

Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos

LUÍSA D'ESPINEY

lespiney@gmail.com

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO:

Neste artigo pretende-se partilhar algumas reflexões sobre o processo de construção identitária dos enfermeiros. Construiu-se a partir de dois estudos de caso com duas equipas de enfermagem, uma de *cuidados continuados* e outra de *intervenção comunitária*, as quais integram diferentes Centros de Saúde. De forma complementar, utilizam-se as informações colhidas informalmente com numerosos grupos de enfermeiros que anualmente frequentam o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Recorreu-se, ainda, à literatura especializada sobre este assunto.

Defende-se a ideia que os enfermeiros construíram a sua identidade profissional com base nos significados oferecidos pela medicina e pela instituição hospitalar e que, actualmente, por via das mutações sociais profundas que se verificam a todos os níveis, a sua experiência de cuidar diversifica-se, torna-se objecto de reflexão e *o trabalho de relação com os utentes* começa a emergir como uma referência mais significativa no perspectivar da enfermagem como profissão de cuidar.

Conclui-se que os processos de construção identitária se diversificam em função não só dos contextos mas também por via das transformações que ocorrem ao nível da estrutura dos Serviços de Saúde e das Políticas de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Enfermagem, Cuidar, Saúde, Identidade.

ENFERMAGEM: O ESFORÇO DE AFIRMAR UMA PROFISSÃO

As mudanças que se verificam a todos os níveis nas sociedades têm confrontado os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros com a necessidade de reconceptualizar a profissão. As transformações sociais, culturais, políticas e económicas das últimas três décadas afiguram-se como potencialmente ricas na introdução de rupturas e clivagens ao nível das identidades em enfermagem. Entende-se aqui por identidade o que Castells designa como “a fonte de significado e experiência de um povo (...) no que diz respeito aos actores sociais, entendo por identidade o processo de construção do significado com base num atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras formas de significado” (Castells, 2002, pp. 2-3).

A “fonte de significado e experiência” dos enfermeiros foi durante anos encontrada, como é aliás confirmado por numerosos estudos dos mais diversos autores (Abreu, 2001; Costa, 2002; Dubet, 1996; Freidson, 1970; Lopes, 2001; Petitat, 1987, entre muitos) nacionais e internacionais, por um lado, no conhecimento biomédico e na estrutura da profissão médica como ideal a alcançar e, por outro, nos valores, princípios e regras da instituição hospitalar fundada nas antigas instituições militares e religiosas. Ambas marcaram profundamente quer o modo como a enfermagem se concebeu a si própria e se organizou no panorama geral dos cuidados de

saúde, quer o modo como a sua imagem foi sendo apropriada pela sociedade. Considerada como uma profissão de base institucional (Aiken, 1983; Dubet, 2002) na medida em que nasceu e cresceu *no e para* o hospital, obteve reconhecimento e autoridade sobretudo por via da legitimidade que a instituição hospitalar conferiu ao seu trabalho.

A perspectiva dominante na enfermagem foi, durante muitos anos, a de construir uma identidade com base na identificação de propriedades intrínsecas ao seu grupo social e que, de algum modo, permaneceriam estáveis no tempo. Esta visão corresponde, na óptica de Correia (1991, p. 23), a práticas que privilegiam uma “função integradora dos indivíduos num grupo que tende a permanecer essencialmente idêntico a si próprio”.

A colagem ao modelo médico ofereceu um sistema de pensamento coerente de onde as enfermeiras puderam inferir a sua acção e encontrar um sentido para a intervenção, assumindo-se como auxiliares do médico. Paralelamente, a adesão integral ao “programa institucional” estabeleceu de modo implícito, mas sem ambiguidades, os valores, princípios e regras por que todos se deviam pautar e permitiu aos enfermeiros assumirem-se, também, como “guardiões da instituição” escapando parcialmente, por esta via, ao domínio médico e firmando a sua autonomia na gestão dos serviços.

O “programa institucional” é aqui entendido na perspectiva de Dubet (2002), como sendo: “o processo social que transforma os valores e os princípios em acção e em subjectividade através de

um trabalho profissional específico e organizado” (p. 22). Este programa cumpre-se quando os valores e ou os princípios que orientam directamente uma actividade específica e profissional de socialização são concebidos como uma vocação, “e quando esta actividade profissional tem por objectivo produzir um indivíduo socializado e um sujeito autónomo” (p. 22). Este autor propõe que se encare o “programa institucional” como um trabalho de natureza moral que se desenvolve tendo em vista a socialização de outrem. Hoje, com a complexificação das instituições e a fragmentação dos seus princípios, este trabalho é sobretudo de natureza ética, uma vez que obriga o trabalhador a hierarquizar e combinar normas de justiça e registos de julgamento das condutas sobre os outros já não a partir de uma moral externa, mas a partir de um trabalho do profissional. Este confronta-se com uma multiplicidade de valores e princípios antagónicos que precisa saber mediar. Esta mudança substantiva remete a decisão para os profissionais em situação, aumentando a sua responsabilidade e a necessidade de afirmar a legitimidade das suas opções, por via da confirmação na acção da competência da sua intervenção e da qualidade dos resultados obtidos. A ambivalência de tentar conciliar valores que são opostos, com a consciência de que eles são opostos, é vivida pelos diferentes grupos profissionais como uma ameaça que os obriga a procurar dentro de si a legitimidade para a sua intervenção. Esta procura dentro de cada um, de valores e princípios que o próprio considere válidos na situação, mobiliza os sujeitos que habitam o profissional e favorece a emergência de uma pluralidade de valores. A heterogeneidade que se instala permite o aparecimento de novas formas de conceber a profissionalidade, ao mesmo tempo que alimenta um profundo sentimento de frustração nos enfermeiros. Este sentimento tem origem, segundo Dubet (2002), numa crise de legitimidade resultante do estilhaçamento dos velhos programas institucionais e na relativização, no caso da saúde, do conhecimento médico que perde a exclusividade e se depara com uma multiplicidade de novos discursos sobre saúde, oriundos das mais variadas áreas e que merecem a adesão de largos sectores da sociedade.

