

Instituto Politécnico de Setúbal



Escola Superior de Ciências Empresariais

A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório

Ana Margarida Tavares Esteves

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de

MESTRE EM GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS

Orientador: Professor Doutor António José Almeida

Setúbal, 2012

*A todos os que partilharam as suas vivências profissionais
e permitiram a concretização deste estudo,
aos enfermeiros perioperatórios.*

AGRADECIMENTOS

Antes da apresentação deste trabalho gostaria de exprimir a minha gratidão, a todos aqueles que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar ao Prof. Doutor António José Almeida, pelas sugestões e críticas que foi tecendo, pelo incitamento encorajador que me ajudou a prosseguir com este trabalho, o meu agradecimento especial. A sua orientação, apoio e espírito sempre crítico foram indispensáveis para a concretização deste trabalho, bem como pela motivação na escolha desta problemática, que se tornou um verdadeiro desafio.

Quero igualmente agradecer a Prof.^a Doutora Maria Amélia Marques e ao Prof. Doutor José Rebelo, pela simpatia, boa disposição e disponibilidade com que nos acompanharam ao longo de muitas aulas.

Ao Prof. Doutor António Manuel Marques, pelas conversas partilhadas, pelo seu sentido crítico, mas sobretudo por me ter colocado a questão certa no momento certo, porque não estudar os enfermeiros perioperatórios?

Aos Enfermeiros Perioperatórios que colaboram neste estudo, pela generosidade com que partilharam as suas vivências profissionais e por me terem dado a oportunidade de conhecer o seu local de trabalho. Foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora.

À minha amiga e colega Carla Amante, pela sua ajuda e disponibilidade, pelo seu sentido crítico, pelas muitas horas de conversas e partilhas e por este ter sido mais um caminho que percorremos juntas. Um desafio superado, que venham mais....para ambas.

Não poderei esquecer os colegas e docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pelas suas palavras de incentivo, apoio e compreensão no decorrer de mais esta etapa cumprida no meu trajecto profissional.

Aos amigos que me foram ouvindo e encorajando, em particular Ana Lobo, António Freitas, Dina Batista, Silvina Cabrita e Teresa Carloto.

E, não menos importante... à minha família.

A todos, o meu Muito Obrigado...

“A identidade é um produto de sucessivas socializações (...) Como discernir a dinâmica das identidades sem ter em conta tanto a sua constituição individual como social?”
(Dubar, 1997:13)

RESUMO

A presente investigação tem por objectivo estudar o processo de construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório. Com este estudo tentamos compreender quais são as dimensões que o enfermeiro valoriza na construção da sua identidade profissional, pois o exercício de uma profissão, para além de representar uma forma de sobrevivência socialmente legítima, constitui também um meio de os indivíduos adquirirem o reconhecimento social da actividade que desenvolvem, dado que é no trabalho que está o foco da construção e reconstrução das identidades profissionais.

Metodologicamente, delimitamos o nosso estudo aos enfermeiros que trabalham em bloco operatório há pelo menos dez anos, o estabelecimento deste parâmetro encontra-se relacionado com a sua maturidade e consolidação profissional. A nossa amostra por conveniência é constituída por nove enfermeiros que trabalham em dois hospitais da grande Lisboa. As técnicas de recolhas de dados que suportam o estudo foram a análise documental, entrevista semi-directiva e observação não participante.

Os resultados obtidos revelam-nos as relações sociais e de poder que se estabelecem neste campo profissional e que conduzem a uma competição intra e inter-profissional, que se traduz pela reivindicação de um reconhecimento profissional, que evidencie a especificidade dos seus conhecimentos tácitos e técnico-científicos.

Palavras-chave: Identidade Profissional; Enfermeiro; Profissão; Competição Profissional; Fechamento Social.

ABSTRACT

This research aims to study the process of construction of professional identity of the nurse in the operating theater. In the analysis of this study we try to understand what are the dimensions that nurses value in building their professional identity, because the exercise of a profession, as well as representing a survival socially legitimate, also constitute a means of recognizing individuals acquire social activity that develop because it is the work that is the focus of construction and reconstruction of professional identities.

Methodologically, we define our study to nurses working in the operating theater for at least ten years, the establishment of this parameter is related to their professional maturity and consolidation. Our sample consists of nine nurses working in two hospitals of Lisbon. The data collection techniques that underpin the study were document analysis, semi-directive interview and non-participant observation.

The results show us the social and power relations that are established in this context that lead to professional and a intra and inter-professional competition, which translates into the reinvindication of a social recognition, giving evidence of the specificity of their tacit and technical-scientific knowledge.

Keywords: Professional Identity; Nurse; Profession; Professional Competition; Social Closure.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 Correntes Teóricas sobre as Profissões	3
1.1.1 Abordagem Funcionalista das Profissões	3
1.1.2 Abordagem Interaccionista das Profissões	6
1.1.3 Abordagens Contemporâneas das Profissões	8
1.2 A Construção da Identidade Profissional	13
1.3 Paradigmas Conceptuais: Profissão e Enfermagem	17
1.4 A Identidade Profissional do Enfermeiro	19
1.4.1 O Grupo Profissional dos Enfermeiros de Bloco Operatório	23
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
2.1 Problemática do Estudo	28
2.2 Fundamentação Metodológica	30
2.3 Caracterização da Amostra e dos Instrumentos de Recolha de Dados	33
3. ANÁLISE DO DISCURSO DO ENFERMEIRO DE BLOCO OPERATÓRIO	39
3.1 Caracterização dos Entrevistados	39
3.2 Motivo (s) da Escolha do Curso de Enfermagem	41
3.3 Percurso Profissional e Acesso ao Bloco Operatório	43
3.4 Relação entre os Enfermeiros de Bloco Operatório	46
3.5 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e o Médico	56
3.6 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e o Doente	61
3.7 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e os seus Pares que trabalham em outros Serviços	64
3.8 Acesso à Formação Especializada na Área	68
3.9 Estratégias para o Desenvolvimento Profissional	71
3.10 Posicionamento do Enfermeiro do Bloco Operatório face ao Associativismo Profissional	75
3.11 Perspectivas Face ao Futuro do Campo Profissional	80
CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA	90
APÊNDICES	94
Apêndice 1 – Guião de Entrevista Semi-Directiva	95
Apêndice 2 – Análise de Conteúdo das Entrevistas	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Faixa Etária dos Entrevistados	39
Quadro 2 - Áreas de Formação dos Entrevistados.....	39
Quadro 3 - Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro.....	40
Quadro 4 - Tempo de Exercício Profissional no Bloco Operatório	40
Quadro 5 - Tempo de Exercício Profissional no Actual Bloco Operatório	40

INTRODUÇÃO

A problemática da identidade profissional é uma questão transversal à actuação de qualquer grupo profissional e que se sustenta pela forma como diferentes grupos se identificam com os seus pares, chefias e mesmo outros grupos profissionais através de diferentes representações colectivas que são suportadas pela experiência relacional e social de poder. É no contexto do trabalho que se confrontam os desejos de um reconhecimento profissional que distinga a actuação de cada um dos actores envolvidos, na procura de uma demarcação individual que permita uma definição de fronteiras de actuação e a projecção pela valorização das credencias que suportam a acção profissional.

A identidade é pois um processo de sucessivas socializações, que se torna o cerne para a compreensão de fenómenos de transformação social e profissional, num sistema dinâmico e em permanente mutação, que se sustenta na variabilidade dos contextos e dos actores envolvidos. Assim, o reconhecimento identitário encontra-se fortemente dependente das relações de poder que se estabelecem, do lugar que cada indivíduo ocupa dentro de um grupo profissional, dos seus sentimentos de pertença e dos seus valores e crenças. A sustentabilidade do processo identitário resulta pois de um processo de socialização, que é construído pelas experiências biográficas e sociais e que se cruzam com as vivências comuns e partilhadas.

Este estudo tem como objectivo analisar quais as dimensões que o enfermeiro que trabalha em bloco operatório valoriza na construção da sua identidade profissional. Numa primeira parte, através de uma revisão de literatura procuramos compreender a evolução das diversas correntes teóricas sobre as profissões, explorando-se as perspectivas da abordagem funcionalista, interaccionista e as abordagens contemporâneas. Este percurso leva-nos ao cerne da nossa investigação, a construção da identidade profissional, onde analisamos os paradigmas conceptuais entre a profissão, enfermagem e a identidade profissional do enfermeiro.

Assim, pretendemos explorar um conjunto de questões intermédias que se prendem com o conhecer o percurso profissional do enfermeiro até chegar ao bloco operatório, compreender o seu enquadramento no contexto organizacional e tipo de relações que estabelece com os diversos actores, bem como qual a percepção que o mesmo tem de si próprio face aos seus pares, que trabalham em outros serviços. Na continuidade desta linha de investigação, pretendemos também compreender que relação estabelece o enfermeiro que trabalha em bloco operatório com a formação profissional e quais as estratégias que adopta para o seu desenvolvimento profissional. Sendo esta uma profissão, cujo exercício profissional se encontra

regulado pela Ordem dos Enfermeiros, será importante analisar o posicionamento do enfermeiro face ao associativismo profissional.

Numa segunda parte, faremos o enquadramento metodológico que sustenta o desenvolvimento desta investigação apresentando a problemática e enquadrando-a metodologicamente, justificando o caminho de investigação escolhido, à qual se segue a caracterização da amostra e dos instrumentos de recolha de dados que utilizamos. As técnicas de recolha de dados utilizadas foram a análise documental, a observação não participante e a aplicação de um inquérito por entrevista. Como técnica de tratamento de dados optamos pela análise de conteúdo.

Por fim, numa terceira parte, faremos a caracterização dos nossos entrevistados para uma melhor compreensão dos seus discursos, através dos quais procuraremos reflectir sobre as dinâmicas das relações sociais e profissionais que se desenrolam no contexto do bloco operatório. Este olhar leva-nos a explorar as motivações que estão na base das escolhas que cada um dos nossos entrevistados fez ao longo do seu percurso profissional e conduz-nos ao âmago das suas expectativas face ao futuro do campo profissional.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A temática da construção da identidade profissional conduz-nos a uma revisão de literatura que visa compreender as correntes teóricas que suportam a evolução do conceito de profissão e das dinâmicas que sustentam a identidade da profissão em si. Neste percurso, pretendemos explorar a génese e os paradigmas conceptuais da profissão de enfermeiro, concentramo-nos no grupo profissional dos enfermeiros de bloco operatório, também denominados como enfermeiros perioperatórios, na descoberta da sua identidade profissional.

1.1 Correntes Teóricas sobre as Profissões

Para melhor compreendermos as correntes que sustentam a evolução do conceito de profissão, passaremos a apresentar uma reflexão sobre a sua evolução epistemológica, tentando compreender as principais abordagens que suportam o seu desenvolvimento, dado que é importante ter em conta os atributos históricos que atravessaram gerações e fomentaram o desenvolvimento dos pressupostos sociais e o refinamento do conceito que hoje assumimos como profissão. Começaremos pois com a apresentação da abordagem funcionalista, à qual se seguirá a abordagem interaccionista e as abordagens contemporâneas.

1.1.1 Abordagem Funcionalista das Profissões

Segundo Santos (2011), para a abordagem funcionalista uma profissão é essencialmente uma comunidade relativamente homogénea onde os seus membros partilham identidades, valores, definições de papéis e de interesses. No âmbito desta corrente, podemos no entanto encontrar diferentes abordagens a este conceito.

Para Durkheim (1960, cit in Santos, 2011), a profissão não é mais do que uma parte integrante e constitutiva de uma organização social, integrada numa sociedade dita moderna, e onde a mesma se impõe enquanto reguladora social. Esta é desenvolvida por um conjunto de actores sociais específicos, o designado grupo profissional, que deverá adaptar-se e dar resposta às exigências decorrentes da própria organização social e económica das sociedades modernas. Assim, Durkheim (1984, cit in Almeida, 2010:117), considerava que o grupo profissional era detentor de um poder moral que tinha a capacidade de conter os egoísmos individuais “impedindo que a lei do mais forte se aplique tão brutalmente às relações industriais e comerciais”.

Nesta perspectiva, a análise de uma profissão deve ter em consideração as estruturas educativas bem como a divisão social do trabalho existindo, segundo Durkheim (1960, cit in Santos, 2011), uma integração da profissão nomeadamente no que diz respeito a apreensão desta como um sistema composto por diferentes elementos e actores sociais individuais, agrupados numa função social, específica onde lhes é reconhecido

“um cunho identitário que possibilita ao sujeito a sua integração social e o seu reconhecimento identitário” (Santos, 2011:16). Por outro lado, é também importante salientar o factor da diferenciação através da assimilação de um conjunto de crenças, valores e actividades que sejam partilhados pelo mesmo grupo de indivíduos e que promove a distinção face a outros grupos profissionais.

É este factor diferenciador que, para Durkheim (1984, cit in Almeida:2010), permite que o grupo se forme sustentado por um sistema de normas que possibilitem a “superação do estado de anomia que, na sua concepção, a sociedade tinha atingido” (Almeida,2010:117).

Na mesma corrente funcionalista, Carr-Saunders (1982, cit in Santos, 2011) defende que cada profissão possui atributos comuns, cujo objectivo é o de responder a necessidades sociais específicas das sociedades modernas, enquadradas em diferentes momentos históricos e sociais, sendo que o principal objectivo é o estabelecimento da diferenciação social.

Com esta diferenciação será possível definir a especialização dos serviços, bem como a criação de associações profissionais que regulem um conjunto de normas e regras de conduta profissional. A existência de uma formação específica para cada profissão permitirá a aquisição e assimilação de uma conduta profissional específica.

Assim, segundo Rodrigues (2002), a constituição das profissões deveria ter em consideração três grandes vectores:

- uma especialização de serviços, o que permitiria a crescente satisfação da clientela;
- a criação de associações de profissionais, onde os seus membros teriam protecção exclusiva dos clientes e empregadores, através do estabelecimento de uma linha de demarcação entre pessoas qualificadas e pessoas não qualificadas e fixando códigos de conduta e de ética para os qualificados;
- o estabelecimento de uma formação específica fundada sobre um corpo sistemático de teorias, o que permitiria a aquisição de uma cultura profissional.

