caso
Guião da Entrevista [Administradores, Directores de Enfermagem e Médicos]

Dimensão e Objectivo	Questão Principal	Questão Acessória
<p>Dimensão 1: Caracterização da Prestação de Cuidados de Saúde</p> <p>Objectivo 1: Identificar as políticas e as práticas na rede de cuidados de saúde</p>	<p>* O que é que pensa sobre a actual rede de cuidados de saúde na sua Região de Saúde? [PA1]</p>	<p>* Considera que as diferentes formas de gestão da organização dos serviços de saúde implementadas nesta Região de Saúde (ou Sub-Região de Saúde), têm tido repercussões na prática médica e de enfermagem? Se sim, em relação a quais aspectos? [PA2]</p> <p>* Ao longo da sua experiência profissional, o que é que mais lhe preocupa na prestação de cuidados de saúde? [PA3]</p>
<p>Dimensão 2: Enfermagem e orientações profissionais</p> <p>Objectivo 2: Analisar as actividades e as orientações profissionais.</p>	<p>* Pode descrever, em traços gerais, o trabalho de enfermagem que se faz no seu serviço? [P4]</p> <p>* Considera que a organização do trabalho e a prática hospitalar, quer ao nível da prática médica, quer no domínio da enfermagem, é distinta da dos centros de saúde? Se sim, por favor explicita as principais diferenças? [P8]</p> <p>* O que é que pensa sobre a autonomia da enfermagem na prestação de cuidados? [P12]</p>	<p>* Sente-se satisfeito/a com as funções desempenhas pelos enfermeiros? Se sim, em relação a quais aspectos? [P5]</p> <p>* Considerando o trabalho de enfermagem de hoje, pensa que tem ocorrido alterações fundamentais ao longo do tempo? Se sim, quais? [P6]</p> <p>* Considera que a actual formação académica dos enfermeiros, como curso superior, tem contribuído para uma prática diferente de enfermagem? [P7]</p> <p>* Considera que a prática de enfermagem é influenciada pelo sexo, pela idade, pela antiguidade na profissão e pela formação (ser especialista ou não) dos profissionais? [P9]</p> <p>* Considera que é fácil "atrair" profissionais (médicos e enfermeiros) para trabalhar na vossa Região de Saúde, nomeadamente na sua organização e/ou no seu serviço? [P10]</p> <p>* Em termos de desempenho, como é que se processa a avaliação das actividades profissionais em enfermagem? Considera imprescindível a presença dos médicos neste processo de avaliação? [P11]</p> <p>* O que é que mais valoriza nas relações enfermeiro-médico-outro pessoal? E na relação com o utente? [P13]</p> <p>* Na sua opinião, qual é o perfil de um "bom" profissional de enfermagem? E de um "bom" médico? [P14]</p>
<p>Dimensão 3: Participação Directa</p> <p>Objectivo 3: Identificar os fundamentos da participação directa na organização do seu trabalho</p>	<p>* O que pensa sobre a participação da enfermagem na organização? [P15]</p>	<p>* Pode exemplificar alguma situação que traduza as características da participação directa no trabalho que existe no seu serviço? Considera que é imprescindível a participação dos enfermeiros no trabalho médico? Se sim, em relação a quais aspectos? [P15.1]</p> <p>* A administração/direcção, as chefias em geral e os médicos pedem opiniões ou consultam individualmente e/ou em grupo os enfermeiros acerca dos assuntos relacionados com a prestação de cuidados de saúde? Se sim, em relação a quais aspectos? [P16]</p> <p>* Considera que a administração/direcção, as chefias em geral conferem aos enfermeiros, o direito de tomar decisões individualmente e/ou em grupo sobre a organização do trabalho no seu serviço? Se sim, em relação a quais aspectos? [P17]</p> <p>* Em que medida, julga que os representantes dos médicos e dos enfermeiros (p.e. delegados sindicais) da sua instituição são informados, consultados e participam nas negociações ou na tomada de decisões conjunta sobre as alterações na organização e/ou no planeamento do trabalho? [P18]</p> <p>* Indique sugestões, medidas e facilidades que a sua instituição deverá oferecer aos profissionais, nomeadamente para a enfermagem, para que estes possam desenvolver adequadamente a sua actividade. [P19]</p>
<p>Dimensão 4: Caracterização do entrevistado</p> <p>Objectivo 4: Identificação do entrevistado</p>	<p>* Instituição [P20]</p> <p>* Sexo [P23]</p> <p>* Idade [P24]</p> <p>* Antiguidade na profissão [P25]</p>	<p>* Função desempenhada na Instituição [P21]</p> <p>* Tempo de serviço na organização [P22]</p>

Enfermagem e Participação Directa: Estudo de Caso
Guião do Questionário [Enfermeiros e Chefes de Enfermagem]

Dimensão analítica 1	Objectivo	Variáveis	Indicadores	Questões
Perfil do Inquirido	Caracterização do inquirido sociodemográfica, profissional, trajectória escolar	Sexo		P3
		Idade		P4
		Habilit. Literárias Trajectória escolar	* Grau de instrução * Outra formação * Ano de conclusão do curso de base	P5.1.1 a P5.1.5 P5.1 P.5a
		Local de Trabalho	* Tipo de organiz. e serviço	P1 P2
		Profissão	* Categ. profissional * Antig. profissão * Antig. na organiz. * Vínculo à organiz.	P6 P7 P8 P9 e P9.1

Dimensão Analítica 2	Trabalho em Enfermagem			
Sub-Dimensão analítica 1	Objectivo	Variáveis	Indicadores	Questões
Contexto de Trabalho em Enfermagem	Caracterização do trabalho	Enquadramento do trabalho	* Prática hospitalar e nos centros de saúde	P12 e P12.1
		Características do trabalho	* Ideologias da profissão * Divisão do trab. * Variedade das actividades * Freq. Partilha de Inf. * Delegação das actividades	P13.1 a P13.15 P17.1 a P17.6.1 P16.1 a P16.15.1 P21 (P21.1 e P21.2) P19, P19.1 e P20, P20.1
		Influências dos Actores	* Influências externas, internas e pessoais	P14.1 a P14.20
		Autonomia	* Responsabilidade pessoal	P13.6 P15.13
		Valores Organ.	* Valores partilhados sobre a organização, as relações profissionais e o ambiente de trabalho	P15.1 a P15.13
		Satisfação em geral	* Satisfação com as activ. quotidiano	P18 (P18.1, P18.2)
Sub-Dimensão analítica 2	Objectivo	Variáveis	Indicadores	Questões
Trabalho e Formação	Caracterização da importância da formação	Aplicabilidade dos Conhecimentos adquiridos	* Influência da formação no quotid de trabalho	P22 (P22.1, P22.2)
		Participação na formação	* Frequência a acções	P23 P23.1 a P23.1.5.1
			* Actualiza conhecim.	P23.2 a P23.2.5.1

Dimensão analítica 3	Objectivos	Variáveis	Indicadores	Questões
Participação	Caracterização da participação directa	Factores de Participação directa	* Fact. de Adesão * Fact. de rejeição	P25.1 a P25.13.1 P27.1 a P27.13.1
		Desenvolvimento do Processo de Participação directa	* Fact. Desenvolv. * Desenvolvimento da prática de PD (formação, lider., implementação) * Freq propostas para a mudança * Freq da inform. e consulta * Decisores da mudança	P26.1 a P26.29.1 P33, P33.1 a P33.5.5.1 P34, P35 P36 P37, P38 P39
		Formas de Participação	* Formas Consulta * Temas de consult * Formas TDecisão * Formas PD preferidas	P28, P28.1 a P28.5.1 P29, P29.1 a P29.3.1 P30.1 a P30.10.1 P31, P31.1 a P31.7.1 P32, P32.1 a P32.11.1 P40
		Efeitos da Participação	* Prática na organ. * Contributos	P24 P41, P41.1 a P41.7.1
	Participação indirecta	Associação sindical	* Pertença ao movimento sindical * Percepção do "peso" da adesão ao movimento sindical	P10 P11

Dimensão analítica 4	Objectivo	Variáveis	Indicadores	Questões
Perspectivas futuras	Caracterização das sugestões, medidas e facilidades	Qualidade das práticas	* Avaliação da qualidade das práticas e da org.	P42, P43, P44
		Estratégias organizacionais	* Aspectos positivos Aspectos negativos	P45

ENFERMAGEM e PARTICIPAÇÃO
Estudo de Caso
INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Escolha uma resposta para cada situação e assinale-a com um X.
Nas perguntas abertas, descreva a sua opinião ou a sua situação nas linhas em branco.

____ (código inq.)
Zona Amostral A B C

P1. Hospital / Centro de Saúde : _____

P2. Serviço / Unidade onde exerce a sua actividade profissional : _____

A - CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

P3. Sexo

- Feminino 1
Masculino 2

P4. Idade ____ anos

P5. Formação (assinale com X as suas múltiplas situações. Indique apenas os cursos efectivamente concluídos)

- Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal
Curso Superior de Enfermagem (bacharelato)
Curso de Especialização em Enfermagem
Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem
Outros

P5.1. Quais ? _____

P5a. Ano de conclusão do curso de enfermagem (formação inicial) ____ anos

P6. Qual é a sua categoria profissional ?

- Enfermeiro 1
Enfermeiro graduado 2
Enfermeiro especialista 3
Enfermeiro chefe 4

P7. Antiguidade (tempo de exercício) na profissão: ____ anos

P8. Indique a sua antiguidade no Hospital / Centro de Saúde: ____ anos

P9. Qual é o seu vínculo laboral com a organização?

- Sem vínculo (recibo verde) 1
Contrato a termo certo 2
Contrato administrativo de provimento .. 3
Integrado no quadro e/ou mapa 4
Outra (por favor especifique) 5

P9.1. Qual ? _____

P10. É membro de alguma associação sindical ?

- Sim 1
Não 2

P11. Aproximadamente, qual é a percentagem de enfermeiros que julga serem sindicalizados na sua organização? ____ %

B - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

P12. Considera que a prática da enfermagem hospitalar é distinta da dos centros de saúde?

- Sim 1
Não 2

→ P12.1 Se respondeu "SIM", indique, por favor, pelo menos duas das principais diferenças

P13. Na sua opinião, qual é o grau de importância das seguintes situações para uma "boa" prática da enfermagem?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Humanização das relações | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2. A profissão como uma vocação | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 3. Predomínio da orientação do cuidar sobre o curar | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 4. Predomínio da sensibilidade pessoal sobre a técnica | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 5. Predomínio da orientação técnica sobre o relacional | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 6. Não subordinação ao controlo médico | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 7. Domínio de todas as técnicas de enfermagem | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 8. Domínio das técnicas das ciências biomédicas | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 9. Domínio dos métodos e técnicas de investigação | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 10. Formação contínua | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 11. Distanciamento dos conhecimentos teóricos | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 12. Capacidade de rápida decisão individual | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 13. Capacidade de ajuda e encaminhamento do utente | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 14. Capacidade de adaptação à mudança | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 15. Negociador de comportamentos | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

P14. Na sua opinião, qual é o grau de influência que as seguintes organizações, grupos ou pessoas podem exercer no trabalho de enfermagem que realiza na sua organização ?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Ministério da Saúde | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2. Autarquias | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 3. Ordem dos Enfermeiros | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 4. Sindicatos dos Enfermeiros | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 5. Outras associações profissionais | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 6. Escolas Superiores de Enfermagem | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 7. Os cidadãos em geral | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 8. Administração da Região de Saúde | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 9. Coordenação da Sub-Região de Saúde | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 10. Administração/Direcção da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 11. Direcção médica da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 12. Direcção de enfermagem da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 13. Os utentes/doentes do serviço | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 14. Os médicos da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 15. As chefias administrativas da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 16. Os outros profissionais da sua organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 17. O(s) chefe(s) de enfermagem do seu sector | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 18. Os colegas da equipa de enfermagem | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 19. Os auxiliares de acção médica | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 20. A sua própria pessoa | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

P15. Na sua opinião, qual é o grau de importância de cada uma das seguintes situações no seio dos profissionais de enfermagem da sua organização?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Capacidade de trabalhar em equipa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Prestígio da profissão junto dos utentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Remuneração | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Realização pessoal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Realização profissional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Solidariedade entre os profissionais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Participação directa na gestão das actividades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Inovação dos procedimentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Aceitação das opiniões e sugestões das chefias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Partilha na tomada de decisões..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Actualização permanente dos conhecimentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Autonomia da profissão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

P16. Na sua opinião, qual é o peso relativo das seguintes actividades no quotidiano do seu trabalho ?

(1 – nenhum; 2 – reduzido; 3 – moderado; 4 – elevado; 5 – muito elevado)

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Administração de terapêutica (injectáveis/orais) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Preparação de terapêuticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Algalias / desalgalias | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Pensos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Diagnóstico de necessidades dos utentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Informação e/ou ensino dos utentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Preparação dos materiais "assépticos" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Análise e reposição dos materiais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Contacto com os familiares dos utentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Apoio à actividade dos médicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Consulta dos processos clínicos dos utentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Elaboração dos processos de enfermagem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Resolução de problemas administrativos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Apoiar os colegas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Outras (por favor especifique) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15.1. Quais ? _____

P17. Em relação à organização do trabalho em enfermagem, o que predomina no seu Serviço/Unidade?

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Cada um dos enfermeiros do serviço é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a um número fixo de doentes/utentes (internados e/ou de um ficheiro clínico) | <input type="radio"/> |
| 2. Cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes/utentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade | <input type="radio"/> |
| 3. A cada enfermeiro(a) é distribuído diariamente um número de doentes/utentes de que é responsável pelos cuidados a prestar-lhe | <input type="radio"/> |
| 4. Cada enfermeiro é responsável por todos os doentes/utentes do serviço, sendo o conjunto de cuidados a prestar-lhe repartido pelo total de enfermeiros presentes em cada turno e/ou unidade | <input type="radio"/> |
| 5. Cada enfermeiro realiza em conjunto com outros enfermeiros as actividades mais padronizadas, tendo simultaneamente um número fixo de doentes de que é individualmente responsável | <input type="radio"/> |
| 6. Outras (por favor especifique) | <input type="radio"/> |

6.1. Quais ? _____

P18. Em relação às actividades quotidianas:

P18.1 Quais são as actividades quotidianas do seu trabalho que lhe dão maior satisfação?
(indique no máximo cinco actividades)

P18.2 E, quais são as actividades quotidianas do seu trabalho que lhe dão menor satisfação?
(indique no máximo cinco actividades)

P19. Em sua opinião, algumas das suas actividades deviam ser efectuadas pelos médicos?

- Sim 1
Não 2

→ **P19.1** Se respondeu “SIM”, indique, por favor, as algumas dessas actividades
(indique no máximo cinco actividades)

P20. Na sua opinião, algumas das suas actividades devem ser delegadas a auxiliares de acção médica?

- Sim 1
Não 2

→ **P20.1** Se respondeu “SIM”, indique, por favor, as algumas dessas actividades
(indique no máximo cinco actividades)

P21. No contexto das relações de trabalho:

P21.1. qual é o grau de frequência com que os médicos consultam os processos de enfermagem dos utentes?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- 1 2 3 4 5

P21.2. qual é o grau de frequência com que os enfermeiros-chefe consultam os processos?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- 1 2 3 4 5

P22. Em sua opinião, os conhecimentos adquiridos:

P22.1. na sua formação inicial têm sido suficientes para a resolução dos problemas quotidianos?

(1 – nada; 2 – muito pouco; 3 – em parte; 4 – quase totalmente; 5 – totalmente)

- 1 2 3 4 5

P22.2. E, caso tenha formação especializada, os conhecimentos adquiridos têm sido suficientes para a resolução dos problemas quotidianos no seu serviço?

(1 – nada; 2 – muito pouco; 3 – em parte; 4 – quase totalmente; 5 – totalmente)

- 1 2 3 4 5

P23. Costuma frequentar as acções de formação e de actualização permanente?

- Sim 1
Não 2

→ P23.1 Se frequenta regularmente, quais são as áreas de formação que lhe desperta ou tem despertado maior interesse? (assinale com X as suas múltiplas opções)

- 1. Metodologias de enfermagem
- 2. Métodos e técnicas de investigação
- 3. Desenvolvimento pessoal e social
- 4. Gestão e administração
- 5. Outras formas

5.1. Quais ? _____

→ P23.2 Se não frequenta, como procede para actualizar os seus conhecimentos? (assinale com X as suas múltiplas opções)

- 1. Solicitando o apoio dos enfermeiros-chefe
- 2. Através da partilha de informação com os colegas
- 3. Através do contacto com os colegas de outros serviços
- 4. Adquirindo livros e revistas
- 5. Outras formas

5.1. Quais ? _____

C. OPINIÃO GERAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO DIRECTA

Entende-se por **Participação Directa (PD)** da enfermagem no quotidiano da produção de cuidados, um processo de reorganização do trabalho, não regulado unilateralmente pelas hierarquias, mas sim pelos próprios profissionais, sendo a adesão e a rejeição à introdução e ao desenvolvimento do processo e das formas que assume, mediada por uma orientação avaliativa dos profissionais, positiva ou negativa, em relação aos diferentes contextos de estruturação e de reestruturação das suas práticas no quotidiano. As formas de envolvimento dos(as) enfermeiros(as), tanto em termos individuais como em grupos, podem ser, quer sob a forma de consulta, quer sob a forma de delegação de poderes para a tomada de decisão na organização do seu trabalho.

P24. Considera que a participação directa tem sido uma prática corrente na organização do trabalho em enfermagem no seu serviço?

- Sim 1
Não 2

Se respondeu "NÃO", passe para a pergunta seguinte e termine o inquérito após a sua resposta.

Se respondeu "SIM", passe para a pergunta seguinte e as subsequentes.

P25. Em que medida cada um dos seguintes aspectos NÃO CONTRIBUI para a adesão dos enfermeiros às práticas de participação directa (PD) na sua organização?

(1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente)

1. A participação directa (PD) não dá poder aos enfermeiros, e apenas aumenta o papel e a influência dos enfermeiros-chefe 1 2 3 4 5
2. A PD não ajuda os enfermeiros a sentirem-se envolvidos na organização da prestação de cuidados 1 2 3 4 5
3. A PD reduz a necessidade da existência de sindicatos e de outros sistemas de representação dos enfermeiros 1 2 3 4 5
4. A PD requer um período demasiado longo de planeamento e de implementação 1 2 3 4 5
5. Os profissionais não manifestam disponibilidade pessoal para a PD..... 1 2 3 4 5
6. A organização não investe na formação dos profissionais .. 1 2 3 4 5
7. A PD não melhora a qualidade do serviço 1 2 3 4 5
8. A PD é um jogo da Administração / Direcção, utilizado para manipular os enfermeiros 1 2 3 4 5
9. A PD não contribui para a redução dos custos nos serviços .. 1 2 3 4 5
10. Não contribui para a satisfação dos profissionais 1 2 3 4 5
11. Não incentiva o aperfeiçoamento contínuo 1 2 3 4 5
12. Não melhora a qualidade de vida profissional 1 2 3 4 5
13. Outras (por favor especifique) 1 2 3 4 5
13.1. Quais ? _____

Agradeço a sua colaboração

P26. Na sua opinião, qual é o grau de influência de cada uma das seguintes situações no desenvolvimento da participação na organização do trabalho em enfermagem na sua instituição?

(1 – nenhuma; 2 – reduzida; 3 – moderada; 4 – elevada; 5 – muito elevada)

- | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. As relações com os(as) colegas | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2. As relações com os(as) enfermeiros(as)-chefe | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 3. As relações com os(as) médicos(as) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 4. As relações com os(as) auxiliares de acção médica | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 5. As relações com os outros profissionais | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 6. As relações com a administração / direcção | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 7. O tipo de tarefas que efectua | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 8. Ser consultado sobre os assuntos relacionados com o seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 9. A participação directa nas decisões sobre o seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 10. A participação directa em grupos de trab (projectos e estudos) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 11. A participação directa na realização do plano de actividades da organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 12. O funcionamento formal da organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 13. O salário que recebe | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 14. A sua categoria profissional | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 15. O funcionamento informal do sector /equipa, onde desenvolve a sua actividade | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 16. O prestígio social por trabalhar na organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 17. O reconhecimento que os colegas da mesma carreira profissional dão pelo seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 18. O reconhecimento que os médicos dão pelo seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 19. O reconhecimento que os auxiliares de acção médica dão pelo seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 20. O reconhecimento que as chefias e a Direcção ou Administração dão pelo seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 21. O reconhecimento que os utentes dão pelo seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 22. A autonomia (possibilidade de agir e pensar com independência) que possui para efectuar o seu trabalho | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 23. As condições físicas de trabalho (luz, ruído, etc.) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 24. A boa comunicação da organização (rapidez e eficiência na difusão dos assuntos de interesse profissional) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 25. O contacto com os outros sectores (ou equipas) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 26. Ser informado dos objectivos dos planos de actividades da organização, em geral | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 27. Formação e actualização permanente sobre os novos procedimentos do trabalho em saúde | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 28. A subordinação ao controlo médico | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 29. Outras (por favor especifique) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 29.1. Quais ? _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

P27. Na sua opinião, em que medida cada um dos seguintes aspectos CONTRIBUI para a adesão dos enfermeiros às práticas de participação directa (PD) na sua organização ?

(1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não discordo nem concordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente)

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Necessidade de melhorar a qualidade do serviço | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2. Necessidade de redução dos custos nos serviço | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 3. Satisfação dos profissionais | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 4. Incentivo ao aperfeiçoamento contínuo | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 5. Qualidade de vida profissional | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 6. Acesso dos enfermeiros a "poderes" na decisão | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 7. Exigência dos enfermeiros | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 8. Exigência das organizações representativas | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 9. Seguir o exemplo de outras organizações | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 10. Requisitos de legislação | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 11. Sentimento de envolvimento nos assuntos relacionados com o trabalho na organização | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 12. A participação directa é uma técnica de gestão que orienta todas as acções organizativas | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 13. Outras (por favor especifique) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 13.1. Quais ? _____ | | | | | |

P28. Considerando a prática de participação na sua organização, a administração/direcção pede opiniões ou consulta individualmente os enfermeiros acerca dos assuntos relacionados com o trabalho de enfermagem?

- Sim 1
 Não 2

→ P28.1 Se respondeu "SIM", indique, uma ou mais formas de participação: (assinale com X as suas múltiplas opções)

1. Reuniões regulares com a chefia directa
 2. Análises regulares do desempenho
 3. Inquéritos às atitudes
 4. Contactos regulares com um dos elementos da administração
 5. Outras formas (por favor especifique)
- 5.1. Quais? _____

P29. E, a administração/direcção pede opiniões ou consulta grupos de enfermeiros, formalmente criados, acerca dos assuntos relacionados com o trabalho?

- Sim 1
 Não 2

→ P29.1 Se respondeu "SIM", indique, uma ou mais formas de participação: (assinale com X as suas múltiplas opções)

1. Reuniões regulares com grupos com uma tarefa específica, numa base **durável** (por ex. equipas de qualidade)
 2. Reuniões regulares com grupos com uma tarefa específica, numa base **temporária** (por ex. grupos de projecto)
 3. Outras formas (por favor especifique)
- 3.1. Quais? _____

P30. Em que matérias e com que frequência são pedidas as opiniões aos enfermeiros?

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre)

- | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|
| 1. Organização do trabalho em geral | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 2. Horário de trabalho | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 3. Higiene e segurança | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 4. Formação | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 5. Qualidade do serviço prestado | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 6. Relações com os utentes | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 7. Relações com os médicos | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 8. Relações com as chefias directas | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 9. Relações com os outros profissionais | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 10. Outras (por favor especifique) | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | 2 | <input type="radio"/> | 3 | <input type="radio"/> | 4 | <input type="radio"/> | 5 |
| 10.1. Quais ? | | | | | | | | | | |

P31. Existe, efectivamente, na sua organização a possibilidade de tomar decisões individualmente sobre o modo como o seu trabalho é realizado?

- Sim 1
Não 2

→ P31.1 Se respondeu “SIM”, indique, os aspectos relacionados com a tomada de decisões:
(assinale com X as suas múltiplas opções)

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Organização do trabalho em geral | <input type="radio"/> |
| 2. Horário de trabalho | <input type="radio"/> |
| 3. Higiene e segurança | <input type="radio"/> |
| 4. Qualidade do serviço prestado | <input type="radio"/> |
| 5. Formação | <input type="radio"/> |
| 6. Relações com os utentes | <input type="radio"/> |
| 7. Outras formas (por favor especifique) | <input type="radio"/> |
| 7.1. Quais? | |

P32. E em termos de tomada de decisões em grupo, existe na sua organização a possibilidade sobre o modo como é realizado o trabalho?

- Sim 1
Não 2

→ P32.1 Se respondeu “SIM”, indique, os aspectos relacionados com a tomada de decisões:
(assinale com X as suas múltiplas opções)

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Organização de trabalho em geral | <input type="radio"/> |
| 2. Distribuição do horário de trabalho | <input type="radio"/> |
| 3. Higiene e segurança | <input type="radio"/> |
| 4. Qualidade do serviço prestado..... | <input type="radio"/> |
| 5. Formação | <input type="radio"/> |
| 6. Relações com os utentes | <input type="radio"/> |
| 7. Pontualidade | <input type="radio"/> |
| 8. Controlo da assiduidade e do absentismo..... | <input type="radio"/> |
| 9. Rotação de tarefas e serviços | <input type="radio"/> |
| 10. Coordenação do trabalho com outros grupos | <input type="radio"/> |
| 11. Outras formas (por favor especifique) | <input type="radio"/> |
| 11.1. Quais? | |

P33. A administração/direcção organizou qualquer tipo de formação dos enfermeiros e/ou das chefias, nas seguintes áreas destinadas a apoiar as suas actividades de aprender a consultar e a tomar de decisões?

- Sim 1
 Não 2

→ P33.1 Se respondeu "SIM", indique, a(s) área(s) e o(s) tipo(s) de formação:
 (assinale com X as suas múltiplas opções)

	Consulta		Tomada de decisões	
	enfermeiros	chefias	enfermeiros	chefias
1. Processos de recolha e análise de informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Competências de apresentação pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Competências interpessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dinâmica de grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Outras (por favor especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.1. Quais ? _____

P34. Em caso de haver grupos de consulta e /ou de tomada de decisões, o líder do grupo é essencialmente escolhido(a):
 (aponte apenas uma opção)

1. Administração / Direcção 1
 2. Grupo 2
 3. Ambos 3

P35. Em caso de haver grupos de consulta e/ou de tomada de decisões, estes propõem mudanças na organização e/ou no planeamento do trabalho?

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – frequente; 5 – muito frequentemente)

- 1 2 3 4 5

P36. Por favor indique quais das seguintes afirmações melhor definem a prática corrente de participação directa dos enfermeiros na sua organização ?

1. A participação dos enfermeiros quer individual quer em grupo é:
 (aponte apenas uma opção)

1. voluntária 1
 2. obrigatória 2
 3. ambas as situações 3

2. A composição dos grupos é decidida pela(a):
 (assinale com X as suas múltiplas opções)

1. administração
 2. direcção de enfermagem
 3. chefia directa
 4. grupo

3. As questões a discutir pelo grupo são decididas pela(a):
 (assinale com X as suas múltiplas opções)

1. administração
 2. direcção de enfermagem
 3. chefia directa
 4. grupo

P37. Considera que todos enfermeiros do seu serviço são devidamente informados e consultados pelas hierarquias directas das razões de mudança, quando são introduzidas alterações na organização e/ou no planeamento do trabalho?

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – frequente; 5 – muito frequentemente)

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

P38. Em que medida, julga que os representantes dos enfermeiros (p.e. delegados sindicais) da sua organização são informados, consultados e participam nas negociações ou na tomada de decisões conjunta sobre as alterações na organização e/ou no planeamento do trabalho?

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – frequente; 5 – muito frequentemente)

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Informados | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 2. Consultados | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 3. Participam nas negociações | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |
| 4. Participam na tomada de decisões conjunta | ○ 1 | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4 | ○ 5 |

P39. Quem decide se as mudanças devem ser ou não implementadas?

