

Identidade, socialização e processo de profissionalização — contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia

DAVID TAVARES

david.tavares@estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

RESUMO:

Neste artigo, pretende-se contribuir para a reflexão em torno da relação entre educação, trabalho e identidades profissionais com base nos resultados de um estudo realizado, para efeitos de elaboração de uma tese de doutoramento, sobre a influência da instituição escolar na produção e na transformação da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia, em função dos processos de socialização ocorridos nas instâncias escolar e profissional e em função dos processos e dos projectos de profissionalização, vectores da transformação e recomposição identitária.

A análise proposta tem por referência empírica os técnicos de cardiopneumologia, um grupo sócio-profissional inserido na carreira técnica de diagnóstico e terapêutica que tem estado envolvido, na última década, num processo de transformações significativas. A exploração da especificidade deste campo empírico permitiu confirmar alguns dos princípios dominantes enunciados nos estudos sobre esta problemática e revelar diferenças relativamente aos processos de outros grupos sócio-profissionais.

O caso em estudo revela um processo de construção da identidade fortemente influenciado pela instituição escolar, não tanto pela sua acção enquanto instância de socialização o qual tem efeitos distintos de outros grupos de referência do campo da saúde com um modelo “ideológico” de formação mais acentuado, mas, sobretudo, pela sua acção no processo e nos projectos de profissionalização, devido às orientações estratégicas definidas para o ensino, com efeitos na recomposição dos saberes profissionais e devido ao papel desempenhado na institucionalização e legitimação do conhecimento do grupo sócio-profissional.

PALAVRAS-CHAVE:

Identidade, Socialização, Processo de profissionalização, Projectos de profissionalização.

Tavares, David (2008). Identidade, socialização e processo de profissionalização — contributos de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia.

Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 06, pp. 35-44.

Consultado em [mês, ano] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

O contributo para a reflexão em torno do tema proposto para o presente número da *Sísifo* (relação entre educação, trabalho e identidades profissionais) tem por base um estudo realizado com vista à dissertação de uma tese de doutoramento¹ sobre a influência exercida pela instituição escolar, ao nível do ensino superior, na produção e na transformação da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia², pela sua intervenção, em duas vertentes: 1) enquanto instância de socialização produtora de valores e de referências identitárias estruturantes; 2) enquanto instituição impulsora de processos e de projectos de profissionalização, vectores principais de transformação e recomposição identitária.

O desenvolvimento da pesquisa operacionalizou-se com recurso ao método intensivo, através de um estudo de caso que toma por universo e referência empírica o curso de cardiopneumologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL). O caso em estudo remete para um campo emergente da área da saúde — o das tecnologias da saúde³ — que até aqui tem permanecido oculto na agenda científica das ciências sociais em Portugal, no âmbito das quais não se tem constituído como objecto de estudo, factor a que não é alheia a sua fraca visibilidade pública. Trata-se, contudo, de um campo, cuja especificidade, cruzada por um contexto de mudança social acelerada⁴, potencia uma análise elaborada a partir de um ângulo próprio de “leitura do real”, distinto dos que tomam por referência a medicina e a enfermagem a que se dedicaram um conjunto significativo de autores,

nas últimas décadas. A sua prospecção contribuirá certamente para a produção de um conhecimento mais global do sector da saúde.

De uma forma geral, os trabalhos produzidos acerca do tema em análise, tomando por objecto teórico e/ou empírico grupos sócio-profissionais muito diferentes e reportados a áreas de actividade distintas, têm salientado com regularidade o princípio geral, integrante do património do conhecimento adquirido pelas ciências da educação e pelas ciências sociais relativo a esta problemática, centrado na premissa de que a educação escolar e os contextos de trabalho influenciam a produção das identidades profissionais, antes de mais por serem instâncias de socialização onde se sedimenta um código simbólico traduzido em conteúdos, ideias, valores (e sistema comum de valores), papéis, normas e critérios de prática profissional, interiorizados⁵ parcialmente pelos actores sociais de modo perdurável, sobre os quais assentam as principais referências identitárias dos indivíduos e dos grupos profissionais. Nesta perspectiva as identidades profissionais são construções sociais geradas em sucessivos processos de socialização, multidimensionais e contínuos, que decorrem simultaneamente em diferentes contextos, no plano formal, no quadro de diferentes instâncias (escola, contextos de trabalho, meios de comunicação, família, etc.) e no plano informal.