Já Parsons (1937, cit in Dubar, 1997) defende que existe uma relação de complementaridade entre a prestação do serviço e a relação de poder de um cliente, surgindo assim associado ao conceito de profissão o conceito de legitimidade social aliado ao controlo e, em simultâneo, à integração social. Para Parsons (1937, cit in Dubar,1997), a profissão assenta no saber prático que se constrói através da experiência e que se cruza com o saber teórico que foi adquirido no decorrer de uma formação específica, advindo daqui uma competência especializada ligada a um campo profissional específico. Desta correlação resulta uma atitude profissional que alia o distanciamento ao interesse empático pelo cliente, estabelecendo-se uma

reciprocidade assimétrica, onde a “assimetria da relação e o potencial de risco de exploração são geradoras de um sistema de controlo social suportado pela ideologia e pela mística do profissionalismo” (Rodrigues, 2002:9).

Neste contexto, o papel do profissional é estabelecido em três dimensões específicas, nas quais se articulam normas sociais e valores culturais (Rodrigues, 2002:10):

- dupla competência, pela articulação do saber prático fundado na experiência ou na ciência aplicada com o saber técnico adquirido durante uma formação longa e sancionada;
- competência especializada, fundada numa especialização técnica que limita a autoridade do profissional, unicamente, a um domínio legítimo da sua atividade;
- desinteresse ou desprendimento, pela articulação da norma da neutralidade afectiva com o valor da orientação para os outros, do interesse empático com o cliente.

A perspectiva de Merton (1957, cit in Santos, 2011) introduz novos conceitos, permitindo um novo olhar sobre as teorias funcionalistas pois destaca a diferença entre funções manifestas e funções latentes, onde a primeira valida a segunda, analisando contextos profissionais e as suas políticas de formação, bem como os processos que conduzem ao fecho sobre si mesma de uma determinada profissão, o que conduz, numa outra perspectiva, à segregação social e ao incremento da burocratização das carreiras profissionais.

Assim, na perspectiva da função manifesta a profissão é concebida como um ideal de serviço, bem como a sua estrutura e as suas organizações, relativamente a função latente esta diz respeito aos “actores sociais implicados no processo da profissão e na função de reprodução e coesão social dentro do grupo.” (Santos, 2011:20).

Para além dos aspectos mais formais deste olhar sobre a profissão, Merton (1957, cit in Santos, 2011) considera que esta está enraizada numa trilogia de valores humanos, nomeadamente: o saber, o fazer e o ajudar, os quais “estão aliados aos aspectos altruístas da profissão e encontram-se, neste autor, enraizados num sistema de regras e prescrições normativas legitimado pelas instituições” (Santos, 2011:20), pelo que são estas dimensões que asseguram a autonomia da profissão e o seu reconhecimento social, estando, consequentemente, implícito a sua integração social.

Para este autor, os profissionais não terão que sentir o altruísmo apenas mas agir altruisticamente, estando, para Santos (2011), a retórica dos termos de recompensa versus punição associados a aspectos subjectivos e afectivos dos indivíduos na forma como eles constroem a imagem social da organização onde se encontram inseridos. Assim, nesta abordagem, Merton (1957, cit in Rodrigues, 2002) analisa também a

relação que se estabelece entre o profissional versus o cliente através de um “altruísmo institucionalizado – forma especial de altruísmo, na qual disposições estruturais, nomeadamente a disponibilização de penalizações e recompensas, potencia comportamentos benéficos para os outros” (Rodrigues, 2002:14).

Os pontos de convergência entre as propostas de Parsons e Merton, assentam na valorização dada aos aspectos relacionais entre o ator social e o seu objecto profissional, bem como as competências científicas e técnicas que o desenvolvimento da profissão exige e a estruturação do conceito moral e solidário do profissional. Assim, é o pilar de valores morais que distingue esta teoria funcionalista das restantes, onde a formação e o saber especializado se transformam em saberes científicos.

Para a corrente funcionalista a noção de profissão é vista como uma comunidade homogénea onde os seus membros partilham valores, identidades, interesses e definição de papéis. Assim, ao paradigma funcionalista do conceito de profissão estão indubitavelmente associadas, de acordo com Santos (2011) e Rodrigues (2002):

- a formação adequada que permitirá a especialização nas tarefas, valorizando-se desta forma a cientificidade do saber;
- a existência de órgãos, que poderão assumir a forma de associações profissionais, com funções de regulação no exercício da prática profissional;
- a emergência da profissão como uma resposta a uma determinada necessidade social;
- a concepção de uma comunidade unida em torno de valores comuns e da mesma ética de serviço.

O profissionalismo passa então ser visto como uma “força promotora da estabilidade e da liberdade contra a ameaça da invasão industrial e das burocracias governamentais” (Evetts, 2003 cit in Almeida, 2010,117).

As diferentes perspectivas que afluíram da corrente funcionalista são o resultado de uma procura pela definição do conceito profissão “a partir de um modelo de profissão liberal estabelecido num contexto histórico e cultural muito particular: os médicos e advogados americanos” que conduziu a assunção de um “padrão a partir do qual se identificam as verdadeiras profissões” (Almeida,2010,119).

1.1.1 Abordagem Interaccionista das Profissões

A corrente interaccionista faz uma dupla abordagem do conceito de profissão, na perspectiva biográfica e de interacção, ou seja, todas as actividades laborais deverão ser sempre analisadas pelas relações dinâmicas que estabelecem entre si, como grupos de atores sociais onde os processos subjectivos que se estabelecem de relacionamento social são determinantes e se conjugam com os sistemas autónomos das relações.

Procura-se pois, um novo olhar na investigação sobre as profissões “no campo da análise sociológica da divisão do trabalho” (Almeida,2010:119).

Na perspectiva de Hughes (1971, cit in Rodrigues,2002), principal autor desta corrente, o ponto de partida reside na divisão do trabalho, pois na sua abordagem não se pode separar uma atividade do seu conjunto e dos procedimentos de distribuição social, sendo que mais importante “do que definir o que é uma profissão, é identificar as circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões” (Rodrigues, 2002:16).

O seu contributo, não tendo por objectivo a formalização de um novo conceito de profissão, alarga o horizonte de abordagem para a abertura de um novo quadro sociológico onde a divisão do trabalho, fonte constante de conflitos sociais, conflui na hierarquização de funções e conduz-nos ao surgimento das noções de licença e mandato, que “constituem a base da divisão moral do trabalho, isto é, o processo pelo qual funções diferentemente valorizadas por uma colectividade são distribuídas entre os membros de um grupo.” (Rodrigues, 2002:15).

Por licença entende-se a autorização legal para o exercício de algumas atividades que outros não podem exercer, enquanto que o mandato pressupõe a obrigação legal de assegurar uma função específica, de acordo com os seus domínios e competências (Rodrigues, 2002; Almeida,2010).

Assim, contrariando as teorias funcionalistas, onde se privilegia os aspectos formais e organizacionais da institucionalização da profissão “o interaccionismo postula o conhecimento identitário da profissão” (Santos, 2011:23), sendo primordial a compreensão dos motivos e condicionantes que conduzem a essa institucionalização, qual o sentido da profissão e em que circunstâncias é que os indivíduos que possuem uma ocupação a convertem em profissão.

O cerne da problemática reside, não na análise dos privilégios profissionais ou condições estruturais do seu funcionamento, mas no processo de evolução e transformação das ocupações, nas interacções e conflitos, respectivos recursos e meios usados nesse processo, focalizando-se “assim a atenção, para o papel jogado pelas reivindicações e os discursos sobre o saber, na transformação de uma ocupação em profissão” (Rodrigues, 2002:17).

O conflito desta abordagem incide então no aspecto formativo, na aquisição de competências para o trabalho, pois nas profissões não lhes é reconhecido o saber científico e operacional que as distingue das demais, sendo nas ocupações que se manifestam os processos de transformação e de conflito. É pois, colocado o

ênfase nos conflitos e na diversidade que destaca “os segmentos heterogêneos onde coexistem uma grande diversidade de funções e conhecimentos e de subgrupos profissionais com orientações técnicas e projectos profissionais diferenciados” (Santos, 2011:25). Esta diferenciação heterogênea manifesta-se em vários contextos, desde o organizacional, o social, o biográfico, entre outros.

De acordo com Dubar e Tripier (2003:96) este paradigma de análise da perspectiva interaccionista das profissões tem por base os seguintes princípios:

- os grupos profissionais são processos de interacção que conduzem os seus membros, e uma mesma actividade de trabalho, a auto-organizarem-se, defendendo a autonomia e o seu território e ao mesmo tempo a defenderem-se da concorrência;
- a vida profissional é em si um processo biográfico de construção de identidade profissional que acontece ao longo da vida, desde a entrada no mundo do trabalho até a aposentadoria;
- os processos biográficos e os mecanismos de interacção têm uma relação e interdependência, pois a dinâmica de um grupo profissional depende das trajectórias biográficas dos seus membros, sendo eles próprios influenciados pelas suas interacções e pelo ambiente que os rodeia;
- os grupos profissionais procuram o reconhecimento pelos seus parceiros desenvolvendo para isso retóricas profissionais e procurando protecções legais.

O destaque que é dado às vertentes do *eu a pessoa* e de *eu o profissional*, bem como à valorização das interacções informais entre vários grupos profissionais ou indivíduos do mesmo grupo, onde “os percursos biográficos e as trajectórias profissionais dos indivíduos estão em permanente relação de dialéctica com a sua identidade e ciclo-vital profissional” (Santos, 2011:26), dão-nos uma nova perspectiva das relações laborais e sociais do mundo do trabalho, pelo reconhecimento social e pelo reconhecimento legal das organizações.

Assim, na corrente interaccionista, somos confrontados com a participação de um jogo de actores que é marcado “pela identificação de uma carreira, implicação numa actividade, experiência da estratificação social e das discriminações étnicas e sexuais, dificuldades de acesso aos empregos” (Almeida, 2010:121) entre muitos outros aspectos que se cruzam no mundo do trabalho.

1.1.2 Abordagens Contemporâneas das Profissões

No decorrer dos anos setenta e oitenta surgem novos paradigmas metodológicos que incidem o seu olhar sobre o poder da profissão, e que se estende também ao poder económico, social e político dos diferentes

grupos profissionais, pois o poder “não era só uma emanção natural como servia para assegurar os fins altruístas prosseguidos pelos profissionais” (Almeida, 2011:19).

Reflectindo sobre as abordagens anteriores, funcionalista e interaccionista, onde se inclui o critério de legitimidade social se, por um lado, se enfoca as relações de negociação e conflito desenvolvidas pelas ocupações, por outro, encontramos um paralelismo transversal em que ambas ignoram “as condições sócio-económicas e os processos culturais nas quais se desenvolve o processo de profissionalização e, como tal, desenraizam-se de um contexto social que lhe dá significado” (Santos, 2011:27).

Questionando-se as virtudes do modelo profissional, previamente definido nas abordagens funcionalistas, surgem novas abordagens sociológicas do conceito profissão e que se encontram diretamente relacionadas com a transformação do mundo económico e a crescente importância das lógicas de mercado. Assim, neste novo olhar sobre a reorganização do conceito de profissionalismo “a afirmação das abordagens económicas do fenómeno das profissões, salientando sobretudo os efeitos económicos das práticas monopolistas das associações profissionais, lançaram as primeiras dúvidas acerca da bondade do modelo profissional e dos benefícios do profissionalismo” (Rodrigues, 2002:35).

Johnson (1972, cit in Rodrigues, 2002) é um dos primeiros autores a defender a análise das relações de poder, dado que a emergência resultante da divisão de trabalho, numa sociedade onde os saberes ocupacionais especializados se concentram na produção de serviços ou bens, naturalmente criará relações de dependência económica e social bem como fomentará as relações de distanciamento social. Este distanciamento levará ao surgimento de uma tensão, na relação produção versus consumo, que se traduz por uma potencial exploração.

De acordo com Rodrigues (2002) o profissionalismo, conceito que Johnson redefine, é visto como um peculiar tipo de controlo ocupacional, não como uma expressão de natureza de particulares ocupações, mas como um meio de controlo de ocupação. Nesta perspectiva, aquilo que Johnson nos propõe é pois uma tentativa “de compreender as ocupações profissionais em termos das suas relações de poder na sociedade, com base na análise das suas fontes de poder e de autoridade e dos modos como as usam” (Almeida, 2011:24).

Com a contribuição deste autor passamos de uma visão mais intrínseca das profissões para um olhar mais atento sobre as interações estabelecidas com o meio envolvente externo e interno, nomeadamente com a estrutura de classes, sendo de particular incidência o papel que o Estado assume.

No entanto, a consolidação do paradigma do poder é-nos trazido por Freidson (1986, cit in Santos, 2011), através da institucionalização do poder formal, que tinha por objectivo fazer a distinção entre o saber e o poder, colocando “o conhecimento científico no epicentro do poder profissional” (Almeida,2011:27).

É pois neste enquadramento, que define três recursos do poder profissional, são eles: a autonomia, onde o indivíduo gere o conteúdo do seu trabalho; o credencialismo, ou seja, o controlo institucionalizado de acesso a recursos e meios técnicos e científicos e a expertise, que diz respeito ao campo restrito e específico da autonomia e poder sobre o trabalho que advém de um monopólio do conhecimento.

Para Freidson (1994, cit in Almeida, 2011:28), o conceito da profissão está mais subjacente à forma como “os poderes existentes na sociedade ou nas organizações produtivas tendem a classificar os empregos, do que à natureza desses mesmos empregos e à experiência de trabalho daqueles que os ocupam”.

A abordagem apresentada por Larson (1977, cit in Rodrigues, 2002) conduz-nos a uma relação entre o individual e o colectivo, onde se combinam os interesses e finalidades económicas da profissão e os interesses e finalidades da integração social do indivíduo. Neste âmbito, a autonomia profissional só é aceite e compreendida quando o grupo de profissionais vê reconhecido um conjunto de saberes específicos que lhe permite a concretização de um conjunto de tarefas especializadas, que se encontram directamente relacionadas com a esfera de actuação económica, ao que se alia um estatuto social alicerçado num código de conduta, reconhecido e legitimado por organizações específicas. Assim, o enfoque desta abordagem está no reconhecimento do status dos indivíduos através do trabalho.

Larson (1977, cit in Santos, 2011:29), identificou quatro premissas básicas nas quais assenta o fenómeno da profissionalização, são elas:

- as profissões são grupos sociais em competição uns com os outros no contexto social onde se encontram;
- cada grupo pode prosseguir interesses económicos, mas pode igualmente, ter outros motivos para a sua acção colectiva;
- cada profissão tem um lugar no sistema de classes, uma vez que as suas oportunidades derivam do seu desenvolvimento e qualificação;
- a posição de classe é determinada pelos traços estruturais da sociedade industrial mas a acção dos seus membros é sempre significativa e pode ser utilizada como estratégia social.