O desconforto quanto à natureza da identidade profissional que se instalou precocemente deixa transparecer a ausência de uma unidade simbólica

que confira sentido e coerência ao grupo. A multiplicidade de artigos e de trabalhos realizados a partir dos anos 70 sobre quem são e o que fazem os enfermeiros é revelador desta inquietação crescente que, apesar dos esforços, não só não se conseguiu apaziguar, como se agravou. Estes começaram por colocar a questão, não em termos de identidade mas, em termos do que a instituição previa para o enfermeiro: o seu papel. Ora o “papel não pertence à pessoa, ele resulta da posição que a pessoa ocupa na organização do trabalho (...) apoia-se mais nos recursos do que na experiência do actor” (Dubet, 2002, p. 317). A clarificação sobre quem eram e o que faziam foi procurada fora do grupo e da sua actividade concreta de cuidar em ordem aos utentes. Esperava-se da instituição que definisse um papel claro que fosse socialmente reconhecido e que conferisse significado e unidade ao seu trabalho. Este movimento teve como efeito, como bem salienta Dubar (1997), que os enfermeiros se tivessem tornado “num corpo mais preocupado com o seu funcionamento interno e com o respeito pelos procedimentos burocráticos do que com a qualidade dos serviços oferecidos aos clientes” (p. 153). De facto, a experiência concreta de cuidar do outro não se impôs como “fonte de significado e de experiência” (Castells, 2002, p. 2).

A enfermagem desenvolveu nos últimos 30 anos um importante conjunto de estratégias que visavam consolidá-la como profissão de acordo com os cânones da sociologia das profissões. Contribuiu para este processo a reconceptualização da noção de saúde e de cuidar que abriu espaço à possibilidade de pensar a enfermagem para além do gueto institucional em que nasceu.

Ao longo dos anos 60/70 assistiu-se a uma reconceptualização profunda da noção de saúde, com origem na OMS, cujas repercussões se fizeram sentir ao nível dos discursos no seio da enfermagem. Tal facto, abre à enfermagem, de acordo com Lopes (2001), a possibilidade de reformular a noção de cuidar em enfermagem que deixa de discursivamente se associar, em exclusivo, à *missão humanitária de apoio moral e conforto* e à *função técnica de auxiliar do médico* para rodar o centro da sua acção, do apoio ao processo de cura, para a promoção da saúde e a prevenção da doença e incorporar assim as novas referências que permitem reelaborar esta

noção. Para Kerouac *et al.* (1994), a clarificação da enfermagem que é feita nesta altura realiza-se com base num jogo de dicotomias que a opõe à medicina. Os enfermeiros consideram que têm uma função de cuidar de pessoas, enquanto os médicos de tratar doenças, os enfermeiros têm uma visão global dos problemas, numa abordagem holística do indivíduo e os médicos compartimentam o indivíduo numa perspectiva parcelar de abordagem da doença. Esta dicotomia, profundamente criticada por muitos autores, e particularmente pelos médicos que não aceitavam que a sua intervenção se desenvolvesse na ignorância da globalidade da pessoa, revela-se frágil e pouco convincente.

Independentemente da fragilidade deste argumento, que Canário (2005) também assinala e dos conflitos que gerou com outros grupos profissionais, este acabou por reforçar a noção de cuidar¹ em enfermagem e que Noémia Lopes (2001) considera ser o “operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem” (p. 58). Este *operador simbólico* contribui para o desenvolvimento da reflexão em enfermagem que se abriu a novos significados, por oposição à enfermeira como guardiã dos valores da instituição e como auxiliar do médico. O utente começa a ser pensado como referente central da acção profissional já não só no quadro da doença, mas também no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Paralelamente, e a partir dos anos 70, em Portugal, ganha ímpeto o movimento de afirmação da enfermagem enquanto grupo sócio-profissional único e coeso. A luta pela existência de um nível único de profissionais de enfermagem revela-se uma das mais importantes estratégias de fechamento do campo de acção. As antigas auxiliares de enfermagem obtêm após uma curta formação escolar o diploma de enfermeiras. A conquista da exclusividade de intervenção num dado campo social é considerada uma das mais importantes vitórias da enfermagem portuguesa, com pouco ou nenhum paralelo ao nível da Europa. O crescente peso numérico que o grupo adquire permite-lhe conquistar uma importante capacidade reivindicativa. A aparente homogeneização dos valores do grupo em torno do novo operador simbólico *o cuidar em enfermagem* centrado no utente numa perspectiva de prevenção da doença e promoção da saúde parece constituir-se numa alternativa credível

que une os enfermeiros no reforço da afirmação da enfermagem enquanto profissão de cuidar.

Contudo, como refere Carapinheiro (2006), apesar dos discursos oficiais se centrarem na saúde e na sua promoção, o investimento político e económico nos anos 80 é feito nos cuidados de saúde secundários², nas instituições hospitalares ao nível das Unidades de Cuidados Intensivos, que crescem exponencialmente nesta altura. O saber médico e o poder de curar ganham uma visibilidade e uma valorização social ímpar que reforça a imagem do enfermeiro como auxiliar do médico. Para Simões (2004): “a experiência demonstra que as actividades preventivas são habitualmente descuradas e relegadas para segundo plano e que são as actividades terapêuticas que acabam por absorver a maior parte dos recursos dos sistemas de saúde, em praticamente todo o mundo” (p. 240).

Nesta altura a questão da qualidade dos serviços prestados emerge nos discursos de gestão e a enfermagem integra-a de imediato na sua lista de prioridades. A preocupação com a humanização dos serviços hospitalares ganha um forte impulso nos anos 90 e a maioria das direcções dos serviços de enfermagem elege como prioridade estratégica na intervenção dos enfermeiros *O Acolhimento ao utente*³, que se torna uma preocupação, pelo forte apelo que faz à dimensão mais relacional e mais autónoma da profissão mas, simultaneamente também, a mais inscrita na personalidade do enfermeiro.

O reforço destas duas perspectivas vem acentuar as clivagens entre o que muitos designam de fosso entre teoria e prática e outros consideram corresponder a concepções diferentes em confronto entre a enfermagem ideal, associada ao cuidar holístico, e a real, ligada ao auxiliar do médico e guardião da instituição. Hewison e Wildman consideram, em 1996, que esta era uma divergência entre os valores “gestionários” das organizações prestadoras de cuidados, e os valores subjacentes à enfermagem. Os primeiros privilegiam a enfermeira como auxiliar do médico e os segundos, que procuram desenvolver o trabalho autónomo, assumem a relação com o utente como o cerne dos cuidados. São as actividades autónomas associadas a uma perspectiva humanista que se procura afirmar.