O trabalho de investigação realizado acerca da forma como a educação escolar e os contextos de trabalho influenciam a produção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia

confirma, em parte, os princípios enunciados, embora reforce a ideia de que estes e outros princípios teóricos relativos à análise deste e de outros temas reportados à realidade social podem variar de forma considerável em função de diferentes contextos. Assim, constata-se que a influência dos processos de socialização escolar e profissional na produção da identidade dos técnicos de cardiopneumologia é muito menos acentuada, comparativamente a outros grupos sócio-profissionais do campo da saúde, nomeadamente os médicos (Baszanger, 1981; Carapineiro, 1993; Ruivo, 1987) e os enfermeiros (Abreu, 2001; Lopes, 2001; Melia, 1987).

Tal facto prende-se, em grande parte, com a inexistência de um modelo orientador específico do processo de socialização dos técnicos de cardiopneumologia, quer ocorra em contexto escolar, numa primeira fase, quer ocorra nos locais onde é exercida a profissão, contrariamente ao sucedido com os grupos atrás referidos (medicina e enfermagem). O efeito da inexistência de um “modelo ideológico” específico da cardiopneumologia ou de um eventual modelo técnico se for tomado por referência o conjunto das tecnologias da saúde⁶, tem efeitos visíveis ao nível dos valores, das posturas e das práticas profissionais adoptadas que se situam entre os dois principais modelos de referência do campo da saúde, o modelo tecnicista dominante na medicina e o modelo relacional dominante na enfermagem⁷, assumindo por vezes uma maior proximidade com as posturas típicas de um desses modelos ou, na maioria dos casos, uma postura mista entre esses dois modelos.

A aproximação aos dois modelos de referência dominantes do campo da saúde está estreitamente relacionada com a essência das práticas profissionais dos técnicos de cardiopneumologia. Estas implicam, geralmente, a mobilização simultânea de competências que integram componentes de natureza relacional mais próximas das práticas dominantes da enfermagem e componentes de natureza técnico-científica mais próximas das práticas dominantes da medicina. A predominância das componentes de natureza técnico-científica não é alheia ao facto do modelo médico constituir a principal referência para a maioria dos técnicos de cardiopneumologia, comparativamente à enfermagem, conforme se constata pela observação directa realizada em

contexto hospitalar e se reforça através dos resultados do inquérito, no contexto do qual cerca de dois terços (62,7%) afirmam apresentar mais semelhanças com os médicos e cerca de um terço (36%) com os enfermeiros (não responderam à questão 1,3% dos inquiridos), não obstante existir de facto uma maior semelhança entre os técnicos de cardiopneumologia e os enfermeiros, ao nível do estatuto social e profissional.

Contudo, as similitudes com a medicina verificam-se a diferentes níveis: 1) a origem, evolução e emergência da cardiopneumologia provém em grande parte do próprio crescimento da medicina e da delegação progressiva de actividades médicas, cuja essência científica e técnica assenta em tecnologias suportadas teoricamente pelas ciências médicas, em termos de linguagem, quadro conceptual, procedimentos técnicos e formas de comportamento; 2) uma parte significativa dos técnicos de cardiopneumologia tem por referência dominante o curso de medicina e, conseqüentemente, a profissão médica, antes de iniciar a sua formação académica; 3) o processo e os projectos de profissionalização do grupo desenvolvem-se por referência ao modelo médico enquanto “ideal-tipo” a atingir.

Por outro lado, diferentes estudos efectuados sobre este tema também têm acentuado que a escola e os contextos de trabalho são instâncias portadoras de dinâmicas distintas. O processo de socialização escolar centra-se em referências teóricas, com o objectivo de “educar” os futuros profissionais, enquanto que o processo de socialização profissional centra-se em referências pragmáticas, com o objectivo, no caso da saúde, de diagnosticar e tratar os doentes (Carapineiro, 1993). Entre os processos de socialização ocorridos, geralmente em fases distintas, nestas duas instâncias (que simultaneamente se complementam e se contradizem), verifica-se uma descontinuidade e, ao mesmo tempo, uma redefinição de valores operada em contexto profissional que produz, frequentemente, formas de ruptura com a aprendizagem escolar.