Seguindo um caminho diferente de Johnson e de Freidson, na opinião de Rodrigues (2002:55), Larson “coloca a ênfase do poder profissional no controlo do mercado e nos processos monopolização / fechamento, sublinhando os mecanismos de diferenciação e exclusão social”.

A noção weberiana de fechamento social (Dubar,1997:149) designa “o processo pelo qual uma dada categoria social tende a regular a seu favor condições de mercado face à competição actual ou potencial dos pretendentes (outsiders), restringindo o acesso às oportunidades específicas de um grupo restrito de elegíveis”.

A vinculação do conceito de fechamento social concretiza-se pela capacidade que um determinado grupo profissional tem de garantir não só o monopólio de seleção e formação académica dos indivíduos como também de garantir a legitimação da sua autoridade e do seu campo de actuação do exercício profissional, no contexto do mercado laboral. Pelo que, o fechamento social de uma profissão ou grupo profissional traduz se em dominância profissional, de acordo com Freidson (1970: cit in Lopes, 2001:30), quando “esta assegura, não apenas a sua exclusividade cognitiva e, conseqüentemente, a sua autonomia profissional, mas também a autoridade de controlar e dirigir o trabalho das profissões que se articulam com o seu campo de actividade”. Sendo que, segundo Larson (1977, cit in Lopes, 2001:29), entende-se exclusividade cognitiva como o “monopólio juridicamente garantido do poder discricionário do saber nos diferentes domínios do seu campo de intervenção”.

O conceito de controlo conduz a um novo paradigma de monopólio, que se sustenta em formas de dependência, legitimação ou deslegitimação e que se constrói através da subordinação, da limitação ou mesmo da exclusão do campo de actuação do grupo profissional. Nesta perspectiva, o controlo do mercado profissional conjuntamente com a mobilidade social apresentam-se como “duas realidades inseparáveis que representam para a classe média uma nova possibilidade de obter um *status* através do trabalho” (Almeida, 2011:28).

A orientação para a mobilidade social colectiva, que nos propõe Larson (1979, cit in Almeida, 2011,29) destaca a relação com “outros sistemas de estratificação social”, dando particular ênfase a ao papel que o “sistema educativo desempenha em diferentes estruturas de desigualdade social”, sendo que a “formação universitária fornece a justificação para a reivindicação de um mercado profissional”.

Abbot (1988) surge-nos com uma abordagem sistémica incontornavelmente marcante e enriquecedora para o conceito de profissão, pois centra a sua análise na complexidade e diversidade dos percursos profissionais, tentando construir modelos que sejam aplicáveis a situações específicas, sustentando-se nas variáveis do espaço e do tempo. Estas variáveis personificam a edificação da estrutura, cuja essência reside na jurisdição

das profissões, ou seja, na capacidade intrínseca que as profissões têm de controlar legitimamente a prestação dos seus serviços.

Esta identificação da jurisdição sobre determinada actividade, de um determinado grupo profissional, concretiza-se na proibição ou inibição legal sobre os restantes grupos de desenvolverem essa mesma actividade.

Este novo paradigma sistémico assenta na consciencialização da importância que os conflitos interprofissionais têm no seio das estruturas organizativas, valorização não atribuída pelos diversos autores do funcionalismo e teóricos do poder, que de acordo com Abbot (1988) olham para este tipo de situações como simples incidentes que não deverão ser valorizados, o que colide com o modelo estrutural do equilíbrio defendido por este autor.

Para Abbot (1988), a resolução dos problemas que os indivíduos têm no quotidiano é baseada na jurisdição das suas actividades, que pressupõe que estes detenham qualidades objectivas e subjectivas nos seus modos de actuação. Deverão pois, ter a capacidade de classificar o problema, analisa-lo e saber resolve-lo, sendo que estes são os vectores principais da prática profissional.

A linha de investigação do conceito de profissão desenvolve-se, segundo Abbot (1988, cit in Areosa, 2004:71), em três níveis distintos:

- nas condições de produção e na manutenção da jurisdição;
- nas alterações no interior do sistema, ou seja, nas mudanças internas dos grupos profissionais, que se poderão traduzir em alterações a nível da legitimidade e poder;
- nas mudanças resultantes do exterior do sistema, particularmente, no contexto sociocultural, tecnológico e organizacional.

Neste paradigma, as profissões constroem um sistema de interações, do qual fazem parte integrante e onde competem entre si, sendo a sua estruturação consolidada pelo esforço e empenho de cada profissional e que se consubstancia na riqueza de ideias diferenciadas, apresentadas em diferentes espaços e por diferentes grupos de indivíduos, traduzindo-se o sucesso profissional como o resultado da situação específica de cada competidor deste sistema.

Segundo Areosa (2004:71) esta “diversidade e heterogeneidade individual equivale a que as profissões obtenham na estrutura social carreiras diferenciadas”, sendo que as diferenciações internas que sustentam a composição de cada grupo profissional “afectam o seu posicionamento no sistema, podendo mesmo provocar alguns distúrbios nesse mesmo sistema”. A competição intraprofissional, surge-nos pois como o

âmbito da conquista de um reconhecimento jurídico sobre uma determinada competência, ou seja, sobre a exclusividade de exercer uma determinada actividade profissional.

De acordo com Dubar e Triper (2003:135), a questão essencial que Abbot coloca não é o da elaboração de um novo modelo teórico sobre o conceito de profissão, mas sim a tentativa de clarificar e simultaneamente compreender como é que um determinado grupo profissional, num certo espaço de tempo, consegue triunfar sobre um outro grupo rival. O focus da análise de Abbot é a natureza do trabalho em si mesmo, bem como o seu próprio desenvolvimento profissional. Criticando fortemente os defensores das teorias funcionalistas e interacionistas, considera que se deve aprofundar as investigações, indutivas e comparativas, que permitam o desenvolvimento do conhecimento sobre os mecanismos concretos do profissionalismo

De acordo com Larson (1988, cit in Areosa, 2004:75) “diferentes profissões, em sociedades diferentes, em momentos diferentes, seguiram caminhos diferentes para chegar ao seu objectivo primordial, o fechamento social. As profissões dependem e, simultaneamente, são fruto das circunstâncias sociais onde estão situadas as suas práticas de trabalho”.

Para Rodrigues (2002:51), a profissionalização poderá ser definida como “um processo pelo qual uma ocupação – organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado”.

1.2 A Construção da Identidade Profissional

A noção de identidade é algo que comumente partilhamos e que de uma forma permanente assegura a unidade de um conjunto de valores e crenças, encontrando-se na base do reconhecimento social. Assim, a problemática da identidade torna-se o cerne para a análise dos fenómenos de transformação social e profissional, daqui decorre que, indissociável da análise do conceito de identidade, está a análise dos processos de reconhecimento social e profissional que fazem parte do contexto onde o indivíduo se encontra inserido.

É pois, um conceito eminentemente relacional, na perspectiva sociológica, onde são embrionariamente formados dois processos distintos (Pinto, 1991): um processo de identificação, onde os actores sociais se integram em conjuntos vastos, sejam eles e pertença ou referência, e se fundem com os mesmos; o

processo de identificação, através do qual os indivíduos socialmente se diferenciam e autonomizam, definindo fronteiras em relação a outros, que poderão ser mais ou menos rígidas.

Assim, as identidades sociais, culturais, profissionais ou outras constroem-se por integração e diferenciação, sendo alimentadas por trajetórias sociais incorporadas nos indivíduos, pela posição que estes ocupam na estrutura social e também pelos projectos, que de acordo com as coordenadas estruturais, são socialmente formuláveis a cada momento (Pinto, 1991).

Diversos autores têm-se dedicado ao estudo desta área (Abreu, 2001; Lopes, 2001; Escobar, 2004), aprofundando a teoria desenvolvida por Dubar (1997) seguindo a postura epistemológica em que a construção da identidade profissional não se faz unilateralmente, mas encontra-se influenciada pelo percurso profissional que cada indivíduo faz.

De acordo com Dubar (1997:13) a identidade é um produto de sucessivas socializações, sendo que a socialização constrói-se pela redefinição, reabilitação e pelo esclarecimento, que ao longo da história das ciências sociais adquiriu diversos sentidos, mas que coloca na atualidade a mesma questão que atravessou gerações e que se prende com um problema central de "como discernir a dinâmica das identidades sem ter em conta tanto a sua construção individual como social?".

Para Sainsaulieu (1985, cit in Dubar,1997:115) a "forma como os diferentes grupos no trabalho se identificam com os pares, com os chefes, com os outros grupos, a identidade no trabalho baseia-se em representações colectivas diferentes, que constroem actores no sistema social da empresa". Esta definição de identidade enquadra-se num contexto onde as relações laborais se evidenciam por um desejo de reconhecimento que submerge, num contexto de acesso desigual e complexo.

Assim, a identidade para Sainsaulieu (1985: 9, cit in Dubar,1997:115), mais do que um processo biográfico de construção *do eu*, é um processo relacional de investimento *no eu*, onde o reconhecimento identitário se encontra fortemente dependente das relações de poder estabelecidas, do lugar que o indivíduo ocupa no grupo e do seu sentimento de pertença, dos seus valores e crenças. Este autor enfatiza uma preocupação com as identidades que se consolidam através de jogos de poder organizacional "procurando com isso demonstrar a autonomia relativa da empresa para produzir normas de relação no trabalho em vez de se limitar a reproduzir as normas associadas à origem social dos indivíduos" (Almeida, 2011:47).

De acordo com Camilieri et al. (1999, cit in Santos, 2011), os indivíduos e os grupos possuem capacidades específicas de acção, ou seja, estratégias identitárias que os ajudam na escolha de um grupo referência, o

que consequentemente lhes dá suporte para a resolução de conflitos e divergências, que muitas vezes existem dentro das instituições onde exercem a sua actividade profissional, e que são resultantes da presença de marcos de referência incompatíveis. Assim, para Camilieri et all. (1999, cit in Santos, 2011:46), as estratégias identitárias poderão ser definidas como “procedimentos utilizados (de forma consciente ou inconsciente) para atender uma ou várias finalidades (definidos explicitamente ou situando-se ao nível do inconsciente), procedimentos elaborados em função da situação de interação, ou seja, em função de determinados contextos”.

Neste enquadramento, a dinâmica gerada no processo identitário é sustentada por um processo de socialização dos indivíduos, através das suas experiencias sociais e biográficas, que se concretizam na interação cultural e social, através da sua identificação ao outro, não só pelo reconhecimento pelos pares, mas fundamentalmente pelas vivências comuns e comumente partilhadas.

Este é pois, um processo “inacabado, permanente e interactivo, implicando um diálogo multidirecional entre os socializadores e o socializado, exigindo renegociações permanentes de acordo com a ordem temporal, com as circunstâncias e os contextos de acção” (Santos, 2011:47), tendo sempre em conta o percurso de vida do indivíduo.

Na construção do seu percurso profissional, o indivíduo analisa e interpreta vários sistemas tipificados, bem como as várias opções de conduta, ponderando as ambivalências associadas aos sentimentos de pertença e de referência que sustentam a sua identidade pessoal e que o empelam a mover-se e fazer a leitura da realidade onde se encontra inserido.

Segundo Dubar (1997:117), “o espaço de reconhecimento das identidades é inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e competências associadas às identidades”. Nesta perspectiva, a identidade profissional focalizasse no acesso ao poder, onde o investimento pessoal no trabalho poderá ser dentro ou fora do contexto onde o mesmo decorre, mas onde a influência do investimento determinará a consolidação da construção da identidade e por sua vez influenciará as normas e condutas de comportamento relacional, do indivíduo e dos restantes elementos do contexto onde este se insere, bem como fomentará a construção de valores, tais como o estatutário, o económico, o de afinidade, o de negociação, entre outros.

Por sua vez, numa linha de análise diacrónica, Pinto (1991:220), salienta que a construção de identidades alimenta-se “de trajectos sociais incorporados nos agentes, da posição ocupada por estes na estrutura social (...) e dos projectos que, em função das coordenadas estruturais (...) são socialmente formuláveis em cada momento”.

Segundo Pinto (1991:222), a construção das identidades integra em si o efeito estrutural, de sistemas de legitimação e de práticas de poder, que subtilmente e tendencialmente são adequadas ao sentido da dominação social global, sendo que, no entanto, não existe nenhum sistema de constrangimentos técnico-organizacionais que imponha “no plano da construção de identidades, os seus efeitos, independentemente do feixe de trajectórias sociais e, portanto, do conjunto e *habitus* e projectos presentes no espaço social *sui generis* do trabalho”.

Aqui se reflecte a construção diferenciada de relações ideológicas que se estabelecem entre as variáveis trabalho e profissão, sendo através destas variáveis que se cruza a capacidade de adaptação ao posto de trabalho, a reaprendizagem ou reciclagem de conhecimentos, à sindicalização, ao protesto, à reconversão profissional, permitem a inserção dos indivíduos e a sua socialização nas redes de interação no emprego.

Segundo Sainsaulieu (1977, cit in Santos, 2011), a apropriação e o desenvolvimento de um modelo identitário no contexto do trabalho, por parte do indivíduo, pressupõe a existência de três condições:

- uma condição afectiva, que conduz o individuo a identificar-se com o modelo que lhe é mais gratificante;
- uma condição de similitude, que se traduz na presença de elementos comuns entre o individuo e modelo, o que facilita a identificação com o mesmo;
- uma condição de poder, ou seja, a identificação para o individuo é mais gratificante se o modelo escolhido possuir prestígio.

Assim, segundo Pinto (1991:226) “no processo de construção de identidades no e pelo trabalho, nenhum conjunto de determinações técnico-organizativas produz os seus efeitos independentemente da mediação construída pelos esquemas de percepção e de avaliação – isto é, pelos esquemas de atribuição do sentido – incorporados nos agentes”.

A construção de uma identidade firma-se numa esfera de semi-consciência social onde os constructos que ocultam a sua estrutura, no que diz respeito a permanência de formas de afirmação ou infirmação na reprodução da mesma, não necessitam de ser feitos publicamente, pois não será isso que comprometerá a sua organização sistémica nem tão pouco a experiencia dos indivíduos que fazem parte de um determinado grupo, nas relações que estabelecem com as formas culturais que são dotadas de visibilidade social.