A década de 90 pode ser considerada o período áureo da enfermagem portuguesa, que viu, em

poucos anos, a formação inicial de enfermeiros ser integrada no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior com o grau de bacharelato e, menos de cinco anos depois, passar a Licenciatura de ciclo único. As orientações Ministeriais foram no sentido de investir no aumento da entrada de estudantes pois a carência de enfermeiros a nível nacional era gritante. Neste período, é publicado o “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros” (REPE) e nasce a Ordem dos Enfermeiros que, do ponto de vista das estratégias de afirmação da enfermagem como profissão, constitui o reconhecimento estatal do poder do grupo profissional para se auto-regular e de confirmação da sua autonomia.

Ao nível das instituições de saúde assiste-se, mais uma vez, ao reforço, no plano legislativo, dos cuidados de saúde primários e ao lançamento do programa de cuidados continuados. A entrada na primeira década de 2000 é repleta de expectativas positivas, face aos indícios promissores da década anterior no que à enfermagem diz respeito. Nesta altura começam a fazer-se sentir os efeitos de uma política que visa introduzir alterações profundas na gestão dos serviços de saúde. A duplicação do número de formados em enfermagem que se verifica a partir de 2004 é acompanhada também da criação de um conjunto de novas unidades de saúde que, julgava-se, absorveriam um número significativo destes novos enfermeiros. Contudo, estes confrontam-se, subitamente e pela primeira vez na sua história, com uma crise de desemprego que corre a par com o que todos consideram uma evidente falta de enfermeiros nos serviços.

A luta pela afirmação e reconhecimento social da profissão parece, apesar das conquistas espantosas que estes obtiveram no período anterior, constituir uma preocupação crescente de um grande número de enfermeiros, como se pode constatar pela consulta dos “sites” e “blogs” na Internet. O desconforto gerado, ao qual não é alheio o fosso entre a enfermagem real e ideal, a percepção da fragmentação dos valores básicos da enfermagem a par com as exigências crescentes dos cidadãos, favoreceu o desenvolvimento de sentimentos de frustração e de mal-estar entre estes. Os enfermeiros, ao mesmo tempo que fazem apelo aos valores do passado, dos quais sentem alguma nostalgia, pela segurança que a sua estabilidade oferecia, não têm na sua história,

como refere Dubet (2002), uma época de ouro à qual queiram regressar.

Ao profissional não basta já ter o título. Este necessita provar, na acção e em situação, a sua competência para intervir de forma adequada. É o próprio que, por via do modo como intervém, conquista a legitimidade para a sua acção. Se, por um lado, há uma responsabilização crescente e uma maior autonomia ao nível da tomada de decisão, que se distancia dos programas predefinidos há também, por outro lado, uma crescente insegurança pela maior responsabilização das decisões a nível individual. A instituição já não oferece protecção. O recurso a uma equipa que partilhe a tomada de decisão surge como o suporte necessário aos riscos inerentes de ter que tomar decisões em matéria de saúde e doença.

Um estudo realizado em França por François Dubet (2002) revela como, na actualidade, o velho modelo profissional é vivido pelos enfermeiros como manifestamente insuficiente e com um forte sentimento de frustração que se traduz por “uma reivindicação contínua de reconhecimento escolar e de prolongamento dos estudos”, o que na sua opinião, tem “poucas possibilidades de fazer baixar o nível de frustração, a menos que se transforme todas as enfermeiras em quadros e todas as auxiliares em enfermeiras” (Dubet, 2002, p. 229)⁴.

Esta hipótese, que pode parecer exagerada, coloca-se de facto como uma possibilidade que merece ser equacionada. Surgem importantes indicadores, com a crescente delegação de tarefas aos auxiliares de acção médica, o aparecimento de formações para “auxiliares de Enfermagem” (apesar de esta ser uma categoria inexistente em Portugal), a brusca redução de enfermeiros nos serviços e o conseqüente aumento de auxiliares, o que torna plausível, num futuro próximo, esta hipótese, apesar de todos os discursos em contrário das estruturas de topo do sistema profissional. No estudo realizado por Lopes (2001) em dois serviços hospitalares, esta conclui que as enfermeiras consideram maioritariamente vantajoso para si delegar nos auxiliares um conjunto de tarefas associadas às necessidades básicas, para poderem investir no reforço das suas competências delegadas pelo médico. São estas competências, associadas à função de cura, e aos cuidados de reparação, que ganham uma importância crescente num contexto em que a profissão se encaminha para se transformar em

centro de intervenção *na e sobre* a doença em fase aguda. São os cuidados de saúde secundários que constituem o cerne da acção no hospital e são estes que são socialmente mais valorizados.

A par com as transformações que têm vindo a ocorrer nos hospitais que se dividem agora em diferentes níveis em função da diferenciação de cuidados que oferecem (Nacionais, Centrais, Distritais, de Cuidados de Saúde Continuados), também os centros de saúde, considerados a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, expandem a sua intervenção através do reforço da vertente curativa na comunidade por via do investimento nos cuidados de saúde secundários. Não são ainda os Cuidados de Saúde Primários que se constituem como referente da acção na saúde.

Os discursos sobre a saúde têm caminhado largamente à frente do real investimento político e social no sistema de saúde, o que é reconhecido por muitos autores que consideram que se começa a desenhar, na actualidade, uma clara tendência para a prestação de cuidados globais aos indivíduos e famílias centrados na comunidade e nas famílias. No entanto, esta aparente rotação do centro da acção no sector da saúde, dos hospitais (que tendem a tornar-se centros de intervenção na crise), para o seio das comunidades e famílias tem sido mais feita por via da transferência dos cuidados secundários de saúde do que por um efectivo investimento nos cuidados de saúde primários.

Parece ser mais a necessidade de reformular a missão do hospital, que pretende reduzir ao mínimo a sua vocação assistencial para se transformar em centro de tratamento e de cura, que tem vindo a obrigar a um crescente investimento nos designados *cuidados continuados* que visam transferir para a comunidade, onde começam a surgir algumas poucas estruturas de carácter assistencial, e para as famílias, a responsabilidade de assumir a função assistencial e de tratamentos básicos. É por esta via que os Centros de Saúde têm vindo a assumir responsabilidades crescentes ao nível da prevenção secundária⁵, muito mais do que pelo reforço da sua missão original de promoção de saúde e de prevenção da doença. Importa pensar como têm os enfermeiros intervindo ao nível desta realidade que introduz alterações significativas ao nível da enfermagem.