(assinale com x as suas múltiplas opções)

- 1. Administração ○
- 2. Direcção Médica ○
- 3. Direcção de Enfermagem ○
- 4. Grupo ○
- 5. Outras situações ○
- 5.1. Quais ? _____

P40. Na sua opinião, quais são as formas de participação directa que considera mais importantes para o trabalho da enfermagem na sua organização?

(assinale com x as suas múltiplas opções)

- 1. Consulta individual ○
- 2. Consulta a grupos ○
- 3. Tomada de decisões individuais ○
- 4. Tomada de decisões em grupo ○

P41. Na sua opinião, a participação directa contribui pela melhoria do ambiente de trabalho da enfermagem na sua organização?

- Sim ○ 1
 Não ○ 2

P41.1. Se respondeu "SIM", quais foram os aspectos de melhoria ?

(assinale com X as suas múltiplas opções)

- 1. Qualidade no serviço ○
- 2. Satisfação no Trabalho ○
- 3. Formação contínua ○
- 4. Autonomia no trabalho ○
- 5. Relações com os colegas ○
- 6. Relações com outros profissionais ○
- 7. Outras situações (por favor especifique) ○
- 7.1. Quais ? _____

Anexo 2

Resultados da Análise Factorial Uma Exemplificação

Escala dos Actores: Influência das Organizações, dos Grupos e das Pessoas na Prática de Enfermagem

Sintaxe em SPSSWin v10

FACTOR

```

/VARIABLES p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p14.10
p14.11 p14.12 p14.13 p14.14 p14.15 p14.16 p14.17 p14.18 p14.19 p14.20
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p14.10
p14.11 p14.12 p14.13 p14.14 p14.15 p14.16 p14.17 p14.18 p14.19 p14.20
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(.0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION .
    
```

Teste de KMO e Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	,818
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	3796,864
	df
	190
	Sig.
	,000

Communalities

	Initial	Extraction
Ministério da Saúde	1,000	,600
autarquias	1,000	,631
Ordem dos enfermeiros	1,000	,745
Sindicatos dos enfermeiros	1,000	,728
outras associações profissionais	1,000	,642
escolas superiores de enfermagem	1,000	,656
cidadãos em geral	1,000	,580
administração da região de saúde	1,000	,781
coordenação da sub-região de saúde	1,000	,677
administração/direcção da sua organização	1,000	,509
direcção médica da sua instituição	1,000	,692
direcção de enfermagem da sua instituição	1,000	,698
utentes/doentes do serviço	1,000	,577
médicos da sua instituição	1,000	,678
chefias administrativas da sua instituição	1,000	,635
outros profissionais da sua instituição	1,000	,743
chefe(s) de enfermagem do seu serviço	1,000	,640
colegas da equipa de enfermagem	1,000	,750
auxiliares de acção médica	1,000	,675
a sua própria pessoa	1,000	,628

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,884	29,421	29,421	5,884	29,421	29,421	3,079	15,394	15,394
2	2,889	14,445	43,866	2,889	14,445	43,866	3,036	15,182	30,576
3	1,816	9,080	52,946	1,816	9,080	52,946	2,988	14,939	45,516
4	1,480	7,401	60,347	1,480	7,401	60,347	2,486	12,428	57,944
5	1,196	5,981	66,329	1,196	5,981	66,329	1,677	8,385	66,329
6	,833	4,166	70,495						
7	,749	3,743	74,238						
8	,656	3,278	77,516						
9	,616	3,078	80,593						
10	,588	2,939	83,532						
11	,494	2,472	86,004						
12	,459	2,294	88,298						
13	,417	2,084	90,382						
14	,407	2,035	92,417						
15	,299	1,497	93,914						
16	,292	1,459	95,373						
17	,265	1,323	96,696						
18	,235	1,176	97,871						
19	,226	1,128	99,000						
20	,200	1,000	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
colegas da equipa de enfermagem	,668	3,099E-02	-,527	-,158	-3,141E-02
auxiliares de acção médica	,662	-,274	-,320	-,118	,213
utentes/doentes do serviço	,648	-9,906E-02	-,381	-4,688E-02	-8,928E-04
administração da região de saúde	,646	-9,754E-02	,441	-,229	-,326
chefe(s) de enfermagem do seu serviço	,644	3,730E-02	-,247	,104	-,390
cidadãos em geral	,643	-,271	,114	-,283	-2,213E-02
coordenação da sub-região de saúde	,605	,131	,483	-1,928E-02	-,244
direcção de enfermagem da sua instituição	,599	,101	-,383	,135	-,405
escolas superiores de enfermagem	,599	-9,143E-02	,164	-,510	4,771E-02
outros profissionais da sua instituição	,596	-9,120E-02	,111	,319	,515
chefias administrativas da sua instituição	,551	-,302	,241	,366	,220
a sua própria pessoa	,535	,101	-,492	-,125	,272
administração/direcção da sua organização	,519	-,156	,309	-,337	8,173E-02
direcção médica da sua instituição	,472	-,462	,314	,333	-,215
Sindicatos dos enfermeiros	,311	,772	9,105E-02	2,933E-02	,164
Ordem dos enfermeiros	,356	,769	,137	-8,755E-02	3,255E-02
Ministério da Saúde	,152	,699	-6,975E-02	,241	-,158
outras associações profissionais	,415	,501	,267	-9,172E-02	,374
médicos da sua instituição	,452	-,456	-1,153E-03	,497	,138
autarquias	,439	,449	6,521E-02	,467	-,118

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 5 components extracted.

Rotated Component Matrix

	1	2	3	4	5
colegas da equipa de enfermagem	,801				
a sua própria pessoa	,762				
auxiliares de acção médica	,710				
utentes/doentes do serviço	,669				
Sindicato dos Enfermeiros		,845			
Ordem dos Enfermeiros		,823			
outras associações profissionais		,686			
Ministério da Saúde		,669			
Autarquias		,593			
administração da região de saúde			,808		
escolas superiores de enfermagem			,721		
administração/direcção da sua organização			,666		
coordenação da sub-região de saúde			,636		
cidadãos em geral			,633		
médicos da sua instituição				,760	
chefias administrativas da sua instituição				,745	
outros profissionais da sua instituição				,724	
direcção médica da sua instituição				,612	
direcção de enfermagem da sua instituição					,650
chefe(s) de enfermagem do seu serviço					,612

Extraction Method: Principal Component Analysis. - Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5
1	,569	,302	,557	,432	,299
2	-,054	,905	-,177	-,377	,064
3	-,747	,183	,560	,255	-,173
4	-,235	,138	-,564	,693	,358
5	,245	,191	-,166	,357	-,865

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Anexo 3

Resultados da Análise de Conteúdo
Uma Exemplificação
Participação Directa: Consulta e Tomada de Decisão

Sintaxe em SPAD 4

```
LECTURE DE LA BASE DE DONNEES
LECTURE DU FICHER BASE
NOM DE LA BASE      : C:\Alfa\Análise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.sba
NOMBRE D'INDIVIDUS  : 37
NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES : 6
NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES : 21
SELECTION DES VARIABLES TEXTUELLES ET DES INDIVIDUS
VARIABLE(S) TEXTUELLE(S) SELECTIONNEE(S)
tomada decisão indiv e em grupo
BILAN DE LA SELECTION DES INDIVIDUS
NOMBRE D'INDIVIDUS RETENUS : 37
NOMBRE D'INDIVIDUS ABANDONNES : 0
CREATION DU VOCABULAIRE DES MOTS
BILAN DE LA CREATION DU VOCABULAIRE DES MOTS
NOMBRE TOTAL DE REPOSES : 37
NOMBRE TOTAL DE MOTS : 2104
NOMBRE DE MOTS DISTINCTS : 705
POURCENTAGE DE MOTS DISTINCTS : 33.5
EFFECTIFS DES MOTS SELON LE NOMBRE DE LETTRES
```

NOMBRE DE LETTRES	EFFECTIFS OBSERVES	EFFECTIFS MAXIMAUX PREVUS
1	17	400
2	37	1600
3	55	2560
4	64	4240
5	117	5200
6	84	5200
7	68	5600
8	80	5040
9	53	4400
10	40	3200
11	39	2480
12	23	1680
13	15	1400
14	8	1280
15	4	400
16	1	200
17	0	160
18	0	160
19	0	160
20	0	160
21	0	160
22	0	160
23	0	160
24	0	160
25	0	160
26	0	160
27	0	160
28	0	160

CONSTRUCTION DU TABLEAU LEXICAL DE CONTINGENCE
GROUPEMENT DES REPOSES
SELON LA VARIABLE NOMINALE: organização

GRUPE	LIBELLE	NOMBRE D'INDIVIDUS	NOMBRE DE REPOSES
1	Pl_1 Hospital	24	24
2	Pl_2 Centro de Saúde	13	13
T O T A L		37	37

REPARTITION DES FORMES (MOTS/SEGMENTS) DANS LES GROUPE

NUMERO DU GROUPE	IDENTIFICATEUR	NOMBRE DE FORMES	/100 DU TOTAL	MOYENNE PAR REPONSE	NOMBRE DE FORMES DISTINCTES	/100 DU GROUPE	NOMBRE DE FORMES RETENUES
1	Pl_1 Hospital	1441	55.15	60.0	612	42.47	1441
2	Pl_2 Centro de Saúde	1172	44.85	90.2	529	45.14	1172
G L O B A L		2613	100.00	70.6			2613

FORMES ET REPONSES CARACTERISTIQUES D'UNE VARIABLE
 FORMES LEXICALES CARACTERISTIQUES
 GROUPE 1: Hospital

	LIBELLE DE LA FORME GRAPHIQUE	---POURCENTAGE---		FREQUENCE		V. TEST	PROBA
		INTERNE	GLOBAL	INTERNE	Globale		
1	enfermeiro	1.29	0.81	15.	17.	2.629	0.004
2	serviço	0.95	0.57	11.	12.	2.381	0.009
3	está	0.60	0.33	7.	7.	2.151	0.016
4	no	1.20	0.81	14.	17.	2.069	0.019
5	são	0.86	0.57	10.	12.	1.709	0.044
6	doente	0.43	0.24	5.	5.	1.629	0.052
7	só	0.43	0.24	5.	5.	1.629	0.052
8	em serviço	0.43	0.24	5.	5.	1.625	0.052
9	para a	0.43	0.24	5.	5.	1.625	0.052
10	de trabalho	0.60	0.38	7.	8.	1.506	0.066
11	enfermeiros	1.55	1.19	18.	25.	1.500	0.067
12	envolvimento	1.46	1.14	17.	24.	1.340	0.090
13	Em	0.34	0.19	4.	4.	1.320	0.093
14	turno	0.34	0.19	4.	4.	1.320	0.093
15	autonomia	0.34	0.19	4.	4.	1.320	0.093
16	formação	0.34	0.19	4.	4.	1.320	0.093
17	serviços	0.34	0.19	4.	4.	1.320	0.093
18	enfermeiro de	0.34	0.19	4.	4.	1.316	0.094
19	de acordo com	0.34	0.19	4.	4.	1.316	0.094
20	que é	0.34	0.19	4.	4.	1.316	0.094
21	decisão	0.52	0.33	6.	7.	1.253	0.105
22	mais trabalho	1.03	0.81	12.	17.	1.027	0.152
23	grupo	0.60	0.43	7.	9.	1.021	0.154
24	na	0.60	0.43	7.	9.	1.021	0.154
25	um	1.29	1.05	15.	22.	1.004	0.158
26	hospital	0.43	0.29	5.	6.	0.965	0.167
27	ao	0.43	0.29	5.	6.	0.965	0.167
28	nível	0.43	0.29	5.	6.	0.965	0.167
29	de cada	0.43	0.29	5.	6.	0.961	0.168
30	um enfermeiro	0.43	0.29	5.	6.	0.961	0.168
30	em que	0.00	0.14	0.	3.	-1.344	0.089
29	não é	0.00	0.14	0.	3.	-1.344	0.089
28	do lado	0.00	0.14	0.	3.	-1.344	0.089
27	de uma forma	0.00	0.14	0.	3.	-1.344	0.089
26	uma relação	0.00	0.14	0.	3.	-1.344	0.089
25	lado	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
24	estou	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
23	pode	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
22	ver	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
21	problemas	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
20	eles	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
19	administrativos	0.00	0.14	0.	3.	-1.347	0.089
18	ser	0.09	0.29	1.	6.	-1.500	0.067
17	relação	0.09	0.29	1.	6.	-1.500	0.067
16	a sua	0.00	0.19	0.	4.	-1.750	0.040
15	em conjunto	0.00	0.19	0.	4.	-1.750	0.040
14	de uma	0.00	0.19	0.	4.	-1.750	0.040
13	não	0.00	0.19	0.	4.	-1.750	0.040
12	equipas	0.00	0.19	0.	4.	-1.754	0.040
11	conjunto	0.00	0.19	0.	4.	-1.754	0.040
10	forma	0.09	0.33	1.	7.	-1.823	0.034
9	eu	0.17	0.48	2.	10.	-1.946	0.026
8	melhora	0.00	0.24	0.	5.	-2.098	0.018
7	sua	0.00	0.24	0.	5.	-2.104	0.018
6	pessoas	0.00	0.24	0.	5.	-2.104	0.018
5	trabalho	0.00	0.24	0.	5.	-2.104	0.018
4	uma	0.60	1.09	7.	23.	-2.205	0.014
3	de	0.00	0.29	0.	6.	-2.407	0.008
2	diferente	0.00	0.29	0.	6.	-2.414	0.008
1	Saúde	0.00	0.29	0.	6.	-2.414	0.008

GRUPE 2: Centro de Saúde

LIBELLE DE LA FORME GRAPHIQUE	---POURCENTAGE---		FREQUENCE		V.TEST	PROBA
	INTERNE	GLOBAL	INTERNE	GLOBALE		
1 diferente	0.64	0.29	6.	6.	2.414	0.008
2 Saúde	0.64	0.29	6.	6.	2.414	0.008
3 de Saúde	0.64	0.29	6.	6.	2.407	0.008
4 uma	1.70	1.09	16.	23.	2.205	0.014
5 pescas	0.53	0.24	5.	5.	2.104	0.018
6 Centro	0.53	0.24	5.	5.	2.104	0.018
7 melhora	0.53	0.24	5.	5.	2.104	0.018
8 Centro de Saúde	0.53	0.24	5.	5.	2.098	0.018
9 eu	0.85	0.48	8.	10.	1.946	0.026
10 envolvimento	0.64	0.33	6.	7.	1.823	0.034
11 equipas	0.43	0.19	4.	4.	1.754	0.040
12 conjunto	0.43	0.19	4.	4.	1.754	0.040
13 de uma	0.43	0.19	4.	4.	1.750	0.040
14 em conjunto	0.43	0.19	4.	4.	1.750	0.040
15 a sua	0.43	0.19	4.	4.	1.750	0.040
16 ou não	0.43	0.19	4.	4.	1.750	0.040
17 relação	0.53	0.29	5.	6.	1.500	0.067
18 ser	0.53	0.29	5.	6.	1.500	0.067
19 estou	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
20 administrativos	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
21 ver	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
22 lado	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
23 pode	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
24 problemas	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
25 eles	0.32	0.14	3.	3.	1.347	0.089
26 em que	0.32	0.14	3.	3.	1.344	0.089
27 que eu	0.32	0.14	3.	3.	1.344	0.089
28 de uma forma	0.32	0.14	3.	3.	1.344	0.089
29 uma relação	0.32	0.14	3.	3.	1.344	0.089
30 cuidados de	0.32	0.14	3.	3.	1.344	0.089
30 de cada	0.11	0.29	1.	6.	-0.961	0.168
29 um enfermeiro	0.11	0.29	1.	6.	-0.961	0.168
28 ao	0.11	0.29	1.	6.	-0.965	0.167
27 nível	0.11	0.29	1.	6.	-0.965	0.167
26 hospital	0.11	0.29	1.	6.	-0.965	0.167
25 um	0.74	1.05	7.	22.	-1.004	0.158
24 não	0.21	0.43	2.	9.	-1.021	0.154
23 grupo	0.21	0.43	2.	9.	-1.021	0.154
22 trabalho	0.53	0.81	5.	17.	-1.027	0.152
21 decisão	0.11	0.33	1.	7.	-1.253	0.105
20 que é	0.00	0.19	0.	4.	-1.316	0.094
19 de acordo com	0.00	0.19	0.	4.	-1.316	0.094
18 enfermeiro de	0.00	0.19	0.	4.	-1.316	0.094
17 serviços	0.00	0.19	0.	4.	-1.320	0.093
16 acordo	0.00	0.19	0.	4.	-1.320	0.093
15 formação	0.00	0.19	0.	4.	-1.320	0.093
14 mais	0.00	0.19	0.	4.	-1.320	0.093
13 autonomia	0.00	0.19	0.	4.	-1.320	0.093
12 para	0.74	1.14	7.	24.	-1.340	0.090
11 enfermeiros	0.74	1.19	7.	25.	-1.500	0.067
10 de trabalho	0.11	0.38	1.	8.	-1.506	0.066
9 para a	0.00	0.24	0.	5.	-1.625	0.052
8 em serviço	0.00	0.24	0.	5.	-1.625	0.052
7 doente	0.00	0.24	0.	5.	-1.629	0.052
6 só	0.00	0.24	0.	5.	-1.629	0.052
5 são	0.21	0.57	2.	12.	-1.709	0.044
4 no	0.32	0.81	3.	17.	-2.069	0.019
3 está	0.00	0.33	0.	7.	-2.151	0.016
2 serviço	0.11	0.57	1.	12.	-2.381	0.009
1 enfermeiro	0.21	0.81	2.	17.	-2.629	0.004

SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
 FREQUENCES ACTIVES
 24 VARIABLES

1 . Hospital	(CONTINUE)
2 . Centro de Saúde	(CONTINUE)
3 . feminino	(CONTINUE)
4 . masculino	(CONTINUE)
5 . <=24A	(CONTINUE)
6 . 25a29A	(CONTINUE)
7 . 30a34A	(CONTINUE)
8 . 35a39A	(CONTINUE)
9 . 40a44A	(CONTINUE)
10 . 45a49A	(CONTINUE)
11 . =>50A	(CONTINUE)
12 . enfermeiro	(CONTINUE)
13 . enfcfgest	(CONTINUE)
14 . enf.graduado	(CONTINUE)
15 . Aprof<=9A	(CONTINUE)
16 . Aprof10a14A	(CONTINUE)
17 . Aprof15a19A	(CONTINUE)
18 . Aprof20a24A	(CONTINUE)
19 . Aprof=>25A	(CONTINUE)
20 . AOrg<=9A	(CONTINUE)
21 . AOrg10a14A	(CONTINUE)
22 . AOrg15a19A	(CONTINUE)
23 . AOrg20a24A	(CONTINUE)
24 . AOrg=>25A	(CONTINUE)

INDIVIDUS

	NOMBRE	POIDS
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus (somme des frequences actives).		
RETENUS	NITOT = 23	PITOT = 354.000
SELECTION APRES FILTRAGE		
ACTIFS	NIACT = 23	PIACT = 354.000
SUPPLEMENTAIRES	NISUP = 0	PISUP = 0.000

INDIVIDUS APRES AJUSTEMENT.

	NOMBRE	POIDS
SELECTION APRES SUPPRESSION DES LIGNES ACIVES DE POIDS NUL.		
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus (somme des frequences actives).		
RETENUS	NITOT = 23	PITOT = 354.000
SELECTION APRES AJUSTEMENT		
ACTIFS	NIACT = 23	PIACT = 354.000
SUPPLEMENTAIRES	NISUP = 0	PISUP = 0.000

ANALYSE DES CORRESPONDANCES BINAIRES

VALEURS PROPRES
 APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION .. 1.4244
 SOMME DES VALEURS PROPRES 1.4244

HISTOGRAMME DES 22 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE
1	0.3718	26.10	26.10
2	0.3169	22.24	48.34
3	0.2768	19.43	67.78
4	0.1511	10.61	78.38
5	0.1028	7.22	85.60
6	0.0813	5.70	91.30
7	0.0532	3.73	95.03
8	0.0238	1.67	96.71
9	0.0191	1.34	98.05
10	0.0127	0.89	98.94
11	0.0080	0.56	99.50
12	0.0055	0.39	99.89
13	0.0014	0.10	99.99
14	0.0013	0.09	100.08
15	0.0003	0.02	100.10
16	0.0000	0.00	100.10
17	0.0000	0.00	100.10
18	0.0000	0.00	100.10
19	0.0000	0.00	100.10
20	0.0000	0.00	100.10
21	0.0000	0.00	100.10
22	0.0000	0.00	100.10

EDITION SOMMAIRE DES VALEURS PROPRES SUIVANTES

23 = 0.0000
 TEST DU KHI-2 POUR LE CHOIX DES AXES
 (AU SEUIL USUEL ALLER JUSQU'A LA PREMIERE VALEUR-TEST > 2.0)

NOMBRE D'AXES	STAT KHI2	DEGRE DE LIBERTE	PROBA X>KHI2	VALEUR TEST
1	372.65	462	0.9991	3.13
2	260.48	420	1.0000	6.39
3	162.49	380	1.0000	10.24
4	109.01	342	1.0000	12.54
5	72.62	306	1.0000	14.35

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER
1-- 2	14.85

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS DES FREQUENCES SUR LES AXES 1 A 5
FREQUENCES ACTIVES

FREQUENCES			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
IDEN - LIBELLE COURT	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
P1_1 - Hospital	10.17	0.26	-0.13	0.12	0.36	0.13	0.23	0.5	0.5	4.8	1.2	5.2	0.07	0.06	0.49	0.07	0.20
P1_2 - Centro de Saúde	6.50	0.65	0.21	-0.19	-0.56	-0.21	-0.36	0.7	0.7	7.5	1.8	8.1	0.07	0.06	0.49	0.07	0.20
P2_1 - feminino	8.19	0.49	0.32	-0.22	-0.24	-0.44	0.12	2.3	1.2	1.7	10.3	1.1	0.21	0.10	0.12	0.39	0.03
P2_2 - masculino	8.47	0.45	-0.31	0.21	0.23	0.42	-0.11	2.2	1.2	1.6	10.0	1.0	0.21	0.10	0.12	0.39	0.03
GE01 - <=24A	0.00	-1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GE02 - 25a29A	4.80	1.13	-0.34	-0.68	0.32	0.45	0.34	1.5	7.1	1.8	6.6	5.5	0.10	0.41	0.09	0.18	0.11
GE03 - 30a34A	4.52	0.98	0.12	-0.43	-0.16	-0.35	-0.50	0.2	2.7	0.4	3.7	11.1	0.01	0.19	0.03	0.13	0.26
GE04 - 35a39A	3.67	2.29	-0.53	1.27	0.45	-0.16	-0.08	2.7	18.7	2.7	0.6	0.3	0.12	0.70	0.09	0.01	0.00
GE05 - 40a44A	2.82	1.57	0.04	0.03	-0.96	-0.42	0.35	0.0	0.0	9.3	3.3	3.3	0.00	0.00	0.58	0.11	0.08
GE06 - 45a49A	0.85	15.39	3.49	0.60	0.28	1.38	-0.06	27.8	1.0	0.2	10.7	0.0	0.79	0.02	0.01	0.12	0.00
GE07 - >=50A	0.00	-1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
P4_1 - enfermeiro	6.50	0.68	-0.28	-0.53	0.08	0.17	0.47	1.3	5.7	0.1	1.3	13.9	0.11	0.41	0.01	0.04	0.32
P4_2 - enfcegest	9.60	0.31	0.11	0.30	0.10	-0.30	-0.27	0.3	2.7	0.3	5.7	6.8	0.04	0.29	0.03	0.30	0.24
P4_3 - enf.graduado	0.56	21.13	1.37	1.01	-2.50	3.12	-0.79	2.8	1.8	12.8	36.4	3.5	0.09	0.05	0.30	0.46	0.03
ANF1 - Aprof=>3A	0.28	28.50	-0.84	0.87	1.33	1.55	0.13	0.5	0.7	1.8	4.5	0.0	0.02	0.03	0.06	0.08	0.00
ANF2 - Aprof10a14A	8.47	0.63	-0.12	-0.71	0.19	0.03	-0.18	0.3	13.4	1.1	0.1	2.7	0.02	0.80	0.06	0.00	0.05
ANF3 - Aprof15a19A	3.39	1.84	0.19	0.32	-1.07	0.01	0.29	0.3	1.1	14.1	0.0	2.8	0.04	0.07	0.75	0.00	0.06
ANF4 - Aprof20a24A	3.95	1.65	-0.42	1.14	0.15	-0.11	0.05	1.9	16.3	0.3	0.3	0.1	0.11	0.79	0.01	0.01	0.00
ANF5 - Aprof=>25A	0.56	21.13	4.08	0.29	1.87	-0.53	0.52	25.4	0.1	7.2	1.1	1.5	0.79	0.00	0.17	0.01	0.01
AOR1 - AOrg<=9A	4.52	1.37	-0.06	-0.70	0.38	0.20	-0.67	0.0	6.9	2.3	1.2	19.9	0.00	0.35	0.10	0.03	0.33
AOR2 - AOrg10a14A	3.67	1.22	-0.23	-0.64	0.04	-0.05	0.50	0.5	4.7	0.0	0.1	8.8	0.04	0.33	0.00	0.00	0.20
AOR3 - AOrg15a19A	3.95	1.77	0.20	0.38	-1.18	0.00	0.28	0.4	1.8	20.0	0.0	2.9	0.02	0.08	0.79	0.00	0.04
AOR4 - AOrg20a24A	3.95	1.52	-0.50	0.97	0.44	-0.11	-0.04	2.7	11.7	2.8	0.3	0.1	0.16	0.62	0.13	0.01	0.00
AOR5 - AOrg=>25A	0.56	21.13	4.08	0.29	1.87	-0.53	0.52	25.4	0.1	7.2	1.1	1.5	0.79	0.00	0.17	0.01	0.01

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES INDIVIDUS
AXES 1 A 5

INDIVIDUS			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
IDENTIFICATEUR	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
decisão	23.73	0.17	-0.15	-0.28	0.09	-0.02	-0.16	1.4	5.7	0.7	0.1	5.7	0.13	0.44	0.05	0.00	0.14
colaboração	1.69	1.70	-0.21	-0.78	0.24	0.13	0.75	0.2	3.3	0.3	0.2	9.6	0.03	0.36	0.03	0.01	0.34
mais trabalho	1.69	13.01	1.27	0.43	1.35	-0.12	0.55	48.7	0.9	11.1	0.2	4.9	0.82	0.01	0.14	0.00	0.02
não melhora o envolvim	3.39	3.47	1.71	-0.08	0.62	-0.29	-0.21	26.7	0.1	4.8	1.9	1.5	0.84	0.00	0.11	0.02	0.01
estratégias	1.69	1.61	0.15	-0.58	-0.10	-0.46	-0.97	0.1	1.8	0.1	2.3	15.5	0.01	0.21	0.01	0.13	0.58
informação	5.08	2.05	-0.49	1.19	0.55	-0.05	-0.12	3.3	22.6	5.6	0.1	0.7	0.12	0.69	0.15	0.00	0.01
mudança	1.69	9.47	1.41	0.69	-1.52	2.03	-0.39	9.0	2.5	14.2	46.0	2.5	0.21	0.05	0.25	0.43	0.02
opiniões	1.69	1.74	-0.09	-0.71	0.09	-0.21	0.32	0.0	2.7	0.0	0.5	1.7	0.00	0.29	0.00	0.03	0.06
organização	11.86	0.26	-0.06	0.04	-0.32	-0.22	0.23	0.1	0.1	4.4	4.0	6.0	0.01	0.01	0.39	0.19	0.20
orientações	1.69	1.70	-0.21	-0.78	0.24	0.13	0.76	0.2	3.3	0.3	0.2	9.6	0.03	0.36	0.03	0.01	0.34
participação	1.69	2.05	-0.49	1.19	0.55	-0.05	-0.12	1.1	7.5	1.9	0.0	0.2	0.12	0.69	0.15	0.00	0.01
partilha	1.69	2.05	-0.49	1.19	0.55	-0.05	-0.12	1.1	7.5	1.9	0.0	0.2	0.12	0.69	0.15	0.00	0.01
planeamento	10.17	0.38	-0.17	-0.51	0.07	0.20	0.10	0.8	8.4	0.2	2.6	1.0	0.07	0.68	0.01	0.10	0.03
prioridades	1.69	1.55	-0.34	-0.68	0.49	0.60	0.04	0.5	2.5	1.5	4.1	0.0	0.08	0.30	0.16	0.24	0.00
problemas da enfermagem	1.69	1.61	0.15	-0.58	-0.10	-0.46	-0.97	0.1	1.8	0.1	2.3	15.5	0.01	0.21	0.01	0.13	0.58
projectos	3.39	2.13	0.26	0.45	-1.11	0.40	-0.12	0.6	2.2	15.1	3.6	0.4	0.03	0.10	0.58	0.07	0.01
resolver	1.69	1.61	0.15	-0.58	-0.10	-0.46	-0.97	0.1	1.8	0.1	2.3	15.5	0.01	0.21	0.01	0.13	0.58
formação em serviço	5.08	1.30	-0.31	1.00	0.20	-0.14	0.02	1.3	16.2	0.7	0.7	0.0	0.07	0.78	0.03	0.02	0.00
grupos de trabalho	3.39	3.08	-0.51	0.45	0.70	0.60	0.04	2.4	2.5	6.0	8.1	0.1	0.09	0.08	0.16	0.12	0.00
horários de atendimento	3.39	1.45	0.08	0.37	-0.83	-0.45	0.23	0.1	1.4	8.4	4.5	1.7	0.00	0.09	0.47	0.14	0.04
há equipas	3.39	2.56	0.29	0.18	-1.24	-0.58	0.23	0.8	0.4	18.9	7.5	1.5	0.03	0.01	0.60	0.13	0.02
mais autonomia no centro	3.39	1.55	-0.34	-0.68	0.49	0.60	0.04	1.1	4.9	3.0	8.2	0.1	0.08	0.30	0.16	0.24	0.00
organização dos cuidados	5.08	0.27	-0.11	-0.06	-0.22	-0.13	0.34	0.2	0.0	0.9	0.5	5.8	0.05	0.01	0.18	0.06	0.44