A especificidade do campo profissional da saúde destaca a dominância estrutural da profissão médica (Lopes 2001, Carapinheiro, 2005, Tavares 2008), pelo que “a identidade profissional na saúde pode ser entendida como resultante de uma lógica construtivista, construída e interiorizada pelos indivíduos num processo de

socialização escolar, mas reactualizável numa dinâmica organizacional que acaba por assegurar uma trajectória individualizada entre os grupos sócio-profissionais, onde a complementariedade das práticas se move apenas por razões lógicas de acção estratégica entre os médicos e os enfermeiros e destes em relação a outros profissionais de saúde” (Silva, 2002:96)

1.3 Paradigmas Conceptuais: Profissão e Enfermagem

A necessidade de afirmação das fronteiras de actuação e a definição das competências associadas ao papel do enfermeiro tem levado ao aparecimento de inúmeros modelos teóricos e conceptuais, que tendem não só a tecer linhas orientadoras para a prática da enfermagem, no que diz respeito a descrição das actividades de cuidados, como também servem de guias orientadores para o desenvolvimento da formação e investigação e que consequentemente promovem a melhoria da gestão dos cuidados de enfermagem.

Segundo Adam (1994, cit in Silva, 2002), o modelo conceptual é uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, ou seja, é uma maneira de representar a profissão.

Kérouc et al (1996) analisaram a evolução das diversas escolas e modelos conceptuais da corrente de pensamentos sobre enfermagem, e verificaram que a evolução desta área é profundamente marcada, nos seus valores, crenças, leis, metodologias de actuação e respectivas formas de aplicação, pelos diferentes épocas que atravessaram o desenvolvimento desta profissão, podendo-se, para estes autores, definir três paradigmas: a categorização, a integração e a transformação.

O paradigma da categorização define-se por um pensamento que se encontra “orientado no sentido da procura de um factor casual para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico” (Silva, 2002:3), ou seja, os fenómenos são analisados de forma isolada, categorizando-se e medindo-se o alcance dos mesmos. Nesta perspectiva, separa-se a pessoa do ambiente em que esta se encontra inserida, apresentando-se ambos como duas entidades diferentes.

Neste paradigma surge-nos duas posturas distintas na área de enfermagem, sendo que se por um lado existe uma “orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral”, numa outra postura, olha-se para a doença na perspectiva de que “a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separáveis e identificáveis” (Silva, 2002:3), sendo a saúde entendida como um estado de equilíbrio.

É pois nesta fase, que se inicia a delegação do poder médico sobre os profissionais de enfermagem, surgindo-nos a especialização de tarefas, onde cada enfermeiro se torna responsável pela prestação de um cuidado específico a todos os doentes.

Num olhar abrangente e empírico, a representação profissional do papel de enfermeiro, o seu papel e as suas competências, está fortemente confinado a um papel de mero executante da delegação da autoridade exercida pelo médico. Esta diferenciação de papéis segundo Lopes (2001), retraduz ao nível dos respectivos saberes profissionais, o recente entre os saberes indeterminados ou complexos, associados ao trabalho de concepção, e saberes práticos ou saberes de fazer, associado ao trabalho de execução. Entenda-se que o conceito de dominância profissional encontra-se relacionado com a “estrutural dependência técnica e social da enfermagem no processo de produção de cuidados de saúde” onde se conjuga o focus no “carácter de profissão dominante alcançado pela medicina” (Lopes, 2001: 29), existindo pois uma relação de subordinação ao poder médico, por via das decisões terapêuticas assumidas por este grupo profissional.

Com o paradigma da integração, assistiu-se a uma valorização dos fenómenos, renovando-se o olhar do profissional de enfermagem sobre os mesmos, pois agora perspectivam-se como multidimensionais e os acontecimentos são contextualizados, existindo igual valorização dos dados subjetivos e objetivos.

A mudança surge na reorientação da área científica da enfermagem para a pessoa, sendo que o profissional de enfermagem deveria saber avaliar as necessidades de ajuda de uma forma globalizada, pois a saúde e a doença são fenómenos que coexistem e sobre os quais existe uma interação dinâmica. A partir daqui “intervir significa “agir com” a pessoa com o objectivo de responder as suas necessidades” (Silva, 2002:4). Neste novo paradigma a pessoa passou a ser vista no seu todo “surgindo a expressão “a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual” (Silva, 2002:4).

O paradigma da transformação, que nasce anos 70, firma-se pela fundamentação de que os fenómenos, apesar de únicos, estão em constante interação com o ambiente que os rodeia, pois de acordo Kérouc et al (1996:13) “um fenómeno é único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro (...) cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”.

Nesta nova abordagem, é reconhecida a capacidade e a possibilidade de as pessoas serem ouvidas nas decisões de saúde que lhes dizem respeito, factor que era exclusivamente da responsabilidade dos profissionais de saúde, uma vez que a saúde “é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo

a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade de “ser humano – ambiente” e não é um estado estável ou uma ausência de doença” (Silva, 2002:4).

Para Kérouc et al (1996), o enfermeiro e a pessoa são vistos como parceiros nos cuidados individualizados, uma vez que os cuidados de enfermagem prestados têm por objetivo manter o bem-estar da pessoa tal como estão define para si, sendo que é na fomentação deste processo inter-relacional que nasce o verdadeiro e genuíno sentido do cuidar, existindo uma corresponsabilização no processo de prestação de cuidados, pois “a pessoa é colocada acima da instituição e a enfermeira assume-se como advogada do utente posicionando-se ao seu lado” (Silva, 2002:5).

Assim, da centralização tecnicista na doença passou-se a uma valorização inter-relacional, entre quem presta e quem recebe cuidados, sustentada numa corrente para o desenvolvimento moral, onde o enfermeiro procura conhecer melhor a pessoa e ter uma melhor acção terapêutica, quer a nível individual quer a nível familiar.

Segundo Silva (2002:1), desde Florence Nightingale, os cuidados de enfermagem sofreram uma extraordinária e positiva evolução e os enfermeiros sabem, cada vez mais, atribuir a si próprios a sua identidade profissional, pois apesar da evolução tecnológica, esta nunca poderá substituir o papel do enfermeiro, uma vez que só ele poderá realizar serviços que abrangem todas as dimensões do ser humano, sendo este o objecto da sua competência. Neste sentido, ser enfermeiro “exige mais do que o simples saber (...) e do que saber-fazer (...) o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo próprio como com o cliente”.

1.4 Identidade Profissional do Enfermeiro

Para enquadrarmos o início da construção da identidade profissional do enfermeiro, devemos refazer o seu percurso profissional e situarmo-nos no ponto de partida, que nada mais é do que o início da sua formação académica de base, que se destaca pela relevância fulcral que tem na transição do indivíduo para o mundo do trabalho.

Segundo Antunes (2004:74), a formação académica proporciona a assimilação de “valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações destes com a sociedade em geral”.

No caso destes profissionais de saúde, esta formação académica tem um duplo impacto, uma vez que segundo Lemos (2008:153) “o ensino clínico constitui um tempo de moratória” e simultaneamente alimenta o

espírito de “coesão do grupo profissional”. Desta forma, nasce a operacionalização e interiorização da conjugação do saber prático aliado ao sentido de pertença, a identidade.

Neste âmbito, Abreu (2001:18), revela-nos que existem diversos estudos sobre a identidade profissional que confirmam que “apesar destas se sedimentarem após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, a matriz, a identidade profissional de base é formada na escola, espaço importante na socialização dos enfermeiros”.

Nesta linha epistemológica de análise, também Tavares (2008), após um estudo realizado sobre os técnicos de cardiopneumologia, revela-nos que a produção de valores, bem como de referenciais identitários, nasce no seio escolar e ganha o seu impulso através dos contextos de socialização profissional onde o indivíduo transporta os seus saberes para a prática do grupo onde se vai inserir, iniciando-se um processo embrionário de mutação identitária

Abreu (2001:58), considera que o contexto de trabalho é estruturado através de instâncias materiais e simbólicas, através das quais o enfermeiro vai construindo uma identidade profissional provisória, que é actualizada pelas mudanças com as quais a profissão se confronta regularmente, sendo que “a heterogeneidade dos princípios constitutivos de trabalho não põe em causa o investimento na percepção de um sentido para as práticas profissionais”.

Na génese da estruturação do grupo socio-profissional da enfermagem encontra-se a reconfiguração do processo de prestação de cuidados de saúde, de onde submergem a estrutura dos cuidados e a estrutura da cura, que conduzem a concretização e “delimitação de um campo específico do exercício da enfermagem e a sua integração na divisão social do trabalho de produção de cuidados de saúde” (Lopes, 2001:28).

De acordo com Freidson (1986, cit in Lopes, 2001: 32), existe uma “irredutibilidade das actividades de enfermagem à simples categorização do trabalho de execução” uma vez que considera que essas actividades não se englobam numa “divisão fragmentada do trabalho, mas antes numa divisão complexa, ordenada entre várias outras ocupações, em termos de especialização e autoridade”.

Lopes (2001: 50) considera que os “saberes profissionais assumem particular centralidade na determinação da capacidade estratégica dos grupos, quanto à produção das suas margens de autonomia e da sua valorização social”, pelo que as modalidades de construção social em associação com a natureza dos saberes estabelecem um “vector analítico central para a identificação das suas desiguais potencialidades estratégicas”.

Na opinião de Lemos (2008:155), este é sem dúvida um ponto de viragem e desmarcação “dos autores que consideram o efeito do contexto organizacional de tal forma estruturante que estabelece os limites do processo de construção da identidade profissional”.

Para Pinto (1981, cit in Lopes, 2001: 56), o entrar no domínio das ideologias profissionais “...significa penetrar na produção social do sentido. O mesmo é dizer que, significa penetrar nas formas socialmente partilhadas de inteligibilidade social que fundamentam os discursos de legitimação das práticas”.

O enquadramento interpretativo de ideologias, expressa-se na compreensão da produção de sentido de um trabalho específico “sendo que não há manifestações de sentido independentes dos processos que configuram a sua existência social” (Pinto, 1981, cit in Lopes, 2011:57).

Na interseção, entre os contributos de Dubar (1997) e de Pinto (1991), Lopes (2001) conduz-nos ao cerne do seu trabalho de investigação, onde afirma que a identidade dos enfermeiros nasce no cruzamento dos seus saberes profissionais e das suas ideologias, pois “são os recursos cognitivos e simbólicos que permitem a atribuição do significado do exercício profissional, tendo em consideração a especificidade de cada local de trabalho, o qual encerra possibilidades e condicionamentos” (Lemos, 2008:155).

De acordo com Lopes (2001), poderemos encontrar três tipos de ideologias distintas: a vocação, o profissionalismo e a profissionalização.

A ideologia da vocação é suportada pela convicção de que o exercício profissional dos enfermeiros tem por base o conceito de vocação, enquanto factor estrutural de inclinação natural ou mesmo propensão para a profissão em si, enfatizando-se a íntima correspondência entre as características individuais e as competências profissionais. Nesta ideologia a “subordinação dogmática ao médico, o conforto moral do doente e a manutenção da ordem dos serviços são qualidades imprescindíveis” (Lemos, 2008:15).

A ideologia do profissionalismo sustenta-se pela renovação da tradicional imagem da profissão, existindo uma valorização da especialização e da passagem do domínio relacional para o domínio instrumentista, ou seja, são valorizadas as técnicas de investimento em saberes formalizados, que são reforçados com a consciencialização de que os saberes de enfermagem são insubstituíveis.

Neste enquadramento, Lemos (2008:155) considera que “o profissionalismo particulariza-se pelo tecnicismo, à medida que a enfermagem foi abrangendo competências até então do foro médico, entendidas como

qualificantes e delegando outras mais rotineiras noutros profissionais”. Desta forma, passa a existir uma relação mais consciencializada e operacionalizada com o doente “do cuidado de cabeceiras passa-se para uma relação técnica com o doente (o ventilado, o algaliado, o sondado...)” (Lemos, 2008:155), firmando-se assim uma relação de saberes oficializados, de investimento e aprendizagem constante que se convertem em conhecimentos e técnicas de aplicação insubstituível neste grupo de profissionais de saúde.

Por sua vez, na ideologia da profissionalização, assiste-se a uma notória demarcação do campo médico, bem como do perfil técnico, que se encontram associados à melhoria da relação com o doente. Assim, passam a ser privilegiadas as áreas da prevenção e educação para a saúde, transferindo-se a abordagem do doente para o cliente, que passa a ser o alvo de todos os cuidados. De acordo com Lemos (2008:155) “este é visto como um todo (abordagem holística) em permanente relação com o meio”, o que conduz o profissional a o reinvestimento nas competências tradicionais do enfermeiro, valorizando-se a proximidade com o cliente, através de uma comunicação empática, de toque terapêutico para além das restantes intervenções terapêuticas (técnicas e farmacológicas).

Para Lopes (2001), são as ideologias do profissionalismo e da profissionalização que traduzem as novas configurações emergentes desta profissão, as quais simultaneamente sustentam a estrutura da profunda mudança da sua recomposição ideológica. A sua influência é também sentida nas novas modalidades de objectivação do doente, através da notória mudança da centralidade que era atribuída aos atributos humanos da enfermagem e que passa a incidir nas competências formais, o que conduz também a uma demarcação face a outros grupos de profissionais que participam no processo e produção de cuidados de saúde.

Para esta autora, a descontinuidade que se assiste entre as concepções médicas e de enfermagem, relativamente a promoção do bem-estar do doente, revela-se também na passagem da “tradicional lealdade ideológica da enfermagem à medicina para a lealdade com o doente, constituindo-o no argumento central da legitimação discursiva das suas práticas profissionais” (Lopes, 2001:170).

Também Lemos (2008: 156) considera que o trabalho de investigação realizado por Lopes (2001), sobre a recomposição profissional da enfermagem, conduziu a um novo caminho de acção para a “inteligibilidade dos saberes em acção dos enfermeiros em meio hospitalar, revelando tanto a sua posição de subordinação perante o trabalho médico, como estratégias de autonomização”.

Este novo despertar epistemológico, induz um novo olhar sobre a construção ou reconstrução do papel identitário do enfermeiro, que acontece de uma forma regular no seu meio de actuação profissional, in loco.

Na opinião de Abreu (2001) a importância do trabalho realizado por Lopes (2001) reside na verificação da recomposição das dimensões nucleares da identidade dos enfermeiros e em mostrar que a existência de condicionantes contextuais se traduzem pela emergência de novas estratégias identitárias onde se encontra “uma dualidade ideológica e identitária que segmenta a profissão” (Abreu,2001:39).

Para a apreensão da “multidimensionalidade do conceito de identidade profissional” é necessário compreender as suas práticas, representações e expectativas assim como os seus valores, pois ainda que identidade incorpore elementos da trajectória biográfica de um indivíduo, o nosso ênfase recai sobre a “identidade do ponto de vista relacional, construída e actualizada no âmbito da socialização profissional” (Lemos, 2008:157). Esta não é uma perspectiva da identidade num sentido amplo, mas circunscrito a esfera de actuação profissional e ao resultado de “todo um processo cognitivo e aquisições e incorporações que compõem o enfermeiro tal como ele pensa ser” (Lemos,2008:157).