CONSTRUIR A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR: UMA POSSIBILIDADE QUE SE ABRE

Estas transformações no Centro de Saúde remetem para um trabalho de recriação das profissões a partir do aprofundamento da relação da pessoa do profissional com os utentes e famílias, já não no território habitual das profissões, mas no espaço colectivo das comunidades e privado das famílias.

Nesta óptica também a finalidade dos cuidados é reequacionada e os procedimentos, que no âmbito da função de auxiliar do médico se afirmavam como um fim em si, passam a ser concebidos como meios que, a par com uma atenção particular ao outro, têm em vista a promoção da saúde. Operar a transformação dos fins em meios, para rasgar horizontes mais amplos, requer um trabalho de reelaboração sobre o acto de trabalho que é, como afirma Barbier (1996), simultaneamente, um acto de transformação do trabalho e de reconstrução identitária.

A ausência de uma coincidência absoluta entre a subjectividade do actor e a objectividade do sistema abre espaço à construção da experiência (Dubet, 2002). É esta descoincidência que permite ao actor ganhar distância relativamente ao sistema, abrindo-se à criatividade e à reconstrução da acção através do recurso à reflexão crítica. É esta distância entre o sistema e os enfermeiros que apesar de provocar maior insegurança, pela perda de confiança, também estimula o engenho capaz de recriar a profissionalidade em enfermagem.

A experiência de cuidar dos enfermeiros constrói-se na prática quotidiana, através dos cuidados que estes dispensam a outros num determinado contexto, que mobiliza tanto a pessoa do profissional como a do utente, tendo em conta os diferentes condicionalismos que se fazem sentir nas situações. Requer do profissional um trabalho sobre si, sobre o acto de trabalho na relação com o outro e sobre as condições de realização desse mesmo trabalho. Estes condicionalismos são, por um lado, o papel prescrito da enfermeira na organização hospitalar, por outro lado, a posição que ocupa na distribuição do trabalho, bem como as referências do sistema profissional que se afirmam com mais clareza, e ainda o modo como o próprio reelabora para si, em situação de interacção com o outro, estes diferentes referenciais. Se, inicialmente,

o sistema de referência do enfermeiro tinha uma coincidência quase absoluta com o papel prescrito pela instituição, existe hoje, como se viu, um fosso entre ambos que se tende a acentuar abrindo espaço à (re)construção da experiência.

A socialização perspectivada como um processo de construção da realidade social, por via da confrontação de diferentes lógicas de acção, abre caminho à construção da experiência social. Esta é, na óptica de Dubet (1996), o resultado da articulação de três lógicas distintas de acção: uma lógica da integração, onde “o actor se define pelas suas pertenças, e visa mantê-las ou fortalecê-las no seio de uma sociedade considerada como um sistema de integração” (p. 113); uma lógica de acção estratégica em que o “actor tenta realizar a concepção que tem dos seus interesses numa sociedade concebida ‘então’ como um mercado”; uma lógica de subjectivação que se situa no plano da crítica e do distanciamento em que o “actor se apresenta como um sujeito crítico confrontado com uma sociedade definida como um sistema de produção e de dominação” (p. 113).

O profissional gere estas diferentes lógicas de acção de forma a responder aos problemas com que se depara, uma vez que a natureza dos problemas e o diferente valor que lhe é atribuído prevalece sobre o papel prescrito pela organização, o que configura as suas respostas ao nível da acção. Este percurso, gerador de profundas ambiguidades, coloca em conflito concepções e práticas distintas da profissão.

AUXILIAR DO MÉDICO OU “MINI-MÉDICO” MAIS BARATO

Tal como o papel da enfermeira como guardiã da instituição tem sido difícil de abandonar, também a função de auxiliar do médico permanece em franca expansão. Num estudo recente (d’Espiney, 2005) constata-se que, ao nível do serviço de internamento no hospital psiquiátrico, os jovens enfermeiros reintroduzem nestes serviços práticas assentes numa racionalidade tecnológica na perspectiva da *corrente de valorização da técnica* a que se refere Collière (1989), e da qual estes serviços pela sua especificidade se mantiveram à margem. A pouca visibilidade de uma actividade essencialmente comunicacional, como era por tradição o trabalho em psiquiatria,

associa-se a uma hipervalorização do controlo dos sintomas físicos decorrentes da administração da medicação, como forma de conferir rigor e visibilidade aos cuidados. Continua a ser o trabalho associado à função curativa que se afirma como fonte de significado mais consistente, quer pela sua ligação ao poder mágico de cura, quer por mobilizar saberes técnico científicos socialmente mais reconhecidos pela racionalidade que comportam.

Também ao nível da comunidade a sua crescente valorização nos últimos anos surge mais por via da expansão dos cuidados de “reparação” do hospital para a comunidade do que por via da valorização do trabalho comunitário que, como diz Carapinheiro (2006), nunca foi verdadeiramente investido pelo Estado.

O investimento na comunidade e a articulação de cuidados sempre prometidos e sempre adiados, desde finais de 70, ganha ímpeto na década de 90 com o programa lançado pelo Ministério da Saúde designado de *cuidados continuados*. Este programa, que partiu da qualificação dos centros de saúde para responder à população que no domicílio se encontrava incapacitada de se autocuidar, e que se desenvolveu em torno da avaliação do grau de autonomia, ganhou um novo impulso e visibilidade com a criação dos serviços de “gestão de altas” dos hospitais. A transferência de doentes dependentes de tecnologia sofisticada para o domicílio (ventiladores, máquinas de hemodiálise, etc.) requer a criação de respostas de suporte e apoio ao nível da comunidade. Os hospitais criaram equipas que se deslocam ao domicílio para apoiar estes doentes e para se assegurarem de que o próprio ou algum familiar se encontram capacitados para lidar com a situação.

Os enfermeiros dos centros de saúde só secundariamente são chamados a participar neste processo. Estes intervêm sobretudo ao nível dos idosos e no acompanhamento pontual de pessoas que sofrem de doença de evolução prolongada estabilizada. A articulação entre as equipas dos hospitais e dos centros de saúde nem sempre é fácil. A suspeição quanto à capacidade de resposta dos colegas da comunidade leva a que só quando confirmam que estes têm as perícias necessárias para assegurar a continuação dos cuidados de reparação aceitam “passar” o doente.