O estudo realizado reconfirma estas teses relativamente à influência da escola e dos contextos de trabalho enquanto instâncias socializadoras na construção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia, salientando, como já o tinham feito diversos autores como por exemplo

Schon (1983), Melia (1987), Carapinheiro (1993), D’Espiney (1997) e Abreu (2001), as assimetrias existentes entre as representações dos docentes e as dos profissionais. As descontinuidades entre o contexto escolar e o contexto profissional manifestam-se no facto de cerca de três quartos (74%) dos inquiridos afirmarem que a sua imagem acerca da profissão quando concluíram o curso era diferente da que têm actualmente e nas expressões de alguns entrevistados, como por exemplo a de uma técnica de cardiopneumologia, ao descrever da seguinte forma as sensações provocadas pela transição entre a experiência escolar e a experiência profissional: “quando cheguei ao hospital é que me dei conta mesmo que havia gente doente, gente que nem sequer podia quase tocar porque mal tocava, ou gritavam ou tinham umas dores horrorosas e acho que aí é que me apercebi mesmo da realidade e custou-me bastante, nos primeiros tempos fartei-me mesmo de chorar (...) nós não estamos preparados para trabalhar com pessoas doentes-doentes”.

Esses estudos também têm salientado que as representações e práticas adoptadas de uma forma geral pelos profissionais e as representações e práticas defendidas pela maioria dos professores tendem a ser descoincidentes, reflectindo as diferenças de fundo existentes entre as concepções “teóricas” tradicionalmente associadas às instituições de ensino e as concepções “pragmáticas” frequentemente conotadas com as organizações do trabalho. Instala-se, assim, uma dualidade “entre o ‘modelo ideal’ que caracteriza a ‘dignidade da profissão’, a sua imagem de marca, a sua valorização simbólica, e o ‘modelo prático’ que diz respeito ‘às tarefas quotidianas e aos trabalhos pesados’ e que mantém poucas relações com o primeiro” (Dubar, 1997, p. 136). Neste sentido, “um dos problemas recorrentes da socialização ocupacional tem a ver com as diferenças entre a versão idealizada do trabalho que é apresentada aos novos recrutados e o trabalho tal como é praticado diariamente pelos membros da comunidade ocupacional”⁸ (Melia, 1987, p. 1), verificando-se uma “dificuldade do *transfert* das aprendizagens realizadas na situação de formação, para as situações reais de trabalho” (Canário, 1997, p. 137). Este problema acentua-se à medida que aumenta a distância entre os contextos de formação e os contextos onde ocorrem as práticas profissionais.

Confirmando esta tese, os discursos dos docentes da área de cardiopneumologia acerca dos técnicos de cardiopneumologia e vice-versa, tendem a revelar representações assimétricas. Os docentes salientam, geralmente, o descuido relativamente às exigências de cientificidade requeridas pelo desempenho das tarefas em contexto profissional (“fazer coisas de uma maneira que é do meu ponto de vista completamente errada (...) o problema é que nalgumas áreas se trabalha muito mal”). Por seu turno, os técnicos de cardiopneumologia tendem a representar os docentes como pessoas afastados da “realidade” e da prática profissional (“pessoas que estão na escola a tempo inteiro, chegaram ao estatuto de teóricos (...) são pessoas que se distanciaram bastante da realidade profissional”).

Além destes aspectos, é necessário ter em conta as limitações próprias da instituição escolar enquanto instância de socialização, pois muitos dos valores, conhecimentos e formas de identificação dos actores sociais são redefinidos e alterados em contexto de trabalho, provocando, muitas vezes, formas claras de ruptura com a aprendizagem escolar e diluindo parcialmente os efeitos do processo de socialização escolar. O carácter limitado da influência da instituição escolar está directamente relacionado com o facto desta não constituir o único espaço de formação e com o facto dos valores e das referências apreendidas na escola se reportarem a uma fase de socialização inicial ocorrida durante um período temporal delimitado e relativamente curto.