CLASSIFICATION HIERARCHIQUE (VOISINS RECIPROQUES)
SUR LES 10 PREMIERS AXES FACTORIELS

DESCRIPTION DES NOEUDS

NUM.	AINE	BENJ	EFP.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
24	22	14	2	18.00	0.00000	*
25	10	2	2	12.00	0.00000	*
26	5	17	2	12.00	0.00000	*
27	26	15	3	18.00	0.00000	*
28	6	12	2	24.00	0.00000	*
29	28	11	3	30.00	0.00000	*
30	9	23	2	60.00	0.00189	*
31	29	18	4	48.00	0.00851	***
32	25	8	3	18.00	0.01106	***
33	21	20	2	24.00	0.01286	****
34	13	1	2	120.00	0.01703	*****
35	3	4	2	18.00	0.04334	*****
36	33	16	3	36.00	0.04449	*****
37	24	34	4	138.00	0.04622	*****
38	32	37	7	156.00	0.05193	*****
39	36	30	5	96.00	0.06594	*****
40	27	38	10	174.00	0.07416	*****
41	31	19	5	60.00	0.09096	*****
42	39	7	6	102.00	0.14300	*****
43	42	40	16	276.00	0.20284	*****
44	41	43	21	336.00	0.28454	*****
45	35	44	23	354.00	0.31057	*****

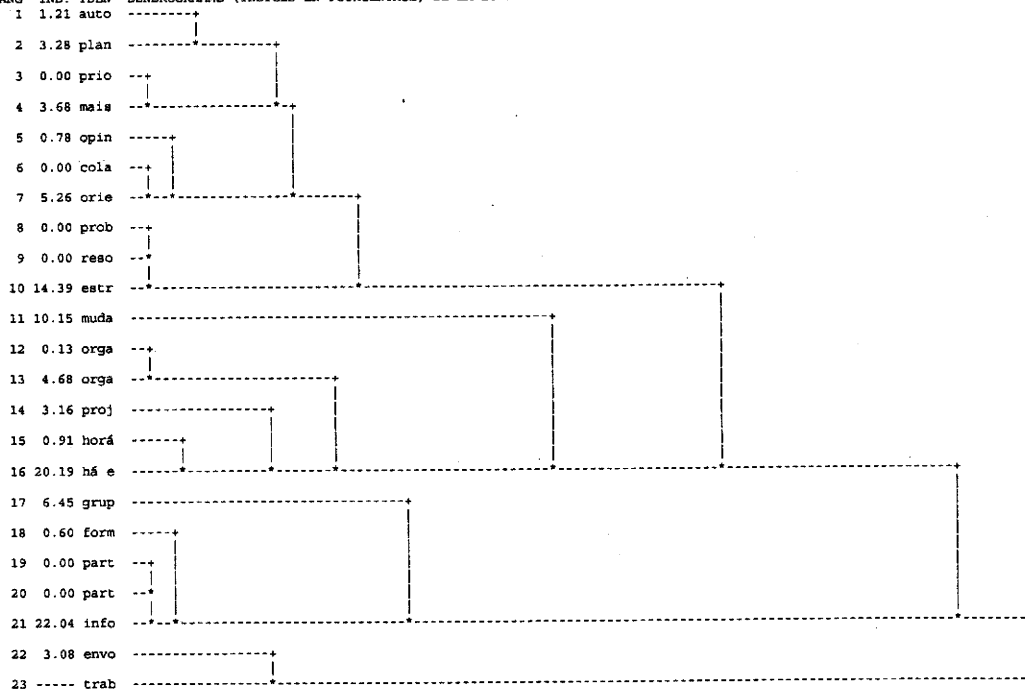
SOMME DES INDICES DE NIVEAU = 1.40934

DESCRIPTION DES NOEUDS DE LA HIERACHIE
 (INDICES EN POURCENTAGE DE LA SOMME DES INDICES : 1.40934)

NOEUD NUMERO	INDICE	SUCCESSEURS		EFFECT.	POIDS	COMPOSITION	
		AINE	BENJ			PREMIER	DERNIER
24	0.00	4	3	2	18.00	3	4
25	0.00	7	6	2	12.00	6	7
26	0.00	10	9	2	12.00	9	10
27	0.00	26	8	3	18.00	8	10
28	0.00	21	20	2	24.00	20	21
29	0.00	28	19	3	30.00	19	21
30	0.13	13	12	2	60.00	12	13
31	0.60	29	18	4	48.00	18	21
32	0.78	25	5	3	18.00	5	7
33	0.91	16	15	2	24.00	15	16
34	1.21	2	1	2	120.00	1	2
35	3.08	23	22	2	18.00	22	23
36	3.16	33	14	3	36.00	14	16
37	3.28	24	34	4	138.00	1	4
38	3.68	32	37	7	156.00	1	7
39	4.68	36	30	5	96.00	12	16
40	5.26	27	38	10	174.00	1	10
41	6.45	31	17	5	60.00	17	21
42	10.15	39	11	6	102.00	11	16
43	14.39	42	40	16	276.00	1	16
44	20.19	41	43	21	336.00	1	21
45	22.04	35	44	23	354.00	1	23

DENDROGRAMME

RANG IND. IDEN DENDROGRAMME (INDICES EN POURCENTAGE, DE LA SOMME DES INDICES : 1.40934 MIN = 0.00% / MAX = 22.04%)



PARTITION PAR COUPURE D'UN ARBRE HIERARCHIQUE
 COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)
 DESCRIPTION SOMMAIRE

CLASSE	EFFECTIF	POIDS	CONTENU
aa1a	10	174.00	1 A 10
aa2a	6	102.00	11 A 16
aa3a	5	60.00	17 A 21
aa4a	2	18.00	22 A 23

COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION
 AXES 1 A 5

IDEN - LIBELLE	CLASSES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES													
aa1a - CLASSE 1 / 4	10	174.00	-1.0	-3.3	0.9	0.5	-1.1	-0.14	-0.45	0.12	0.05	-0.09	0.25
aa2a - CLASSE 2 / 4	6	102.00	0.5	0.8	-3.4	-0.5	1.5	0.11	0.17	-0.63	-0.07	0.17	0.49
aa3a - CLASSE 3 / 4	5	60.00	-1.8	4.4	2.2	0.3	-0.3	-0.44	0.99	0.48	0.05	-0.05	1.42
aa4a - CLASSE 4 / 4	2	18.00	5.3	0.2	2.4	-0.9	0.2	2.23	0.08	0.87	-0.24	0.04	5.80

CONSOLIDATION DE LA PARTITION
 AUTOUR DES 4 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
 PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES

ITERATION	I.TOTALE	I.INTER	QUOTIENT
0	1.40934	0.79795	0.56618
1	1.40934	0.79795	0.56618
2	1.40934	0.79795	0.56618

ARRET APRES L'ITERATION 2 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
 PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.
 DECOMPOSITION DE L'INERTIE
 CALCULEE SUR 10 AXES.

INERTIES	INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
INTER-CLASSES	0.7979	0.7979						
INTRA-CLASSE								
CLASSE 1 / 4	0.2004	0.2004	10	10	174.00	174.00	0.2508	0.2508
CLASSE 2 / 4	0.2682	0.2682	6	6	102.00	102.00	0.4853	0.4853
CLASSE 3 / 4	0.0995	0.0995	5	5	60.00	60.00	1.4163	1.4163
CLASSE 4 / 4	0.0433	0.0433	2	2	18.00	18.00	5.7973	5.7973
TOTALE	1.4093	1.4093						

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5662
 APRES ... 0.5662

COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
 AXES 1 A 5

IDEN - LIBELLE	CLASSES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES													
aa1a - CLASSE 1 / 4	10	174.00	-1.0	-3.3	0.9	0.5	-1.1	-0.14	-0.45	0.12	0.05	-0.09	0.25
aa2a - CLASSE 2 / 4	6	102.00	0.5	0.8	-3.4	-0.5	1.5	0.11	0.17	-0.63	-0.07	0.17	0.49
aa3a - CLASSE 3 / 4	5	60.00	-1.8	4.4	2.2	0.3	-0.3	-0.44	0.99	0.48	0.05	-0.05	1.42
aa4a - CLASSE 4 / 4	2	18.00	5.3	0.2	2.4	-0.9	0.2	2.23	0.08	0.87	-0.24	0.04	5.80

PARAMONS

CLASSE 1 / 4
 EFFECTIF: 10

RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.06117	decisão
2	0.09818	planeamento
3	0.93267	prioridades
4	0.93267	mais autonomia
5	1.18425	colaboração
6	1.18425	orientações
7	1.28893	opiniões
8	1.30759	estratégias
9	1.30759	resolver
10	1.30759	problemas da enfermagem

CLASSE 2 / 4
 EFFECTIF: 6

RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.19713	organização
2	0.33362	organização dos cuidados
3	0.52809	horários de atendimento
4	1.06120	projectos
5	1.16129	há equipas
6	7.94062	mudança

CLASSE 3 / 4
 EFFECTIF: 5

RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.18625	informação
2	0.18625	partilham
3	0.18625	participação
4	0.21475	formação em serviço
5	2.14670	grupos de trabalho

CLASSE 4 / 4
EFFECTIF: 2

RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.42622	não melhora o envolvimento
2	1.70487	mais trabalho

DESCRIPTION DE PARTITION(S)
DESCRIPTION DE LA COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES FREQUENCES
CARACTERISATION PAR LES FREQUENCES DES CLASSES OU MODALITES
DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
CLASSE 1 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			NUM . LIBELLE	FREQUENCES CARACTERISTIQUES	IDEN	POIDS
		CLA/FRE	FRE/CLA	GLOBAL				
				49.15		CLASSE 1 / 4	aa1a	174
4.28	0.0000	86.67	14.94	8.47	16 . Aprof10a14A		ANP2	30
2.99	0.0014	87.50	8.05	4.52	20 . AOrg<=9A		AOr1	16
2.62	0.0044	82.35	8.05	4.80	6 . 25a29A		GE02	17
-2.47	0.0068	14.29	1.15	3.95	22 . AOrg15a19A		AOr3	14
-3.11	0.0009	7.14	0.57	3.95	18 . Aprof20a24A		ANP4	14

CLASSE 2 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			NUM . LIBELLE	FREQUENCES CARACTERISTIQUES	IDEN	POIDS
		CLA/FRE	FRE/CLA	GLOBAL				
				28.81		CLASSE 2 / 4	aa2a	102
3.67	0.0001	78.57	10.78	3.95	22 . AOrg15a19A		AOr3	14
3.09	0.0010	75.00	8.82	3.39	17 . Aprof15a19A		ANP3	12
2.43	0.0075	70.00	6.86	2.82	9 . 40a44A		GE05	10
-2.67	0.0038	0.00	0.00	4.52	20 . AOrg<=9A		AOr1	16

CLASSE 3 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			NUM . LIBELLE	FREQUENCES CARACTERISTIQUES	IDEN	POIDS
		CLA/FRE	FRE/CLA	GLOBAL				
				16.95		CLASSE 3 / 4	aa3a	60
4.03	0.0000	69.23	15.00	3.67	8 . 35a39A		GE04	13
3.25	0.0006	57.14	13.33	3.95	23 . AOrg20a24A		AOr4	14
3.25	0.0006	57.14	13.33	3.95	18 . Aprof20a24A		ANP4	14
-2.76	0.0029	0.00	0.00	8.47	16 . Aprof10a14A		ANP2	30

CLASSE 4 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			NUM . LIBELLE	FREQUENCES CARACTERISTIQUES	IDEN	POIDS
		CLA/FRE	FRE/CLA	GLOBAL				
				5.08		CLASSE 4 / 4	aa4a	18
2.81	0.0024	100.00	11.11	0.56	19 . Aprof=>25A		ANP5	2
2.81	0.0024	100.00	11.11	0.56	24 . AOrg=>25A		AOr5	2
2.45	0.0071	66.67	11.11	0.85	10 . 45a49A		GE06	3

Resultados da Análise de Correspondência Múltipla
Uma Exemplificação
Valores Preferenciais para a (Re)Organização do Trabalho em Enfermagem

Sintaxe em SPAD 4

LECTURE DE LA BASE DE DONNEES
LECTURE DU FICHIER BASE
NOM DE LA BASE : C:\Alfa\FinalD.sba
NOMBRE D'INDIVIDUS : 448
NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES : 287
NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES : 0
SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
VARIABLES NOMINALES ACTIVES
20 VARIABLES 84 MODALITES ASSOCIEES

```
-----
1 . organização ( 2 MODALITES )
2 . local ( 3 MODALITES )
3 . sexo ( 2 MODALITES )
8 . categoria profissional ( 5 MODALITES )
47 . capacidade de trabalhar em equipa ( 4 MODALITES )
48 . prestígio da profissão junto dos utentes ( 4 MODALITES )
49 . remuneração ( 4 MODALITES )
50 . realização pessoal ( 4 MODALITES )
51 . realização profissional ( 4 MODALITES )
52 . solidariedade entre os profissionais ( 4 MODALITES )
53 . participação directa no planeamento das actividades ( 4 MODALITES )
54 . inovação dos procedimentos ( 4 MODALITES )
55 . aceitação das opiniões e sugestões das chefias ( 4 MODALITES )
56 . partilha na tomada de decisões ( 4 MODALITES )
57 . actualização permanente dos conhecimentos ( 4 MODALITES )
58 . bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos) ( 4 MODALITES )
59 . autonomia da profissão ( 4 MODALITES )
242 . grupos etários ( 8 MODALITES )
243 . antiguidade na profissão ( 6 MODALITES )
244 . antiguidade na organização ( 6 MODALITES )
-----
```

```
INDIVIDUS ----- NOMBRE ----- POIDS -----
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1. UNIF
RETENUS ..... NITOT = 448 PITOT = 448.000
ACTIFS ..... NIACT = 448 PIACT = 448.000
SUPPLEMENTAIRES .... NISUP = 0 PISUP = 0.000
-----
```

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES
APUREMENT DES MODALITES ACTIVES
SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 8.96
AVANT APUREMENT : 20 QUESTIONS ACTIVES 84 MODALITES ASSOCIEES
APRES : 20 QUESTIONS ACTIVES 78 MODALITES ASSOCIEES
POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 448.00
TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT		HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
		EFF.	POIDS	EFF.	POIDS	
1 . organização						
PIA1	- Hospital	388	388.00	388	388.00	*****
PIA2	- Centro de Saúde	60	60.00	60	60.00	*****
2 . local						
PIB1	- Évora	262	262.00	262	262.00	*****
PIB2	- Beja	102	102.00	102	102.00	*****
PIB3	- Portalegre	84	84.00	84	84.00	*****
3 . sexo						
P31	- feminino	362	362.00	362	362.00	*****
P32	- masculino	86	86.00	86	86.00	*****
8 . categoria profissional						
P61	- enfermeiro	150	150.00	151	151.00	*****
P62	- enf graduado	207	207.00	208	208.00	*****
P63	- enf especiali	57	57.00	58	58.00	*****
P64	- enf chefe	31	31.00	31	31.00	*****
8	- *Reponse manquante*	3	3.00	---	VENTILEE ---	
47 . capacidade de trabalhar em equipa						
1511	- P151menos imp	14	14.00	14	14.00	**
1512	- P151importante	169	169.00	169	169.00	*****
1513	- P151mais import	248	248.00	248	248.00	*****
47	- *Reponse manquante*	17	17.00	17	17.00	**
48 . prestígio da profissão junto dos utentes						
1521	- P152menos imp	2	2.00	---	VENTILEE ---	
1522	- P152importante	14	14.00	15	15.00	***
1523	- P152mais import	417	417.00	418	418.00	*****
48	- *Reponse manquante*	15	15.00	15	15.00	***
49 . remuneração						
1531	- P153menos imp	32	32.00	32	32.00	*****
1532	- P153importante	90	90.00	90	90.00	*****
1533	- P153mais import	310	310.00	310	310.00	*****
49	- *Reponse manquante*	16	16.00	16	16.00	**
50 . realização pessoal						
1541	- P154menos imp	2	2.00	---	VENTILEE ---	
1542	- P154importante	31	31.00	31	31.00	*****
1543	- P154mais import	403	403.00	403	403.00	*****
50	- *Reponse manquante*	12	12.00	14	14.00	**
51 . realização profissional						
1551	- P155menos imp	3	3.00	---	VENTILEE ---	
1552	- P155importante	26	26.00	26	26.00	****
1553	- P155mais import	403	403.00	404	404.00	*****
51	- *Reponse manquante*	16	16.00	18	18.00	***
52 . solidariedade entre os profissionais						
1561	- P156menos imp	12	12.00	12	12.00	**
1562	- P156importante	68	68.00	68	68.00	*****
1563	- P156mais import	353	353.00	353	353.00	*****
52	- *Reponse manquante*	15	15.00	15	15.00	***
53 . participação directa no planeamento das actividades						
1571	- P157menos imp	12	12.00	12	12.00	**
1572	- P157importante	64	64.00	64	64.00	*****
1573	- P157mais import	351	351.00	351	351.00	*****
53	- *Reponse manquante*	21	21.00	21	21.00	***
54 . inovação dos procedimentos						
1581	- P158menos imp	9	9.00	9	9.00	**
1582	- P158importante	91	91.00	91	91.00	*****
1583	- P158mais import	318	318.00	318	318.00	*****
54	- *Reponse manquante*	30	30.00	30	30.00	*****
55 . aceitação das opiniões e sugestões das chefias						
1591	- P159menos imp	22	22.00	22	22.00	***
1592	- P159importante	67	67.00	67	67.00	*****
1593	- P159mais import	345	345.00	345	345.00	*****
55	- *Reponse manquante*	14	14.00	14	14.00	**
56 . partilha na tomada de decisões						
15a1	- P1510menos imp	10	10.00	10	10.00	**
15a2	- P1510importante	69	69.00	69	69.00	*****
15a3	- P1510mais import	348	348.00	348	348.00	*****
56	- *Reponse manquante*	21	21.00	21	21.00	***
57 . actualização permanente dos conhecimentos						
15b1	- P1511menos imp	1	1.00	---	VENTILEE ---	
15b2	- P1511importante	34	34.00	35	35.00	*****
15b3	- P1511mais import	399	399.00	399	399.00	*****
57	- *Reponse manquante*	14	14.00	14	14.00	**
58 . bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)						
15c1	- P1512menos imp	4	4.00	---	VENTILEE ---	
15c2	- P1512importante	29	29.00	30	30.00	*****
15c3	- P1512mais import	404	404.00	405	405.00	*****
58	- *Reponse manquante*	11	11.00	13	13.00	**
59 . autonomia da profissão						
15d1	- P1513menos imp	14	14.00	14	14.00	**
15d2	- P1513importante	88	88.00	88	88.00	*****
15d3	- P1513mais import	328	328.00	328	328.00	*****
59	- *Reponse manquante*	18	18.00	18	18.00	***
242 . grupos etários						
GE01	- <=24A	39	39.00	39	39.00	*****
GE02	- 25a29A	61	61.00	61	61.00	*****
GE03	- 30a34A	80	80.00	80	80.00	*****
GE04	- 35a39A	74	74.00	74	74.00	*****
GE05	- 40a44A	79	79.00	79	79.00	*****
GE06	- 45a49A	59	59.00	59	59.00	*****
GE07	- >=50A	39	39.00	39	39.00	*****
242	- *Reponse manquante*	17	17.00	17	17.00	***

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT		APRES APUREMENT	
		EFF.	POIDS	EFF.	POIDS
243 . antiquidade na profissão					
AN01	- Aprof<=9A	88	88.00	88	88.00 *****
AN02	- Aprof10a14A	182	182.00	182	182.00 *****
AN03	- Aprof15a19A	50	50.00	50	50.00 *****
AN04	- Aprof20a24A	48	48.00	48	48.00 *****
AN05	- Aprof=>25A	71	71.00	71	71.00 *****
243	- *Reponse manquante*	9	9.00	9	9.00 **
244 . antiquidade na organização					
AN01	- AOrg<=9A	76	76.00	76	76.00 *****
AN02	- AOrg10a14A	191	191.00	191	191.00 *****
AN03	- AOrg15a19A	40	40.00	40	40.00 *****
AN04	- AOrg20a24A	50	50.00	50	50.00 *****
AN05	- AOrg=>25A	57	57.00	57	57.00 *****
244	- *Reponse manquante*	34	34.00	34	34.00 *****

VALEURS PROPRES
 APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION ... 2.9000
 SOMME DES VALEURS PROPRES 2.9000

HISTOGRAMME DES 58 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE
1	0.4647	16.02	16.02
2	0.2235	7.71	23.73
3	0.1590	5.48	29.21
4	0.1285	4.43	33.65
5	0.1153	3.98	37.62
6	0.1019	3.51	41.14
7	0.0881	3.04	44.17
8	0.0845	2.91	47.09
9	0.0725	2.50	49.59
10	0.0722	2.49	52.08
11	0.0665	2.29	54.37
12	0.0648	2.24	56.61
13	0.0620	2.14	58.74
14	0.0586	2.02	60.76
15	0.0553	1.91	62.67
16	0.0521	1.80	64.47
17	0.0499	1.72	66.19
18	0.0497	1.71	67.90
19	0.0483	1.66	69.57
20	0.0472	1.63	71.20
21	0.0447	1.54	72.74
22	0.0421	1.45	74.19
23	0.0417	1.44	75.63
24	0.0408	1.41	77.04
25	0.0399	1.37	78.41
26	0.0383	1.32	79.73
27	0.0376	1.30	81.03
28	0.0355	1.23	82.25
29	0.0333	1.15	83.40
30	0.0315	1.09	84.49
31	0.0307	1.06	85.55
32	0.0302	1.04	86.59
33	0.0285	0.98	87.57
34	0.0273	0.94	88.51
35	0.0266	0.92	89.43
36	0.0251	0.86	90.29
37	0.0238	0.82	91.11
38	0.0227	0.78	91.89
39	0.0211	0.73	92.62
40	0.0206	0.71	93.33
41	0.0187	0.64	93.97
42	0.0167	0.58	94.55
43	0.0164	0.56	95.11
44	0.0159	0.55	95.66
45	0.0150	0.52	96.18
46	0.0140	0.48	96.66
47	0.0134	0.46	97.12
48	0.0131	0.45	97.57
49	0.0114	0.39	97.96
50	0.0108	0.37	98.34
51	0.0099	0.34	98.68
52	0.0087	0.30	98.98
53	0.0079	0.27	99.25
54	0.0064	0.22	99.48
55	0.0051	0.17	99.65
56	0.0043	0.15	99.80
57	0.0033	0.11	99.91
58	0.0025	0.09	100.00

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER ENTREE	VALEUR DU PALIER
1-- 2	-142.69
6-- 7	-18.77
3-- 4	-17.59
8-- 9	-17.04
2-- 3	-16.60
10-- 11	-5.11
16-- 17	-3.31
21-- 22	-2.52
40-- 41	-2.47
27-- 28	-2.19
20-- 21	-1.89
48-- 49	-1.76
41-- 42	-1.74
32-- 33	-1.47
35-- 36	-1.47
53-- 54	-1.03
29-- 30	-0.74
38-- 39	-0.70
25-- 26	-0.49
44-- 45	-0.25
13-- 14	-0.13
45-- 46	-0.11

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER	
1-- 2	176.65	*****
2-- 3	33.96	*****
3-- 4	17.36	*****
8-- 9	11.70	*****
6-- 7	10.29	*****
10-- 11	3.96	**
21-- 22	2.10	*
16-- 17	2.09	*
41-- 42	1.60	*
48-- 49	1.23	*
38-- 39	1.08	*
29-- 30	0.99	*
15-- 16	0.91	*
25-- 26	0.84	*
54-- 55	0.62	*
33-- 34	0.56	*
32-- 33	0.55	*
28-- 29	0.54	*
45-- 46	0.40	*
18-- 19	0.38	*
51-- 52	0.36	*
46-- 47	0.29	*
30-- 31	0.25	*
35-- 36	0.24	*
36-- 37	0.20	*
13-- 14	0.19	*
53-- 54	0.08	*
14-- 15	0.05	*