Apesar de nos centros de saúde durante muitos anos ter sido prática assegurar os “domicílios” que consistiam na deslocação de um enfermeiro

carregado com uma mala de materiais, para fazer tratamentos em casa dos utentes, habitualmente pensos de feridas diversas, estes foram olhados com desconfiança pelos pares. O afastamento da experiência hospitalar, o carácter prescrito e as condições frequentemente deficientes em que realizavam o trabalho, tornavam-no suspeito de carecer do rigor científico necessário. O trabalho nos Centros de Saúde por ser um trabalho desprovido de aparato tecnológico e por mobilizar profissionais de formação generalista manteve-se como o parente pobre da medicina.

Ser capaz de responder às novas solicitações com que se confrontam hoje nas comunidades significa dominar, entre outras, um conjunto de perícias técnicas que deixaram de ser exclusivas do hospital. A preocupação com o investimento no desenvolvimento de competências centradas no domínio do conhecimento biomédico e farmacológico cresce. Assiste-se a um desenvolvimento ímpar no tratamento de feridas por parte dos enfermeiros dos centros de saúde que assumem esta tarefa como sendo da sua esfera de competência. As fronteiras interprofissionais diluem-se e algumas situações que anteriormente careciam de resposta médica começam a ser assumidas pelos enfermeiros também na comunidade.

A enfermeira como auxiliar do médico transforma-se lentamente em “mini-médico” mais barato e apesar da sua menor autonomia face ao médico continua a ser socialmente mais valorizada. Este é um paradoxo que Tavares (2007) e Canário (2005) sublinham a propósito das profissões não médicas do campo da saúde. Este paradoxo reside no facto de os profissionais obterem maior reconhecimento social quanto mais próximos se encontram da função de cura e da sofisticação tecnológica, apesar de ficarem mais dependentes da prescrição médica. Na área em que têm maior autonomia obtêm um menor reconhecimento social. Apesar de o acompanhamento do processo de saúde ser um trabalho que requer maior autonomia porque se desenvolve, no plano da promoção da saúde e da prevenção da doença, no quadro de uma relação singular com a população, é menos visível em termos de resultados. A valorização e o reconhecimento social obtido pela adesão ao modelo médico reforçam esta perspectiva que parece não se confinar aos hospitais mas que,

com a nova concepção de divisão dos cuidados em função do grau de autonomia, tende a transferir para outros, familiares e cuidadores informais, competências que até aqui eram exclusivas da enfermagem por delegação ou prescrição médica. É hoje expectável que o utente ou o familiar próximo aprenda a algaliar, a entubar, a aspirar secreções, etc. O enfermeiro torna-se responsável por garantir que estas aprendizagens são feitas pelas famílias. A sua função educativa ganha consistência e este explora-a no quadro da relação que estabelece com o utente. A relação torna-se fundamental na gestão de um percurso que se pretende de promoção de saúde e de prevenção da doença.

A reordenação da rede de cuidados de saúde prevê o escalonamento de uma oferta de cuidados de serviços mais indiferenciados, os centros de saúde, até aos mais especializados que correspondem a graus de gravidade e de dependência dos doentes. Para fazer a articulação entre ambos tem vindo a ser criada a *Rede Nacional de Cuidados Continuados*⁶. Este escalonamento em torno do grau de dependência do utente/cliente remete para uma atenção diferenciada em ordem à capacidade autonómica da pessoa e já não tanto em ordem à patologia, o que favorece o aparecimento de serviços com ofertas de cuidados diversificados numa lógica gradativa de mobilização de recursos mais ou menos sofisticados.

Com o aumento da escolaridade dos enfermeiros e dos níveis académicos estes tornam-se profissionais mais capazes de intervirem aos diferentes níveis, sobretudo aos níveis que requerem trabalho mais especializado do ponto de vista técnico. Os cuidados de base, que incluem na sua perspectiva “uma relação privilegiada com o corpo que não pode ser negligenciada” (Hesbeen, 1997, p. 48), começam paulatinamente a ser abandonados. O afastamento da prestação directa destes cuidados é acompanhado da emergência das ajudantes familiares e cuidadores informais na comunidade, e de certo modo dos auxiliares de acção médica no hospital que assumem cada vez mais funções ligadas às necessidades básicas.

A estandardização de procedimentos ao nível do diagnóstico e dos tratamentos a aplicar abriu caminho à expansão em massa das linhas de apoio telefónico e de serviços de triagem, ambos assumidos por enfermeiros, que com base em *guidelines* pré definidas conduzem, com maior ou menor habilidade,

entrevistas estruturadas onde todos os passos estão estabelecidos e todas as decisões definidas com precisão, classificando a gravidade da situação e o serviço para onde se deve dirigir o utente. Os enfermeiros funcionam aqui como mediadores entre um saber leigo e um saber pericial com uma liberdade restrita para conduzirem a entrevista.

Colyer (2004), a propósito da situação no Sistema de Saúde Inglês, sublinha a oportunidade que constituem as mudanças que têm vindo a ser introduzidas no sistema de saúde, para se efectivar uma reengenharia das perícias e dos *skills* inespecíficos dos diferentes grupos profissionais, de modo a permitir a criação de novos grupos de actividades, de trabalhadores indiferenciados que substituam, como mão de obra mais barata e a níveis mais básicos, alguns profissionais e nomeadamente os enfermeiros. A oferta, em Portugal, de formação para “auxiliar de enfermagem” é já uma realidade divulgada na imprensa, como se este grupo já existisse nas organizações e desenvolveu-se a par com a súbita crise de emprego entre os enfermeiros. Com a diversificação dos serviços oferecidos à população também o trabalho dos enfermeiros se diferencia em ordem à oferta de serviços. Há uma tendência para se transformarem em “mini-médicos” mais baratos, para reforçarem a sua relação com o utente de modo a assegurar o desenvolvimento da sua capacidade autonómica, e para se oferecerem como referência com o fim de ajudar a resolver problemas mais básicos de saúde, numa primeira linha de combate à doença.