Considerando os factores atrás referidos, o estudo realizado confirmou a influência exercida na construção da identidade dos técnicos de cardiopneumologia pelos processos de socialização ocorridos na instituição escolar, em primeira instância, e posteriormente nos contextos de trabalho. Todavia, o desenvolvimento do estudo revelou a menor influência relativa desta vertente, comparativamente a outros grupos sócio-profissionais e, por outro lado, explorou uma linha de investigação menos estudada no campo das ciências sociais, referente à incontornável influência exercida pelo processo e pelos projectos de profissionalização⁹ na construção da identidade de grupos emergentes, portadores de um capital escolar significativo.

A identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia tem sido, principalmente a partir

da década de 90, uma identidade em transformação, determinada em grande parte pelo ritmo acelerado dos processos e dos projectos de profissionalização, por sua vez fortemente impulsionados pela instituição escolar devido às orientações estratégicas definidas para o ensino, com efeitos na recomposição dos saberes profissionais e devido ao papel desempenhado na institucionalização e legitimação do conhecimento dos técnicos de cardiopneumologia.

As orientações estratégicas definidas para o ensino da cardiopneumologia na última década causaram transformações significativas nos traços identitários centrais do grupo em estudo. Entre essas orientações, salientam-se três: 1) O alargamento significativo da componente teórica do curso, com implicações nas práticas e nas concepções subjacentes ao exercício profissional; 2) A crescente multidisciplinaridade dos currículos e dos conteúdos programáticos do curso está no cerne da transformação progressiva de referências identitárias centrais; 3) O alargamento do ensino a novas áreas de actividade e de especialização com efeitos ao nível da diversificação interna do grupo.

A primeira dessas transformações, comum ao processo de outros grupos sócio-profissionais (no campo da saúde o melhor exemplo reside na enfermagem¹⁰) consubstancia-se enquanto núcleo das transformações da identidade do grupo e centra-se no grande aumento do peso atribuído à componente teórica do curso (41% em 1980 e 65,7% a partir de 1998), com o objectivo explícito de “tentar dotar o aluno de um conhecimento teórico cada vez mais fundado e complexo sobre os fundamentos da aplicação de algumas técnicas” (Entrevista com docente da Área de Cardiopneumologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). O efeito principal desta alteração reside na recomposição gradual dos saberes do grupo sócio-profissional que se vão deslocando da categoria dos saberes práticos, adquiridos através da experiência (conducentes ao desempenho de tarefas práticas de execução), para a categoria dos saberes analíticos de concepção, sustentados por um corpo sistemático de teoria, conducentes ao desempenho de tarefas de maior complexidade.

Esta mudança reflecte-se nas actividades mobilizáveis e desempenhadas pelos técnicos de cardiopneumologia e também nas competências consagradas na

legislação que, na década de 80, se prendem basicamente com práticas de execução (registar, medir, realizar, assegurar a preparação, executar montagem e manuseamento). A partir da década de 90 passam a integrar atributos relacionados com tarefas que são habitualmente associadas ao modelo profissional tal como foi definido pela escola funcionalista. Estão neste caso a identificação, selecção, análise, interpretação, avaliação, compreensão, definição, escolha, decisão, explicação, previsão e cálculo.

A crescente multidisciplinaridade que passa a caracterizar o curso de cardiopneumologia desde meados da década de 90, sustentando o conhecimento nesta área num quadro integrante das diversas áreas do saber, reflecte-se nas concepções inerentes à identidade profissional, sendo progressivamente abandonadas por um número cada vez maior de técnicos de cardiopneumologia as formas de identificação restritas, exclusivamente associadas ao carácter tecnológico da actividade profissional. Emergem formas de identificação assentes em referências alargadas, tendentes a expressar em simultâneo as vertentes “tecnológica” e “multidisciplinar”, interpretadas de modo complementar, pressupondo a articulação das vertentes tecnológica e científica e a incorporação da multidisciplinaridade nos saberes e no desempenho da actividade profissional do grupo.