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES ACTIVES

AXES 1 A 5

MODALITES		COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES					
IDEN - LIBELLE	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. organização																	
PIA1 - Hospital	4.33	0.15	-0.01	0.02	0.11	0.03	-0.03	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.00	0.00	0.07	0.00	0.01
PIA2 - Centro de Saúde	0.67	6.47	0.09	-0.12	-0.69	-0.17	0.22	0.0	0.0	2.0	0.1	0.3	0.00	0.00	0.07	0.00	0.01
								CONTRIBUTION CUMULEE					0.0 0.1 2.3 0.2 0.3				
2. local																	
PIB1 - Évora	2.92	0.71	-0.11	0.11	0.14	-0.10	0.11	0.1	0.2	0.4	0.2	0.3	0.02	0.02	0.03	0.01	0.02
PIB2 - Beja	1.14	3.39	0.10	-0.21	-0.20	0.11	-0.10	0.0	0.2	0.3	0.1	0.1	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00
PIB3 - Portalegre	0.94	4.33	0.21	-0.09	-0.19	0.19	-0.22	0.1	0.0	0.2	0.3	0.4	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01
								CONTRIBUTION CUMULEE					0.2 0.4 0.9 0.6 0.8				
3. sexo																	
P31 - feminino	4.04	0.24	-0.01	-0.05	-0.08	-0.09	0.03	0.0	0.1	0.2	0.2	0.0	0.00	0.01	0.03	0.03	0.01
P32 - masculino	0.96	4.21	0.05	0.23	0.35	0.37	-0.15	0.0	0.2	0.7	1.0	0.2	0.00	0.01	0.03	0.03	0.01
								CONTRIBUTION CUMULEE					0.0 0.3 0.9 1.3 0.2				
8. categoria profissional																	
P61 - enfermeiro	1.69	1.97	0.12	-0.32	1.06	-0.16	0.17	0.1	0.7	11.9	0.3	0.4	0.01	0.05	0.57	0.01	0.01
P62 - enf graduado	2.32	1.15	-0.15	0.25	-0.36	0.05	-0.12	0.1	0.7	1.9	0.0	0.3	0.02	0.06	0.11	0.00	0.01
P63 - enf especiali	0.65	6.72	0.10	0.00	-0.81	0.33	-0.42	0.0	0.0	2.7	0.1	1.0	0.00	0.00	0.10	0.00	0.03
P64 - enf chefe	0.35	13.45	0.19	-0.15	-1.22	0.20	0.78	0.0	0.0	3.2	0.1	1.8	0.00	0.00	0.11	0.00	0.04
								CONTRIBUTION CUMULEE					0.2 1.4 19.7 0.6 3.5				
47. capacidade de trabalhar em equipa																	
1511 - P151menos imp	0.16	31.00	0.09	0.72	-0.09	0.19	0.56	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.00	0.02	0.00	0.00	0.01
1512 - P151importante	1.89	1.65	0.17	0.35	0.17	0.00	-0.37	0.1	1.0	0.3	0.0	0.0	0.02	0.07	0.02	0.00	0.08
1513 - P151mais import	2.77	0.81	0.19	-0.26	-0.12	-0.02	0.23	0.2	0.8	0.2	0.0	1.3	0.04	0.08	0.02	0.00	0.07
47 - *Reponse manquante*	0.19	25.35	-4.55	-0.33	0.14	0.16	-0.19	8.4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.81	0.00	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					8.8 2.3 0.6 0.1 3.9				
48. prestígio da profissão junto dos utentes																	
1522 - P152importante	0.17	28.87	-0.24	2.24	-0.08	-1.12	-0.47	0.0	3.7	0.0	1.6	0.3	0.00	0.17	0.00	0.04	0.01
1523 - P152mais import	4.87	0.07	0.17	-0.07	-0.01	0.03	0.03	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.40	0.07	0.00	0.02	0.01
48 - *Reponse manquante*	0.17	28.87	-4.47	-0.29	0.41	0.17	-0.37	7.2	0.1	0.2	0.0	0.2	0.69	0.00	0.01	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					7.5 3.9 0.2 1.7 0.6				
49. remuneração																	
1531 - P153menos imp	0.36	13.00	-0.14	1.29	0.48	0.75	0.40	0.0	2.7	0.5	1.6	0.5	0.00	0.13	0.02	0.04	0.01
1532 - P153importante	1.00	3.98	0.15	0.63	0.11	-0.38	-0.24	0.0	1.8	0.1	1.2	0.5	0.01	0.10	0.00	0.04	0.01
1533 - P153mais import	3.46	0.45	0.21	-0.28	-0.09	0.03	0.04	0.3	1.2	0.2	0.0	0.0	0.10	0.18	0.02	0.00	0.00
49 - *Reponse manquante*	0.18	27.00	-4.68	-0.67	0.15	0.15	-0.15	8.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.81	0.02	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					8.8 6.0 0.8 2.8 1.1				
50. realização pessoal																	
1542 - P154importante	0.35	13.45	-0.58	2.36	0.38	-0.19	-0.13	0.2	8.6	0.3	0.1	0.1	0.02	0.41	0.01	0.00	0.00
1543 - P154mais import	4.50	0.11	0.20	-0.15	-0.04	0.00	0.01	0.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.35	0.21	0.01	0.00	0.00
50 - *Reponse manquante*	0.16	31.00	-4.41	-0.78	0.21	0.29	-0.07	6.5	0.4	0.0	0.1	0.0	0.63	0.02	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					7.2 9.5 0.4 0.2 0.1				
51. realização profissional																	
1552 - P155importante	0.29	16.23	-0.46	2.34	0.70	-0.26	0.02	0.1	7.1	0.9	0.2	0.0	0.01	0.34	0.03	0.00	0.00
1553 - P155mais import	4.51	0.11	0.21	-0.13	-0.05	0.00	0.00	0.4	0.4	0.1	0.0	0.0	0.39	0.16	0.02	0.00	0.00
51 - *Reponse manquante*	0.20	23.89	-3.97	-0.39	0.10	0.39	0.04	6.8	0.1	0.0	0.2	0.0	0.66	0.01	0.00	0.01	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					7.4 7.6 1.0 0.4 0.0				
52. solidariedade entre os profissionais																	
1561 - P156menos imp	0.13	36.33	-0.64	2.27	0.40	2.12	2.61	0.1	3.1	0.1	4.7	7.9	0.01	0.14	0.00	0.12	0.19
1562 - P156importante	0.76	5.59	-0.02	1.16	0.35	-0.54	-0.85	0.0	4.6	0.6	1.7	4.8	0.00	0.24	0.02	0.05	0.13
1563 - P156mais import	3.94	0.27	0.21	-0.29	-0.09	0.02	0.09	0.4	1.5	0.2	0.0	0.3	0.16	0.32	0.03	0.00	0.03
52 - *Reponse manquante*	0.17	28.87	-4.28	-0.21	0.21	0.16	-0.31	6.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.64	0.00	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					7.1 9.2 1.0 6.4 13.1				
53. participação directa no planeamento das actividades																	
1571 - P157menos imp	0.13	36.33	-0.12	2.86	0.43	3.05	2.09	0.0	4.9	0.2	9.7	5.1	0.00	0.23	0.01	0.26	0.12
1572 - P157importante	0.71	6.00	0.02	1.24	0.14	-0.64	-0.60	0.0	4.9	0.1	2.3	2.2	0.00	0.25	0.00	0.07	0.06
1573 - P157mais import	3.92	0.28	0.24	-0.30	-0.05	0.02	0.05	0.5	1.6	0.1	0.0	0.1	0.21	0.33	0.01	0.00	0.01
53 - *Reponse manquante*	0.23	20.33	-3.97	-0.38	0.07	-0.13	-0.27	8.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.78	0.01	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					8.5 11.5 0.3 12.0 7.6				
54. inovação dos procedimentos																	
1581 - P158menos imp	0.10	48.78	-0.02	1.87	0.28	3.25	1.50	0.0	1.6	0.0	8.2	2.0	0.00	0.07	0.00	0.22	0.05
1582 - P158importante	1.02	3.92	0.14	0.96	0.28	-0.22	-0.39	0.0	4.2	0.5	0.4	1.3	0.00	0.24	0.02	0.01	0.04
1583 - P158mais import	3.55	0.41	0.24	-0.32	-0.07	0.00	0.07	0.4	1.6	0.1	0.0	0.2	0.14	0.24	0.01	0.00	0.01
54 - *Reponse manquante*	0.33	13.93	-2.92	-0.14	-0.22	-0.28	-0.04	6.1	0.0	0.1	0.2	0.0	0.61	0.00	0.00	0.01	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					6.6 7.4 0.7 8.8 3.5				
55. aceitação das opiniões e sugestões das chefias																	
1591 - P159menos imp	0.25	19.36	0.06	0.56	0.47	0.40	0.05	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	0.00	0.02	0.01	0.01	0.00
1592 - P159importante	0.75	5.69	-0.03	0.95	0.67	-0.23	-0.40	0.0	3.0	2.1	0.3	1.0	0.00	0.16	0.08	0.01	0.03
1593 - P159mais import	3.85	0.30	0.20	-0.18	-0.17	0.01	0.08	0.3	0.6	0.7	0.0	0.2	0.14	0.11	0.09	0.00	0.02
55 - *Reponse manquante*	0.16	31.00	-4.92	-1.01	0.14	0.28	-0.17	8.2	0.7	0.0	0.1	0.0	0.78	0.03	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					8.5 4.6 3.1 0.7 1.3				
56. partilha na tomada de decisões																	
15a1 - P1510menos imp	0.11	43.80	-0.20	3.09	0.29	2.30	2.33	0.0	4.8	0.1	4.6	5.3	0.00	0.22	0.00	0.12	0.12
15a2 - P1510importante	0.77	5.49	0.11	0.92	0.27	-0.50	-0.33	0.0	2.9	0.4	1.5	0.7	0.00	0.15	0.01	0.05	0.02
15a3 - P1510mais import	3.88	0.29	0.21	-0.25	-0.07	0.04	0.02	0.4	1.1	0.1	0.1	0.0	0.15	0.22	0.02	0.01	0.01
56 - *Reponse manquante*	0.23	20.33	-3.73	-0.30	0.14	-0.13	-0.33	7.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.68	0.00	0.00	0.00	0.01
								CONTRIBUTION CUMULEE					7.4 8.9 0.6 6.2 6.2				
57. actualização permanente dos conhecimentos																	
15b2 - P1511importante	0.39	11.80	-0.41	2.02	0.13	0.98	0.12	0.1	7.1	0.0	0.0	0.0	0.01	0.35	0.00	0.00	0.00
15b3 - P1511mais import	4.45	0.12	0.20	-0.14	-0.02	-0.01	-0.01	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.33	0.17	0.00	0.00	0.00
57 - *Reponse manquante*	0.16	31.00	-4.74	-0.97	0.14	0.20	0.05	7.5	0.7	0.0	0.0	0.0	0.72	0.03	0.00	0.00	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					8.1 8.2 0.1 0.1 0.1				
58. bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)																	
15c2 - P1512importante	0.33	13.93	-0.41	1.99	0.22	-0.62	-0.45	0.1	5.9	0.1	1.0	0.6	0.01	0.28	0.00	0.03	0.01
15c3 - P1512mais import	4.52	0.11	0.17	-0.12	-0.03	0.02	0.02	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.28	0.15	0.01	0.00	0.01
58 - *Reponse manquante*	0.15	33.46	-4.46	-0.72	0.32	0.95	0.30	6.2	0.3	0.1	1.0	0.1	0.59	0.02	0.00	0.03	0.00
								CONTRIBUTION CUMULEE					6.6 6.6 0.2 2.1 0.7				
59. autonomia da profissão																	
15d1 - P1513menos imp	0.16	31.00	0.00	2.05	0.45	1.76	1.41	0.0	2.9	0.2	3.8	2.7	0.00	0.14	0.01	0.10	0.06
15d2 - P1513importante	0.98	4.09	-0.10	0.54	0.07	-0.21	-0.43	0.0	1.3	0.0	0.3	1.6	0.00	0.07	0.00	0.01	0.05
15d3 - P1513mais import	3.66	0.37	0.20	-0.22	-0.03	0.00	0.03	0.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.11	0.13			

MODALITES			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRES				
IDEN - LIBELLE	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
244 .	antiguidade na organizaçao																
AN01 - AOrg<=9A	0.85	4.89	0.26	0.06	-0.44	0.67	-1.34	0.1	0.0	1.0	3.0	13.3	0.01	0.00	0.04	0.09	0.37
AN02 - AOrg10a14A	2.13	1.35	0.19	-0.32	0.91	-0.08	0.19	0.2	1.0	11.0	0.1	0.6	0.03	0.07	0.61	0.00	0.03
AN03 - AOrg15a19A	0.45	10.20	-0.17	0.32	-0.82	1.36	-0.02	0.0	0.2	1.9	6.4	0.0	0.00	0.01	0.07	0.18	0.00
AN04 - AOrg20a24A	0.56	7.96	0.03	0.06	-1.16	-0.34	0.50	0.0	0.0	4.7	0.5	1.2	0.00	0.00	0.17	0.01	0.03
AN05 - AOrg>=25A	0.64	6.86	-0.60	0.68	-0.87	-1.23	0.71	0.5	1.3	3.0	7.5	2.8	0.05	0.07	0.11	0.22	0.07
244_ -	*Reponse manquante*	0.38	12.18	-0.51	0.04	0.01	-0.08	0.05	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.02	0.00	0.00	0.00
CONTRIBUTION CUMULEE =								1.0	2.5	21.7	17.5	17.9					

COORDENNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES

AXES 1 A 5

MODALITES			VALEURS-TEST					COORDENNEES					DISTO.
IDEN - LIBELLE	EFP.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. organização													
PIA1 - Hospital	388	388.00	-0.8	1.0	5.7	1.4	-1.8	-0.01	0.02	0.11	0.03	-0.03	0.15
PIA2 - Centro de Saúde	60	60.00	0.8	-1.0	-5.7	-1.4	1.8	0.09	-0.12	-0.69	-0.17	0.22	6.47
2. local													
PIB1 - Évora	262	262.00	-2.6	2.7	3.5	-2.6	2.7	-0.11	0.11	0.14	-0.10	0.11	0.71
PIB2 - Beja	102	102.00	1.1	-2.4	-2.3	1.2	-1.1	0.10	-0.21	-0.20	0.11	-0.10	3.39
PIB3 - Portalegre	84	84.00	2.2	-0.9	-1.9	1.9	-2.2	0.21	-0.09	-0.19	0.19	-0.22	4.33
3. sexo													
P31 - feminino	362	362.00	-0.5	-2.3	-3.6	-3.9	1.5	-0.01	-0.05	-0.08	-0.09	0.03	0.24
P32 - masculino	86	86.00	0.5	2.3	3.6	3.9	-1.5	0.05	0.23	0.35	0.37	-0.15	4.21
4. categoria profissional													
P61 - enfermeiro	150	150.00	1.8	-4.7	16.1	-2.4	2.5	0.12	-0.31	1.07	-0.16	0.17	1.99
P62 - enf graduado	207	207.00	-2.8	4.8	-7.2	1.0	-2.4	-0.15	0.24	-0.37	0.05	-0.12	1.16
P63 - enf especiali	57	57.00	0.8	0.0	-6.5	1.2	-3.5	0.10	0.00	-0.80	0.15	-0.44	6.86
P64 - enf chefe	31	31.00	1.1	-0.9	-7.0	1.1	4.5	0.19	-0.15	-1.22	0.20	0.78	13.45
8 - *Resonse manquante*	3	3.00	0.2	0.9	-1.0	-0.5	0.9	0.12	0.50	-0.58	-0.29	0.51	148.33
47. capacidade de trabalhar em equipa													
1511 - P151menos imp	14	14.00	0.3	2.7	-0.3	0.7	2.1	0.09	0.72	-0.09	0.19	0.56	31.00
1512 - P151importante	169	169.00	2.8	5.8	2.8	0.0	-6.0	0.17	0.35	0.17	0.00	-0.37	1.65
1513 - P151mais import	248	248.00	4.5	-6.1	-2.8	-0.5	5.4	0.19	-0.26	-0.12	-0.02	0.23	0.81
47 - *Resonse manquante*	17	17.00	-19.1	-1.4	0.6	0.7	-0.8	-4.55	-0.33	0.14	0.16	-0.19	25.35
48. prestígio da profissão junto dos utentes													
1521 - P152menos imp	2	2.00	-2.2	2.9	-0.3	0.4	-0.3	-1.53	2.05	-0.23	0.29	-0.20	223.00
1522 - P152importante	14	14.00	-0.5	8.5	-0.3	-4.2	-2.0	-0.14	2.23	-0.07	-1.10	-0.52	31.00
1523 - P152mais import	417	417.00	13.4	-5.7	-0.9	2.3	2.5	0.17	-0.07	-0.01	0.23	0.03	0.07
48 - *Resonse manquante*	15	15.00	-17.6	-1.2	1.6	0.7	-1.4	-4.47	-0.29	0.41	0.17	-0.37	28.87
49. remuneração													
1531 - P153menos imp	32	32.00	-0.8	7.6	2.8	4.4	2.3	-0.14	1.29	0.48	0.75	0.40	13.00
1532 - P153importante	90	90.00	1.6	6.6	1.2	-4.1	-2.5	0.15	0.63	0.11	-0.38	-0.24	3.98
1533 - P153mais import	310	310.00	6.8	-8.9	-2.8	0.9	1.1	0.21	-0.28	-0.09	0.03	0.04	0.45
49 - *Resonse manquante*	16	16.00	-19.1	-2.7	0.6	0.6	-0.6	-4.68	-0.67	0.15	0.15	-0.15	27.00
50. realização pessoal													
1541 - P154menos imp	2	2.00	-1.4	-0.3	0.7	-0.7	0.5	-0.98	-0.19	0.52	-0.49	0.33	223.00
1542 - P154importante	31	31.00	-3.3	13.6	2.2	-1.1	-0.8	-0.58	2.36	0.38	-0.19	-0.13	13.45
1543 - P154mais import	403	403.00	12.5	-9.8	-2.3	0.3	0.8	0.20	-0.15	-0.04	0.00	0.01	0.11
50 - *Resonse manquante*	12	12.00	-17.5	-3.1	0.5	1.5	-0.5	-4.98	-0.88	0.15	0.42	-0.14	36.33
51. realização profissional													
1551 - P155menos imp	3	3.00	-3.8	2.6	0.8	6.6	5.3	-2.19	1.49	0.44	3.79	3.08	148.33
1552 - P155importante	26	26.00	-2.4	12.3	3.7	-1.4	0.1	-0.46	2.34	0.70	-0.26	0.02	16.23
1553 - P155mais import	403	403.00	13.2	-8.9	-3.1	-1.1	-0.9	0.21	-0.14	-0.05	-0.02	-0.01	0.11
51 - *Resonse manquante*	16	16.00	-16.6	-2.1	0.1	0.7	-1.1	-4.09	-0.53	0.03	0.17	-0.26	27.00
52. solidariedade entre os profissionais													
1561 - P156menos imp	12	12.00	-2.2	8.0	1.4	7.4	9.2	-0.64	2.27	0.40	2.12	2.61	36.33
1562 - P156importante	68	68.00	-0.2	10.4	3.2	-4.8	-7.6	-0.02	1.16	0.35	-0.54	-0.85	5.59
1563 - P156mais import	353	353.00	8.4	-11.9	-3.7	1.0	3.6	0.21	-0.29	-0.09	0.02	0.09	0.27
52 - *Resonse manquante*	15	15.00	-16.9	-0.8	0.8	0.6	-1.2	-4.28	-0.21	0.21	0.16	-0.31	28.87
53. participação directa no planeamento das actividades													
1571 - P157menos imp	12	12.00	-0.4	10.0	1.5	10.7	7.3	-0.12	2.86	0.43	3.05	2.09	36.33
1572 - P157importante	64	64.00	0.2	10.7	1.2	-5.5	-5.2	0.02	1.24	0.14	-0.64	-0.60	6.00
1573 - P157mais import	351	351.00	9.6	-12.1	-1.8	0.8	2.2	0.24	-0.30	-0.05	0.02	0.05	0.28
53 - *Resonse manquante*	21	21.00	-18.6	-1.8	0.3	-0.6	-1.3	-3.97	-0.38	0.07	-0.13	-0.27	20.33
54. inovação dos procedimentos													
1581 - P158menos imp	9	9.00	-0.1	5.7	0.8	9.8	4.5	-0.02	1.87	0.28	3.25	1.50	48.78
1582 - P158importante	91	91.00	1.5	10.3	3.0	-2.3	-4.2	0.14	0.96	0.28	-0.22	-0.39	3.92
1583 - P158mais import	318	318.00	7.8	-10.4	-2.2	-0.1	2.4	0.24	-0.32	-0.07	0.00	0.07	0.41
54 - *Resonse manquante*	30	30.00	-16.5	-0.8	-1.3	-1.6	-0.2	-2.92	-0.14	-0.22	-0.28	-0.04	13.93
55. aceitação das opiniões e sugestões das chefias													
1591 - P159menos imp	22	22.00	0.3	2.7	2.3	1.9	0.3	0.06	0.56	0.47	0.40	0.05	19.36
1592 - P159importante	67	67.00	-0.3	8.4	5.9	-2.0	-3.5	-0.03	0.95	0.67	-0.23	-0.40	5.69
1593 - P159mais import	345	345.00	7.8	-7.0	-6.4	0.3	3.1	0.20	-0.18	-0.17	0.01	0.08	0.30
55 - *Resonse manquante*	14	14.00	-18.7	-3.8	0.5	1.1	-0.6	-4.92	-1.01	0.14	0.28	-0.17	31.00
56. partilha na tomada de decisões													
15a1 - P1510menos imp	10	10.00	-0.6	9.9	0.9	7.4	7.4	-0.20	3.09	0.29	2.30	2.33	43.80
15a2 - P1510importante	69	69.00	1.0	8.3	2.5	-4.5	-2.9	0.11	0.92	0.27	-0.50	-0.33	5.49
15a3 - P1510mais import	348	348.00	8.3	-10.0	-2.8	1.6	0.7	0.21	-0.25	-0.07	0.04	0.02	0.29
56 - *Resonse manquante*	21	21.00	-17.5	-1.4	0.7	-0.6	-1.6	-3.73	-0.30	0.14	-0.13	-0.33	20.33
57. actualização permanente dos conhecimentos													
15b1 - P1511menos imp	1	1.00	0.0	3.0	0.3	3.6	0.9	0.03	3.04	0.35	3.65	0.90	447.00
15b2 - P1511importante	34	34.00	-2.6	12.1	0.8	-0.2	0.6	-0.43	1.99	0.13	-0.03	0.09	12.18
15b3 - P1511mais import	399	399.00	12.2	-8.6	-1.0	-0.8	-0.7	0.20	-0.14	-0.02	-0.01	-0.01	0.12
57 - *Resonse manquante*	14	14.00	-18.0	-3.7	0.5	0.8	0.2	-4.74	-0.97	0.14	0.20	0.05	31.00
58. bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)													
15c1 - P1512menos imp	4	4.00	-0.3	3.3	1.6	2.2	2.1	-0.16	1.64	0.82	1.10	1.02	111.00
15c2 - P1512importante	29	29.00	-2.3	10.7	1.3	-3.1	-2.3	-0.41	1.92	0.23	-0.56	-0.42	14.45
15c3 - P1512mais import	404	404.00	11.1	-8.0	-2.0	1.0	1.4	0.17	-0.12	-0.03	0.02	0.02	0.11
58 - *Resonse manquante*	11	11.00	-17.5	-3.6	0.8	1.6	-0.3	-5.21	-1.07	0.23	0.48	-0.08	39.73
59. autonomia da profissão													
15d1 - P1513menos imp	14	14.00	0.0	7.8	1.7	6.7	5.4	0.00	2.05	0.45	1.76	1.41	31.00
15d2 - P1513importante	88	88.00	-1.0	5.6	0.7	-2.2	-4.5	-0.10	0.54	0.07	-0.21	-0.43	4.09
15d3 - P1513mais import	328	328.00	7.1	-7.7	-1.2	0.0	1.2	0.20	-0.22	-0.03	0.00	0.03	0.37
59 - *Resonse manquante*	18	18.00	-14.0	-0.9	-0.2	-1.5	1.8	-3.23	-0.21	-0.04	-0.34	0.41	23.89
242. grupos etários													
GE01 - <=24A	39	39.00	2.0	-3.1	8.4	-1.1	3.7	0.30	-0.47	1.29	-0.16	0.56	10.49
GE02 - 25a29A	61	61.00	1.6	-3.6	10.4	-1.6	4.1	0.18	-0.43	1.24	-0.19	0.49	6.34
GE03 - 30a34A	80	80.00	1.7	-0.7	4.6	1.7	-4.6	0.17	-0.07	0.46	0.17	-0.47	4.60
GE04 - 35a39A	74	74.00	-0.3	-1.6	-1.6	5.9	-10.3	-0.03	-0.17	-0.17	0.62	-1.10	5.05
GE05 - 40a44A	79	79.00	-0.4	1.9	-7.2	7.1	0.8	-0.04	0.20	-0.73	0.72	0.09	4.67
GE06 - 45a49A	59	59.00	-0.5	4.3	-7.5	-6.9	4.9	-0.07	0.52	-0.91	-0.84	0.60	6.59
GE07 - >=50A	39	39.00	-4.0	2.2	-5.9	-7.9	3.0	-0.62	0.34	-0.90	-1.22	0.45	10.49
242 - *Resonse manquante*	17	17.00	-0.8	0.7	-1.0	-0.7	1.7	-0.18	0.18	-0.23	-0.17	0.40	25.35

MODALITES			VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.	
IDEN	LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4		5
243 . antiguidade na profissao														
AN01	- Aprof<=9A	88	88.00	2.6	-0.8	-3.3	6.1	-12.9	0.25	-0.08	-0.32	0.58	-1.23	4.09
AN02	- Aprof10a14A	182	182.00	2.5	-5.3	17.8	-2.2	4.0	0.14	-0.30	1.02	-0.12	0.23	1.46
AN03	- Aprof15a19A	50	50.00	-0.7	3.0	-5.9	9.9	-0.9	-0.10	0.40	-0.79	1.32	-0.12	7.96
AN04	- Aprof20a24A	48	48.00	-0.2	0.5	-8.3	-1.8	3.8	-0.03	0.07	-1.14	-0.24	0.52	8.33
AN05	- Aprof=>25A	71	71.00	-4.9	4.6	-7.9	-10.6	6.3	-0.54	0.50	-0.86	-1.16	0.69	5.31
243	- *Reponse manquante*	9	9.00	-0.9	0.8	-0.8	-0.3	-0.2	-0.31	0.26	-0.26	-0.09	-0.07	48.78
244 . antiguidade na organizacao														
AN01	- AOrg<=9A	76	76.00	2.5	0.6	-4.2	6.4	-12.8	0.26	0.06	-0.44	0.67	-1.34	4.89
AN02	- AOrg10a14A	191	191.00	3.5	-5.8	16.5	-1.5	3.4	0.19	-0.32	0.91	-0.08	0.19	1.35
AN03	- AOrg15a19A	40	40.00	-1.1	2.1	-5.4	9.0	-0.1	-0.17	0.32	-0.82	1.36	-0.02	10.20
AN04	- AOrg20a24A	50	50.00	0.3	0.4	-8.7	-2.5	3.8	0.03	0.06	-1.16	-0.34	0.50	7.96
AN05	- AOrg=>25A	57	57.00	-4.8	5.5	-7.0	-9.9	5.7	-0.60	0.68	-0.87	-1.23	0.71	6.86
244	- *Reponse manquante*	34	34.00	-3.1	0.2	0.1	-0.5	0.3	-0.51	0.04	0.01	-0.08	0.05	12.18

DESCRIPTION DES AXES FACTORIELS
DESCRIPTION DU FACTEUR 1
PAR LES MODALITES ACTIVES

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
47	-19.09	*Reponse manquante*	capacidade de trabalhar em equipa	17.00	1
49	-19.06	*Reponse manquante*	remuneração	16.00	2
55	-18.70	*Reponse manquante*	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	14.00	3
53	-18.63	*Reponse manquante*	participação directa no planeamento das actividades	21.00	4
57	-17.98	*Reponse manquante*	actualização permanente dos conhecimentos	14.00	5
48	-17.59	*Reponse manquante*	prestígio da profissão junto dos utentes	15.00	6
56	-17.50	*Reponse manquante*	partilha na tomada de decisões	21.00	7
58	-17.47	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	11.00	8
50	-17.46	*Reponse manquante*	realização pessoal	12.00	9
52	-16.86	*Reponse manquante*	solidariedade entre os profissionais	15.00	10
51	-16.63	*Reponse manquante*	realização profissional	16.00	11
54	-16.52	*Reponse manquante*	inovação dos procedimentos	30.00	12
59	-13.97	*Reponse manquante*	autonomia da profissão	18.00	13
AN05	-4.94	Aprof->25A	antiguidade na profissão	71.00	14
AN05	-4.82	AOrg->25A	antiguidade na organização	57.00	15
GE07	-4.03	=>50A	grupos etários	39.00	16
1551	-3.80	P155menos imp	realização profissional	3.00	17
1542	-3.33	P154importante	realização pessoal	31.00	18
244	-3.11	*Reponse manquante*	antiguidade na organização	34.00	19
P62	-2.85	enf graduado	categoria profissional	207.00	20
P1B1	-2.64	Évora	local	262.00	21

Z O N E C E N T R A L E

P1B3	2.16	Portalegre	local	84.00	66
AN02	2.47	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	67
AN01	2.47	AOrg=>9A	antiguidade na organização	76.00	68
AN01	2.58	Aprof<=>9A	antiguidade na profissão	88.00	69
1512	2.84	P151importante	capacidade de trabalhar em equipa	169.00	70
AN02	3.53	AOrg10a14A	antiguidade na organização	191.00	71
1513	4.45	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	248.00	72
1533	6.78	P153mais import	remuneração	310.00	73
15d3	7.11	P1513mais import	autonomia da profissão	328.00	74
1583	7.80	P158mais import	inovação dos procedimentos	318.00	75
1593	7.82	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	345.00	76
15a3	8.27	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	348.00	77
1563	8.44	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	353.00	78
1573	9.60	P157mais import	participação directa no planeamento das actividades	351.00	79
15c3	11.10	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	404.00	80
15b3	12.22	P1511mais import	actualização permanente dos conhecimentos	399.00	81
1543	12.50	P154mais import	realização pessoal	403.00	82
1553	13.17	P155mais import	realização profissional	403.00	83
1523	13.41	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	417.00	84