A RELAÇÃO COM OS UTENTES: UMA FONTE DE SIGNIFICADO NA CONSTRUÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CUIDAR

No trabalho de pesquisa empírica já realizado, verifiquei que é possível encontrar ao nível dos centros de saúde projectos de intervenção que surgiram por iniciativa dos enfermeiros, para responder a problemas concretos de grupos específicos com determinado risco ou patologia, ou direccionados para grupos etários (jovens e idosos) com a finalidade de prevenir a doença e promover a saúde. É o caso, por exemplo, das “Férias em Saúde”, destinado a idosos,

ou a criação de clubes de conversação, também para idosos, criados nalguns Centros de Saúde. Parece tratar-se da emergência de uma oferta autónoma de cuidados, pensados em ordem aos utentes, e que têm na sua génese a preocupação de cuidar globalmente do outro no âmbito da promoção da saúde e já não só no combate à doença.

Se a relação com os utentes não constituiu, até há relativamente pouco tempo, uma fonte de significado pertinente que merecesse ser reflectida pelos próprios, ganha hoje uma particular relevância. Desvalorizada, em certa medida, pelo seu carácter subjectivo e, conseqüentemente, pela suspeição de falta de cientificidade, foi-o também, pela ausência de reconhecimento do enfermeiro enquanto pessoa singular, e por via da sua vinculação a actividades e não a pessoas. A relação não podia ser reconhecida como tendo um potencial terapêutico ou como sendo relevante no processo de cuidar. Os enfermeiros deviam rodar livremente por todos os sectores dos serviços em função das necessidades do centro. Esta rotação não se verificava exactamente do mesmo modo nos hospitais, apesar de radicar numa mesma concepção de “grupo agregado” (Lorenzi-Cioldi, 2002) e de, na actualidade, ganhar, com as novas teorias de gestão, um novo fôlego.

Acreditava-se que os enfermeiros deveriam dominar todas as competências básicas de enfermagem e conhecer o funcionamento de todos os sectores de modo a que, em qualquer altura, estivessem disponíveis para assegurar o funcionamento da instituição. Oferecia-se a imagem de grupo indiferenciado cuja substituição não constituía uma quebra na continuidade dos cuidados. Tudo se passava como se a relação se estabelecesse de modo indistinto com um corpo homogéneo, em que a singularidade das relações perdia relevância. Mesmo quando os enfermeiros afirmam que “passam 24 horas” com os doentes, estão a afirmar que ser um ou vários, em sequência, é indiferente.

Quando os discursos sobre a importância da individualização dos cuidados emergem estes são integrados associados à premência de atender à diversidade de necessidades dos doentes que devem ser identificadas através da observação e da comunicação, mas não como uma relação interpessoal única e singular que se desenvolve em torno de um projecto de saúde.

Ao nível dos Centros de Saúde, a preocupação com a personalização dos cuidados passa dos discursos para se firmar mais consistentemente nas práticas. Com a criação dos centros de saúde de “3ª geração” surgem as equipas multidisciplinares e as listas de utentes por médico de família que possibilitam o desenvolvimento do espírito de pertença a um grupo que responde a um conjunto de utentes concretos e que acompanha no tempo um processo de saúde, que é no fundo um percurso de vida. As solicitações diversificam-se e a intervenção autonomiza-se em determinadas áreas como a saúde infantil, a saúde materna e os grupos vulneráveis como, por exemplo, pessoas que sofrem de diabetes. Apesar de as listas de utentes serem organizadas em função da actividade médica, que continua a estruturar a organização do trabalho no campo da saúde, o trabalho dos enfermeiros é sentido mais como complementar do médico do que como subordinado. A relação com os doentes consolida-se com o tempo e a continuidade de uma atenção e de uma disponibilidade. O enfermeiro torna-se uma figura de referência para os utentes mais assíduos do Centro de Saúde. A existência de enfermeiros de referência corresponde a um esforço efectivo de personalização dos cuidados que estes consideram dos aspectos mais gratificantes da sua actividade. A relação torna-se fundamental para que o processo de acompanhamento do outro no seu processo de saúde produza resultados positivos visíveis para o próprio. Esta estratégia de afirmação da profissão ganha terreno ao nível dos Centros de Saúde. É ainda uma estratégia de negociação de territórios de acção, que se joga num espaço de confluência de acção dos diferentes grupos, mas que começa a ser aceite como partilhável nos Centros de Saúde.

Não se podendo falar propriamente de “projecção de saúde”, como o concebe Honoré (2001) há, no entanto, a preocupação de oferecer um suporte e um acompanhamento aos indivíduos e famílias. A imagem do enfermeiro como alguém que acompanha o outro num percurso de saúde é mais evidente no trabalho comunitário do que no atendimento ao utente no Centro de Saúde e ainda menos no Hospital. Realiza-se na rua, ou nas carrinhas móveis, fora do centro e as relações perdem o peso da instituição e tornam-se menos assimétricas. O estatuto profissional é reconhecido, mas o profissional é

visto como alguém bem informado sobre questões de saúde, que sabe como mobilizar os recursos do sistema, como estabelecer pontes entre instituições e com acesso directo aos médicos e aos serviços hospitalares, pelo que pode ajudar a resolver problemas. Mas não só, no trabalho comunitário o enfermeiro surge como alguém disponível para ouvir, para estar perto e para acompanhar. Este trabalho, ainda incipiente, começa a firmar-se como uma iniciativa dos enfermeiros que antecipam para si uma função que vai para além daquilo que, tradicionalmente, está pré-estabelecido.

Nos *cuidados continuados* que decorrem no domicílio esta proximidade e confiança também é visível. A proximidade, pela exposição da intimidade, favorece o desenvolvimento de cumplicidades. As solicitações extravasam o pedido de auxílio para tratar a doença e direccionam-se para a prevenção. O trabalho sobre outrem visa autonomizar o sujeito conforme se pode ver em todas as orientações gerais quer a nível central, como local. O trabalho de socialização processa-se na interacção em torno de problemas concretos na descoberta conjunta de saídas possíveis para as situações. Os recursos internos e externos são avaliados pelos enfermeiros que desocultam e “descodificam” problemas. A procura de aconselhamento é provavelmente a maior solicitação. O trabalho das enfermeiras nas comunidades e nos bairros surge como uma intervenção centrada efectivamente no doente/utente que se exprime por via da oferta de uma disponibilidade de acompanhamento de situações complexas, onde a enfermeira surge como uma figura de referência a quem a população recorre para solicitar ajuda.