O alargamento e a diversificação das áreas de estudo da cardiopneumologia estimulou a diversificação interna do grupo, cuja identidade deixou de estar tão centrada numa área de actividade profissional (electrocardiologia) e num exame (electrocardiograma) para assumir crescentemente formas de (auto)identificação que reflectem o conjunto diferenciado das áreas de intervenção (electrocardiologia, ecocardiografia, estudo da função respiratória, intervenção invasiva cardiovascular, tecnologia extracorporal/perfusão e ultrassonografia vascular).

Foi no âmbito da electrocardiologia que, de um modo geral, ao longo do tempo decorreu grande parte do exercício profissional e ainda actualmente é a área de actividade em que a maioria (67,4%) dos técnicos de cardiopneumologia trabalha. Além disso, a electrocardiologia cruza transversalmente a maioria das áreas de actividade desenvolvidas no campo da cardiopneumologia, onde está quase sempre presente um electrocardiograma. Por esta razão, este exame constitui-se como “emblema” das actividades

do grupo sócio-profissional consideradas no seu conjunto, influenciando fortemente a simbologia ligada à imagem do grupo. Contudo, a tendência para a diversificação das áreas profissionais traduz-se na estimativa de quase metade (48,8%) dos técnicos de cardiopneumologia do Quadro do Serviço Nacional de Saúde que trabalham em hospitais centrais não o fazerem ao nível da electrocardiologia. A maioria (53,3%) dos técnicos de cardiopneumologia diplomados pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa também consagra a maior parte do tempo a outras áreas de actividade e não à electrocardiologia, essa percentagem acentua-se (60%) se forem considerados aqueles cujo exercício profissional decorre em hospitais centrais.

A influência exercida pela instituição escolar na produção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia, através do impacto das orientações estratégicas definidas para a formação nesta área em períodos distintos, reflecte-se nas diferenças geracionais existentes no interior do grupo. As gerações formadas mais recentemente tendem a defender concepções e a desempenhar práticas profissionais mais próximas das tendências verificadas no decurso do processo de profissionalização. Os dados obtidos reforçam sempre esta constatação, quer provenham da aplicação de técnicas com um pendor potencialmente mais qualitativo como é o caso da entrevista e da observação directa, quer provenham do inquérito, com uma natureza mais quantitativa e mais facilmente objectivável, quando se procede ao cruzamento das variáveis “idade” e “ano de conclusão do curso de cardiopneumologia”, que neste caso assumem o estatuto de variáveis independentes, com outras variáveis em estudo, como: a “opinião acerca do tipo de competências mais importantes da cardiopneumologia”; a “opinião acerca do grau de autonomia”; a “opinião acerca do alargamento do campo de intervenção da cardiopneumologia”; a “opinião acerca das competências necessárias para a realização dos exames”; as “tarefas executadas regularmente”; a “especificidade das tarefas”; a “capacidade para exercer tarefas não atribuídas no local de trabalho”; a “opinião sobre o eventual desempenho de tarefas exclusivas da prática médica”; as “expectativas profissionais” e as “expectativas de formação académica”.

Por outro lado, o papel desempenhado pela instituição escolar relativamente aos processos e aos

projectos de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia, com efeitos centrais na produção e na transformação da identidade do grupo, prende-se com os parâmetros de legitimação produzidos pela institucionalização do conhecimento aí ministrado, consagrado através de um diploma emitido por uma instituição escolar de ensino superior (bacharelato, numa primeira fase e, posteriormente, licenciatura). Estes graus académicos têm-se constituído, sob a forma de capital escolar, como o principal recurso mobilizado para a aquisição e/ou reivindicação de novas competências especializadas e qualificadas, de um maior grau de reconhecimento e de autonomia para organizar/regular as actividades nos locais de trabalho, de um estatuto social e profissional reforçado e na própria evolução das designações formais do grupo ao longo do tempo: “Ajudantes técnicos de cardiologia” — 1953; “Preparadores de cardiologia” — 1973; “Cardiografistas/Fisiografistas” — 1981; “Técnicos de cardiopneumografia” — 1985; “Técnicos de cardiopneumologia” — 1999); A forma de auto-designação actual é de “cardiopneumologistas” e há já propostas futuras, como a de “fisiologistas clínicos”. Neste sentido, a afirmação de um técnico de cardiopneumologia entrevistado no âmbito do estudo que serve de base a este artigo, de que “a escola tem sido reconhecidamente o grande motor de desenvolvimento desta profissão” é um dado adquirido para a generalidade dos seus pares e expressa bem o que tem vindo a ser exposto.