DESCRIPTION DU FACTEUR 2
PAR LES MODALITES ACTIVES

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
1573	-12.08	P157mais import	participação directa no planeamento das actividades	351.00	1
1563	-11.90	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	353.00	2
1583	-10.42	P158mais import	inovação dos procedimentos	318.00	3
15a3	-9.99	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	348.00	4
1543	-9.78	P154mais import	realização pessoal	403.00	5
1553	-8.91	P155mais import	realização profissional	403.00	6
1533	-8.88	P153mais import	remuneração	310.00	7
15b3	-8.65	P1511mais import	actualização permanente dos conhecimentos	399.00	8
15c3	-8.00	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	404.00	9
15d3	-7.70	P1513mais import	autonomia da profissão	328.00	10
1593	-6.96	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	345.00	11
1513	-6.05	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	248.00	12
AN02	-5.78	AOrg10a14A	antiguidade na organização	191.00	13
1523	-5.74	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	417.00	14
AN02	-5.26	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	182.00	15
P61	-4.72	enfermeiro	categoria profissional	150.00	16
55	-3.82	*Reponse manquante*	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	14.00	17
57	-3.68	*Reponse manquante*	actualização permanente dos conhecimentos	14.00	18
58	-3.57	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	11.00	19
GE02	-3.57	25a29A	grupos etários	61.00	20
GE01	-3.10	<=>24A	grupos etários	39.00	21

Z O N E C E N T R A L E

P62	4.76	enf graduado	categoria profissional	207.00	64
AN05	5.51	AOrg->25A	antiguidade na organização	57.00	65
15d2	5.62	P1513importante	autonomia da profissão	88.00	66
1581	5.65	P158menos imp	inovação dos procedimentos	9.00	67
1512	5.77	P151importante	capacidade de trabalhar em equipa	169.00	68
1532	6.64	P153importante	remuneração	90.00	69
1531	7.55	P153menos imp	remuneração	32.00	70
15d1	7.79	P1513menos imp	autonomia da profissão	14.00	71
1561	7.96	P156menos imp	solidariedade entre os profissionais	12.00	72
15a2	8.31	P1510importante	partilha na tomada de decisões	69.00	73
1592	8.45	P159importante	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	67.00	74
1522	8.45	P152importante	prestígio da profissão junto dos utentes	14.00	75
15a1	9.87	P1510menos imp	partilha na tomada de decisões	10.00	76
1571	10.05	P157menos imp	participação directa no planeamento das actividades	12.00	77
1582	10.27	P158importante	inovação dos procedimentos	91.00	78
1562	10.39	P156importante	solidariedade entre os profissionais	68.00	79
15c2	10.66	P1512importante	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	29.00	80
1572	10.67	P157importante	participação directa no planeamento das actividades	64.00	81
15b2	12.07	P1511importante	actualização permanente dos conhecimentos	34.00	82
1552	12.25	P155importante	realização profissional	26.00	83
1542	13.61	P154importante	realização pessoal	31.00	84

CLASSIFICATION HIERARCHIQUE (VOISINS RECIPROQUES)

SUR LES 10 PREMIERS AXES FACTORIELS

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
846	165	212	2	2.00	0.00294	*
847	270	830	6	6.00	0.00294	*
848	807	271	6	6.00	0.00299	*
849	834	751	5	5.00	0.00299	*
850	821	842	31	31.00	0.00301	*
851	815	110	5	5.00	0.00358	*
852	799	787	49	49.00	0.00363	*
853	797	841	4	4.00	0.00373	*
854	794	798	12	12.00	0.00383	*
855	334	835	4	4.00	0.00396	*
856	822	826	31	31.00	0.00397	*
857	851	678	7	7.00	0.00401	*
858	818	831	12	12.00	0.00407	*
859	825	788	7	7.00	0.00434	*
860	855	232	5	5.00	0.00444	*
861	796	776	5	5.00	0.00449	*
862	768	813	41	41.00	0.00466	*
863	52	833	3	3.00	0.00500	**
864	838	812	31	31.00	0.00551	**
865	853	846	6	6.00	0.00583	**
866	837	792	29	29.00	0.00605	**
867	847	360	7	7.00	0.00629	**
868	827	858	27	27.00	0.00647	**
869	868	810	30	30.00	0.00668	**
870	852	862	90	90.00	0.00706	**
871	865	267	7	7.00	0.00730	**
872	828	840	12	12.00	0.00749	**
873	856	854	43	43.00	0.00787	**
874	864	793	36	36.00	0.00813	**
875	836	832	23	23.00	0.00865	**
876	848	844	18	18.00	0.00895	**
877	857	861	12	12.00	0.00996	**
878	829	863	5	5.00	0.01013	**
879	843	870	125	125.00	0.01157	**
880	856	857	36	36.00	0.01242	**
881	874	872	48	48.00	0.01354	**
882	875	845	76	76.00	0.01417	**
883	869	850	61	61.00	0.01906	****
884	871	860	12	12.00	0.01945	****
885	878	859	12	12.00	0.01969	****
886	879	881	173	173.00	0.03483	*****
887	849	885	17	17.00	0.03992	*****
888	883	876	79	79.00	0.04138	*****
889	888	873	122	122.00	0.05618	*****
890	889	880	158	158.00	0.06212	*****
891	884	887	29	29.00	0.07785	*****
892	890	882	234	234.00	0.08646	*****
893	891	892	263	263.00	0.12346	*****
894	886	893	436	436.00	0.13707	*****
895	877	894	448	448.00	0.38553	*****

SOMME DES INDICES DE NIVEAU = 1.51023

COORDONNEES ET VALEURS-TEST

AXES 1 A 5

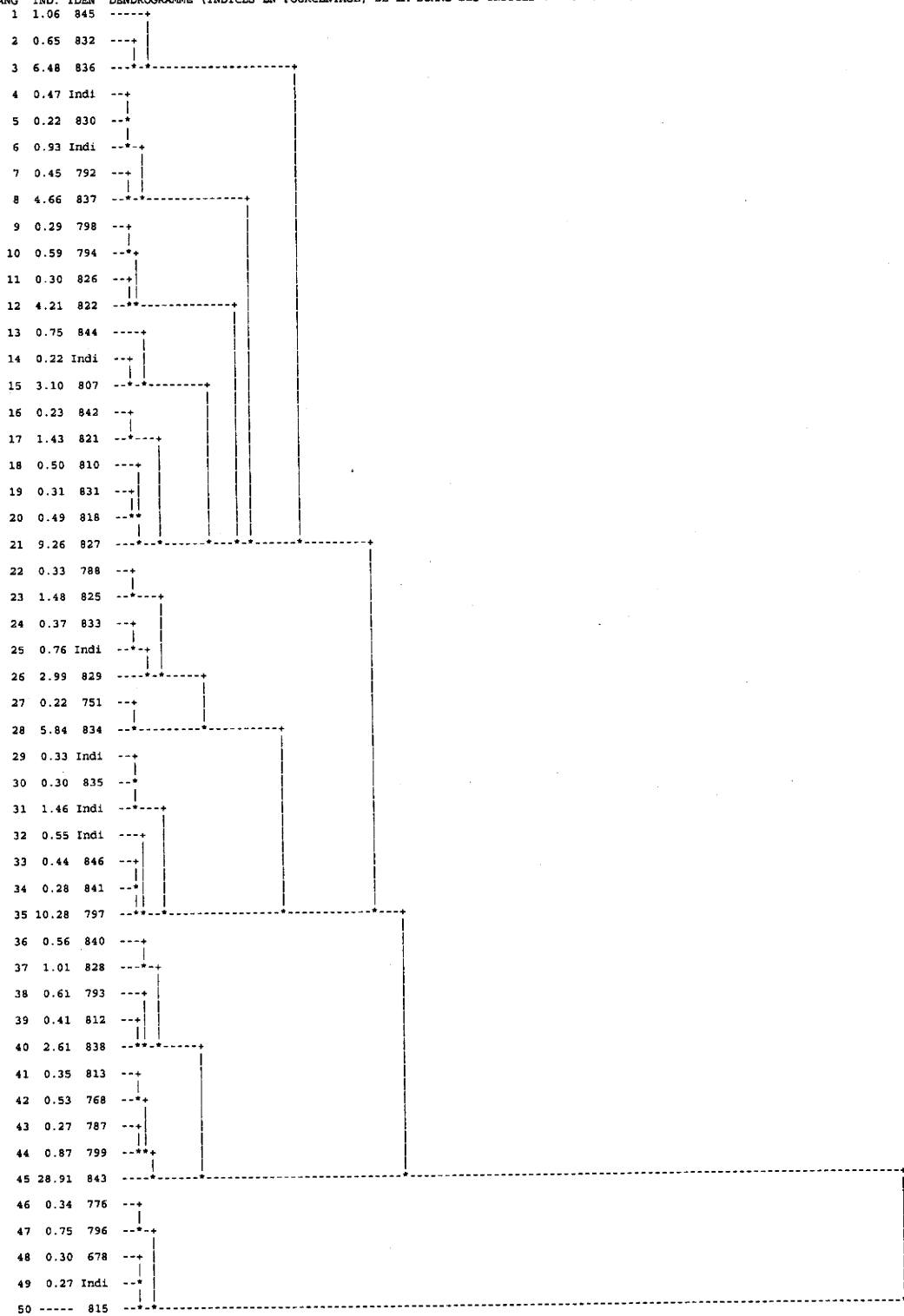
NUM.	IDENT	ELEMENTS		VALEURS-TEST					COORDONNEES				
		POIDS	EFF	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	845	53.00	53	2.57	-3.70	-3.26	5.27	-8.64	0.33	-0.48	-0.42	0.68	-1.12
2.	832	6.00	6	0.37	0.67	-0.42	2.05	-3.06	0.15	0.27	-0.17	0.83	-1.24
3.	836	17.00	17	0.85	1.75	-0.57	1.21	-8.73	0.20	0.42	-0.14	0.29	-2.08
4.	Indi	1.00	1	-0.06	3.32	-0.34	3.09	0.80	-0.06	3.32	-0.34	3.09	0.80
5.	830	5.00	5	0.29	1.91	-1.06	2.98	-1.68	0.13	0.85	-0.47	1.33	-0.75
6.	Indi	1.00	1	-0.02	2.65	-0.17	-0.18	-1.73	-0.02	2.65	-0.17	-0.18	-1.73
7.	792	10.00	10	0.90	-0.71	-3.24	2.82	-2.04	0.28	-0.22	-1.01	0.88	-0.64
8.	837	19.00	19	1.06	-0.42	-4.69	5.88	-0.50	0.24	-0.09	-1.06	1.32	-0.11
9.	798	3.00	3	0.39	0.77	-1.70	0.22	1.23	0.22	0.44	-0.98	0.13	0.71
10.	794	9.00	9	0.52	0.84	-3.19	-1.31	0.14	0.17	0.28	-1.05	-0.43	0.04
11.	826	11.00	11	0.60	-0.55	-3.13	0.11	1.26	0.18	-0.16	-0.93	0.03	0.37
12.	822	20.00	20	1.14	-1.75	-6.54	-0.45	3.82	0.25	-0.38	-1.43	-0.10	0.84
13.	844	12.00	12	0.62	-1.37	-2.65	0.04	0.98	0.18	-0.39	-0.75	0.01	0.28
14.	Indi	1.00	1	-0.08	2.18	-0.61	0.75	-0.13	-0.08	2.18	-0.61	0.75	-0.13
15.	807	5.00	5	0.12	-0.44	-0.62	-0.12	-0.11	0.06	-0.20	-0.28	-0.05	-0.06
16.	842	17.00	17	0.52	-1.33	-5.22	-3.02	3.90	0.14	-0.27	-1.24	-0.72	0.93
17.	821	14.00	14	0.34	-0.32	-4.77	-4.40	3.79	0.09	-0.08	-1.26	-1.16	1.00
18.	810	3.00	3	-1.02	3.03	-1.04	-3.47	-0.25	-0.53	1.75	-0.60	-2.00	-0.14
19.	831	4.00	4	0.07	3.39	-0.80	-2.92	-0.79	0.04	1.69	-0.40	-1.46	-0.39
20.	818	8.00	8	0.29	2.13	-2.11	-3.26	-0.39	0.10	0.75	-0.74	-1.14	-0.14
21.	827	15.00	15	0.12	2.45	-3.44	-5.75	2.16	0.03	0.62	-0.87	-1.46	0.55
22.	788	2.00	2	-2.74	-0.81	0.12	-0.31	-1.01	-1.93	-0.57	0.08	-0.22	-0.71
23.	825	5.00	5	-3.37	-0.49	-1.84	-2.29	1.34	-1.50	-0.22	-0.82	-1.02	0.60
24.	833	2.00	2	-3.13	3.25	-0.11	-2.33	0.06	-2.21	2.29	-0.08	-1.65	0.05
25.	Indi	1.00	1	-1.44	1.71	-0.15	1.95	-0.64	-1.44	1.71	-0.15	1.95	-0.64
26.	829	2.00	2	-4.69	2.44	1.49	-0.42	-1.71	-3.31	1.72	1.05	-0.30	-1.20
27.	751	2.00	2	-0.27	5.97	0.79	-0.92	-3.65	-0.19	4.21	0.55	-0.65	-2.58
28.	834	3.00	3	-0.49	7.24	0.23	-4.78	-1.93	-0.28	4.17	0.13	-2.75	-1.11
29.	Indi	1.00	1	-1.11	4.81	-0.07	-1.06	2.47	-1.11	4.81	-0.07	-1.06	2.47
30.	835	3.00	3	-0.26	4.36	-1.09	-0.36	3.76	-0.15	2.51	-0.63	-0.21	2.17
31.	Indi	1.00	1	-0.08	3.16	-0.40	1.35	2.85	-0.08	3.16	-0.40	1.35	2.85
32.	Indi	1.00	1	0.00	2.77	0.41	3.71	3.46	0.00	2.77	0.41	3.71	3.46
33.	846	2.00	2	-0.66	3.51	0.98	7.74	5.43	-0.47	2.48	0.69	5.47	3.84
34.	841	2.00	2	-0.20	5.27	1.31	5.85	4.57	-0.14	3.73	0.92	4.13	3.23
35.	797	2.00	2	-0.01	4.99	0.92	5.77	1.59	-0.01	3.53	0.65	4.08	1.12
36.	840	5.00	5	0.24	3.51	4.06	-0.22	-0.13	0.11	1.56	1.81	-0.10	-0.06
37.	828	7.00	7	0.04	2.06	1.52	-0.80	0.20	0.23	0.49	1.70	-0.30	0.08
38.	793	5.00	5	0.04	2.06	1.52	-1.27	-2.60	0.02	0.92	0.68	-0.56	-1.16
39.	812	6.00	6	0.54	2.71	3.84	-1.79	-1.97	0.22	1.10	1.56	-0.72	-0.80
40.	838	25.00	25	1.41	-0.32	6.43	-2.53	-0.73	0.27	-0.06	1.25	-0.49	-0.14
41.	813	10.00	10	0.53	0.56	3.21	-0.83	-0.89	0.17	0.17	1.00	-0.26	-0.28
42.	768	31.00	31	1.87	-3.77	2.08	0.50	0.10	0.32	-0.65	0.36	0.09	0.02
43.	787	8.00	8	0.42	-2.00	2.34	-0.50	1.77	0.15	-0.70	0.82	-0.18	0.62
44.	799	41.00	41	2.25	-5.08	6.70	-1.04	3.38	0.34	-0.76	1.00	-0.16	0.50
45.	843	35.00	35	2.00	-3.69	7.69	-0.33	4.11	0.33	-0.60	1.25	-0.05	0.67
46.	776	2.00	2	-5.92	-0.64	-0.90	-1.66	0.84	-4.18	-0.45	-0.64	-1.17	0.59
47.	796	3.00	3	-10.24	-1.44	-0.43	-0.49	1.32	-5.90	-0.83	-0.25	-0.28	0.76
48.	678	2.00	2	-8.08	-1.69	-0.33	2.98	-1.83	-5.71	-1.20	-0.24	2.10	-1.29
49.	Indi	1.00	1	-4.53	-1.17	-0.67	0.46	-0.11	-4.53	-1.17	-0.67	0.46	-0.11
50.	815	4.00	4	-11.57	-3.01	2.46	1.44	-0.84	-5.77	-1.50	1.22	0.72	-0.42

DESCRIPTION DES NOEUDS DE LA HIERACHIE
 (INDICES EN POURCENTAGE DE LA SOMME DES INDICES : 1.33374)

NOEUD		SUCESSEURS				COMPOSITION	
NUMERO	INDICE	AINE	BENJ	EFFECT.	POIDS	PREMIER	DERNIER
51	0.22	6	5	6	6.00	5	6
52	0.22	15	14	6	6.00	14	15
53	0.22	28	27	5	5.00	27	28
54	0.23	17	16	31	31.00	16	17
55	0.27	50	49	5	5.00	49	50
56	0.27	44	43	49	49.00	43	44
57	0.28	35	34	4	4.00	34	35
58	0.29	10	9	12	12.00	9	10
59	0.30	31	30	4	4.00	30	31
60	0.30	12	11	31	31.00	11	12
61	0.30	55	48	7	7.00	48	50
62	0.31	20	19	12	12.00	19	20
63	0.33	23	22	7	7.00	22	23
64	0.33	59	29	5	5.00	29	31
65	0.34	47	46	5	5.00	46	47
66	0.35	42	41	41	41.00	41	42
67	0.37	25	24	3	3.00	24	25
68	0.41	40	39	31	31.00	39	40
69	0.44	57	33	6	6.00	33	35
70	0.45	8	7	29	29.00	7	8
71	0.47	51	4	7	7.00	4	6
72	0.49	21	62	27	27.00	19	21
73	0.50	72	18	30	30.00	18	21
74	0.53	56	66	90	90.00	41	44
75	0.55	69	32	7	7.00	32	35
76	0.56	37	36	12	12.00	36	37
77	0.59	60	58	43	43.00	9	12
78	0.61	68	38	36	36.00	38	40
79	0.65	3	2	23	23.00	2	3
80	0.75	52	13	18	18.00	13	15
81	0.75	61	65	12	12.00	46	50
82	0.76	26	67	5	5.00	24	26
83	0.87	45	74	125	125.00	41	45
84	0.93	70	71	36	36.00	4	8
85	1.01	78	76	48	48.00	36	40
86	1.06	79	1	76	76.00	1	3
87	1.43	73	54	61	61.00	16	21
88	1.46	75	64	12	12.00	29	35
89	1.48	82	63	12	12.00	22	26
90	2.61	83	85	173	173.00	36	45
91	2.99	53	89	17	17.00	22	28
92	3.10	87	80	79	79.00	13	21
93	4.21	92	77	122	122.00	9	21
94	4.66	93	84	158	158.00	4	21
95	5.84	86	91	29	29.00	22	35
96	6.48	94	86	234	234.00	1	21
97	9.26	95	96	263	263.00	1	35
98	10.28	90	97	436	436.00	1	45
99	28.91	81	98	448	448.00	1	50

DENDROGRAMME

RANG IND. IDEN DENDROGRAMME (INDICES EN POURCENTAGE, DE LA SOMME DES INDICES : 1.33374 MIN = 0.22% / MAX = 28.91%)



PARTITION PAR COUPURE D'UN ARBRE HIERARCHIQUE
 COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)
 DESCRIPTION SOMMAIRE

CLASSE	EFFECTIF	POIDS	CONTENU
aa1a	234	234.00	1 A 21
aa2a	29	29.00	22 A 35
aa3a	173	173.00	36 A 45
aa4a	12	12.00	46 A 50

COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION
 AXES 1 A 5

IDEN - LIBELLE	CLASSES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES													
aa1a - CLASSE 1 / 4	234	234.00	4.2	0.2	-17.1	1.3	-5.1	0.13	0.00	-0.31	0.02	-0.08	0.12
aa2a - CLASSE 2 / 4	29	29.00	-5.4	12.7	0.4	2.6	4.2	-0.66	1.08	0.03	0.17	0.25	1.80
aa3a - CLASSE 3 / 4	173	173.00	4.7	-5.4	17.2	-3.1	3.2	0.19	-0.15	0.41	-0.07	0.06	0.24
aa4a - CLASSE 4 / 4	12	12.00	-19.0	-3.8	0.5	1.3	-0.3	-3.70	-0.51	0.06	0.13	-0.03	14.01

CONSOLIDATION DE LA PARTITION
 AUTOUR DES 4 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
 PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES

ITERATION	I. TOTALE	I. INTER	QUOTIENT
0	1.51023	0.64606	0.42779
1	1.51023	0.68010	0.45033
2	1.51023	0.68279	0.45211
3	1.51023	0.68279	0.45211
4	1.51023	0.68279	0.45211

ARRÊT APRES L'ITERATION 4 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
 PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.

DECOMPOSITION DE L'INERTIE
 CALCULEE SUR 10 AXES.

INERTIES	INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
INTER-CLASSES	0.6461	0.6828						
INTRA-CLASSE								
CLASSE 1 / 4	0.4671	0.4346	234	230	234.00	230.00	0.1196	0.1245
CLASSE 2 / 4	0.2278	0.2203	29	31	29.00	31.00	1.8035	2.1844
CLASSE 3 / 4	0.1428	0.1461	173	175	173.00	175.00	0.2373	0.2368
CLASSE 4 / 4	0.0265	0.0265	12	12	12.00	12.00	14.0075	14.0075
TOTALE	1.5102	1.5102						

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.4278
 APRES ... 0.4521

COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
 AXES 1 A 5

IDEN - LIBELLE	CLASSES		VALEURS-TEST					COORDONNEES					DISTO.
	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES													
aa1a - CLASSE 1 / 4	230	230.00	3.3	-1.6	-17.6	0.8	-4.8	0.10	-0.03	-0.32	0.01	-0.08	0.12
aa2a - CLASSE 2 / 4	31	31.00	-3.3	16.7	1.2	3.3	3.5	-0.39	1.37	0.08	0.21	0.21	2.18
aa3a - CLASSE 3 / 4	175	175.00	4.6	-5.8	17.3	-3.0	3.2	0.18	-0.16	0.41	-0.06	0.06	0.24
aa4a - CLASSE 4 / 4	12	12.00	-19.0	-3.8	0.5	1.3	-0.3	-3.70	-0.51	0.06	0.13	-0.03	14.01

PARANGONS

CLASSE 1/ 4
EFFECTIF: 230

RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.13792	Individu n° 445	2	0.16981	Individu n° 430
3	0.18068	Individu n° 374	4	0.19810	Individu n° 432
5	0.22923	Individu n° 366	6	0.23052	Individu n° 390
7	0.24097	Individu n° 262	8	0.25238	Individu n° 447
9	0.25821	Individu n° 419	10	0.26431	Individu n° 111

CLASSE 2/ 4
EFFECTIF: 31

RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.91348	Individu n° 291	2	0.93778	Individu n° 221
3	1.21319	Individu n° 204	4	1.58136	Individu n° 103
5	1.78908	Individu n° 26	6	1.80430	Individu n° 132
7	1.93261	Individu n° 414	8	2.01337	Individu n° 201
9	2.47898	Individu n° 92	10	2.46133	Individu n° 270

CLASSE 3/ 4
EFFECTIF: 175

RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.03449	Individu n° 162	2	0.03700	Individu n° 285
3	0.04224	Individu n° 406	4	0.05484	Individu n° 198
5	0.05931	Individu n° 341	6	0.06930	Individu n° 313
7	0.07338	Individu n° 213	8	0.07338	Individu n° 315
9	0.07338	Individu n° 287	10	0.08325	Individu n° 250

CLASSE 4/ 4
EFFECTIF: 12

RG	DISTANCE	IDENT.	RG	DISTANCE	IDENT.
1	0.47968	Individu n° 258	2	0.50790	Individu n° 259
3	0.59634	Individu n° 233	4	0.60709	Individu n° 7
5	0.70385	Individu n° 235	6	0.78929	Individu n° 319
7	0.79568	Individu n° 227	8	0.85805	Individu n° 205
9	1.09763	Individu n° 228	10	1.24165	Individu n° 370

DESCRIPTION DE PARTITION(S)
 DESCRIPTION DE LA COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 CARACTERISATION DE LA PARTITION PAR LES QUESTIONS
 CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES QUESTIONS
 CARACTERISATION DE LA PARTITION PAR LES MODALITES
 CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES
 CARACTERISATION DE LA PARTITION PAR LES AXES
 CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES AXES
 CARACTERISATION PAR LES QUESTIONS
 DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES

V. TEST	PROBA	NUM .	LIBELLE DE LA QUESTION	KHI-2	DEG. LIB	INF. A 5
99.99	0.000	58	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	447.93	9	9
99.99	0.000	59	autonomia da profissão	263.01	9	5
99.99	0.000	52	solidariedade entre os profissionais	316.63	9	7
99.99	0.000	53	participação directa no planeamento das actividades	432.13	9	7
99.99	0.000	47	capacidade de trabalhar em equipa	337.78	9	5
99.99	0.000	48	prestígio da profissão junto dos utentes	329.85	9	8
99.99	0.000	49	remuneração	399.44	9	5
99.99	0.000	50	realização pessoal	503.54	9	9
99.99	0.000	51	realização profissional	393.82	9	8
99.99	0.000	55	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	423.35	9	6
99.99	0.000	56	partilha na tomada de decisões	352.07	9	7
99.99	0.000	54	inovação dos procedimentos	247.13	9	7
99.99	0.000	57	atualização permanente dos conhecimentos	550.44	9	8
12.63	0.000	243	antiguidade na profissão	408.99	15	12
17.10	0.000	244	antiguidade na organização	352.28	15	9
14.46	0.000	242	grupos etários	282.65	21	13
13.91	0.000	8	categoria profissional	238.78	12	9
2.61	0.004	2	local	18.81	6	2
2.03	0.021	1	organização	9.72	3	2
1.65	0.049	3	sexo	7.86	3	1

CARACTERISATION PAR LES QUESTIONS DES CLASSES OU MODALITES
 DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 CLASSE 1 / 4

V. TEST	PROBA	QUESTIONS CARACTERISTIQUES	KHI-2	DEG. LIB
aala - CLASSE 1 / 4 (POIDS = 230.00 EFFECTIF = 230)				
11.17	0.000	243 . antiguidade na profissão	143.63	5
9.96	0.000	244 . antiguidade na organização	117.32	5
8.38	0.000	8 . categoria profissional	83.90	4
8.22	0.000	242 . grupos etários	90.47	7
2.96	0.002	55 . aceitação das opiniões e sugestões das chefias	15.32	3
2.86	0.002	50 . realização pessoal	14.66	3
2.80	0.003	51 . realização profissional	14.29	3
2.69	0.004	57 . atualização permanente dos conhecimentos	13.54	3
2.49	0.006	56 . partilha na tomada de decisões	12.33	3

CLASSE 2 / 4

V. TEST	PROBA	QUESTIONS CARACTERISTIQUES	KHI-2	DEG. LIB
aa2a - CLASSE 2 / 4 (POIDS = 31.00 EFFECTIF = 31)				
12.93	0.000	50 . realização pessoal	178.69	3
12.41	0.000	53 . participação directa no planeamento das actividades	165.54	3
12.07	0.000	57 . atualização permanente dos conhecimentos	157.09	3
11.29	0.000	51 . realização profissional	138.51	3
10.87	0.000	56 . partilha na tomada de decisões	129.14	3
9.67	0.000	52 . solidariedade entre os profissionais	104.17	3
9.59	0.000	58 . bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	102.59	3
8.91	0.000	59 . autonomia da profissão	89.60	3
8.07	0.000	48 . prestígio da profissão junto dos utentes	75.13	3
7.37	0.000	54 . inovação dos procedimentos	63.88	3
7.02	0.000	49 . remuneração	58.75	3
4.74	0.000	55 . aceitação das opiniões e sugestões das chefias	30.52	3
3.62	0.000	244 . antiguidade na organização	24.89	5
3.52	0.000	243 . antiguidade na profissão	24.01	5
3.26	0.001	47 . capacidade de trabalhar em equipa	17.51	3
3.20	0.001	8 . categoria profissional	19.32	4
2.79	0.003	242 . grupos etários	21.94	7