A análise do grupo profissional dos enfermeiros perioperatórios, no contexto da construção da sua identidade profissional, conduzirá ao descodificar ou mesmo desnaturalizar a produção dos seus discursos partilhados que “dão sentido às suas práticas, identificando as condições sociais que as produzem e o modo como se inscrevem nos processos formais e informais que concretizam a produção de cuidados de saúde” (Lopes, 2001:56).

1.4.1 O Grupo Profissional dos Enfermeiros de Bloco Operatório

A génese das alterações que Portugal viria a sofrer no âmbito do contexto de actuação do enfermeiro de bloco operatório, levam-nos aos Estados Unidos da América, em 1949, onde um grupo de enfermeiros chefes de bloco operatório, cientes da abrangência da prestação de cuidados ao doente e da importância das suas competências “reuniram-se com o objectivo de salvaguardar a prestação de cuidados ao doente cirúrgico e afirmarem as suas competências nesta área, fundando a AORN (American Association of Operating Room Nurses)” (AESOP, 2006: 5). Os seus principais objectivos residiam na criação de grupos com interesses semelhantes, formar grupos específicos onde pudessem partilhar os conhecimentos e saberes desta área, promovendo desta forma a definição de um corpo de conhecimentos próprio para os enfermeiros de bloco operatório e construindo as bases para a fundação de uma associação que pudesse formar todos os profissionais deste contexto, motivando os mais experientes a partilharem os seus conhecimentos de uma forma estruturada e continua em prol de uma melhor prestação de cuidados ao doente.

Também o contexto de actuação do enfermeiro de bloco operatório passou por grandes mudanças estruturais, que em Portugal foram evidenciadas em 1970, com a reforma do ensino de enfermagem e consequentemente a alteração de currículos, o que fez com que a disciplina obrigatória de “Técnica de Sala de Operações” passa-se a ser uma disciplina opcional (AESOP,2006).

Até a década dos oitenta a “enfermagem de sala de operações é muito tecnicista, a obediência ao cirurgião é sagrada e inquestionável, as necessidades do doente são frequentemente esquecidas e os enfermeiros que trabalham nos blocos operatórios têm que ser verdadeiramente técnicos, tem que apresentar uma grande destreza manual e uma enorme resistência ao cansaço. Totalmente apoiado no modelo biomédico, o doente é “apenas” um ser a tratar “ (AESOP;2006:6). Neste enquadramento, surge a necessidade de efectivar uma mudança, onde o *focus*, do seu trabalho, incida no doente. No início desta década existiu uma movimentação europeia de congregação de conhecimentos que teve por objectivo construir uma associação que representasse todos estes profissionais.

Em Portugal, em 1986, é fundada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, cujo principal objectivo residia na defesa da orientação do trabalho do enfermeiro perioperatório para o doente, sendo por ele que “o trabalho do bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado. É no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, para prevenir a infecção e os acidentes que os enfermeiros perioperatórios cuidam” (AESOP,2006:6). Esta é pois uma nova era, que impulsiona a constante dinamização de conhecimentos do enfermeiro de bloco operatório.

Os anos noventa marcaram também de forma inegável o quadro formativo do campo da enfermagem, pois foi concretizada a passagem e integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior, o que veio reforçar o estatuto profissional e social do enfermeiro, marcando a sua autonomia profissional.

Neste período foi publicado, pelo Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que veio reforçar o reconhecimento da sua actividade profissional, dando-se início a um novo ciclo profissional, onde se assistiu a uma renovação da postura profissional através de uma maior sensibilização para os valores da profissão, a ética e o desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem. O REPE deixa claro a “necessidade de habilitações específicas para a atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista. Para estes profissionais, os enfermeiros especialistas, está reservada a intervenção em situações mais complexas” (Viera, 2008:24).

Posteriormente, com a criação da Ordem dos Enfermeiros, pela Lei nº 104/98 de 21 de Abril, foram criadas condições para uma consolidação de uma autonomia responsável da profissão de enfermagem, através não

só da regulamentação e controlo do exercício da profissão, assegurando-se o cumprimento das regras de deontologia profissional e ética, como também promovendo a qualidade e defesa dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, é também o REPE que designa a enfermagem como uma profissão de exercício exclusivo, “condicionando o exercício da profissão de enfermagem à obtenção de uma cédula profissional, a emitir pela Ordem dos Enfermeiros”, sendo a titularidade da cédula profissional válida um “pressuposto de que foram obrigatoriamente verificados todos os condicionalismos requeridos para o exercício da actividade profissional dos enfermeiros” (Vieira,2008:26).

Em duas décadas surgiram pois duas importantes instituições, que marcaram o campo profissional de enfermagem, primeiro a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses que se circunscrevia ao sub-grupo dos enfermeiros de bloco operatório, promovendo e incentivando a dinamização de conhecimentos, a semelhança do que já se fazia em outros países europeus e não só, à qual se seguiu a Ordem dos Enfermeiros, como uma associação de direito público na qual o Estado delega os poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional da enfermagem em Portugal.

A elevação generalizada das qualificações académicas e profissionais, através da obtenção de diplomas de formação pós-graduada, reforçou a afirmação do campo científico da enfermagem e, conseqüentemente, teve impacto na sua proliferação em termos institucionais (Canário,2005). Esta construção e produção de conhecimentos “a partir de “dentro” do próprio campo profissional e validada de modo crescente por “pares”, representa o principal pilar em que assenta o claro reforço da profissionalidade dos enfermeiros” (Canário, 2005:10) e que se sustenta pelo papel fulcral que as Escolas Superiores de Enfermagem desempenharam nas últimas duas décadas.

Este é, no entanto, um fenómeno paradoxal, pois se por um lado este processo de afirmação toma como referência a profissão médica, a qual apresenta sinais de desgaste e de algumas tendências de proletarianização, que se traduzem em problemas de emprego e que dão oportunidade de protagonismo às organizações sindicais, por outro lado o fortalecimento do estatuto e do prestígio social dos enfermeiros faz-se “coincidir com uma crescente crise de confiança no saber profissional” (Schon,1983 cit in Canário, 2005:10), que corresponde a extensão do campo dos saberes profissionais e de uma crise de confiança que fragilizou o optimismo relativo à ciência e à tecnologia.

Focalizando-nos agora no contexto de actuação profissional onde os nossos actores exercem a sua profissão, o bloco operatório, este é caracterizado por ser uma área física com elevados recursos humanos cujo objectivo é o de prestar cuidados a doentes em estados críticos, de uma forma rápida e eficaz. Esta é uma unidade cirúrgica que se encontra fechada e isolada do exterior, cuja concepção deverá depender não só da

população a que se destina como das “especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que se deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva” (Ferreira, 2010:50).

O papel desempenhado pelo enfermeiro perioperatório afirma-se pela prestação de cuidados individualizados “em unidades ou serviços onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder efectivamente às necessidades de cada doente e às suas expectativas relacionadas com as suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores” (AESOP;2006:7).

De acordo com a AORN – American Association of Operating Room Nurses (1998, cit in AESOP, 2006: 9), a função do enfermeiro perioperatório define-se por “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia”.

Assim, a importância do papel que desempenha reside num conjunto de actividades que se encontram orientadas não só para uma área técnica como também para as necessidades humanas, centradas numa relação de ajuda e de cuidar (AESOP,2006).

De uma forma generalista, a prática de enfermagem perioperatória alicerça-se nos seguintes padrões (Cabral, 2004):

- existe uma interligação entre três diferentes períodos, pré, intra e pós-operatório, tendo como focus os cuidados aos doente cirúrgico;
- a sequência dos três períodos é assegurada pela coordenação e pelas diretrizes que correspondem às necessidades das normas técnicas, como base para o suporte de informação uniforme, na aceitação das práticas para todos os doentes cirúrgicos;
- o cruzamento entre os conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos é da responsabilidade profissional de quem processa as tomadas de decisão.

Neste enquadramento, os cuidados de enfermagem perioperatória têm como principal objectivo a “promoção, prevenção e segurança do doente/família durante um período concreto de vivência cirúrgica (intervenção cirúrgica ou qualquer tipo de técnica invasiva), assegurando a continuidade de cuidados de enfermagem” (Ferreira, 2010:51), que é suportado por um conhecimento prévio do doente e das suas necessidades, validado durante a pré-operatória. Esta visita permite que seja feito a planificação e uma intervenção personalizada, a qual culmina pela avaliação dos cuidados numa visita pós-operatória.

A dinamização de todo este processo é assegurada pelo enfermeiro de bloco operatório que assume, de forma rotativa, as funções de enfermeiro anestesista, enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante. Esta polivalência de funções permite não só uma melhor gestão dos recursos humanos disponíveis, como fomenta a consciencialização de uma visão abrangente pela amplitude das suas competências, que valoriza a realização do trabalho em equipa.

A função de enfermeiro anestesista é caracterizada pelo desenvolvimento de “competências básicas na área da anestesia, conhecimento e compreensão acerca das várias técnicas de anestésicas, agentes anestésicos e interação farmacológica dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização” (AESOP, 2006:110). O domínio destes saberes tácitos irá permitir que o enfermeiro anestesista mantenha uma postura de observação e vigilância intensiva, aliada a uma capacidade de fazer a despistagem de sinais ou sintomas que o doente possa apresentar, estando apto para poder actuar em situações de urgência e emergência.

Por sua vez o enfermeiro instrumentista deve “compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios” sendo da sua responsabilidade “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa” (AESOP,2006:139). Este conceito leva-nos a necessidade de assunção de elemento integrante de uma equipa, que deverá ser vista como um todo.

No que ao enfermeiro circulante diz respeito, o seu papel incide sobre o cuidar do doente “de uma forma holística”, responsabilizando-se pelo seu acolhimento e capacidade de resposta “às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança”, sendo também responsável por “dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, competindo-lhe: organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa cirúrgica” (AESOP,2006:128).

Esta função, segundo o entendimento da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, deverá ser desempenhada por “um enfermeiro “sénior”, um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas actualizadas de modo a dar resposta a qualquer situação urgente/emergente no bloco operatório” deste modo a valorização dos seus conhecimentos e competências, aliados a sua perspicácia e a sua “técnica de controlo, o seu conhecimento sobre os dispositivos médicos, activos e não activos, fazem do enfermeiro circulante um perfeito gestor da sala de operações e o garante da segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar” (AESOP,2006:128).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste ponto temos como objectivo analisar o enquadramento metodológico que sustentará a nossa investigação, começando pela apresentação da problemática do estudo, à qual se seguirá a apresentação da metodologia escolhida e a caracterização da amostra e dos instrumentos de recolha e tratamento de dados.

2.1 Problemática do Estudo

A escolha desta problemática, a construção da identidade profissional, está relacionada com o facto do exercício de uma profissão, para além de representar uma forma de sobrevivência socialmente legítima, constitui também um meio de os indivíduos adquirirem o reconhecimento social da actividade que desenvolvem, dado que é no trabalho que está o foco da construção e reconstrução das identidades profissionais.

O objectivo deste estudo centra-se em compreender quais as dimensões que os enfermeiros que exercem a sua actividade no bloco operatório valorizam na construção da sua identidade profissional.

De acordo com Dubar (2006), as identidades profissionais são formas socialmente reconhecidas para os indivíduos se identificarem uns com os outros, no campo do trabalho e do emprego.

Assim, o conceito de identidade profissional é eminentemente “relacional, multifacetado e socialmente construído” sendo definido pelo poder e encontrando-se directamente relacionado com a “interiorização de padrões cognitivos e emocionais”, bem como com competências técnicas, regras e estatuto social, estando “intrínsecamente ligado com a realidade da profissão e dos seus profissionais. Não se trata de um conceito que nos dê uma leitura unívoca dessa realidade, mas, antes, complexificada e até, por vezes, ambígua” (Escobar, 2004: 23 -24).

A escolha deste grupo de profissionais de saúde, os enfermeiros que trabalham no bloco operatório, também denominados como enfermeiros perioperatórios, encontra-se relacionada com o facto de os cuidados de enfermagem perioperatórios se desenrolarem num contexto específico, marcado pela elevada instabilidade, complexidade e gravidade das situações de doença crónica ou súbita com que lidam.

A sua particularidade, assenta no facto de esta actividade profissional se encontrar regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros, que definiu as competências para o exercício desta profissão. Embora os cuidados de enfermagem perioperatórios ainda não sejam reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros, como uma área

de especialização em enfermagem, há no entanto um movimento de uma associação profissional que se debate por este reconhecimento.

Destaca-se, portanto, uma inexistência de formação específica reconhecida e aprovada pela Ordem dos Enfermeiros ao contrário do que acontece com outras especialidades, o que conduz a uma reivindicação, por parte deste grupo de profissionais, do reconhecimento pelos seus pares e que lhes permita o mesmo acesso a uma formação específica e, consequentemente, o seu reconhecimento social e a sua progressão profissional.

Como ponto de partida questionamo-nos sobre quais as dimensões que o enfermeiro que exerce a sua actividade num bloco operatório valoriza na construção da sua identidade profissional. Pois, segundo Areosa (2004), as profissões de saúde são actividades muito diferenciadas, com saberes teórico-práticos muito especializados, que exigem conhecimentos intelectualmente evoluídos, com credenciais reconhecidas.

Partimos do pressuposto que o contexto laboral, em que estes enfermeiros se encontram inseridos “apresenta características e especificidades múltiplas, inclusive dentro do mesmo grupo profissional, com interesses por vezes antagónicos, ocupando posições hierárquicas diferentes, apresentado níveis diferenciados de prestígio, de conhecimento, de carisma, de autonomia, de poder, de autoridade” (Areosa, 2004:89).

Assim, definido o objecto de estudo, queremos identificar as fronteiras do seu território, de modo a facilitar a construção e o conhecimento do objectivo da sua acção profissional. Para isso, partimos de um conjunto de questões intermédias das quais destacamos:

- Qual o percurso que estes profissionais fazem até chegar ao exercício das funções em bloco operatório?
- Como se posicionam no seu contexto organizacional?
- Que tipo de interacção estabelece com os diversos actores do seu contexto laboral?
- Como se vê o enfermeiro perioperatório na relação com os seus pares?
- Que relação estabelece o enfermeiro perioperatório com a formação profissional?
- Quais as estratégias que utiliza para o seu desenvolvimento profissional?
- Qual o seu posicionamento face ao associativismo profissional?
- Quais as suas perspectivas face ao futuro do campo profissional?