Actualmente, observa-se um significativo alargamento das competências deste grupo sócio-profissional, geralmente obtido, em primeira instância, por via da delegação médica operada nos diferentes contextos de trabalho, de modo consensual e não conflitual, sem colocar portanto em causa, de forma directa, a dominância médica¹¹. Todavia, nesta fase de transição, ocorrem igualmente tendências em sentido oposto num quadro caracterizado pela variabilidade das situações concretas ocorridas no quotidiano dos diferentes contextos de trabalho. Assim, em muitos locais de trabalho verifica-se um desfasamento acentuado entre o domínio dos saberes legitimados pelo processo de formação escolar e o domínio das tarefas efectivamente realizadas que se resumem a tarefas práticas de execução simples.

Do mesmo modo, o grau de autonomia dos técnicos de cardiopneumologia varia consideravelmente

em função do grau de complexidade inerente às tarefas realizadas, mas varia, sobretudo, em função das formas de organização do trabalho em diferentes contextos onde, aliás, a mesma tarefa assume frequentemente contornos distintos e é executada de forma muito diversa, com graus de complexidade, de mobilização de conhecimentos científicos e de indeterminação muito variáveis. Observa-se a tendência geral para o grau de autonomia ser mais reduzido quando as formas de organização do trabalho favorecem uma maior interacção com os médicos do que quando o circuito do exame começa e acaba no quadro exclusivo dos técnicos de cardiopneumologia. Paradoxalmente, no primeiro caso situam-se as áreas de actividade mais prestigiadas no interior do grupo sócio-profissional, por envolverem “tecnologia de ponta” e precisamente devido ao estatuto simbólico inerente à proximidade com os médicos especialistas.

A construção dos projectos de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia assenta no capital escolar como recurso predominante e centra-se, em maior ou menor grau, na maior delegação das prerrogativas dos médicos relativamente ao diagnóstico e, conseqüentemente, na conquista progressiva de novas funções e competências enquadradas pelo desempenho crescente de tarefas analíticas de concepção. Por outro lado, revela-se importante a tentativa de conquistar maior autonomia para organizar e regular as actividades profissionais. O controle do acesso à profissão tenta garantir exclusividade do grupo profissional sobre as suas competências e tarefas específicas que são frequentemente desempenhadas por outros profissionais do sector da saúde ou por pessoas sem qualquer tipo de qualificação. Por fim, é de realçar a importância da implementação de investigação específica nesta área que conduza à produção de saberes próprios e a uma maior visibilidade do grupo sócio-profissional.

O peso assumido pelo processo e pelos projectos de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia, sedimentado num percurso específico, é tão forte e a transformação do grupo é tão profunda nas últimas décadas que é perfeitamente possível inserir a sua identidade num tipo designado por Castells como “identidades de projecto”, que ocorre “quando os actores sociais, servindo-se de qualquer tipo de material cultural ao seu alcance, constroem uma nova identidade capaz de redefinir a sua posição na sociedade” (2003, p. 5).

Para concluir, diria que as identidades profissionais constroem-se através de sucessivos processos de socialização transversais a diferentes tipos de relações sociais formais e informais e a diferentes instâncias, assumindo particular importância as instituições escolares e as organizações onde ocorre o exercício da actividade profissional. Constroem-se também, de forma cumulativa, nos percursos e nos projectos individuais e colectivos que têm uma dinâmica própria inerente ao seu permanente estado de construção, produção, reprodução e transformação. Por isso não são essências cristalizadas ou produtos acabados, mas sim construções relativamente estáveis num processo contínuo de actividade social (Mendes, 2001).