CLASSE 3 / 4

V. TEST	PROBA	QUESTIONS CARACTERISTIQUES	KHI-2	DEG. LIB
aa3a - CLASSE 3 / 4 (POIDS = 175.00 EFFECTIF = 175)				
99.99	0.000	243 . antiguidade na profissão	232.26	5
13.26	0.000	244 . antiguidade na organização	196.03	5
11.70	0.000	242 . grupos etários	163.30	7
10.87	0.000	8 . categoria profissional	133.13	4
2.68	0.004	53 . participação directa no planeamento das actividades	13.49	3
2.67	0.004	54 . inovação dos procedimentos	13.43	3

CLASSE 4 / 4

V. TEST	PROBA	QUESTIONS CARACTERISTIQUES	KHI-2	DEG. LIB
aa4a - CLASSE 4 / 4 (POIDS = 12.00 EFFECTIF = 12)				
99.99	0.000	58 . bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	327.76	3
99.99	0.000	51 . realização profissional	233.87	3
99.99	0.000	48 . prestígio da profissão junto dos utentes	237.25	3
99.99	0.000	53 . participação directa no planeamento das actividades	244.00	3
99.99	0.000	47 . capacidade de trabalhar em equipa	304.24	3
99.99	0.000	57 . atualização permanente dos conhecimentos	372.00	3
99.99	0.000	49 . remuneração	324.00	3
99.99	0.000	50 . realização pessoal	300.41	3
99.99	0.000	55 . aceitação das opiniões e sugestões das chefias	372.00	3
99.99	0.000	56 . partilha na tomada de decisões	203.22	3
13.47	0.000	52 . solidariedade entre os profissionais	193.13	3
12.48	0.000	54 . inovação dos procedimentos	167.20	3
12.10	0.000	59 . autonomia da profissão	157.81	3

CARACTERISATION PAR LES MODALITES
DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
(TOUS LES KHI-2 ONT 3 DEGRES DE LIBERTE)

V. TEST	PROBA	MODALITE	QUESTION	IDEN	KHI-2	POIDS
99.99	0.000	*Reponse manquante*	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	55_	370.32	14.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	atualização permanente dos conhecimentos	57_	370.32	14.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	58_	328.57	11.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	remuneração	49_	324.10	16.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	capacidade de trabalhar em equipa	47_	312.95	17.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	realização pessoal	50_	300.48	12.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	prestígio da profissão junto dos utentes	48_	249.47	15.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	participação directa no planeamento das actividades	53_	243.63	21.00
99.99	0.000	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	AN02	227.89	182.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	realização profissional	51_	222.20	16.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	partilha na tomada de decisões	56_	203.11	21.00
99.99	0.000	*Reponse manquante*	solidariedade entre os profissionais	52_	202.53	15.00
12.97	0.000	AOrg10a14A	antiguidade na organização	AN02	179.97	191.00
12.93	0.000	P154importante	realização pessoal	1542	178.86	31.00
12.51	0.000	*Reponse manquante*	inovação dos procedimentos	54_	167.97	30.00
12.05	0.000	*Reponse manquante*	autonomia da profissão	59_	156.49	18.00
11.46	0.000	P1511importante	atualização permanente dos conhecimentos	15b2	142.52	34.00
11.35	0.000	enfermeiro	categoria profissional	P61	139.96	150.00
11.08	0.000	P157menos imp	participação directa no planeamento das actividades	1571	133.88	12.00
10.53	0.000	P155importante	realização profissional	1552	121.79	26.00
9.83	0.000	P1510menos imp	partilha na tomada de decisões	15a1	107.31	10.00
8.97	0.000	P1512importante	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c2	90.74	29.00
8.70	0.000	25a29A	grupos etários	GE02	85.94	61.00
7.87	0.000	P1513menos imp	autonomia da profissão	15d1	71.82	14.00
7.71	0.000	P156menos imp	solidariedade entre os profissionais	1561	69.20	12.00
7.17	0.000	<=24A	grupos etários	GE01	60.84	39.00
7.05	0.000	Aprof<=9A	antiguidade na profissão	AN01	59.17	88.00
6.85	0.000	AOrg<=9A	antiguidade na organização	AN01	56.27	76.00
6.38	0.000	Aprof=>25A	antiguidade na profissão	AN05	49.76	71.00
6.22	0.000	P153menos imp	remuneração	1531	47.64	32.00
6.21	0.000	AOrg=>25A	antiguidade na organização	AN05	47.50	57.00
5.67	0.000	P152importante	prestígio da profissão junto dos utentes	1522	40.79	14.00
5.63	0.000	40a44A	grupos etários	GE05	40.32	79.00
5.43	0.000	AOrg20a24A	antiguidade na organização	AN04	37.96	50.00
5.36	0.000	enf especiali	categoria profissional	P63	37.25	57.00
5.27	0.000	45a49A	grupos etários	GE06	36.21	59.00
5.05	0.000	Aprof15a19A	antiguidade na profissão	AN03	33.82	50.00
5.04	0.000	P159importante	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	1592	33.64	67.00
5.01	0.000	P158menos imp	inovação dos procedimentos	1581	33.38	9.00
4.96	0.000	Aprof20a24A	antiguidade na profissão	AN04	32.85	48.00
4.80	0.000	enf graduado	categoria profissional	P62	31.14	207.00
4.80	0.000	P157mais import	participação directa no planeamento das actividades	1573	31.12	351.00
4.48	0.000	=>50A	grupos etários	GE07	27.91	39.00
4.34	0.000	AOrg15a19A	antiguidade na organização	AN03	26.60	40.00
4.28	0.000	enf chefe	categoria profissional	P64	26.02	31.00
4.07	0.000	P1511mais import	atualização permanente dos conhecimentos	15b3	24.15	399.00
4.07	0.000	P158mais import	inovação dos procedimentos	1583	24.12	318.00
4.05	0.000	P154mais import	realização pessoal	1543	23.94	403.00
4.01	0.000	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	1563	23.62	353.00
4.00	0.000	P157importante	participação directa no planeamento das actividades	1572	23.49	64.00
4.00	0.000	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	15a3	23.46	348.00
3.80	0.000	P1513mais import	autonomia da profissão	15d3	21.75	328.00
3.79	0.000	P158importante	inovação dos procedimentos	1582	21.66	91.00
3.77	0.000	P153mais import	remuneração	1533	21.53	310.00
3.74	0.000	P156importante	solidariedade entre os profissionais	1562	21.27	68.00
3.72	0.000	P155mais import	realização profissional	1553	21.11	403.00
3.35	0.000	P1510importante	partilha na tomada de decisões	15a2	18.18	69.00
3.22	0.001	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	1593	17.21	345.00
3.15	0.001	30a34A	grupos etários	GE03	16.67	80.00
3.00	0.001	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c3	15.61	404.00
2.62	0.004	35a39A	grupos etários	GE04	13.12	74.00
2.60	0.005	P1513importante	autonomia da profissão	15d2	12.96	88.00
2.55	0.005	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	1523	12.68	417.00
2.55	0.005	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	1513	12.66	248.00

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
CLASSE 1 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
				51.34	CLASSE 1 / 4		aa1a	230
8.98	0.000	92.05	35.22	19.64	Aprof<=9A	antiguidade na profissao	AN01	88
8.54	0.000	93.42	30.87	16.96	AOrg<=9A	antiguidade na organizacao	AN01	76
6.78	0.000	94.00	20.43	11.16	AOrg20a24A	antiguidade na organizacao	AN04	50
6.74	0.000	91.23	22.61	12.72	enf especial1	categoria profissional	P63	57
5.79	0.000	89.58	18.70	10.71	Aprof20a24A	antiguidade na profissao	AN0*	48
5.60	0.000	84.75	21.74	13.17	45a49A	grupos etarios	GE06	59
5.57	0.000	96.77	13.04	6.92	enf chefe	categoria profissional	P64	31
5.44	0.000	55.58	97.39	89.96	P155mais import	realizacao profissional	1533	403
5.44	0.000	55.58	97.39	89.96	P154mais import	realizacao pessoal	1543	403
5.33	0.000	78.48	26.96	17.63	40a44A	grupos etarios	GE05	79
5.21	0.000	55.64	96.52	89.06	P1511mais import	atualizacao permanente dos conhecimentos	15b3	399
5.08	0.000	57.97	86.96	77.01	P159mais import	aceitacao das opinioes e sugestoes das chefias	1593	345
4.78	0.000	77.46	23.91	15.85	Aprof=>25A	antiguidade na profissao	AN05	71
4.60	0.000	54.95	96.52	90.18	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c3	404
4.42	0.000	62.80	56.52	46.21	enf graduado	categoria profissional	P62	207
4.31	0.000	56.90	86.09	77.68	P1510mais import	partilha na tomada de decisoes	15a3	348
4.27	0.000	80.00	17.39	11.16	Aprof15a19A	antiguidade na profissao	AN03	50
4.01	0.000	53.96	97.83	93.08	P152mais import	prestigio da profissao junto dos utentes	1523	417
3.78	0.000	56.09	86.09	78.79	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	1563	353
3.74	0.000	80.00	13.91	8.93	AOrg15a19A	antiguidade na organizacao	AN03	40
3.48	0.000	70.27	22.61	16.52	35a39A	grupos etarios	GE04	74
3.29	0.000	55.56	84.78	78.35	P157mais import	participacao directa no planeamento das actividades	1573	351
3.25	0.001	76.92	13.04	8.71	=>50A	grupos etarios	GE07	39
3.23	0.001	71.93	17.83	12.72	AOrg=>25A	antiguidade na organizacao	AN05	57
3.15	0.001	56.45	76.09	69.20	P153mais import	remuneracao	1533	310
3.00	0.001	70.00	18.26	13.39	Centro de Saude	organizacao	PIA2	60
2.75	0.003	63.73	28.26	22.77	Beja	local	PIB2	102
-2.39	0.008	23.81	2.17	4.69	*Reponse manquante*	participacao directa no planeamento das actividades	53	21
-2.39	0.008	23.81	2.17	4.69	*Reponse manquante*	partilha na tomada de decisoes	56	21
-2.45	0.007	18.75	1.30	3.57	*Reponse manquante*	realizacao profissional	51	16
-2.57	0.005	28.13	3.91	7.14	P153menos imp	remuneracao	1531	32
-2.62	0.004	14.29	0.87	3.13	P1513menos imp	autonomia da profissao	15d1	14
-2.64	0.004	9.09	0.43	2.46	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	58	11
-2.83	0.002	13.33	0.87	3.35	*Reponse manquante*	solidariedade entre os profissionais	52	15
-2.85	0.002	8.33	0.43	2.68	*Reponse manquante*	realizacao pessoal	50	12
-2.85	0.002	8.33	0.43	2.68	P157menos imp	participacao directa no planeamento das actividades	1571	12
-2.85	0.002	8.33	0.43	2.68	P156menos imp	solidariedade entre os profissionais	1561	12
-2.88	0.002	24.14	3.04	6.47	P1512importante	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c2	29
-3.00	0.001	48.45	8.74	86.61	Hospital	organizacao	PIA1	388
-3.02	0.001	12.50	0.87	3.57	*Reponse manquante*	remuneracao	49	16
-3.21	0.001	0.00	0.00	2.23	P1510menos imp	partilha na tomada de decisoes	15a1	10
-3.26	0.001	7.14	0.43	3.13	*Reponse manquante*	atualizacao permanente dos conhecimentos	57	14
-3.26	0.001	7.14	0.43	3.13	*Reponse manquante*	aceitacao das opinioes e sugestoes das chefias	55	14
-3.37	0.000	33.75	11.74	17.86	30a34A	grupos etarios	GE03	80
-3.46	0.000	44.27	50.43	58.48	Evora	local	P1B1	262
-3.63	0.000	20.59	3.04	7.59	P1511importante	atualizacao permanente dos conhecimentos	15b2	34
-3.81	0.000	5.88	0.43	3.79	*Reponse manquante*	capacidade de trabalhar em equipa	47	17
-3.99	0.000	28.36	8.26	14.96	P159importante	aceitacao das opinioes e sugestoes das chefias	1592	67
-4.16	0.000	0.00	0.00	3.35	*Reponse manquante*	prestigio da profissao junto dos utentes	48	15
-4.17	0.000	11.54	1.30	5.80	P155importante	realizacao profissional	1552	26
-4.43	0.000	12.90	1.74	6.92	P154importante	realizacao pessoal	1542	31
-7.36	0.000	0.00	0.00	8.71	<=24A	grupos etarios	GE01	39
-9.58	0.000	0.00	0.00	13.62	25a29A	grupos etarios	GE02	61
-12.70	0.000	10.67	6.96	33.48	enfermeiro	categoria profissional	P61	150
-15.63	0.000	10.47	8.70	42.63	AOrg10a14A	antiguidade na organizacao	AN02	191
-18.46	0.000	2.75	2.17	40.63	Aprof10a14A	antiguidade na profissao	AN02	182

CLASSE 2 / 4

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
				6.92	CLASSE 2 / 4		aa2a	31
9.36	0.000	67.74	67.74	6.92	P154importante	realizacao pessoal	1542	31
8.60	0.000	58.82	64.52	7.59	P1511importante	atualizacao permanente dos conhecimentos	15b2	34
7.63	0.000	61.54	51.61	5.80	P155importante	realizacao profissional	1552	26
7.20	0.000	91.67	35.48	2.68	P157menos imp	participacao directa no planeamento das actividades	1571	12
6.81	0.000	51.72	48.39	6.47	P1512importante	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c2	29
6.36	0.000	90.00	29.03	2.23	P1510menos imp	partilha na tomada de decisoes	15a1	10
5.52	0.000	64.29	29.03	3.13	P1513menos imp	autonomia da profissao	15d1	14
5.23	0.000	66.67	25.81	2.68	P156menos imp	solidariedade entre os profissionais	1561	12
5.17	0.000	37.50	38.71	7.14	P153menos imp	remuneracao	1531	32
4.46	0.000	22.39	48.39	14.96	P159importante	aceitacao das opinioes e sugestoes das chefias	1592	67
4.27	0.000	50.00	22.58	3.13	P152importante	prestigio da profissao junto dos utentes	1522	14
4.26	0.000	18.68	54.84	30.31	P158importante	inovacao dos procedimentos	1582	91
4.18	0.000	21.88	45.16	14.29	P157importante	participacao directa no planeamento das actividades	1572	64
4.00	0.000	20.59	45.16	15.18	P156importante	solidariedade entre os profissionais	1562	68
3.87	0.000	12.08	80.65	46.21	enf graduado	categoria profissional	P62	207
3.67	0.000	55.56	16.13	2.01	P158menos imp	inovacao dos procedimentos	1581	9
3.54	0.000	18.84	41.94	15.40	P1510importante	partilha na tomada de decisoes	15a2	69
3.23	0.001	19.30	35.48	12.72	AOrg=>25A	antiguidade na organizacao	AN05	57
3.19	0.001	15.91	45.16	19.64	P1513importante	autonomia da profissao	15d2	88
2.62	0.004	15.49	35.48	15.85	Aprof=>25A	antiguidade na profissao	AN05	71
-3.25	0.001	2.20	12.90	40.63	Aprof10a14A	antiguidade na profissao	AN02	182
-3.26	0.001	3.23	25.81	55.36	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	1513	248
-3.43	0.000	1.33	6.45	33.48	enfermeiro	categoria profissional	P61	150
-4.21	0.000	2.09	12.90	42.63	AOrg10a14A	antiguidade na organizacao	AN02	191
-5.73	0.000	4.32	58.06	93.08	P159mais import	aceitacao das opinioes e sugestoes das chefias	1593	345
-5.77	0.000	1.94	19.35	69.20	P153mais import	prestigio da profissao junto dos utentes	1533	417
-6.34	0.000	1.83	19.35	73.21	P1513mais import	autonomia da profissao	15d3	310
-6.42	0.000	1.57	16.13	70.98	P158mais import	inovacao dos procedimentos	1583	328
-6.52	0.000	3.47	45.16	90.18	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c3	318
-7.05	0.000	1.72	19.35	77.68	P1510mais import	partilha na tomada de decisoes	15a3	348
-7.64	0.000	1.42	16.13	78.79	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	1563	353
-7.72	0.000	2.73	35.48	89.96	P155mais import	realizacao profissional	1553	403
-7.87	0.000	2.51	32.26	89.06	P1511mais import	atualizacao permanente dos conhecimentos	15b3	399
-8.41	0.000	0.85	9.68	78.35	P157mais import	participacao directa no planeamento das actividades	1573	351
-8.58	0.000	2.23	29.03	89.96	P154mais import	realizacao pessoal	1543	403

CLASSE 3 / 4

V. TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
		CLA/	MOD/	GLOBAL				
				39.06	CLASSE 3 / 4		aa3a	175
21.32	0.000	93.41	97.14	40.63	Aprof10a14A	antiguidade na profissão	AN02	182
18.91	0.000	86.39	94.29	42.63	AOrg10a14A	antiguidade na organização	AN02	191
14.76	0.000	86.00	73.71	33.48	enfarmeiro	categoria profissional	P61	150
10.25	0.000	96.72	33.71	13.62	25a29A	grupos etários	GE02	61
8.54	0.000	100.00	22.29	8.71	<=24A	grupos etários	GE01	39
4.31	0.000	61.25	28.00	17.86	30a34A	grupos etários	GE03	80
3.79	0.000	41.94	96.57	89.96	P154mais import	realização pessoal	1543	403
3.71	0.000	43.59	87.43	78.35	P157mais import	participação directa no planeamento das actividades	1573	351
3.65	0.000	44.21	82.86	73.21	P1513mais import	autonomia da profissão	15d3	328
3.54	0.000	41.25	98.29	93.08	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	1523	417
3.46	0.000	41.85	95.43	89.06	P1511mais import	atualização permanente dos conhecimentos	15b3	399
3.09	0.001	43.71	79.43	70.98	P158mais import	inovação dos procedimentos	1583	318
3.05	0.001	41.44	95.43	89.96	P155mais import	realização profissional	1553	403
2.60	0.005	41.49	92.00	86.61	Hospital	organização	PIA1	388
2.58	0.005	41.09	94.86	90.18	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c3	404
-2.37	0.009	11.11	1.14	4.02	*Reponse manquante*	autonomia da profissão	59	18
-2.37	0.009	7.14	0.57	3.13	*Reponse manquante*	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	55	14
-2.37	0.009	7.14	0.57	3.13	*Reponse manquante*	atualização permanente dos conhecimentos	57	14
-2.53	0.006	6.67	0.57	3.35	*Reponse manquante*	prestígio da profissão junto dos utentes	48	15
-2.60	0.005	23.33	8.00	13.39	Centro de Saúde	organização	PIA2	60
-2.64	0.004	16.13	2.86	6.92	P154importante	realização pessoal	1542	31
-2.65	0.004	0.00	0.00	2.46	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	58	11
-2.69	0.004	6.25	0.57	3.57	*Reponse manquante*	realização profissional	51	16
-2.77	0.003	24.32	10.29	16.52	35a39A	grupos etários	GE04	74
-2.80	0.003	9.52	1.14	4.69	*Reponse manquante*	partilha na tomada de decisões	56	21
-2.82	0.002	0.00	0.00	2.68	*Reponse manquante*	realização pessoal	50	12
-2.82	0.002	0.00	0.00	2.68	P157menos imp	participação directa no planeamento das actividades	1571	12
-3.29	0.001	0.00	0.00	3.35	*Reponse manquante*	solidariedade entre os profissionais	52	15
-3.39	0.000	4.76	0.57	4.69	*Reponse manquante*	participação directa no planeamento das actividades	53	21
-3.43	0.000	0.00	0.00	3.57	*Reponse manquante*	remuneração	49	16
-3.57	0.000	0.00	0.00	3.79	*Reponse manquante*	capacidade de trabalhar em equipa	47	17
-4.46	0.000	3.33	0.57	6.70	*Reponse manquante*	inovação dos procedimentos	54	30
-5.19	0.000	0.00	0.00	6.92	enf chefe	categoria profissional	P64	31
-5.96	0.000	0.00	0.00	8.71	=>50A	grupos etários	GE07	39
-6.05	0.000	0.00	0.00	8.93	AOrg15a19A	antiguidade na organização	AN03	40
-6.49	0.000	3.51	1.14	12.72	enf especiali	categoria profissional	P63	57
-6.74	0.000	0.00	0.00	10.71	Aprof20a24A	antiguidade na profissão	AN04	48
-6.92	0.000	0.00	0.00	11.16	Aprof15a19A	antiguidade na profissão	AN03	50
-6.92	0.000	0.00	0.00	11.16	AOrg20a24A	antiguidade na organização	AN04	50
-7.11	0.000	1.69	0.57	13.17	45a49A	grupos etários	GE06	59
-7.18	0.000	21.26	25.14	46.21	enf graduado	categoria profissional	P62	207
-7.44	0.000	5.06	2.29	17.63	40a44A	grupos etários	GE05	79
-7.48	0.000	0.00	0.00	12.72	AOrg=>25A	antiguidade na organização	AN05	57
-8.11	0.000	4.55	2.29	19.64	Aprof<=9A	antiguidade na profissão	AN01	88
-8.39	0.000	1.32	0.57	16.96	AOrg<=9A	antiguidade na organização	AN01	76
-8.52	0.000	0.00	0.00	15.85	Aprof=>25A	antiguidade na profissão	AN05	71

CLASSE 4 / 4

V. TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
		CLA/	MOD/	GLOBAL				
				2.68	CLASSE 4 / 4		aa4a	12
9.53	0.000	85.71	100.00	3.13	*Reponse manquante*	atualização permanente dos conhecimentos	57	14
9.53	0.000	85.71	100.00	3.13	*Reponse manquante*	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	55	14
9.22	0.000	75.00	100.00	3.57	*Reponse manquante*	remuneração	49	16
9.08	0.000	70.59	100.00	3.79	*Reponse manquante*	capacidade de trabalhar em equipa	47	17
8.65	0.000	57.14	100.00	4.69	*Reponse manquante*	participação directa no planeamento das actividades	53	21
8.51	0.000	90.91	83.33	2.46	*Reponse manquante*	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	58	11
8.30	0.000	83.33	83.33	2.68	*Reponse manquante*	realização pessoal	50	12
7.98	0.000	40.00	100.00	6.70	*Reponse manquante*	inovação dos procedimentos	54	30
7.91	0.000	52.38	91.67	4.69	*Reponse manquante*	partilha na tomada de decisões	56	21
7.83	0.000	66.67	83.33	3.35	*Reponse manquante*	prestígio da profissão junto dos utentes	48	15
7.71	0.000	62.50	83.33	3.57	*Reponse manquante*	realização profissional	51	16
7.11	0.000	60.00	75.00	3.35	*Reponse manquante*	solidariedade entre os profissionais	52	15
6.79	0.000	50.00	75.00	4.02	*Reponse manquante*	autonomia da profissão	59	18
-2.74	0.003	0.00	0.00	37.72	P151importante	capacidade de trabalhar em equipa	1512	169
-3.88	0.000	0.00	0.00	55.36	P151mais import	capacidade de trabalhar em equipa	1513	248
-4.39	0.000	0.57	16.67	78.79	P156mais import	solidariedade entre os profissionais	1563	353
-4.50	0.000	0.30	8.33	73.21	P1513mais import	autonomia da profissão	15d3	328
-4.88	0.000	0.00	0.00	69.20	P153mais import	remuneração	1533	310
-4.92	0.000	0.29	8.33	77.68	P1510mais import	partilha na tomada de decisões	15a3	348
-5.03	0.000	0.00	0.00	70.98	P158mais import	inovação dos procedimentos	1583	318
-5.57	0.000	0.00	0.00	77.01	P159mais import	aceitação das opiniões e sugestões das chefias	1593	345
-5.70	0.000	0.00	0.00	78.35	P157mais import	participação directa no planeamento das actividades	1573	351
-5.91	0.000	0.50	16.67	90.18	P1512mais import	bom ambiente de trabalho (p.e. sem conflitos)	15c3	404
-6.52	0.000	0.25	8.33	89.96	P154mais import	realização pessoal	1543	403
-6.52	0.000	0.25	8.33	89.96	P155mais import	realização profissional	1553	403
-6.53	0.000	0.48	16.67	93.08	P152mais import	prestígio da profissão junto dos utentes	1523	417
-7.07	0.000	0.00	0.00	89.06	P1511mais import	atualização permanente dos conhecimentos	15b3	399

CARACTERISATION PAR LES AXES
 DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 (TOUTES LES STATISTIQUES DE FISHER ONT (3, 444) DEGRES DE LIBERTE

AXE	FISHER	PROBABILITE	VAL.TEST
1	846.47	0.0000	28.84
3	442.59	0.0000	24.51
2	290.99	0.0000	21.67
5	10.35	0.0000	4.70
7	6.93	0.0001	3.63
4	6.08	0.0005	3.31

CARACTERISATION PAR LES AXES DES CLASSES OU MODALITES
 DE COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
 CLASSE 1 / 4

AXES CARACTERISTIQUES	COORDONNEE	COS. CARRE	VALEUR-TEST	PROBABILITE
aa1a - CLASSE 1 / 4	(POIDS = 230.00		EFFECTIF = 230)	
AXE 3	-0.32	0.842	-17.633	0.0000
AXE 5	-0.08	0.046	-4.845	0.0000
AXE 1	0.10	0.088	3.340	0.0004
AXE 9	0.03	0.008	2.478	0.0066

CLASSE 2 / 4

AXES CARACTERISTIQUES	COORDONNEE	COS. CARRE	VALEUR-TEST	PROBABILITE
aa2a - CLASSE 2 / 4	(POIDS = 31.00		EFFECTIF = 31)	
AXE 2	1.37	0.861	16.724	0.0000
AXE 7	0.20	0.019	3.912	0.0000
AXE 5	0.21	0.019	3.491	0.0002
AXE 4	0.21	0.020	3.347	0.0004
AXE 1	-0.39	0.069	-3.290	0.0005

CLASSE 3 / 4

AXES CARACTERISTIQUES	COORDONNEE	COS. CARRE	VALEUR-TEST	PROBABILITE
aa3a - CLASSE 3 / 4	(POIDS = 175.00		EFFECTIF = 175)	
AXE 3	0.41	0.701	17.290	0.0000
AXE 2	-0.16	0.112	-5.844	0.0000
AXE 1	0.18	0.144	4.585	0.0000
AXE 5	0.06	0.018	3.236	0.0006
AXE 4	-0.06	0.017	-2.957	0.0016

CLASSE 4 / 4

AXES CARACTERISTIQUES	COORDONNEE	COS. CARRE	VALEUR-TEST	PROBABILITE
aa4a - CLASSE 4 / 4	(POIDS = 12.00		EFFECTIF = 12)	
AXE 1	-3.70	0.976	-19.023	0.0000
AXE 2	-0.51	0.019	-3.786	0.0001
AXE 7	-0.20	0.003	-2.335	0.0098

Anexo 4

Sintaxes SPSSWin 10

GET /File: 'C:\Ocs meus documentos\Carlos\Doutoramento\base\Final SPSS\Final 2000 teste reduzido C.sav'.
Missing value p1a to p45 (0).

Title "Fiabilidade".

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p13.1 TO p13.15
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p14.1 TO p14.20
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p15.1 TO p15.13
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p16.1 TO p16.14
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p25.1 TO p25.12
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p26.1 TO p26.28
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p27.1 TO p27.12
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p30.1 TO p30.9
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p38.1 TO p38.4
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.
```

Title "Normalidade".

```
NPAR TESTS
/K-S(NORMAL)= p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/MISSING=ANALYSIS.
```

Title "Validades".

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p13.3 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p14.17 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p15.13 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p16.12 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p25.1 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p26.9 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p27.6 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p30.1 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

```
NONPAR CORR
/VARIABLES= p38.4 p13 p14 p15 p16 p25 p26 p27 p30 p38
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=LISTWISE.
```

Title "Recodificações".