Os saberes oriundos da biomedicina funcionam aqui como um suporte parcelar que, a par com uma multiplicidade de outros saberes oriundos das ciências sociais e humanas, concorrem para a resolução de problemas. Na comunidade a solicitação supera largamente a oferta estrita do comprimido e da vacina, para dar lugar a uma filosofia que privilegia o subjectivo a autonomia pessoal e o “empowerment” (Colyer, 2004). Neste contexto a saúde é equacionada na confluência de uma multiplicidade de factores que ultrapassa largamente as competências profissionais de cada um dos técnicos encarados individualmente. O trabalho em equipa é percebido como indispensável ao sucesso da intervenção.

As enfermeiras, que se fazem transportar em unidades móveis apetrechadas, para oferecer cuidados básicos em situações de doença e trabalhar em termos da prevenção, investem sobretudo na promoção da saúde e diversificam a sua oferta de cuidados, já não só em função das patologias mas do que cada uma é capaz de fazer. A indiferenciação do trabalho do enfermeiro perde-se para se revestir das preferências e capacidades de cada um, tendo em vista rentabilizar saberes diversos que são reconhecidos como potencialmente úteis.

A responsabilização do cidadão, se por um lado lhe confere maior poder para decidir sobre os cuidados que entende que necessita, também altera profundamente a sua relação com os profissionais. Da dependência e da entrega absoluta ao saber médico, a relação tende para uma certa “horizontalização”. A saúde, considerada durante muito tempo como um bem supremo, torna-se agora uma mercadoria⁷ a ser negociada e adquirida num mercado cada vez mais caro e menos acessível a todos. Esta mercadorização da relação retira poder aos profissionais e às suas instituições. Obriga agora, como refere Dubet (2002), à conquista de uma legitimidade que deixou de ser conferida pela instituição em si, para passar a ser conquistada pelo profissional através da sua capacidade de intervir e de se relacionar com o outro, em situação. A negociação de sentidos e de intervenções exigem o envolvimento de todos os participantes nas situações de cuidar.

O sentido da acção tende a ser reformulado pelos enfermeiros que, ao nível dos Centros de Saúde, projectam e organizam a sua intervenção. As preocupações profissionais ultrapassam a simples realização de tarefas como, por exemplo, a vacinação, para se direccionarem agora para taxas de cobertura vacinal. Estas são inseridas no contexto mais vasto das actividades de promoção de saúde e de prevenção das doenças que a visão estratégica da saúde veio reforçar. O modo como estes se referem ao seu trabalho no centro de saúde reporta-se já não às actividades em si e por si próprias, mas enquanto intervenções no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença o que revela a apropriação do discurso oficial sobre a saúde, que apesar da expressão limitada ao nível das práticas permite antecipar uma abertura significativa de horizontes de intervenção.

EM SÍNTESE

Quanto mais nos afastamos do programa institucional menos o trabalho sobre outrem se apresenta como a realização de um papel prescrito e mais ele se torna uma experiência compósita que remete para a experiência, também compósita, dos objectos deste trabalho. A tendência crescente para dividir o trabalho na saúde em torno das capacidades autonómicas do doente e ou da gravidade, em termos de risco de vida, introduz lentamente uma nova forma de divisão do trabalho na saúde que remete para a interdisciplinaridade. Os enfermeiros participam nestas transformações e assumem um conjunto de tarefas mais técnicas ou mais protocoladas, numa lógica que tende a perspectivar a enfermagem como auxiliar do médico na busca de um estatuto de “mini-médico” que, apesar de não conferir maior autonomia, oferece maior reconhecimento social.

Os enfermeiros participam, também, ao nível da comunidade, através do abandono progressivo para os cuidadores informais, das tarefas mais ligadas aos cuidados directos ao corpo que consideram supervisionar e investem na “gestão de casos”, compreendidos como totalidades. Assumem a educação para a saúde como um espaço de importância crucial que possibilita o estabelecimento de relações de acompanhamento do outro ao longo do tempo. Com a tendência para transferir para a comunidade e para a casa dos utentes os cuidados técnicos prestados nos hospitais, os enfermeiros assumem a preparação das famílias para a prestação de cuidados e avaliam a sua capacidade para gerir os problemas e encontrar soluções. Investem no aprofundar de um conjunto muito diversificado de saberes que inclui o aprofundamento de conhecimentos oriundos da biomedicina, mas, também, das ciências sociais e humanas. A relação com o utente ganha relevância na procura de aceder ao outro por via da compreensão dos seus problemas e da sua inserção no contexto sócio-cultural. É o enfermeiro que domina os meios de produção de cuidados que consegue afirmar face ao utente a sua proposta. A consciência dos limites da sua intervenção sobre o outro, que na ausência do técnico decide como entende, é verbalizado como um aspecto que obriga a reformular a relação, com base na aceitação dessas limitações como uma realidade com a qual é necessário contar para que a acção se possa desenvolver.

Os problemas com origem nos cuidados dispensados, a relação com os outros, os recursos disponíveis na saúde e noutros sectores, surgem como material de trabalho sobre o qual se torna possível pensar os cuidados que começam a constituir-se como fonte de significado e de experiência. A lógica da acção estratégica torna-se visível pela capacidade de negociação com outros pares e outros profissionais sobre territórios de intervenção definidos a nível local. A capacidade de tomar iniciativas é visível, sobretudo no trabalho na comunidade, e traduz-se na construção de uma oferta de cuidados, numa sociedade concebida como um mercado. Os projectos

de acção decorrem do encontro entre as orientações globais e a análise da situação local.

Os enfermeiros diversificam as suas estratégias de construção identitária numa perspectiva negociada entre, por um lado, as exigências de uma lógica de mercado geradora de profundos conflitos internos; por outro lado, entre as necessidades locais em matéria de saúde, avaliadas numa perspectiva mais abrangente que a simples ausência de doença, onde relação com o outro se afirma como fonte de significado e experiência, e a luta pela afirmação e reconhecimento da enfermagem como profissão, na procura de uma imagem de si digna de respeito.

1. A noção de *cuidar* é usada neste texto como um construído social que tem ganho diferentes significados ao longo dos tempos. Socorro-me de Collière (1989) para me reportar aos diferentes sentidos que adquire o cuidar em enfermagem em torno da promoção, manutenção e reparação da vida. No entanto, assumo com Honorè (2001) e Hesbeen (2000), o *cuidar* numa perspectiva existencial como uma atitude básica de atenção e de (pre) ocupação com o outro e as coisas, que não se inscreve unicamente numa ou noutra ocupação, mas que corresponde a uma forma de estar e agir no mundo passível de estar presente em todas as actividades que têm por fim o bem estar individual e colectivo das coisas, pessoas e do planeta em geral.