A análise sobre a produção das identidades profissionais só pode ser apreendida quando se considera a especificidade das relações sociais e dos contextos em que ocorre. O caso exposto relativo aos técnicos de cardiopneumologia revela um processo de construção da identidade fortemente influenciado pela instituição escolar mais pelo facto de se consubstanciar como motor do processo e dos projectos de profissionalização e menos enquanto instância de socialização, quando comparada com outros grupos de referência do campo da saúde, nomeadamente a medicina e a enfermagem.

1. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação (Especialidade de Sociologia da Educação), apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Professor Rui Canário, defendida em Dezembro de 2006 e publicada em 2007 (Tavares, 2007).

2. Os técnicos de cardiopneumologia são um dos dezoito grupos que integram a carreira técnica de diagnóstico e terapêutica (a par dos Técnicos de audiologia, Técnicos de análises clínicas e saúde pública, Técnicos de anatomia patológica, citológica e tanatológica, Dietistas, Técnicos de farmácia, Fisioterapeutas, Higienistas orais, Técnicos de medicina nuclear, Técnicos de neurofisiologia, Técnicos de prótese dentária, Ortopistas, Técnicos de ortoprotesia, Técnicos de radiologia, Técnicos de radioterapia, Técnicos de saúde ambiental, Terapeutas da fala e Terapeutas ocupacionais). O estatuto da carreira define, em termos gerais, as suas funções e actividades que se centram no “desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões e de actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica”. O desempenho da sua actividade organiza-se em torno da execução de exames com vista ao estudo e diagnóstico de doenças cardiovasculares e respiratórias, em seis áreas de actividade: electrocardiologia, ecocardiografia, estudo da função respiratória, intervenção invasiva cardiovascular, tecnologia extracorporal/perfusão e ultrassonografia vascular.

3. “Tecnologias da saúde” é a forma como são habitualmente designados os grupos sócio-profissionais que integram a carreira técnica de diagnóstico e terapêutica.

4. Relativamente ao contexto de mudança no campo da saúde em Portugal, refira-se o contributo de Rui Canário (1997).

5. Esta interiorização decorre no quadro de um processo interactivo que “pressupõe uma transacção entre os socializados e os socializadores” (Dubar, 1997, p. 30) e não a “inculcação de regras, normas ou valores por parte das instituições junto de indivíduos

passivos que assim são progressivamente modelados por estes esquemas de pensamento e de acção” (Dubar, 1997, pp. 33-34). Nestes processos, os actores sociais tendem a ajustar os *habitus* de origem ao incorporarem os sistemas de disposições inerentes à(s) cultura(s) da profissão consubstanciada(s) em saberes de índole profissional que têm subjacentes procedimentos técnicos e valores sociais constituintes do universo simbólico-ideológico do grupo sócio-profissional (Pinto, 1985).

6. O universo das tecnologias da saúde, tomado no seu conjunto, pode ser entendido como um grupo inter-profissional com uma identidade e formas de identificação próprias situadas a um nível intermédio entre os profissionais de saúde — numa escala mais alargada — e os técnicos de cardiopneumologia — numa escala mais reduzida (Tavares, 2007).

7. A referência a estes modelos visa apenas caracterizar posturas tradicionais dominantes no interior desses grupos sócio-profissionais que não são, como é óbvio, exclusivas desses grupos e muito menos representam a totalidade dos seus membros, pois as concepções relacionais também estão presentes na medicina (Carapinheiro, 1991) e, do mesmo modo, há enfermeiros que adoptam posturas tecnicistas.

8. No original: “one of the abiding problems of occupational socialization has to do with the differences between the idealized version of work as it is presented to new recruits and the work as it is practised daily by members of the occupation”.

9. Entenda-se por processo de profissionalização “o meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional” (Rodrigues, 1997, p. 21) e por projectos de profissionalização “o complexo de expectativas, aspirações, desejos, representações sobre o futuro” (Pinto, 2000, p. 10) relativos a grupos que estabelecem estratégias no sentido de alterar a sua situação sócio-profissional.