```
RECODE
p11
(Lowest thru 25=1) (26 thru 50=2) (51 thru 75=3) (75 thru Highest=4) INTO sind.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p13 = p13.1+p13.2+p13.3+p13.4+p13.5+p13.6+p13.7+p13.8+p13.9+p13.10+p13.11+p13.12+p13.13+p13.14+p13.15.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p14 = p14.1+ p14.2+ p14.3+ p14.4+ p14.5+ p14.6+ p14.7+ p14.8+ p14.9+ p14.10+ p14.11+ p14.12+ p14.13+ p14.14+ p14.15+ p14.16+ p14.17+ p14.18+
p14.19+ p14.20.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p15 = p15.1+ p15.2+ p15.3+ p15.4+ p15.5+ p15.6+ p15.7+ p15.8+ p15.9+ p15.10+ p15.11+ p15.12+ p15.13.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p16 = p16.1+ p16.2+ p16.3+ p16.4+ p16.5+ p16.6+ p16.7+ p16.8+ p16.9+ p16.10+ p16.11+ p16.12+ p16.13+ p16.14.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p25 = p25.1+ p25.2+ p25.3+ p25.4+ p25.5+ p25.6+ p25.7+ p25.8+ p25.9+ p25.10+ p25.11+ p25.12.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p26 = p26.1+ p26.2+ p26.3+ p26.4+ p26.5+ p26.6+ p26.7+ p26.8+ p26.9+ p26.10+ p26.11+ p26.12+ p26.13+ p26.14+ p26.15+ p26.16+ p26.17+ p26.18+
p26.19+ p26.20+ p26.21+ p26.22+ p26.23+ p26.24+ p26.25+ p26.26+ p26.27+ p26.28.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p27 = p27.1+ p27.2+ p27.3+ p27.4+ p27.5+ p27.6+ p27.7+ p27.8+ p27.9+ p27.10+ p27.11+ p27.12.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p30 = p30.1+ p30.2+ p30.3+ p30.4+ p30.5+ p30.6+ p30.7+ p30.8+ p30.9.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE p38 = p38.1+ p38.2+ p38.3+ p38.4.
EXECUTE.
```

Title "Análise Descritiva: Frequências".

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p1a p1b p3 getar
/ORDER ANALYSIS.
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$forma1 'curso' (p5.1 p5.2 p5.3 p5.4a (1))
/FREQUENCIES=$forma1.
```

```
MULT RESPONSE
GROUPS=$forma 'curso' (p5.1 p5.2 p5.3 p5.4 p5.5 p5.6 p5.7 p5.8 p5.9 p5.10 p5.11 (1))
/FREQUENCIES=$forma.
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p4 p7 p8 p11
/NTILES= 4
/NTILES= 10
/PERCENTILES= 25 50 75
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER= ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p6 antprof antorg anocurs p10 sind p12
/ORDER ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p13 p14 p15 p16
/NTILES= 4
/NTILES= 10
/PERCENTILES= 25 50 75
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER= ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES
VARIABLES=p19 p20 p21 p22.1 p22.2 p23
/ORDER ANALYSIS.
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p23=1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p23=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
```

```

MULT RESPONSE
GROUPS=$aforma 'Áreas de formação' (p23.1.1 p23.1.2 p23.1.3 p23.1.4 p23.1.5 (1))
/FREQUENCIES=$aforma .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p23=2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p23=2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$actua 'Actualização da formação' (p23.2.1 p23.2.2 p23.2.3 p23.2.4 p23.2.5 (1))
/FREQUENCIES=$actua .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p24
/ORDER ANALYSIS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p25 p26 p27
/NTILES= 4
/NTILES= 10
/PERCENTILES= 25 50 75
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER= ANALYSIS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p28
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p28=1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p28=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$ipart 'consulta individual' (p28.1.1 p28.1.2 p28.1.3 p28.1.4 p28.1.5 (1))
/FREQUENCIES=$ipart .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p29
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p29=1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p29=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$gpart 'consulta aos grupos' (p29.1.1 p29.1.2 p29.1.3 (1))
/FREQUENCIES=$gpart .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p30
/NTILES= 4
/NTILES= 10
/PERCENTILES= 25 50 75
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER= ANALYSIS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p31
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(p31=1).
VARIABLE LABEL filter_$ 'p31=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=$dind 'tomada decisão individual' (p31.1.1 p31.1.2 p31.1.3 p31.1.4 p31.1.5 p31.1.6 p31.1.7 (1))
/FREQUENCIES=$dind .

```

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p32
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_\$=(p32=1).
VARIABLE LABEL filter_\$ 'p32=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=\$idgrup 'tomada decisão grupo' (p32.1.1 p32.1.2 p32.1.3 p32.1.4 p32.1.5 p32.1.6 p32.1.7 p32.1.8 p32.1.9 p32.1.10 p32.1.11 (1))
/FREQUENCIES=\$idgrup .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p33
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_\$=(p33=1).
VARIABLE LABEL filter_\$ 'p33=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=\$inf 'processo recolha e análise de informação' (p33.1.1a p33.1.1b p33.1.1c p33.1.1d (1)) \$cpessoa 'comp apresentação pessoal' (p33.1.2a p33.1.2b p33.1.2c p33.1.2d (1)) \$cinterp 'competências interpessoais' (p33.1.3a p33.1.3b p33.1.3c p33.1.3d (1)) \$dgrupo 'dinâmica de grupo' (p33.1.4a p33.1.4b p33.1.4c p33.1.4d (1)) \$outfor 'outra formação consulta'+ 'td' (p33.1.5a p33.1.5b p33.1.5c p33.1.5d (1))
/FREQUENCIES=\$inf \$cpessoa \$cinterp \$dgrupo \$outfor .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p35 p36.1
/ORDER ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=\$cgrup 'composição dos grupos' (p36.2.1 p36.2.2 p36.2.3 p36.2.4 (1)) \$dquest 'decisão das questões a discutir' (p36.3.1 p36.3.2 p36.3.3 p36.3.4 (1))
/FREQUENCIES=\$cgrup \$dquest .

FREQUENCIES
VARIABLES=p37
/ORDER ANALYSIS .

FREQUENCIES
VARIABLES=p38
/NTILES= 4
/NTILES= 10
/PERCENTILES= 25 50 75
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM SKEWNESS SESKEW KURTOSIS SEKURT
/ORDER= ANALYSIS .

MULT RESPONSE
GROUPS=\$decide 'quem decide as mudanças' (p39.1 p39.2 p39.3 p39.4 p39.5 (1)) \$tipopar 'formas de participação para enfermagem' (p40.1 p40.2 p40.3 p40.4 (1))
/FREQUENCIES=\$decide \$tipopar .

FREQUENCIES
VARIABLES=p41
/ORDER ANALYSIS .

USE ALL.
COMPUTE filter_\$=(p41=1).
VARIABLE LABEL filter_\$ 'p41=1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE .

MULT RESPONSE
GROUPS=\$melh 'aspectos de melhoria com a participação' (p41.1.1 p41.1.2 p41.1.3 p41.1.4 p41.1.5 p41.1.6 p41.1.7 (1))
/FREQUENCIES=\$melh .

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .

FREQUENCIES
VARIABLES=p43 p44
/ORDER ANALYSIS .

Title "Escalas: Factorial".

```
FACTOR
/VARIABLES p13.1 p13.2 p13.3 p13.4 p13.5 p13.6 p13.7 p13.8 p13.9 p13.10 p13.11 p13.12 p13.13 p13.14 p13.15
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p13.1 p13.2 p13.3 p13.4 p13.5 p13.6 p13.7 p13.8 p13.9 p13.10 p13.11 p13.12 p13.13 p13.14 p13.15
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p14.10 p14.11 p14.12 p14.13 p14.14 p14.15 p14.16 p14.17 p14.18 p14.19 p14.20
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5 p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p14.10 p14.11 p14.12 p14.13 p14.14 p14.15 p14.16 p14.17 p14.18 p14.19 p14.20
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 p15.12 p15.13
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p15.1 p15.2 p15.3 p15.4 p15.5 p15.6 p15.7 p15.8 p15.9 p15.10 p15.11 p15.12 p15.13
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 p16.11 p16.12 p16.13 p16.14
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p16.1 p16.2 p16.3 p16.4 p16.5 p16.6 p16.7 p16.8 p16.9 p16.10 p16.11 p16.12 p16.13 p16.14
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p25.1 p25.2 p25.3 p25.4 p25.5 p25.6 p25.7 p25.8 p25.9 p25.10 p25.11 p25.12
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p25.1 p25.2 p25.3 p25.4 p25.5 p25.6 p25.7 p25.8 p25.9 p25.10 p25.11 p25.12
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p26.1 p26.2 p26.3 p26.4 p26.5 p26.6 p26.7 p26.8 p26.9 p26.10 p26.11 p26.12 p26.13 p26.14 p26.15 p26.16 p26.17 p26.18 p26.19 p26.20 p26.21
p26.22 p26.23 p26.24 p26.25 p26.26 p26.27 p26.28
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p26.1 p26.2 p26.3 p26.4 p26.5 p26.6 p26.7 p26.8 p26.9 p26.10 p26.11 p26.12 p26.13 p26.14 p26.15 p26.16 p26.17 p26.18 p26.19 p26.20 p26.21 p26.22
p26.23 p26.24 p26.25 p26.26 p26.27 p26.28
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```
FACTOR
/VARIABLES p27.1 p27.2 p27.3 p27.4 p27.5 p27.6 p27.7 p27.8 p27.9 p27.10 p27.11 p27.12
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p27.1 p27.2 p27.3 p27.4 p27.5 p27.6 p27.7 p27.8 p27.9 p27.10 p27.11 p27.12
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(,0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

```

FACTOR
/VARIABLES p30.1 p30.2 p30.3 p30.4 p30.5 p30.6 p30.7 p30.8 p30.9
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p30.1 p30.2 p30.3 p30.4 p30.5 p30.6 p30.7 p30.8 p30.9
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.

```

```

FACTOR
/VARIABLES p38.1 p38.2 p38.3 p38.4
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS p38.1 p38.2 p38.3 p38.4
/PRINT INITIAL SIG DET KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(0)
/PLOT EIGEN ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.

```

Title "Escala: Hierarquias das medidas".

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p13.1 to p13.15
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p14.1 to p14.20
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p15.1 to p15.13
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p16.1 to p16.14
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p25.1 to p25.12
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p26.1 to p26.28
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p27.1 to p27.12
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p30.1 to p30.9
/MISSING LISTWISE.

```

```

NPAR TESTS
/FRIEDMAN = p38.1 to p38.4
/MISSING LISTWISE.

```

Title "Reconstruções".

```

COMPUTE p13a = p13.1+p13.9+p13.10+p13.14+p13.15.
EXECUTE.
COMPUTE p13b = p13.7+p13.12+p13.13.
EXECUTE.
COMPUTE p13c = p13.5+p13.8.
EXECUTE.
COMPUTE p13d = p13.2+p13.3+p13.4.
EXECUTE.
COMPUTE p13e = p13.6+p13.11.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE p14a = p14.13+ p14.18+ p14.19+ p14.20.
EXECUTE.
COMPUTE p14b = p14.1+ p14.2+ p14.3+ p14.4+ p14.5.
EXECUTE.
COMPUTE p14c = p14.6+ p14.7+ p14.8+ p14.9+ p14.10.
EXECUTE.
COMPUTE p14d = p14.11+ p14.14+ p14.15+ p14.16.
EXECUTE.
COMPUTE p14e = p14.12+ p14.17.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE p15a = p15.2+p15.4+ p15.5+ p15.6+ p15.11+ p15.12.
EXECUTE.
COMPUTE p15b = p15.1+ p15.7+ p15.8+ p15.10+ p15.13.
EXECUTE.
COMPUTE p15c = p15.3+ p15.9.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE p16a = p16.5+ p16.6+ p16.9+ p16.11+ p16.12+ p16.14.
EXECUTE.
COMPUTE p16b = p16.1+ p16.2+ p16.3+ p16.4.
EXECUTE.
COMPUTE p16c = p16.7+ p16.8+ p16.10+ p16.13.
EXECUTE.

```

```

COMPUTE p25a = p25.2+ p25.7+ p25.9+ p25.10+p25.11+ p25.12.
EXECUTE .
COMPUTE p25b = p25.1+ p25.3+ p25.4+ p25.5+ p25.6+ p25.8.
EXECUTE .

COMPUTE p26a = p26.7+ p26.17+ p26.18+ p26.19 +p26.20+ p26.28.
EXECUTE .
COMPUTE p26b = p26.8+ p26.12+ p26.13+ p26.23+ p26.24+ p26.25+ p26.27.
EXECUTE .
COMPUTE p26c = p26.9+ p26.10+p26.11+ p26.26.
EXECUTE .
COMPUTE p26d = p26.14+ p26.16+p26.21+ p26.22.
EXECUTE .
COMPUTE p26e = p26.1+ p26.2+ p26.4+ p26.5+p26.15.
EXECUTE .
COMPUTE p26f = p26.3+ p26.6.
EXECUTE .

COMPUTE p27a = p27.6+ p27.7+ p27.11.
EXECUTE .
COMPUTE p27b = p27.2+ p27.8+ p27.9+ p27.10+ p27.12.
EXECUTE .
COMPUTE p27c = p27.1+ p27.3+ p27.4+ p27.5.
EXECUTE .

COMPUTE p30a = p30.1+ p30.2+ p30.3+ p30.4+ p30.5 .
EXECUTE .
COMPUTE p30b = p30.6+ p30.7+ p30.8+ p30.9.
EXECUTE .

RECODE
p13a
(Lowest thru 18=1) (18 thru 19=2) (19 thru 21=3) (21 thru Highest=4) INTO j13a.
EXECUTE .
RECODE
p13b
(Lowest thru 11=1) (11 thru 12=2) (12 thru 14=3) (14 thru Highest=4) INTO j13b.
EXECUTE .
RECODE
p13c
(Lowest thru 6=1) (6 thru 7=2) (7 thru 8=3) (8 thru Highest=4) INTO j13c.
EXECUTE .
RECODE
p13d
(Lowest thru 11=1) (11 thru 12=2) (12 thru 13=3) (13 thru Highest=4) INTO j13d.
EXECUTE .
RECODE
p13e
(Lowest thru 5=1) (5 thru 6=2) (6 thru 7=3) (7 thru Highest=4) INTO j13e.
EXECUTE .

RECODE
p14a
(Lowest thru 13=1) (13 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j14a.
EXECUTE .
RECODE
p14b
(Lowest thru 14=1) (14 thru 17=2) (17 thru 20=3) (20 thru Highest=4) INTO j14b.
EXECUTE .
RECODE
p14c
(Lowest thru 15=1) (15 thru 17=2) (17 thru 20=3) (20 thru Highest=4) INTO j14c.
EXECUTE .
RECODE
p14d
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j14d.
EXECUTE .
RECODE
p14e
(Lowest thru 8=1) (8 thru 9=2) (9 thru 10=3) (10 thru Highest=4) INTO j14e.
EXECUTE .

RECODE
p15a
(Lowest thru 25=1) (25 thru 27=2) (27 thru 29=3) (29 thru Highest=4) INTO j15a.
EXECUTE .
RECODE
p15b
(Lowest thru 18=1) (18 thru 20=2) (20 thru 22=3) (22 thru Highest=4) INTO j15b.
EXECUTE .
RECODE
p15c
(Lowest thru 7=1) (7 thru 8=2) (8 thru 9=3) (9 thru Highest=4) INTO j15c.
EXECUTE .

RECODE
p16a
(Lowest thru 19=1) (19 thru 22=2) (22 thru 24=3) (24 thru Highest=4) INTO j16a.
EXECUTE .
RECODE
p16b
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j16b.
EXECUTE .
RECODE
p16c
(Lowest thru 10=1) (10 thru 12=2) (12 thru 14=3) (14 thru Highest=4) INTO j16c.
EXECUTE .

RECODE
p26a
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j26a.
EXECUTE .

```

RECODE
 p25b
 (Lowest thru 14=1) (14 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j25b.
 EXECUTE .

RECODE
 p26a
 (Lowest thru 17=1) (17 thru 20=2) (20 thru 23=3) (23 thru Highest=4) INTO j26a.
 EXECUTE .

RECODE
 p26b
 (Lowest thru 24=1) (24 thru 27=2) (27 thru 30=3) (30 thru Highest=4) INTO j26b.
 EXECUTE .

RECODE
 p26c
 (Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j26c.
 EXECUTE .

RECODE
 p26d
 (Lowest thru 13=1) (13 thru 15=2) (15 thru 17=3) (17 thru Highest=4) INTO j26d.
 EXECUTE .

RECODE
 p26e
 (Lowest thru 17=1) (17 thru 20=2) (20 thru 21=3) (21 thru Highest=4) INTO j26e.
 EXECUTE .

RECODE
 p26f
 (Lowest thru 6=1) (6 thru 7=2) (7 thru 8=3) (8 thru Highest=4) INTO j26f.
 EXECUTE .

RECODE
 p27a
 (Lowest thru 10=1) (10 thru 11=2) (11 thru 12=3) (12 thru Highest=4) INTO j27a.
 EXECUTE .

RECODE
 p27b
 (Lowest thru 15=1) (15 thru 17=2) (17 thru 19=3) (19 thru Highest=4) INTO j27b.
 EXECUTE .

RECODE
 p27c
 (Lowest thru 15=1) (15 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j27c.
 EXECUTE .

RECODE
 p30a
 (Lowest thru 18=1) (18 thru 20=2) (20 thru 22=3) (22 thru Highest=4) INTO j30a.
 EXECUTE .

RECODE
 p30b
 (Lowest thru 8=1) (8 thru 10=2) (10 thru 12=3) (12 thru Highest=4) INTO j30b.
 EXECUTE .

RECODE
 p13a
 (Lowest thru 18=1) (18 thru 19=2) (19 thru 21=3) (21 thru Highest=4) INTO j13a.
 EXECUTE .

RECODE
 p13b
 (Lowest thru 11=1) (11 thru 12=2) (12 thru 14=3) (14 thru Highest=4) INTO j13b.
 EXECUTE .

RECODE
 p13c
 (Lowest thru 6=1) (6 thru 7=2) (7 thru 8=3) (8 thru Highest=4) INTO j13c.
 EXECUTE .

RECODE
 p13d
 (Lowest thru 11=1) (11 thru 12=2) (12 thru 13=3) (13 thru Highest=4) INTO j13d.
 EXECUTE .

RECODE
 p13e
 (Lowest thru 5=1) (5 thru 6=2) (6 thru 7=3) (7 thru Highest=4) INTO j13e.
 EXECUTE .

RECODE
 p14a
 (Lowest thru 13=1) (13 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j14a.
 EXECUTE .

RECODE
 p14b
 (Lowest thru 14=1) (14 thru 17=2) (17 thru 20=3) (20 thru Highest=4) INTO j14b.
 EXECUTE .

RECODE
 p14c
 (Lowest thru 15=1) (15 thru 17=2) (17 thru 20=3) (20 thru Highest=4) INTO j14c.
 EXECUTE .

RECODE
 p14d
 (Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j14d.
 EXECUTE .

RECODE
 p14e
 (Lowest thru 8=1) (8 thru 9=2) (9 thru 10=3) (10 thru Highest=4) INTO j14e.
 EXECUTE .

RECODE
 p15a
 (Lowest thru 25=1) (25 thru 27=2) (27 thru 29=3) (29 thru Highest=4) INTO j15a.
 EXECUTE .

RECODE
 p15b
 (Lowest thru 18=1) (18 thru 20=2) (20 thru 22=3) (22 thru Highest=4) INTO j15b.
 EXECUTE .


```

RECODE
p15c
(Lowest thru 7=1) (7 thru 8=2) (8 thru 9=3) (9 thru Highest=4) INTO j15c.
EXECUTE.

RECODE
p16a
(Lowest thru 19=1) (19 thru 22=2) (22 thru 24=3) (24 thru Highest=4) INTO j16a.
EXECUTE.
RECODE
p16b
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j16b.
EXECUTE.
RECODE
p16c
(Lowest thru 10=1) (10 thru 12=2) (12 thru 14=3) (14 thru Highest=4) INTO j16c.
EXECUTE.

RECODE
p25a
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j25a.
EXECUTE.
RECODE
p25b
(Lowest thru 14=1) (14 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j25b.
EXECUTE.

RECODE
p26a
(Lowest thru 17=1) (17 thru 20=2) (20 thru 23=3) (23 thru Highest=4) INTO j26a.
EXECUTE.
RECODE
p26b
(Lowest thru 24=1) (24 thru 27=2) (27 thru 30=3) (30 thru Highest=4) INTO j26b.
EXECUTE.
RECODE
p26c
(Lowest thru 12=1) (12 thru 14=2) (14 thru 16=3) (16 thru Highest=4) INTO j26c.
EXECUTE.
RECODE
p26d
(Lowest thru 13=1) (13 thru 15=2) (15 thru 17=3) (17 thru Highest=4) INTO j26d.
EXECUTE.
RECODE
p26e
(Lowest thru 17=1) (17 thru 20=2) (20 thru 21=3) (21 thru Highest=4) INTO j26e.
EXECUTE.
RECODE
p26f
(Lowest thru 6=1) (6 thru 7=2) (7 thru 8=3) (8 thru Highest=4) INTO j26f.
EXECUTE.

RECODE
p27a
(Lowest thru 10=1) (10 thru 11=2) (11 thru 12=3) (12 thru Highest=4) INTO j27a.
EXECUTE.
RECODE
p27b
(Lowest thru 15=1) (15 thru 17=2) (17 thru 19=3) (19 thru Highest=4) INTO j27b.
EXECUTE.
RECODE
p27c
(Lowest thru 15=1) (15 thru 16=2) (16 thru 18=3) (18 thru Highest=4) INTO j27c.
EXECUTE.
RECODE
p30a
(Lowest thru 18=1) (18 thru 20=2) (20 thru 22=3) (22 thru Highest=4) INTO j30a.
EXECUTE.
RECODE
p30b
(Lowest thru 8=1) (8 thru 10=2) (10 thru 12=3) (12 thru Highest=4) INTO j30b.
EXECUTE.

Title 'Confiabilidade pós-fatorial'.

RELIABILITY
/VARIABLES=p13.1 p13.9 p13.10 p13.14 p13.15
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.

RELIABILITY
/VARIABLES=p13.7 p13.12 p13.13
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.

RELIABILITY
/VARIABLES=p13.5 p13.8
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.

RELIABILITY
/VARIABLES=p13.2 p13.3 p13.4
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL.

```

```

RELIABILITY
/VARIABLES=p13.6 p13.11
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p14.13 p14.18 p14.19 p14.20
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p14.1 p14.2 p14.3 p14.4 p14.5
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p14.6 p14.7 p14.8 p14.9 p14.10
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p14.11 p14.14 p14.15 p14.16
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p14.12 p14.17
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p15.2 p15.4 p15.5 p15.6 p15.11 p15.12
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p15.1 p15.7 p15.8 p15.10 p15.13
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p15.3 p15.9
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p16.5 p16.6 p16.9 p16.11 p16.12 p16.14
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p16.1 p16.2 p16.3 p16.4
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p16.7 p16.8 p16.10 p16.13
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p25.2 p25.7 p25.9 p25.10 p25.11 p25.12
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p25.1 p25.3 p25.4 p25.5 p25.6 p25.8
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.7 p26.17 p26.18 p26.19 p26.20 p26.28
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

```

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.8 p26.12 p26.13 p26.23 p26.24 p26.25 p26.27
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.9 p26.10 p26.11 p26.26
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.14 p26.16 p26.21 p26.22
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.1 p26.2 p26.4 p26.5 p26.15
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p26.3 p26.6
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p27.6 p27.7 p27.11
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p27.2 p27.8 p27.9 p27.10 p27.12
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p27.1 p27.3 p27.4 p27.5
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p30.1 p30.2 p30.3 p30.4 p30.5
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

RELIABILITY
/VARIABLES=p30.6 p30.7 p30.8 p30.9
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE ANOVA FRIEDMAN
/SUMMARY=TOTAL .

Title "Comparaçao entre grupos".
NPAR TESTS
/K-S= prat1 to ope2 BY p1a(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-S= prat1 to ope2 BY p10(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY p1b(1 3)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY p6(1 4)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY getar(1 7)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY antprof(1 5)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY antorg(1 5)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-W= prat1 to ope2 BY anocurs(1 5)
/MISSING ANALYSIS.
NPAR TESTS
/K-S= prat1 to ope2 BY p3(1 2)
/MISSING ANALYSIS.