A importância de explorar esta problemática, para além do interesse pessoal decorrente do facto de exercer a minha actividade profissional numa escola superior de saúde, reside na inexistência de outros estudos que

se focalizem em compreender quais as variáveis que influenciam a construção da identidade profissional deste grupo específico de profissionais de saúde.

2.2 Fundamentação Metodológica

A investigação qualitativa foi a metodologia escolhida pois enquadra-se num conjunto de práticas de pesquisa bastante diferenciadas e que se compõe por diferentes paradigmas “de interpretação sociológica com fundamentos nem sempre expressos e de onde decorrem formas de recolha, registo e tratamento de material também elas muito diversas” (Guerra, 2010:11).

Indissociável do estudo de um grupo profissional é o seu contexto de actuação, as relações inter e intra grupais que se estabelecem entre os diferentes actores dentro da organização, sendo que a estrutura que suporta estas interações conduz-nos a um paradigma de entendimento social, onde se procura a compreensão de fenómenos sistémicos.

Neste contexto, o confronto que se estabelece entre as diversas técnicas de pesquisa é também “o confronto entre «correntes» sociológicas até hoje razoavelmente inconciliáveis; opõe-se o «estrutural» ao «compreendido» através da eterna trilogia sociológica da relação entre estruturas, práticas e representações” (Guerra, 2010:13).

A aplicação da metodologia de estudo de caso, que escolhemos, justifica-se pela compreensão de fenómenos sociais complexos, pois permite o desenvolvimento de uma investigação preservando-se as características holísticas e significativas dos eventos da vida real.

Para Stake (2000, cit in Alves-Mazzotti, 2006:641), o estudo de caso caracteriza-se pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, os quais poderão ser muito variados, pois o caso é uma análise específica, um sistema delimitado cujas partes estão integradas. Nesta perspectiva, Stake (2007), considera que existem três tipos de estudo de caso, de acordo com a sua finalidade: o intrínseco, o instrumental e o colectivo.

O estudo intrínseco procura uma melhor compreensão do caso apenas pelo interesse que este desperta no investigador. Por outro lado, o estudo instrumental fundamenta o seu interesse na crença e compreensão de algo mais amplo, que poderá fundamentar as percepções do investigador sobre o assunto ou mesmo contestar uma generalização amplamente aceite. Por fim, no estudo de caso colectivo, o investigador estuda simultaneamente alguns casos para compreender um fenómeno concreto.

O seu objectivo na categorização dos estudos de caso é o de “enfatizar a variedade de preocupações e orientações metodológicas relacionadas aos estudos de caso, mesmo porque admite que os estudos frequentemente não encaixam naquelas categorias” (Alves-Mazzotti, 2006:642).

Para Stake, a génese de qualquer estudo de caso reside num conjunto de questões específicas, nas quais predominam temáticas sobre relações complexas, sendo que este se focaliza num fenómeno original “tratando-o como um sistema delimitado cujas partes são integradas” (Alves-Mazzotti, 2006:649). Pelo que considera que a sua generalização não deverá ser aplicada a todo e qualquer estudo, pois poderá levar o investigador a desviar o seu olhar de características fundamentais para a compreensão do verdadeiro caso.

Na perspectiva de Yin (2006), os estudos de caso deverão focalizar-se em fenómenos sociais complexos, retendo-se as características holísticas dos eventos da vida real, aprofundando-se a compreensão do fenómeno pouco investigado, categorizando-se hipóteses que poderão conduzir a outros caminhos de investigação.

Assim, de acordo com Yin (2006), o estudo de caso pode ser visto como uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange não só o planeamento, bem como as técnicas de recolha de dados e das abordagens específicas à sua análise, pelo que a aplicação desta metodologia é uma estratégia de pesquisa abrangente, pois congrega em si a estruturação de procedimentos pré-identificados que suportam a investigação empírica.

Nesta metodologia, percorreremos um conjunto de etapas que possibilitem a estruturação e fundamentação do processo de investigação e que, de acordo com Yin (2006), são: as questões do estudo, as proposições do estudo, a unidade de análise e o relacionar dos dados das proposições e dos critérios para a interpretação das constatações.

As questões orientadoras do estudo, deverão procurar responder às questões de “quem”, “o quê”, “onde”, “como” e “porquê”, com o intuito definir a estratégia de pesquisa mais relevante que deve ser utilizada. No contexto desta investigação, propomo-nos estudar o grupo de profissionais de enfermagem que exercem a sua actividade profissional no bloco operatório há pelo menos dez anos. O estabelecimento deste parâmetro encontra-se relacionado com a maturidade profissional do enfermeiro que exerce as suas funções neste serviço, uma vez que a consolidação das suas vivências profissionais, construídas ao longo do tempo, poderá transmitir-nos uma visão mais profunda e retrospectiva do seu percurso.

As proposições do estudo levam a investigação a incidir na essência do que se pretende descodificar e analisar para encontrar a resposta ao objectivo da nossa linha de investigação, ou seja, o de saber quais as dimensões, da sua vivência profissional, que o enfermeiro perioperatório valoriza na construção da sua identidade profissional.

A unidade de análise consubstancia-se com a definição do caso, sendo que o indivíduo é a unidade primária da análise. A identificação da informação relevante de cada indivíduo e das proposições específicas permitirão um desdobrar exequível da análise do caso. Neste contexto, limitamos a unidade de análise ao bloco operatório, a fim de compreender as especificidades que o definem enquanto contexto laboral de actuação do profissional de saúde sobre o qual incide o foco da investigação, o enfermeiro perioperatório.

O relacionar dos dados das proposições e dos critérios para a interpretação das constatações, conduz-nos ao cruzamento da informação, descodificando-se as dimensões do contexto laboral, que definem o constructo da identidade profissional do enfermeiro perioperatório.

Para a prossecução do nosso estudo definimos um conjunto de dimensões de análise, cujos objectivos se centram na compreensão da escolha pelo curso de enfermagem e na construção do percurso profissional de cada um dos entrevistados.

Neste contexto, segue-se a compreensão das relações socio-profissionais que são estabelecidas, não só entre os enfermeiros de bloco, como entre os outros actores que fazem parte integrante do contexto em estudo, como seja o médico, o doente e as auxiliares. Em paralelo explora-se a visão que o enfermeiro perioperatório tem das relações que estabelece com os seus pares que trabalham em outras valências, fora do seu contexto de actuação, e da sua percepção face a visão que os seus pares têm do seu papel.

No percurso profissional, sustentado por relações intra e inter profissionais, tentamos compreender de que forma é que estes profissionais de saúde constroem o seu reconhecimento profissional, quais as ofertas formativas existentes, que ferramentas utilizam e com que estratégias sustentam o seu desenvolvimento profissional.

Por fim, numa última etapa, tentamos compreender o posicionamento do enfermeiro perioperatório face ao associativismo profissional e quais as suas perspectivas face ao futuro do campo profissional.

2.3 Caracterização da Amostra e dos Instrumentos de Recolha de Dados

O cerne da nossa investigação desenvolve-se em torno dos enfermeiros que trabalham no contexto do bloco operatório há pelo menos dez anos. A definição temporal no nosso objecto de estudo visa contemplar profissionais com uma maturidade profissional consolidada. Na nossa amostra de conveniência, constituída por nove entrevistados, tentamos assegurar alguma diversidade no que diz respeito à faixa etária e à experiência profissional enquanto enfermeiro.

Neste estudo de caso escolhemos dois blocos operatórios de hospitais da grande Lisboa, nos quais optamos por fazer observação não participante com o objectivo, não só de conhecer o espaço físico onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional, como para tentar compreender as suas dinâmicas e rotinas e a forma como interagem com os diferentes actores que fazem parte do bloco operatório.

A recolha de dados, que se focalizará na análise documental e a observação não participante do contexto de actuação profissional é complementada pela aplicação do inquérito por entrevista (apêndice 1).

A aplicação da entrevista, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2003:192), distingue-se de outros métodos pela aplicação de processos de comunicação e interacção humana, que sendo correctamente valorizados “permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”.

O contacto directo que se estabelece entre o investigador e os seus interlocutores conduz a “uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 192).

Assim, para Quivy e Campenhoudt (2003), as entrevistas poderão ser agrupadas em três grupos distintos: a entrevista semidiretiva ou semidirigida, a entrevista centrada e a entrevista de análise de histórias de vida.

A entrevista semidiretiva ou semidirigida, não é inteiramente aberta nem construída por um grande número de perguntas precisas, pois o investigador normalmente dispõe de um conjunto de perguntas-guia, que são relativamente abertas, a propósito das quais pretende recolher uma informação da parte do entrevistado. Neste âmbito, o decorrer da entrevista seguirá o discurso do entrevistado de forma a que este possa falar

abertamente e pela ordem que mais lhe convier, cabendo ao investigador reencaminhar para os seus objectivos sempre que o entrevistado se afastar ou não compreenda a pergunta inicialmente colocada.

Por sua vez, a entrevista centrada, também designada de *focused interview*, tem por principal objectivo analisar o impacto de um acontecimento ou de uma experiência precisa sobre aqueles que a eles assistiram ou neles participaram. Neste tipo de entrevista, o investigador não dispõe de perguntas preestabelecidas, mas sim de uma lista com tópicos precisos e relativos ao objecto do estudo, os quais irão sendo abordados de forma livre e de acordo com o desenrolar da conversa.

No que diz respeito à entrevista de análise de histórias de vida, o investigador aplica o método de entrevista extremamente aprofundado e pormenorizado, com muito poucos interlocutores. Neste tipo de entrevistas, que são mais longas, poderão existir várias sessões.

No âmbito da realização deste estudo de caso, optamos pela aplicação da entrevista semidirectiva, esperando que o discurso do entrevistado nos dê respostas para um conhecimento mais profundo das proposições que sustentam a actuação do profissional de enfermagem no bloco operatório, nomeadamente qual o seu percurso até chegar ao exercício de funções no bloco operatório, como se estruturam as suas relações intra e inter grupais dentro do grupo profissional e qual o seu posicionamento no contexto laboral em que se insere, que estratégias utiliza para o desenvolvimento do seu percurso profissional, qual o seu posicionamento face ao associativismo profissional e quais são as suas perspectivas face ao futuro do campo profissional.

Daqui decorre também a aplicação da entrevista compreensiva, onde os indivíduos assumem o estatuto de informadores privilegiados, o que se demarca da postura dos entrevistados num método mais cartesiano, os quais são reduzidos a uma postura de informadores objectivos. Assim, na entrevista compreensiva “o investigador perde o controlo da relação, necessariamente de poder, que lhe dá o facto de ser o único que controla o saber, pois o saber que agora interessa está no personagem a entrevistar” (Guerra, 2010: 18).

De acordo com a perspectiva de Demazière e Dubar (1997, cit in Guerra, 2010), no que diz respeito à análise empírica, e sobretudo quando a pesquisa do investigador incide na aplicação de entrevistas qualitativas, destacam-se três posturas possíveis, são elas: a postura ilustrativa e lógica causal, a postura restitutiva e hiperempirismo e a postura analítica e reconstrução do sentido.

A postura ilustrativa e lógica causal assume que a palavra não tem consistência própria, sendo puramente informativa ou então constitui um conjunto de postulados a inserir na lógica comprovativa das hipóteses teóricas do investigador.

Já a postura restitutiva e hiperempirismo, centra-se na transparência da palavra do indivíduo que se encontra no cerne da investigação, sendo que a postura investigativa é subjectivista e o indivíduo é considerado o verdadeiro actor social, que produz comportamentos e sentidos. Neste âmbito, a análise do conteúdo é redutora porque apenas reconta aquilo que foi contado, pois assume-se que as narrações exemplificam situações típicas.

No que diz respeito à postura analítica e reconstrução do sentido, considera-se que o indivíduo é em si uma síntese activa de um todo social e pretende-se realizar uma análise de conteúdo, que conduza a uma interpretação da relação entre o sentido subjectivo da acção, acto objectivo e o contexto social onde decorrem as práticas em análise.

É esta última postura que adoptaremos, pois parte-se do pressuposto de que “o centro da análise é a categorização social accionada por uma narração que permite ao sujeito estruturar o sentido do mundo social e o seu lugar nesse mundo e que torna possíveis as suas apropriação e interpretação metódicas pelo investigador” (Guerra, 2011: 32), o qual se cruza com a estruturação do seu mundo profissional.

Na construção do percurso profissional, temos como objectivo focalizarmo-nos na variabilidade das relações comportamentais e profissionais versus os seus significados visando, numa perspectiva analítica, descobrir construções específicas da identidade profissional do grupo em análise, dissecando as dimensões que suportam essa construção, bem como quais os factores externos que influenciam ou não a sua dinâmica.

Partimos do pressuposto que os indivíduos têm a capacidade de interpretar as situações e, consequentemente, delinear estratégias, através da mobilização de recursos, agindo em função das suas interpretações.

Segundo Guerra (2010), a concepção desta linha de análise compreensiva cruza-se com assunção da concepção weberiana do sujeito, segundo a qual este é capaz de ter racionalidades próprias e comportamentos estratégicos que dão sentido às suas acções, num contexto que se encontra sempre em mudança provocado pela sua própria acção.

Para uma melhor compreensão do discurso dos entrevistados, para além dos seus significados imediatos, faremos uma análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), tem como principais objectivos:

- superar a incerteza da leitura feita pelo investigador e consequentemente a sua validade e generabilidade;
- promover o enriquecimento da leitura, com o intuito de aumentar a produtividade e pertinência da mesma.

Este último objectivo reflecte a "descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuímos a compreensão" (Bardin, 2011:31).

Na caracterização da produção do discurso reside pois o fundamento da análise de conteúdo, cuja finalidade é "efectuar inferências, com base numa lógica explícita, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas" (Vala, 1999:104).

A busca pelo rigor e pela descoberta, do ir para além das aparências, consolidam esta técnica, cuja aplicabilidade se pretende que seja transversal a todas as formas de comunicação, sendo as suas principais funções (Bardin, 2011):

- a função heurística, onde se entende que a análise de conteúdo fomenta o rigor da descoberta;
- a função de administração de provas, onde a definição de hipóteses, que poderão surgir sobre a forma de questões ou afirmações provisórias conduzirão para o método de análise sistemática, a fim poder ser feita a sua confirmação ou infirmação.

Estas duas funções poderão ou não coexistir, dependendo da linha de investigação que for seguida. Indiscutível é o facto de este ser um método "muito empírico, dependente do tipo de «fala» a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo" (Bardin, 2011:32), procurando-se o significado das palavras e dos seus conteúdos, analisando-se as suas formas e distribuição.