10. A este propósito, ver Lopes, 2001; Abreu, 2001; Canário, 2005.

11. Conforme tem sido referido por diferentes autores (Carapinheiro, 1993; Chauvenet, 1972; Couture, 1988; Freidson, 1968), a dominância médica constitui o traço estrutural dominante da divisão social do trabalho no contexto da saúde, que assegura a este grupo profissional a autoridade de controlar, dirigir e avaliar o trabalho dos outros grupos sócio-profissionais que

se articulam com o seu campo de actividade. Como consequência, o grau de autonomia dos grupos sócio-profissionais não médicos está limitado às margens do poder médico (Carapinheiro, 1993), ou seja, tem “como barreira estrutural os limites que são gerados pela própria dominância profissional da medicina” (Lopes, 2006, p. 110). Contudo, em diferentes contextos e em diferentes países, começam a observar-se indicadores de mudança, conforme realça Tousijn (2000), referindo-se ao “declínio parcial da dominância médica” em Itália, ao nível do menor controle de todo o processo de trabalho no seu conjunto, do menor controle sobre o mercado, sobre os utentes/doentes, sobre a formação dos novos profissionais, sobre a política de saúde, sobre as práticas profissionais e sobre os outros grupos sócio-profissionais do campo da saúde. Por outro lado, com base nos saberes profissionais, diferentes grupos da área da saúde não médicos têm recolocado a questão das fronteiras interprofissionais. Um exemplo interessante é dado por Stevens *et al.* (2007) com base num estudo comparativo, realizado na Holanda, entre grupos sócio-profissionais que desenvolvem a sua actividade na área da visão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Lisboa: Educa.
- ALMEIDA, João Ferreira & PINTO, José Madureira (1986). Da teoria à investigação empírica — problemas metodológicos gerais. In Augusto Santos SILVA & José Madureira PINTO (orgs.), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento, pp. 55-78.
- BASZANGER, Isabelle (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue Française de Sociologie*, XXII, 2, pp. 223-245.
- CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 119-146.
- CANÁRIO, Rui (2005). Ser enfermeiro hoje. *Caderno de Currículo e Ensino*, V, 8, pp. 9-24.
- CARAPINHEIRO, Graça (1991). Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 9, pp. 27-41.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento.
- CASTELLS, Manuel (2003). *A era da informação: economia, sociedade e cultura. Volume II — O poder da identidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- CHAUVENET, Antoinette (1972). Professions hospitalières et division du travail. *Sociologie du Travail*, 2/72, pp. 145-163.
- COUTURE, Denise (1988). Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire. *Sociologie et Sociétés*, XX, 2, pp. 77-89.
- D’ESPINEY, Luísa (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros — uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 171-188.
- DUBAR, Claude (1997). *A socialização — construção de identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- FREIDSON, Eliot (1968). *Professional powers*. London: The University of Chicago Press.
- LOPES, Noémia (2001). *Recomposição profissional da enfermagem — Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- LOPES, Noémia (2006). Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In G. CARAPINHEIRO (org.), *Sociologia da Saúde — Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página, pp. 107-134.
- MELIA, Kath (1987). *Learning and working — The occupational socialization of nurses*. London: Tavistock Publications.
- MENDES, José Manuel (2001). O desafio das identidades. In Boaventura de Sousa SANTOS (org.), *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento, pp. 489-523.
- PINTO, José Madureira (1985). *Estruturas sociais e práticas simbólico-ideológicas nos campos*. Porto: Afrontamento.
- PINTO, José Madureira (2000). Flexibilidade, segurança e identidades sócio-profissionais. *CADERNOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS*, 19-20, pp. 5-37.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997). *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta.

- RUIVO, Fernando (1987). A construção de um projecto profissional: o caso da medicina. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 129-139.
- SCHON, Donald (1983). *The reflective practitioner — How professionals think in action*. London: Avebury.
- STEVENS, Fred *et al.* (2007). Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: the case of optometry and eye care in The Netherlands. *Sociology of Health & Illness*, 29, 4, pp. 481-496.
- TAVARES, David (2007). *Escola e identidade profissional — o caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Colibri/IPL.
- TOUSIJN, Willem (2000). Medical dominance in Italia: a partial decline. *3rd Interim Conference Research Committee 52 — The Sociology of Professional Groups*. Lisboa: International Sociological Association (policopiado).