SPAD 4
Análise de Correspondência Múltipla

```

OUT = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.LST"
NDICA = "C:\Alfa\FinalD.LAR"
NDONA = "C:\Alfa\FinalD.DAR"
NDIC = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DIC"
NDON = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DON"
NGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.GUS"
FBGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.PGF"
FBDON = "C:\Alfa\FinalD.sba"
PROCEDURE ** LBASE **
Lecture de la base
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 14 MINUTES 1 SECONDES
LECTURE DU FICHIER BASE
NOM DE LA BASE : C:\Alfa\FinalD.sba
NOMBRE D'INDIVIDUS : 448
NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES : 287
NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES : 0
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 287 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 287 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NIXEA = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
FIN DE LA PROCEDURE ** LBASE **
NAPEL = 0
PROCEDURE ** SELEC **
Selection des individus et des variables
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 14 MINUTES 11 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 287 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES LUS SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 287 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NIXEA = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE
LSELI = TOT mode de selection des individus (0=TOT, 1=LIST, 2=FILT).
IMASS = UNIF numero de la variable 'poids des individus' (0=UNIF, -1=FORCE).
LZERO = REC recodage des reponses manquantes (0=NOREC, 1=REC).
LEDIT = COURT impression du dictionnaire des variables retenues (0=NON, 1=COURT, 2=LONG).
* NXFIL = 20 nombre maximum de constantes employees dans le filtre (si LSELI=FILT ou 2)
TIRER = NON tirage d'un sous echantillon aleatoire.
LESTI = NON estimation des donnees manquantes des frequences actives (1=OUI, 0=NON)
EDITION DES LISTES DES VARIABLES SELECTIONNEES.
: --- VARIABLE(S) RETENUE(S)
1 NOMI ACT 1--3,8,47--59,242--244
2 FIN
BILAN DE LA SELECTION DES VARIABLES
-----
STATUT | NOMBRE | NUMEROS
-----
NOMI ACT | 20 | 1 2 3 8 47 48 49 50 51 52 53
| | 54 55 56 57 58 59 242 243 244
-----
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDON
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NITOT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDIC
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NXMOC = 8 NXMAC = 8 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84 NMACT = 84 : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448 NIACT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1 : RECODAGE DES REPONSES MANQUANTES
NVSTA(1) = 20 NVSTA(2) = 0 : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0 NVSTA(4) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0 NVSTA(6) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0 NVSTA(8) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
PARAMETRES LUS SUR NDIC
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NXMOC = 8 NXMAC = 8 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84 NMACT = 84 : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448 NIACT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1 : RECODAGE DES REPONSES MANQUANTES
NVSTA(1) = 20 NVSTA(2) = 0 : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0 NVSTA(4) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0 NVSTA(6) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0 NVSTA(8) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
FIN DE LA PROCEDURE ** SELEC **

```

PROCEDURE ** CORMU **

Analyse des correspondances multiples

EXECUTION DE LA PROCEDURE

LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 14 MINUTES 12 SECONDES

PARAMETRES LUS SUR NDIC

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables

ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NVMOC = 8 NVMAC = 8 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84 NMACT = 84 : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448 NIACT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1 : RECODAGE DES REponses MANQUANTES
NVSTA(1) = 20 NVSTA(2) = 0 : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0 NVSTA(4) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0 NVSTA(6) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0 NVSTA(8) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)

PARAMETRES LUS SUR NDCN

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables

ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NITOT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES

PARAMETRES DE LA PROCEDURE

NAXE = 10 nombre d'axes retenus.
PCMIN = 2.000 seuil d'apurement des modalites actives (en pourcent).
LBURT = NON impression du tableau de Burt (0=NON, 1=MASS, 2=TOT, 3=PROF).
NVEDI = TOT nombre de valeurs propres dont on edite l'histogramme.
NAXED = 5 nombre d'axes pour lesquels sont editees les coordonnees.
LEDIN = NON impression des coordonnees des individus (0=NON, 1=ACT, 2=TOT).
LEDCO = OUI impression des correlations variable-facteurs (0=NON, 1=OUI).
LGUS = OUI ecriture sur NGUS de la matrice de BURT
*LBENZ = 0 Edition des correction des valeurs propres de benzecri (0=NON, 1=OUI)

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NGUS

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples

ENREGISTREMENT 2 ... NAXE = 10 : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4 NIDV = 6 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)
NLTYP(1) = 448 NLTYP(2) = 0 : NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84 NLTYP(4) = 0 : NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0 NLTYP(6) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0 NLTYP(8) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0 NLTYP(10) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0 : ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

ON TROUVE DEUX FOIS LE PALIER : 6/ 7

ON TROUVE DEUX FOIS LE PALIER : 48/ 49

ON TROUVE DEUX FOIS LE PALIER : 35/ 36

FIN DE LA PROCEDURE ** CORMU **

PROCEDURE ** ECGUS **

Ecriture du fichier graphique factoriel

EXECUTION DE LA PROCEDURE

LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 14 MINUTES 13 SECONDES

PARAMETRES LUS SUR NDIC

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables

ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NVMOC = 8 NVMAC = 8 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84 NMACT = 84 : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448 NIACT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1 : RECODAGE DES REponses MANQUANTES
NVSTA(1) = 20 NVSTA(2) = 0 : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0 NVSTA(4) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0 NVSTA(6) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0 NVSTA(8) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)

PARAMETRES LUS SUR NDCN

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables

ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NITOT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES

PARAMETRES LUS SUR NGUS

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples

ENREGISTREMENT 2 ... NAXE = 10 : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4 NIDV = 6 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)
NLTYP(1) = 448 NLTYP(2) = 0 : NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84 NLTYP(4) = 0 : NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0 NLTYP(6) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0 NLTYP(8) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0 NLTYP(10) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0 : ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

FIN DE LA PROCEDURE ** ECGUS **

FIN NORMALE DE L'ANALYSE

OUT = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6502.LST"

NDIC = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DIC"

NDON = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DON"

NGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.GUS"

PROCEDURE ** DEFAC **

Description des axes factoriels

EXECUTION DE LA PROCEDURE

LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 15 MINUTES 10 SECONDES

PARAMETRES LUS SUR NGUS

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples

ENREGISTREMENT 2 ... NAXE = 10 : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4 NIDV = 6 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)
NLTYP(1) = 448 NLTYP(2) = 0 : NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84 NLTYP(4) = 0 : NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0 NLTYP(6) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0 NLTYP(8) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0 NLTYP(10) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0 : ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

PARAMETRES LUS SUR NDIC

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables

ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES

```

NXMOC = 8      NXMOC = 8      : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84     NMACT = 84     : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448    NIACT = 448    : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1      : RECODAGE DES REPONSES MANQUANTES
NVSTA(1) = 20  NVSTA(2) = 0    : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0    NVSTA(4) = 0    : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0    NVSTA(6) = 0    : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0    NVSTA(8) = 0    : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)

PARAMETRES DE LA PROCEDURE
SEUIL = 50.000  seuil de selection des elements les plus significatifs.
LPRI = VTEST   critere de selection des modalites ( coordonnee ou valeur-test)
VTMIN = 2.000  valeur test seuil pour la selection des modalites.
VTCRI = ABSOL  choix de poids pour le calcul de valeur-test (1=POIDS ABSOLUS,0=RELATIFS)

BILAN DES COMMANDES
EDITION(S) SUR LE FACTEUR 1
MODALITES ACTIVES
EDITION(S) SUR LE FACTEUR 2
MODALITES ACTIVES
FIN DE LA PROCEDURE ** DEFAC **
FIN NORMALE DE L'ANALYSE

OUT = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6503.LST"
NDIC = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DIC"
NDON = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DON"
NGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.GUS"
NGRI = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6503.GRI"
FBGRI = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6503.FGH"
PROCEDURE ** RECIP **
Classification hierarchique directe
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 49 MINUTES 17 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NGUS
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples
ENREGISTREMENT 2 ...
NAXE = 10      : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5      : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4       : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)
NLTYP(1) = 448 NLTYP(2) = 0    : NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84  NLTYP(4) = 0    : NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0   NLTYP(6) = 0    : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0   NLTYP(8) = 0    : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0   NLTYP(10) = 0   : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0  : ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

PARAMETRES DE LA PROCEDURE
NAXU = 10      nombre d'axes retenus.
NTERM = 50     nombre d'elements terminaux de l'arbre a sauvegarder.
O NIVED = 50   nombre de niveaux dont on edite l'histogramme des indices (0=NON).
LTERM = NON    edition de la composition des elements terminaux (0=NON, 1=OUI).
NAXED = 5      nombre de coordonnees pour l'edition des elements terminaux (0=NON).
LDESC = OUI    description des noeuds de l'arbre (0=NON, 1=OUI).
LDEND = LARGE  edition du dendrogramme (0=NON, 1=DENSE, 2=LARGE).

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NGRI
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Classification hierarchique directe
ENREGISTREMENT 2 ...
NINDI = 448    : NOMBRE D'INDIVIDUS AGREGES
NCTET = 2      : NOMBRE DE TERMINAUX EN TETE
NTERM = 50     : NOMBRE D'ELEMENTS TERMINAUX ENREGISTRES
NVARU = 10     : NOMBRE DE VARIABLES UTILISEES
PTOTI = 448.00 : POIDS TOTAL DES INDIVIDUS
LORIG = 5      : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES )
LMETH = 1      : PROCEDURE (RECIP)

FIN DE LA PROCEDURE ** RECIP **
PROCEDURE ** ECGRI **
Ecriture du fichier graphique hierarchique
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 49 MINUTES 18 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NDIC
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ...
NVTOT = 21     : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTRES
NXMOC = 8      NXMOC = 8      : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84     NMACT = 84     : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448    NIACT = 448    : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
PITOT = 448.00 PIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1      : RECODAGE DES REPONSES MANQUANTES
NVSTA(1) = 20  NVSTA(2) = 0    : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0    NVSTA(4) = 0    : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0    NVSTA(6) = 0    : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0    NVSTA(8) = 0    : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)

PARAMETRES LUS SUR NDON
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ...
NVTOT = 21     : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTRES
NIDI = 4       : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NITOT = 448    : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES

PARAMETRES LUS SUR NGRI
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Classification hierarchique directe
ENREGISTREMENT 2 ...
NINDI = 448    : NOMBRE D'INDIVIDUS AGREGES
NCTET = 2      : NOMBRE DE TERMINAUX EN TETE
NTERM = 50     : NOMBRE D'ELEMENTS TERMINAUX ENREGISTRES
NVARU = 10     : NOMBRE DE VARIABLES UTILISEES
PTOTI = 448.00 : POIDS TOTAL DES INDIVIDUS
LORIG = 5      : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES )
LMETH = 1      : PROCEDURE (RECIP)

FIN DE LA PROCEDURE ** ECGRI **
FIN NORMALE DE L'ANALYSE

OUT = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6504.LST"
FBGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.FGH"
NDIC = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DIC"
NDON = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.DON"
NGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.GUS"
NGRI = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6503.GRI"
FBGUS = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6501.FGH"
NGRO = "C:\Alfa\Factores Final de final\Trab\Valores Organiza\ZFBZ6504.GRO"
PROCEDURE ** PARTI **
Partition par coupure d'arbre

```

```

EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 50 MINUTES 25 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NGRI
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Classification hierarchique directe
ENREGISTREMENT 2 ... NINDI = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS AGREGES
NCTET = 2 : NOMBRE DE TERMINAUX EN TETE
NTERM = 50 : NOMBRE D'ELEMENTS TERMINAUX ENREGISTRES
NVARU = 10 : NOMBRE DE VARIABLES UTILISEES
PTOTI = 448.00 : POIDS TOTAL DES INDIVIDUS
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES )
LMETH = 1 : PROCEDURE (RECIP)

PARAMETRES LUS SUR NGUS
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples
ENREGISTREMENT 2 ... NAXE = 10 : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4 NIDV = 6 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)
NLTYP(1) = 448 NLTYP(2) = 0 : NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84 NLTYP(4) = 0 : NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0 NLTYP(6) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0 NLTYP(8) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0 NLTYP(10) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0 : ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

PARAMETRES DE LA PROCEDURE
* NXPAN = 10 majorant du nombre de coupures demandees.
NITER = 10 nombre d'iterations de consolidation (0=NON).
LEDIN = COMPO edition des correspondances classes-individus (0=NON,3=TOT, 6=TOTL ... ).
NTYPE = 10 nombre de parangons (0=NON).
NAXED = 5 nombre d'axes pour lesquels seront editees les valeurs-test (0=NON).
LAFEC = MANQ affectation des individus illustratifs dans les classes (1=SUP,2=MANQ,3=CLAS)
LEDIT = NON Edition des individus par classe selon le statut (0=NON,1=ACT,2=ILL,3=TOT)
NPART = LIST nombre de partitions demandees.
* NCMIN = 3 minimum de classes pour une partition demandee.
* NCMAX = 10 maximum de classes pour une partition demandee.

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NGRO
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Partition par coupure d'arbre
ENREGISTREMENT 2 ... NINDI = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS AGREGES
NCOUP = 1 : NOMBRE DE COUPURES ENREGISTREES
NVARU = 10 : NOMBRE DE VARIABLES UTILISEES
PTOTI = 448.00 : POIDS TOTAL DES INDIVIDUS
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES )

ENREGISTREMENTS DES COUPURES SUR NGRO
1 . COUPURE a EN 4 CLASSES
FIN DE LA PROCEDURE ** PARTI **
PROCEDURE ** DECLA **
Caracterisation d'une partition
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 5 MARS 2001 A 3 HEURES 50 MINUTES 25 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NDIC
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NKMOC = 8 NXMOC = 84 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NMTOT = 84 NMACT = 84 : NOMBRE TOTAL DE MODALITES (GLOBAL, QUESTIONS ACTIVES)
NITOT = 448 NIACT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
FITOT = 448.00 FIACT = 448.00 : POIDS DES INDIVIDUS (TOTAL, ACTIFS)
LANAL = 1 : RECODAGE DES REPONSES MANQUANTES
NVSTA(1) = 20 NVSTA(2) = 0 : NOMBRE DE QUESTIONS (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(3) = 0 NVSTA(4) = 0 : NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(5) = 0 NVSTA(6) = 0 : NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NVSTA(7) = 0 NVSTA(8) = 0 : NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)

PARAMETRES LUS SUR NDN
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Selection des individus et des variables
ENREGISTREMENT 2 ... NVTOT = 21 : NOMBRE DE VARIABLES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NITOT = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES

PARAMETRES LUS SUR NGRO
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Partition par coupure d'arbre
ENREGISTREMENT 2 ... NINDI = 448 : NOMBRE D'INDIVIDUS AGREGES
NCOUP = 1 : NOMBRE DE COUPURES ENREGISTREES
NVARU = 10 : NOMBRE DE VARIABLES UTILISEES
PTOTI = 448.00 : POIDS TOTAL DES INDIVIDUS
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES )

PARAMETRES DE LA PROCEDURE
EDNOM = NON edition des tableaux croisant classes et questions (0=NON).
LPNOM = OUI caracterisation de la partition par les questions (0=NON,1=OUI).
CNOMI = 1.000 caracterisation des classes par les questions (0=NON).
EMODA = 1.000 caracterisation de la partition par les modalites (0=NON).
CMODA = 1.000 caracterisation des classes par les modalites (0=NON).
PCMIN = 2.000 poids relatif minimal pour qu'une modalite soit retenue.
LSUPR = NON modalite caracteristique si % (mod./classe) > % (mod./total) (0=NON, 1=OUI).
ATTENTION (VALPA-802)
LE PARAMETRE PFREQ EGAL A 1.000 DEPASSE SA BORNE SUPERIEURE
FIXEE A 0.000
ON LUI ATTRIBUE SA VALEUR PAR DEFAULT.
O* PFREQ = 0 caracterisation de la partition par les frequences (0=NON).
LPFER = NON edition du croisement des classes et des frequences (0=NON, 1=ACT, 2=TOT).
ATTENTION (VALPA-802)
LE PARAMETRE CFREQ EGAL A 1.000 DEPASSE SA BORNE SUPERIEURE
FIXEE A 0.000
ON LUI ATTRIBUE SA VALEUR PAR DEFAULT.
* CFREQ = 0.000 caracterisation des classes par les frequences (0=NON).
EDCON = NON edition, pour chaque variable continue, des statistiques par classe (0=NON).
LPCON = NON caracterisation de la partition par les variables continues (0=NON, 1=OUI).
CCONT = NON caracterisation des classes par les variables continues (0=NON).
O PAXE = 1.000 caracterisation de la partition par les axes de l'analyse (0=NON).
CAXE = 1.000 caracterisation des classes par les axes de l'analyse (0=NON).
LEDIN = NON edition des correspondances classes-individus (0=NON,1=COMPO, 2=AFFEC, 3=TOT).
LNTRI = VTEST Critere de tri des modalites (1=VTEST 2=PMOD 3=PCLA).
VTCRI = ABSOL choix de poids pour le calcul de valeur-test (1=POIDS ABSOLUS,0=RELATIFS)
LPART = NON liste des nombres de classes des partitions demandees(1=LIST,0=NON)

PARAMETRES LUS SUR NGUS
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Analyse des correspondances multiples
ENREGISTREMENT 2 ... NAXE = 10 : NOMBRE D'AXES ENREGISTRES
LORIG = 5 : ORIGINE (CORRESPONDANCES MULTIPLES)
NIDI = 4 NIDV = 6 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS (INDIVIDUS, VARIABLES)

```

NLTYP(1) = 448	NLTYP(2) = 0	: NOMBRE D'INDIVIDUS (ACTIFS, ILLUSTRATIFS)
NLTYP(3) = 84	NLTYP(4) = 0	: NOMBRE DE MODALITES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(5) = 0	NLTYP(6) = 0	: NOMBRE DE CONTINUES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(7) = 0	NLTYP(8) = 0	: NOMBRE DE FREQUENCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(9) = 0	NLTYP(10) = 0	: NOMBRE DE DISTANCES (ACTIVES, ILLUSTRATIVES)
NLTYP(11) = 0		: ANCIENS AXES UNITAIRES (ACP)

FIN DE LA PROCEDURE ** DECLA **
FIN NORMALE DE L'ANALYSE

SPAD 4
Analise de Conteúdo

```

OUT = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\P_1 caract trab enfermagem\ZDZNYQ01.LST"
NDICA = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.LAR"
NDONA = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.DAR"
NTEXM = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\P_1 caract trab enfermagem\ZDZNYQ01.TXM"
NSPB = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\P_1 caract trab enfermagem\ZDZNYQ01.SPB"
NSPAA = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\P_1 caract trab enfermagem\ZDZNYQ01.SAA"
FBDON = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.sba"
PROCEDURE ** LBASE **
Lecture de la base
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 0 HEURES 36 MINUTES 33 SECONDES
LECTURE DU FICHIER BASE
NOM DE LA BASE : C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.sba
NOMBRE D'INDIVIDUS : 37
NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES : 6
NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES : 21
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
FIN DE LA PROCEDURE ** LBASE **
PROCEDURE ** SELOX **
Selection des questions textuelles
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 0 HEURES 36 MINUTES 34 SECONDES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE
LSELI = TOT mode de selection des individus (0=ALL, 1=LIST, 2=FILT).
NUMQ = 4 numero de la question selectionnee (-1 = LIST)
* NXFIL = 20 nombre maximum de constantes employees dans le filtre (LSELI = FILT ou 2).
LDONA = 1 existence de NDONA et NDICA (0 = NON, 1 = OUI)
TRIRER = NON tirage d'un sous echantillon aleatoire.
LETRR = NON Conversion des caracteres accentues et traitement des majuscules
PARAMETRES LUS SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES LUS SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES LUS SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
NQTEX = 1 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
TEST = 0.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
NQTEX = 1 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NTEXM
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... ITYP = 2 : TYPE DU FICHIER NTEXM
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS DES REPONSES
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES (SI ITYP = 1)/(1 SI ITYP = 2)
NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS
NKCAR = 107 : NOMBRE MAXIMUM D'ENREGISTREMENT REPONSE D'UN INDIVIDU
NIDI = 4 : LONGUEUR D'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
FIN DE LA PROCEDURE ** SELOX **
NCOEF = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\P_1 caract trab enfermagem\ZDZNYQ01.TBL"
PROCEDURE ** NUMER **
Numérisation du texte
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 0 HEURES 36 MINUTES 34 SECONDES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE
COEF = 8.000 coefficient multiplicateur de la table de frequence.
NSEU = 1 seuil de frequence des mots retenus
NXLET = 28 nombre maximum de lettres par mot.
NXMAX = 10000 nombre maximum de mots distincts retenus.
NXSIG = 5000 nombre maximum d'initiales de mot.
LEDIT = TOT impression des formes lexicales (0=NON, 1=ALPHA, 2=TRI, 3=TOT).
NMOMI = 1 seuil sur la longueur des mots
LEXCE = OUI creation d'un fichier pour EXCEL (0=NON, 1=OUI).
INSTRUCTIONS LUES
FAIBLE ,"/
FORT .:()!?![]
FIN
PARAMETRES LUS SUR NTEXM
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... ITYP = 2 : TYPE DU FICHIER NTEXM
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS DES REPONSES
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES (SI ITYP = 1)/(1 SI ITYP = 2)
NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS
NKCAR = 107 : NOMBRE MAXIMUM D'ENREGISTREMENT REPONSE D'UN INDIVIDU

```

```

NIDI = 4 : LONGUEUR D'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ...
NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

FIN DE LA PROCEDURE ** NUMER **
PROCEDURE ** MOSEG **
Concatenation des mots et des segments repetes
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 0 HEURES 36 MINUTES 36 SECONDES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE
LTYPE = 1 nature du fichier de vocabulaires NSPB (1=MOTS, 2=MOTS+SEGMENTS, 3=SEGMENTS)

PARAMETRES LUS SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ...
NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPAA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ...
NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES LUS SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ...
NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ...
NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS

```

```

NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHER
FIN DE LA PROCEDURE ** MOSEG **
FIN NORMALE DE L'ANALYSE

```

```

OUT = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.LST"
NSPB = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ01.SPB"
NSPB = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.SPB"
NSPAA = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.SAA"
NSPA = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ01.SPB"
NCOEF = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.TBL"
PROCEDURE ** SEGME **

```

```

Construction du vocabulaire des segments répétés
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 23 HEURES 20 MINUTES 46 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NSPA

```

```

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NMXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NMXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHER

```

PARAMETRES DE LA PROCEDURE

```

NKLON = 20 longueur maximum du segment
NKSEG = 2000 maximum de segments retenus
NSEUG = 5 seuil sur la frequence de repetition des segments( general)
NSEU2 = 5 seuil sur la frequence de repetition des segments de longueur 2
NSEU3 = 5 seuil sur la frequence de repetition des segments de longueur 3
NKLE2 = 5000 nombre maximum de segments de longueur 2
LEDIT = TOT edition des segments pour ordre de frequences
LEXCE = OUI creation d'un fichier pour EXCEL (0=NON, 1=OUI).

```

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPA

```

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Construction du vocabulaire des segments répétés
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 5 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NMXMAX = 2000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NMXMOT = 59 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 0 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 552 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 3 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 164 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 0 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 0 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 4 : PROVENANCE DU FICHER

```

FIN DE LA PROCEDURE ** SEGME **

PROCEDURE ** MOSEG **

Concatenation des mots et des segments

```

EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 23 HEURES 20 MINUTES 46 SECONDES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE

```

```

LTYPE = 2 nature du fichier de vocabulaires NSPB (1=MOTS, 2=MOTS+SEGMENTS, 3=SEGMENTS)

```

PARAMETRES LUS SUR NSPA

```

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NMXMAX = 10000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NMXMOT = 1489 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 0 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 5 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6210 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 18 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1430 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHER

```

PARAMETRES LUS SUR NSPA

```

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Construction du vocabulaire des segments répétés
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 5 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NMXMAX = 2000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES

```

```

NXMOT = 59 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 0 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 552 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 3 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 164 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 0 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 0 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 4 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPAA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 12000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1548 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6762 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 21 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1594 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 12000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1548 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6762 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 21 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1594 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

FIN DE LA PROCEDURE ** MOSEG **
FIN NORMALE DE L'ANALYSE

OUT = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ03.LST"
NSPB = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.SPB"
NTEXM = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ01.TXM"
NLEG = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ03.LEG"
NSPA = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ02.SPB"
NDICA = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.LAR"
NDONA = "C:\Alfa\Analise Entrevistas\Final 2000 Entrevistas.DAR"
NCOEF = "C:\ALFA\ANALISE ENTREVISTAS\P_1 CARACT TRAB ENFERMAGEM\ZDZNYQ03.TBL"
PROCEDURE ** MOTEX **
tableau lexical de contingence
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 23 HEURES 21 MINUTES 38 SECONDES
PARAMETRES DE LA PROCEDURE
NVSEL = 1 numero de la variable nominale qui determine les classes
LEDIT = NON parametre pour l'edition de la table mots*textes (0=NON, 1=OUI).
* LEXCE = 0 creation d'un fichier pour EXCEL (0=NON, 1=OUI).

PARAMETRES LUS SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
NXMAX = 12000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
NXMOT = 1548 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
NMOTO = 6762 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
NXLIG = 21 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
NXLGM = 1594 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES LUS SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :

```

```

ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
                     NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
                     TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
                     NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

PARAMETRES LUS SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
                     NXMOD = 7 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
                     NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NLEG
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contingence
ENREGISTREMENT 2 ... ICARD = 1548 : NOMBRE D'INDIVIDUS ACTIFS
                     ITOT = 1548 : NOMBRE TOTAL D'INDIVIDUS
                     JCARD = 2 : NOMBRE DE COLONNES ACTIVES
                     JTOT = 2 : NOMBRE TOTAL DE COLONNES
                     NIDM = 7 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER
                     NVSEL = 1 : VARIABLE CRITERE DE FORMATION DES TEXTES

PARAMETRES LUS SUR NLEG
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contingence
ENREGISTREMENT 2 ... ICARD = 1548 : NOMBRE D'INDIVIDUS ACTIFS
                     ITOT = 1548 : NOMBRE TOTAL D'INDIVIDUS
                     JCARD = 2 : NOMBRE DE COLONNES ACTIVES
                     JTOT = 2 : NOMBRE TOTAL DE COLONNES
                     NIDM = 7 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER
                     NVSEL = 1 : VARIABLE CRITERE DE FORMATION DES TEXTES

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDICA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contingence
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 2 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
                     NXMOD = 1 : NOMBRE MAXIMUM DE MODALITES
                     NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

PARAMETRES ENREGISTRES SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contingence
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 2 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
                     NIDI = 7 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     NIEXA = 1548 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
                     TEST = -1.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
                     NQTEX = 0 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

FIN DE LA PROCEDURE ** MOTEX **
PROCEDURE ** MOCAR **
Mots et/ou segments caracteristiques reponses courtes
EXECUTION DE LA PROCEDURE
LE 10 FEVRIER 2001 A 23 HEURES 21 MINUTES 38 SECONDES
PARAMETRES LUS SUR NSPA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
                     NXMAX = 12000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
                     NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
                     NXMOT = 1548 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
                     NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
                     NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
                     NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
                     NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
                     NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
                     NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
                     NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
                     NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
                     NMOTO = 6762 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
                     NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
                     NXLIG = 21 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
                     NXLGM = 1594 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
                     MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
                     NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
                     LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER

PARAMETRES DE LA PROCEDURE
NOMOT = 30 nombre de mots caracteristiques edites pour chaque texte
NOREP = 30 nombre de reponses caracteristiques editees pour chaque texte
LEXCE = OUI creation d'un fichier pour EXCEL (0=NON, 1=OUI).

PARAMETRES LUS SUR NTEXM
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... ITYP = 2 : TYPE DU FICHIER NTEXM
                     NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS DES REPONSES
                     NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES (SI ITYP = 1)/(1 SI ITYP = 2)
                     NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS
                     NXCAR = 107 : NOMBRE MAXIMUM D'ENREGISTREMENT REPONSE D'UN INDIVIDU
                     NIDI = 4 : LONGUEUR D'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS

PARAMETRES LUS SUR NLEG
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contingence
ENREGISTREMENT 2 ... ICARD = 1548 : NOMBRE D'INDIVIDUS ACTIFS
                     ITOT = 1548 : NOMBRE TOTAL D'INDIVIDUS
                     JCARD = 2 : NOMBRE DE COLONNES ACTIVES
                     JTOT = 2 : NOMBRE TOTAL DE COLONNES
                     NIDM = 7 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHIER
                     NVSEL = 1 : VARIABLE CRITERE DE FORMATION DES TEXTES

PARAMETRES LUS SUR NDONA
ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
                     NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
                     NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
                     TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
                     NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

FIN DE LA PROCEDURE ** MOCAR **
PROCEDURE ** RECAR **

```



Caractérisation par les réponses longues

EXECUTION DE LA PROCEDURE

LE 10 FEVRIER 2001 A 23 HEURES 21 MINUTES 39 SECONDES

PARAMETRES LUS SUR NSPA

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : Numérisation du texte
 ENREGISTREMENT 2 ... NSEU = 1 : SEUIL SUR LA FREQUENCE DES MOTS
 NXMAX = 12000 : NOMBRE MAXIMUM DE MOTS DISTINCTS
 NINDI = 37 : NOMBRE DE REPONSES
 NXMOT = 1548 : NOMBRE DE FORMES DISTINCTES
 NB_MOT = 1489 : NOMBRE DE MOTS DISTINCTS
 NB_SEG = 59 : NOMBRE DE SEGMENTS DISTINCTS
 NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS
 NIDI = 4 : LONGUEUR IDENTIFICATEUR INDIVIDUS
 NIDM = 7 : LONGUEUR IDENTIFICATEURS MOTS
 NACC = 0 : NOMBRE D'ACCENTS
 NMOMI = 1 : SEUIL LONGUEUR MOTS
 NREMI = 0 : SEUIL LONGUEUR REPONSES
 NMOTO = 6762 : LONGUEUR TOTAL EN MOTS
 NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES/TEXTES
 NKLI = 21 : NOMBRE DE LIGNES MAXIMUM
 NXLGM = 1594 : NOMBRE DE MOTS MAXIMUM
 MXADR = 313 : FREQUENCE MAXIMUM D'UN MOT
 NLDIC = 10670 : LONGUEUR DICO EN LETTRES
 LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHER

PARAMETRES DE LA PROCEDURE

NOREP = 30 nombre de reponses caracteristiques editees pour chaque texte
 LEXCE = OUI creation d'un fichier pour EXCEL (0=NON, 1=OUI).

PARAMETRES LUS SUR NTEXM

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
 ENREGISTREMENT 2 ... ITYP = 2 : TYPE DU FICHER NTEXM
 NCOL = 80 : LONGUEUR DES ENREGISTREMENTS DES REPONSES
 NKLA = 1 : NOMBRE DE CLASSES (SI ITYP = 1)/(1 SI ITYP = 2)
 NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS
 NXCAR = 107 : NOMBRE MAXIMUM D'ENREGISTREMENT REPONSE D'UN INDIVIDU
 NIDI = 4 : LONGUEUR D'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS

PARAMETRES LUS SUR NLEG

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE : tableau lexical de contigence
 ENREGISTREMENT 2 ... ICARD = 1548 : NOMBRE D'INDIVIDUS ACTIFS
 ITOT = 1548 : NOMBRE TOTAL D'INDIVIDUS
 JCARD = 2 : NOMBRE DE COLONNES ACTIVES
 JTOT = 2 : NOMBRE TOTAL DE COLONNES
 NIDM = 7 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
 LPRO = 1 : PROVENANCE DU FICHER
 NVSEL = 1 : VARIABLE CRITERE DE FORMATION DES TEXTES

PARAMETRES LUS SUR NDONA

ENREGISTREMENT 1 ... TITRE :
 ENREGISTREMENT 2 ... NQEXA = 6 : NOMBRE DE VARIABLES NUMERIQUES ENREGISTREES
 NIDI = 4 : LONGUEUR DE L'IDENTIFICATEUR DES INDIVIDUS
 NIEXA = 37 : NOMBRE D'INDIVIDUS ENREGISTRES
 TEST = 999999.00 : VALEUR REPERANT LES DONNEES CONTINUES MANQUANTES
 NQTEX = 21 : NOMBRE DE VARIABLES TEXTUELLES ENREGISTREES

FIN DE LA PROCEDURE ** RECAR **
 FIN NORMALE DE L'ANALYSE