Assim, de acordo com Bardin (2011), poderemos concluir que a análise de conteúdo se traduz numa manipulação de mensagens, que procura evidenciar os indicadores que permitam inferir uma outra realidade, que não a da mensagem em si.

Focalizando-nos na análise proposicional do discurso esta é "uma análise de conteúdo com um objectivo inferencial: é verdade que se procuram «modelos argumentativos», mas trabalha-se com o significado dos

enunciados”. Assim, o principal objectivo é o de “identificar o «universo de referências» dos agentes sociais” (Bardin, 2011:233).

A busca incessante pela estruturação dos significados, num leque heterógeno de fenómenos, conduz o investigador a um jogo mecanizado de construção e desconstrução da análise do discurso, onde espera encontrar as engrenagens que impulsionam a retórica apresentada pelo mesmo. Pois, se todo o discurso, mais ou menos estruturado, é composto por um sistema organizado “a mais pequena variação ao nível dos elementos constitutivos ou do seu arranjo produz, por consequência, uma mudança na emergência da significação” (Bardin, 2011: 264 e 265).

Nesta dinâmica, de construção e desconstrução da investigação empírica, cuja fonte de informação incide nos actores sociais de um núcleo específico da organização, deveremos ter sempre a consciência de que por vezes as respostas dadas podem ser afectadas por potenciais enviesamentos, que de acordo com Valla (1999), advém da consciência de que os indivíduos têm quando estão a ser observados ou mesmo testados e dos possíveis constrangimentos que estão associados ao papel de entrevistado na interacção que se estabelece com o entrevistador.

Consciente desta vulnerabilidade, firmamos o nosso processo de descoberta na desconstrução e na produção “de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação” que resulta de uma “relação de dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (Vala, 1999:104).

Se a análise de conteúdo, se regesse por uma lógica formal que permitisse uma resposta directa à estruturação do discurso tudo seria demasiado simplista, pois a riqueza da sua estrutura assenta numa matriz de pensamentos, que se traduz na linguagem e que personifica numa lógica de aspectos racionais e não racionais, conscientes ou não conscientes, convenções e símbolos que se organizam num código, o qual se apresenta como o nosso grande desafio.

É pois no decifrar do código, através da categorização das dimensões de análise, que assenta o método estruturalista, que procura “revelar, por debaixo da disparidade de fenómenos, as relações ilegíveis ou diluídas que verificam uma ordem escondida” (Bardin, 2011:265).

Assim, a análise estrutural visa “permitir inferências sobre a organização do sistema de pensamento da fonte implicado no discurso que se pretende estudar” (Vala, 1999:120).

Para a análise de conteúdo desta investigação (apêndice 2), definimos dez dimensões que nos conduzem na descoberta da construção do percurso profissional do enfermeiro em bloco operatório, sendo elas: os motivos da escolha do curso de enfermagem, percurso profissional e o acesso ao bloco operatório, relação entre enfermeiros de bloco operatório, relação entre o enfermeiro de bloco operatório e o médico, relação entre o enfermeiro de bloco operatório e o doente, relação entre o enfermeiro de bloco operatório e os seus pares que trabalham em outros serviços, formação especializada na área, estratégias para o desenvolvimento profissional, posicionamento do enfermeiro de bloco operatório face ao associativismo profissional e perspectivas face ao futuro do campo profissional.

3. ANÁLISE DO DISCURSO DO ENFERMEIRO DE BLOCO OPERATÓRIO

O objetivo deste ponto consiste na análise dos discursos dos enfermeiros que exercem a sua actividade no bloco operatório, há pelo menos dez anos, tentando compreender de que forma é que estes actores não só constroem e desenvolvem a sua actividade profissional como quais são os factores que sustentam a sua identidade profissional.

3.1 Caracterização dos Entrevistados

Tendo por objectivo preservar a identidade dos nossos entrevistados, decidimos apresentar a informação que caracteriza cada um de forma agregada. A nossa amostra por conveniência é constituída por 9 entrevistados, todos do sexo feminino e cujas faixas etárias oscilam entre os 30 e os 51 anos ou mais, sendo que a faixa etária predominante se situa entre os 40 e os 50 anos.

Quadro 1 - Faixa Etária dos Entrevistados

Faixa Etária	Número de Entrevistados	%
Entre 30 e 40 anos	2	22%
Entre 41 e 50 anos	5	56%
Entre 51 anos ou mais	2	22%
Total	9	100%

Fonte: Inquérito por entrevista.

As habilitações académicas dos nossos entrevistados repartem-se pelo curso de licenciatura em enfermagem, por cursos de pós-graduação, cursos de especialização e frequência de um mestrado.

Quadro 2 - Áreas de Formação dos Entrevistados

Áreas de Formação	Número de Entrevistados	%
Licenciatura em Enfermagem	9	100%
Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória	3	33%
Pós-Graduação em Teologia e Ética	1	11%
Especialização em Enfermagem de Reabilitação	2	22%
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica	1	11%
Mestrando em Bioética	1	11%

Fonte: Inquérito por entrevista.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional como enfermeiro, o intervalo varia entre os 10 anos e mais de 25 anos, sendo que é entre os 16 e os 21 anos que situam 56% dos entrevistados.

Quadro 3 - Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro

Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro	Número de Entrevistados	%
Entre 10 e 15 anos	2	22%
Entre 16 e 21 anos	5	56%
Mais de 25 anos	2	22%
Total	9	100%

Fonte: Inquérito por entrevista

Relativamente ao tempo de exercício profissional no bloco operatório, 88% dos nossos entrevistados exercem a sua actividade profissional neste contexto entre os 10 e os 21 anos.

Quadro 4 - Tempo de Exercício Profissional no Bloco Operatório

Tempo de Exercício Profissional no Bloco Operatório	Número de Entrevistados	%
Entre 10 e 15 anos	4	44%
Entre 16 e 21 anos	4	44%
Mais de 25 anos	1	11%
Total	9	100%

Fonte: Inquérito por entrevista.

No que diz respeito ao tempo de serviço no actual bloco operatório, 55,55% encontra-se neste serviço entre os 6 e os 17 anos.

Quadro 5 - Tempo de Exercício Profissional no Actual Bloco Operatório

Tempo de Exercício Profissional no Actual Bloco Operatório	Número de Entrevistados	%
Entre 1 a 5 anos	3	33%
Entre 6 a 11 anos	2	22%
Entre 12 a 17 anos	3	33%
Mais de 17 anos	1	11%
Total	9	100%

Fonte: Inquérito por entrevista.

Todos os entrevistados, desta nossa amostra por conveniência, são trabalhadores por conta de outrem, sendo que dois deles trabalham em “duplo”, ou seja, exercem semanalmente a sua actividade profissional em outro bloco operatório, conciliando esta actividade com o seu horário principal de trabalho. Também dois destes entrevistados já desempenharam funções de docência em estabelecimentos do ensino superior.

Realçamos também que alguns destes entrevistados são associados da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses e outros ocupam cargos de chefia na gestão de equipas dentro do bloco operatório.

3.2 Motivo(s) da Escolha do Curso de Enfermagem

A escolha de uma área de formação é sempre uma decisão que se reveste de uma enorme importância para a definição da carreira de um indivíduo.

O traço comum a todos os entrevistados na escolha do curso de enfermagem é o gosto pela área da saúde, seja como uma convicção firmada desde muito cedo, ainda em criança ou mesmo na adolescência, ou uma descoberta que surgiu por influência de amigos ou experiências vivenciadas em acções de voluntariado.

O fascínio que a profissão de enfermeiro exercia sobre alguns dos entrevistados, conduziu-os a uma escolha com “conhecimento de causa”, onde a determinação individual foi a chave para ultrapassar os obstáculos que foram surgindo, tais como o não ter entrado na primeira vez em que concorreram ao ensino superior, apresentado como uma enorme desilusão, mas que possibilitou, a um dos entrevistados, tirar um curso de auxiliares de acção médica e “entrar no hospital e ver como as coisas funcionam”.

“...enfermagem foi uma coisa que sempre me fascinou...desde miúda que eu dizia que queria ir para enfermeira, queria ir para enfermeira...sempre foi esse o meu objectivo (...) choreidias inteiros porque não tinha entrado para enfermagem (...) era enfermeira por ...por convicção!!!” (E5, 1);

“...escolhi com conhecimento de causa, porque inicialmente no primeiro ano da faculdade eu escolhi farmácia, porque sempre me atraiu a área da saúde. Não entrei..., vi um curso de auxiliares de acção médica e porque não entrar no hospital e ver como as coisas funcionam.... e foi aí que disse é isto que quero fazer, vou tirar enfermagem e tirei o curso de enfermagem..” (E9,1);

“...acho que sempre quis ser enfermeira, achoe enfermeira de bloco, sempre quis começar pelo bloco (...) Sempre bloco! Porque a minha ideia de enfermagem, na altura, era muito as cirurgias e a enfermeira instrumentista mais propriamente, que estava ali no meio, no centro da actividade. Claro que isto são sonhos de adolescente (...) quando comecei o curso não voltei a pensar em trabalhar em bloco (...) acabei o curso e fui trabalhar em enfermaria e nem sequer me passou pela cabeça o bloco operatório...” (E3,1).

Existe, também, quem desde muito cedo sonhasse em exercer a sua actividade profissional dentro do bloco operatório, mas cujo sonho se dissipasse após a conclusão do curso, quer seja pela multiplicidade de valências abordadas e experienciadas durante a formação académica, quer seja pela ânsia de entrar no mundo profissional.

Há também quem tenha simplesmente “tropeçado” nesta área por um simples desencontro de um sonho pela carreira de medicina e que ingressa em enfermagem na busca de uma independência pessoal, tendo-se deixado vencer pela descoberta de uma área pela qual se encantou. Hoje, olhando para trás, há a certeza que a decisão tomada foi a mais correcta, pois possibilitou a descoberta de uma profissão pela qual, a nossa entrevistada, não abdicaria.

“...eu sou suspeita a falar nisso, eu sou suspeita porque eu não vim para a enfermagem propriamente por escolha. Pronto sou muito suspeita! Eu sempre quis medicina... depois mudei de ideias e disse aos meus pais que não queria medicina, queira arquitectura, tem tudo haver.... fui assim a modos que obrigada a concorrer a medicina e no caso de não ter vaga concorri a enfermagem, porque toda a minha turma estava a concorrer a enfermagem... Consegui enfermagem e foram 3 anos em que eu pensei isto não é para mim. A escola não é para mim, o curso de enfermagem não é para mim, detesto isto, não quer saber, quero acabar o curso e começar a trabalhar, sair de casa dos meus pais e ter a minha vida ...” (E8,1);

“...não era o curso que eu queria tirar, eu queria tirar educação especial e reabilitação só que só havia 30 vagas a nível nacional e depois eu concorri para enfermagem porque...escolhi pelo sítio, que era longe de casa... tinha um amigo, que tinha conhecido há pouco tempo e falamos sobre enfermagem e ..então pronto, vamos lá experimentar. E havia uma senhora, que eu já conhecia há imensos anos, que era enfermeira e que também me ajudou a convencer e ...então concorri para enfermagem (...) como eu costumava dizer à maior parte das pessoas tinham ido lá por vocação eu acho que acabei o não tinha ido por vocação e acho que acabei o curso por vocação, por gostar muito...” (E1,1).

A busca por uma independência pessoal, o desencontro com a expectativa de tirar um curso, cuja vagas eram muito poucas, as conversas partilhadas com amigos, traçaram a escolha por um novo desafio que é orientado pelo “vamos lá experimentar”, onde o caminho percorrido conduz à descoberta de uma vocação.

Nem sempre os percursos e as escolhas pareceram óbvias aos entrevistados, mas o contacto com a realidade, desta actividade profissional traçou-lhes o caminho da descoberta pela profissão de enfermeiro. O voluntariado entrou na vida de um dos entrevistados e conduziu ao fascínio por esta profissão, quer na sua capacidade de ajudar o outro quer na dureza imposta pela profissão.

“...fazia voluntariado no hospital (...) Apesar dos enfermeiros com quem eu (...) colaborava ali como voluntária, diziam sempre “não venhas, não venhas para a profissão que isto é muito duro”. Eu acho que foi a dureza que eu gostei, eu gostei de poder ser útil no trabalho que se tem, foi sempre um objectivo, um objectivo ...e depois percebi que era uma área com...em que isso podia ser aceite com facilidade e ao mesmo tempo gostar de fazer aquilo em que se estava a trabalhar....” (E7,1).

Os acasos e convicções dos diferentes percursos profissionais dos entrevistados definiu-lhes um caminho, cheio de experiências em valências de actuação diversas que lhes enriqueceu os percursos profissionais, no entanto foi a sua vocação para a área da saúde que lhes fez despertar a curiosidade em explorar o contexto profissional da área de enfermagem. Esta ideologia de vocação é sustentada por uma “propensão ou

inclinação natural para a profissão” onde se enfatiza a ligação entre as “características individuais e competências profissionais” (Lemos,2008:155).

Segundo Vieira (2008:94) o sentido da vocação para ser enfermeiro “é ainda muito presente nos discursos dos candidatos aos cursos de enfermagem” sendo com alguma frequência que “referem ser este o curso «que sempre sonhei», ou mesmo «sempre foi a minha vocação»”.

3.3 Percurso Profissional e Acesso ao Bloco Operatório

No trajecto percorrido pela maior parte dos entrevistados, o bloco operatório raramente se apresentou como escolha para o exercício da sua actividade profissional, após a conclusão do curso.

A ideia construída sobre o trabalho no bloco operatório era a de que isso era para colegas mais velhos, com muitos anos de experiência no exercício da profissão, sendo muito raro jovens recém-formados serem integrados neste tipo de serviço. No entanto, houve quem desde muito cedo iniciasse o seu percurso dentro do bloco operatório e percebesse a enorme complexidade deste “mundo” que era aliciante descobrir e a partir do qual começou “o bichinho do bloco operatório a funcionar”.