2. “A distinção entre cuidados primários, secundários e terciários visa fundamentalmente racionalizar a utilização dos recursos disponíveis. A primazia começa, logicamente, por ter que ser dada aos que proporcionam maior impacto e alcance populacional e que são os cuidados primários. Estes, continuar-se-ão, quando necessário, por cuidados mais especializados ou sub-especializados, mais vocacionados para intervenções pontuais e com componente tecnológico mais acentuado” (Simões, 2004, p. 6).

3. A noção de *Acolhimento ao Utente* foi sendo alargada e do momento inicial de chegada ao serviço ampliou-se numa preocupação com a atenção dispensada ao longo do internamento. Tratada de modo burocrático rapidamente o acolhimento se transformou num guião de procedimentos que permitia aos enfermeiros chefes avaliar os seus subordinados com base na observação do cumprimento dos indicadores definidos.

4. No original: “une revendication continue de reconnaissance scolaire et d’allongement des études” o que na sua opinião tem “peu de chances de faire baisser le niveau de frustration, à moins de transformer toutes les infirmières, en cadres et toutes les aides-soignantes en infirmières”.

5. Prevenção secundária: é o conjunto de acções que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, têm como objectivo a diminuição da prevalência da doença. Visam ao diagnóstico, ao tratamento e à limitação do dano (Consultado em

Dezembro de 2007 em http://pt.wikipedia.org/wiki/Preven%C3%A7%C3%A3o_secund%C3%A1ria).

6. “Os serviços de cuidados continuados devem continuar a investir num nível intermédio de cuidados, entre o nível de actuação dos centros de saúde e o nível de actuação hospitalar, que deve passar por unidades adequadas de internamentos, por unidades de dia de reabilitação global e unidades móveis de prestação de cuidados domiciliários. Desta forma, será possível garantir a continuidade entre as acções preventivas, terapêuticas e correctivas, de acordo com um plano individual de cuidados para cada utilizador” (Portugal. Ministério da Saúde/DGS, 2004, p. 160).

7. A alteração do modo como têm sido designadas as pessoas que solicitam cuidados de saúde revela o lugar que se espera venham a assumir no processo de cuidados. Referidos primeiro como doentes e ou pacientes, pela sua associação a uma posição passiva passaram posteriormente a utentes na óptica do utilizador de serviços a que tinham direito. Tornaram-se agora clientes de produtos de saúde vendidos pelos profissionais e assumem a responsabilidade de comprar os certos e de os usar correctamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho Hospitalar. In R. CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Lisboa: Educa, pp. 149-168.
- ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- AIKEN, L. H. (1983). Nurses. In D. MECHANIC (ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press, pp. 407-430.
- BARBIER, J-M. (1996). Introduction. In J-M. BARBIER (ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d’action*. Paris: PUF.
- CANÁRIO, R. (2005). Ser enfermeiro hoje. *Caderno CE — Currículo e ensino*, V, 8. U. F. R. J. — Núcleo de tecnologia educacional para a saúde, pp. 9-24.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital — para uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

- CARAPINHEIRO, G. (2006). A Saúde enquanto matéria política. In G. CARAPINHEIRO (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores, pp. 137-164.
- CARAPINHEIRO, G. & LOPES, N. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CASTELLS, Manuel (2002). *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. A Sociedade em rede*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLYER, Hazel M. (2004). The construction and development of health professions: where will it end? *Journal of Advanced Nursing*, 48, 4 (April), pp. 406-412.
- CORREIA, J. A. (1991). Mudança educacional e formação: venturas e desventuras do processo social de produção da identidade profissional dos professores. *Inovação*, 1, 4, pp. 149-165.
- COSTA, M. A. (2002). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa/Coimbra: Formasau.
- D'ESPINEY, L. (1999). *Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- D'ESPINEY, L. (2005). *Construir a experiência de cuidar em enfermagem psiquiátrica*. Dissertação apresentada a concurso de Provas Públicas para a categoria de Professor Coordenador da Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: ESECGL.
- DUBAR, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- DUBAR, C. (2006). *A crise das Identidades. A interpretação de uma Mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- DUBET, François (1996). *Sociologia Da Experiência*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DUBET, François (2002). *Le Déclin De L'institution*. Paris: Editions Du Seuil.
- EWENS, Ann (2003). Changes in nursing identities: supporting a successful transition. *Journal of Nursing Management*, 11, pp. 224-228.
- FREIDSON, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. N. York: Atherton Press.
- HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: InterEditions Masson.
- HESBEEN, W. (2000). *Prendre Soins dans le monde. Contribuer à un univers plus soignant*. Paris: Seli Arslan.
- HEWISON, A & WILDMAN, S. (1996). The theory — practice gap in nursing: a new dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 124, pp. 754-761.
- HONORÉ, B. (1996). *La santé en projet*. Paris: Inter Editions.
- HONORÉ, B. (2001). *Soigner: persévérer ensemble dans l'existence*. Paris: Massons.
- KEROUAC, S. et al. (1994). *La pensée infirmière*. Quebec: Editions Études Vivantes.
- LOPES, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.
- LOPES, N. (2006). Tecnologias da Saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In G. CARAPINHEIRO (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores, pp. 107-134.
- LORENZI-CIOLDI, F. (2002). *Les représentations des groupes dominants et dominés: Collections et agrégats*. Grenoble: Presses Universitaires.
- OMS (1998). *Saúde 21 — saúde para todos no século XXI*. Camarate: Lusociência.
- PETITAT, A. (1989). *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montreal: Les Editions du Boreal.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde. 2004-2010. Vol II Orientações Estratégicas*. Consultado em Dezembro de 2007 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf.
- SIMÕES, José A. (2004). Medicina Familiar, Centros de Saúde e Limitação de Recursos. *Acção Médica*, 68, 4, pp. 236-244. Consultado em Dezembro de 2007 em http://www1.interacesso.pt/~csgois/artigo_mfcslr_am_2004.htm
- TAVARES, David (2007). *Escola e Identidade Profissional. O caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.