“.... trabalhei inicialmente 4 meses (...) numa enfermaria...que...não...não gostei (...) não era uma satisfação total (...) gostava de outras coisas diferentes...não era só enfermaria (...) pensei que nunca...nunca viria para aqui...era...hã...era, era uma enfermeira recém-formada (...)Quando cá cheguei achava que isto era um mundo....era o mundo que eu ia me perder. Tínhamos várias especialidades, várias funções dentro de cada especialidade... pensava que me ia perder....depois, adorei, adorei.....adorei...” (E5, 2);

“...pediram-me de um dia para o outro para entrar no bloco operatório e eu passei de uma enfermaria para o bloco operatório, com 6 meses de actividade profissional, o que eu considerei, na altura, muito aliciante mas senti-me completamente desprotegida (...) comecei logo aí com o bichinho do bloco operatório a funcionar...” (E7,2);

“...antigamente não se saía da escola e ia-se para uma UCI ou para o bloco operatório (...) era muito raro (...) lembra-me (...) quando trabalhava na enfermaria e pedi para ir como experiência e disseram-me que ia para a UCI (...) eu fiquei orgulhosa, porque sabia que a equipa que lá estava era um bocadinho escolhida a dedo. Muita gente que tinha vindo do bloco operatório (...) eu confesso que me senti assim um...epahh que tinham uma boa imagem de mim e isso é bom (...) sempre vi os colegas do bloco como pessoas mais diferenciadas...não tem nada a ver! ...” (E 3,6).

Quase todos os entrevistados passaram por enfermeiras de diversas valências, tais como medicina, cardiologia, unidade de cuidados intensivos, ortopedia. O ingresso no bloco operatório quase sempre se apresentou como um acaso do destino, um “acidente” de percurso ou uma oportunidade.

“....uma coisa tinha certa, detestei medicina não tinha nada a ver comigoeu disse que gostava, queria urgência, cirurgia, UCI, pronto, eu queria aqueles serviços assim, bloco nunca me passou pela

cabeça, não queria bloco de maneira nenhuma. (...) eu fui na condição, a supervisora fez-me o contrato, que era uma pessoa muito experiente e muito vivida e sabia dar a volta às pessoas, e então o contrato que ela fez comigo...vais um mês ao bloco e depois eu arranjo-te um estágio na UCI e se não gostares do bloco neste primeiro mês dizes-me alguma coisa, pronto, ela lá sabia, não era à toa que ela já era supervisora, que quando ela veio ter comigo, eu nem pus a hipótese de ir fazer um estágio na UCI, e fiquei até agora, é um vício! ..” (E2,2 e 3);

“...Eu gostava de ter ido para a psiquiatria (...) só que não havia vagas naquela altura, novamente vim obrigada para o bloco (...) quando eu vim trabalhar ofereceram-me uma vaga na medicina, na psiquiatria e no bloco. E eu disse não, não, para começar quero começar pela medicina. Depois quando fui (...) a mesma história, pediatria ou bloco, e eu disse não, não, bloco não, então vamos para a pediatria (...) Quando peço transferência, pronto, vais para o bloco...” (E1,2);

“...trabalhei (...) em cardiologia (...) chamaram-me e prometeram-me pediatria e eu lá fui, só que no dia em que eu me apresentei não era pediatria, tinham preenchido as vagas todas, mas sim para o bloco...” (E4,2);

“... Foi accidental (...) eu sabia que tinha que mudar, estava na altura de mudar. Sentia a falta da mudança e sentia que tinha mesmo que sair dali. Pronto, precisava de ver outras coisas e não ficas constantemente presa...pronto... e foi um acidente, que me fez vir para aqui e não me arrependo....” (E 8,2).

A entrada para o bloco operatório, para estes entrevistados, nunca se colocou como hipótese mas as circunstâncias organizacionais e de carreira conduziram-nos para lá, um acordo com a chefia directa, onde a perspicácia, a sensibilidade e a persuasão da mesma em cativar o novo enfermeiro, apenas para experimentar e ver se gostava, traçou o caminho de um dos nossos entrevistados pela descoberta desta área profissional. As promessas não cumpridas e a ironia do destino, empurraram os nossos outros entrevistados para este serviço

O gosto por esta área de actuação foi também uma descoberta feita durante o percurso académico, a curiosidade e a necessidade de conhecer melhor a dinâmica da profissão e de a compreender, o fascínio pela sua “estrutura muito organizada”, levou a que se colocasse a hipótese de um dia poder trabalhar neste tipo de serviço.

“...no meu curso de base fiz um mês de estágio em bloco operatório e isso foi ... foi crucial (...) Eu tinha uma perspectiva, mas na altura tudo são perspectivas não é? Quando se está num curso base, tudo são novidades. Mas percebi que ali havia uma estrutura muito organizada e uma escola que se passava a outro. Penso que isso é que me marcou....que é o fazer escola, o dar aos outros aquilo que nos temos e os outros depois vão dando...e isso é a parte que nos desenvolve....” (E7,3).

O rigor organizativo que se vive dentro de um bloco é de facto impressionante, tal como pudemos observar. Desde a definição e explicitação dos circuitos de todos os profissionais que lá exercem as suas funções, do assistente operacional ao médico, as regras de manutenção dos diversos equipamentos médico, a organização logística de um manancial de instrumentos e de fármacos, entre tantos outros aspectos, fazem

com que as rotinas se cruzem numa interdependência, à qual não se é capaz de ficar indiferente, pois o peso da responsabilidade de lidar com a vida humana é enorme e bem presente em todos os profissionais. O cruzamento da dinâmica funcional desta estrutura organizativa com a intensidade das vivências, conduzem à percepção e interiorização do conceito de “fazer escola”, que começa no processo de acolhimento e integração e se perpétua no desenvolvimento do percurso profissional.

Mas não é só o gosto por esta estrutura o que fascinou os nossos entrevistados, pois existe também quem desde muito cedo tenha descoberto o gosto pelo “intensivismo”¹ e tenha percebido que essa paixão jamais o levaria a integrar-se em uma qualquer enfermaria, mas sim em valências cuja exigência humana e profissional seja levada aos limites, num turbilhão de sentimentos e emoções que conduz a uma entrega absoluta à sua profissão.

“....gosto muito de cuidados intensivos, gosto muito de emergência, se me pusessem numa enfermaria era a pior coisa que me podiam fazer, se me pusessem numa consulta, porque eu sou uma pessoa que gosta de actuar naquele momento, gosto do intensivismo, gosto do stresse da pessoa em situação crítica e entendo que a minha posição e o modo como eu faço diferença é exactamente nessas situações...” (E8,1);

“...tinha a área de intensivismo sim, na minha perspectiva (....) estive um ano a trabalhar no privado, que me deu uma perspectiva de muito trabalho, mas numa perspectiva dos cuidados de enfermagem no doente cirúrgico e depois pediram-me de um dia para o outro para entrar no bloco operatório e eu passei de uma enfermaria para o bloco operatório, com seis meses de actividade profissional, o que eu considere, na altura, muito aliciante mas senti-me completamente desprotegida e percebi o apoio que os próprios colegas podem dar nessa, nessa altura a um profissional. Adorei logo, desde o princípio, foi a área ... abri mais campo de desenvolvimento a minha frente e pronto, comecei logo aí com o bichinho do bloco operatório a funcionar...” (E7,2).

Transversal a todos os entrevistados, é o impacto sentido na entrada para o bloco operatório. A dinâmica, os “timings”, a pressão que a passagem para este serviço fez sentir em cada um, num primeiro impacto, e que conduziu a sentimentos tão diversos como o medo, ansiedade, nervosismo, que se traduziram pela insegurança sentida face a uma nova realidade extremamente exigente e desafiante.

“...Confesso que entrei no bloco aterrorizada, cheia de medos, nesse dia à noite quando sai do bloco, em casa, acabei por choramingar e desabafar que tinha feito mal em sair da cardiologia, a verdade é que comecei a apaixonar-me por estas questões de bloco e a investir...” (E4,2);

“...Assustei-me muito no primeiro dia que entrei no bloco, muito..... uma das coordenadoras apanhou as três (...) disse tu vais para aqui, tu vais para aqui e tu vens comigo. E eu entro numa sala onde estavam as duas coordenadoras e a chefe..... lembro-me que uma das coordenadoras me disse assim “encoste-se aqui neste cantinho”, encostei-me ao lado do carro de anestesia e não me mexi mais. Tinha um cirurgião aos berros, que era assim uma coisa do outro mundo, toda a gente, gente passada naquela

¹ Está relacionado com a prestação de cuidados em unidade de tratamento intensivo.

sala (...) encostei-me ali ao cantinho, eu ...não quero isto! Isto é horrível!! Isto é um filme! Pronto...depois olha... comecei no dia a seguir a ir para outros sítios a começar a o que me aliciou muito no bloco foi eu voltei a aprender tudo de novo, tudo o que eu tinha adquirido na escola....” (E2,3);

“...um sítio complicado de gerir emoções e em termos das relações humanas entre colegas, aquilo era um bocadinho tenso, não um ambiente que eu estava habituada na enfermaria, mas eu adaptei-me muito bem e apaixonei-me por aquele trabalho e depois aqui, mais tarde, pedi transferência para o bloco operatório (...) onde eu tive mais dificuldade foi aqui (...).no bloco. É um ambiente diferente dos outros serviços, há mais tensão, as pessoas estão mais de pé atrás acham que nós vamos desistir, que não somos capazes, porque eu acho que é um trabalho muito interdependente e que os outros profissionais, e mesmo os nossos próprios colegas, têm dificuldade em integrar um novo elemento...” (E9,2).

Este é sem dúvida um “sítio complicado de gerir emoções”, onde os ritmos são perturbadores para quem entra nesta realidade sem qualquer experiência na área e o primeiro impacto pode ser assustador. Os ritmos frenéticos, a organização do trabalho dentro do bloco, os segundos em que se tomam decisões, se pedem materiais pode parecer um “filme”, uma “coisa do outro mundo”, mas que ao mesmo tempo apaixona exactamente por ser um “ambiente diferente dos outros serviços”, onde existe uma total interdependência entre todos os envolvidos.

O contraste com as experiências vivenciadas anteriormente, colocam à prova a capacidade de gestão das emoções e de gestão do stresse. Este turbilhão de sentimentos, muitas vezes, é atenuado pelo apoio que o enfermeiro recebe no seu processo de integração, onde o apoio dos colegas, como veremos mais adiante, é um pilar fundamental para a compreensão e adaptação a uma dinâmica de trabalho emocionalmente tão exigente.

3.4 Relação entre os Enfermeiros de Bloco Operatório

O acolhimento de um novo enfermeiro, não visa apenas focalizar-se na parte técnica ou científica do exercício profissional, pois é esperada uma relação de reciprocidade, de dar e receber, onde existe uma disponibilidade total, pela entrega e pelo comprometimento, de dar o melhor de si, de saber ouvir, de investigar, ler, pesquisar, no fundo de se preparar para conquistar a sua autonomia e o seu espaço, numa equipa que o acolhe e que espera de si o máximo. A integração é pois um processo de construção contínuo, onde cada etapa percorrida permite aumentar o leque de competências de actuação e em simultâneo estimula o fortalecimento das relações intra-profissionais e inter-profissionais.

A entrada de um enfermeiro no bloco operatório, tenha ele experiência na prestação de cuidados, ou seja um jovem recém-formado, é sempre encarada como um enorme desafio profissional que obriga a uma reaprendizagem, não só de conhecimentos técnico-científicos, como também uma readaptação comportamental, de hábitos, posturas e formas de lidar com o doente.

O sucesso deste acolhimento “bastante exigente”, não se limita à apresentação da estrutura, do serviço ou do tipo de doentes, mas também a um intenso processo formativo que se sustenta por um esforço colectivo da equipa que o recebe e um esforço individual, uma predisposição para aprender, para se integrar. Nem sempre a entrada de um novo elemento é vista de forma positiva pelos “residentes”, podendo ser por vezes encarada mesmo como uma ameaça, não só no domínio do espaço relacional, no âmbito sua socialização, como no domínio do saber.

“...é um acolhimento bastante exigente (...) não acolhemos só a pessoa como profissional (...) para conhecer a estrutura, a casa, e o serviço, e o tipo de doentes e necessidades especiais, como também temos que lhe dar formação que não tem (...), formação mesmo técnica que não tem e (...) que infelizmente vai ter muita dificuldade de a adquirir, se não for por um esforço pessoal próprio e um esforço colectivo da equipa e do bloco para a puder dar, ou como formação em serviço, ou como necessidade de formação externa, ou com a informação do que é que a pessoa deve ler (...) é sempre referenciado por nós, porque são os veículos que nós temos até agora...” (E7,7);

“...eu não fui bem recebida da parte da enfermagem, eu fui muito mal recebida (...) já me sinto mais ou menos integrada na equipa, já conheço algumas pessoas melhor (...) senti assim um bocadinho, como se fosse uma ameaça, que não tem nada a ver (...) a mim o que me chocou na altura foi não me conhecerem de lado nenhum e falarem-me tão mal, ou nem sequer me falarem, ignoravam (...) lembra-me de uma colega ter olhado para mim, assim de alto a baixo, virar a cara e assim, “outra!” (...) eu fiquei capaz de (...) me enterrar e de pensar assim “para onde é que eu vim...? tirem-me daqui!”...mas pronto, acho que estas coisas estão ultrapassadas...” (E3,5 e 6);

“...acho que nós aqui dentro, nós vamos com os anos, vamos conseguindo ganhar a confiança de quem trabalha connosco...” (E1,3).

A entrada de novos elementos para o bloco operatório, cuja capacidade de actuação na área já tenha sido amplamente comprovada em experiências anteriores, não é garantia para uma integração de sucesso pois é necessário que o novo enfermeiro se molde a possíveis vícios de forma da instituição integrante o que, por sua vez, pode também ser perspectivado como uma ameaça à estabilidade da estrutura de funcionamento de uma equipa onde a dinâmica do trabalho se vê fragilizada por uma, hipotética, perda de poder na abrangência do nível de actuação. Os saberes tácitos, inerentes aquela cultura organizacional, ficam expostos a um elemento “estranho” que de certa forma irrompe numa estrutura de relações marcadas pela confiança construída por anos de partilha e aprendizagem comum.

A construção, com o tempo, de uma relação de confiança entre os pares, permite desconstruir a representação de ameaça e solidificar o espírito de equipa em que se pretende fundamentar o desenvolvimento do trabalho. A lógica aqui presente remete-nos para o perfil esperado do enfermeiro perioperatório tal como definido pela AESOP (2006:8) assente na “consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo do stress”.

Nos discursos dos entrevistados, não fomos confrontados com casos de inadaptação ao contexto do bloco operatório ou com discursos que manifestassem alguma saturação quer pelas “rotinas” funcionais deste contexto quer pelo nível de exigência associado ao mesmo, pelo que não nos foi possível explorar situações de insucesso.

O percurso de descoberta e adaptação comportamental passa, em grande parte, pelo explorar e desenvolver as capacidades comunicativas que cada um detém e que sustentam a base de actuação em cada procedimento de trabalho cuja dimensão relacional é central, e que permite o fazer a ponte para o desenvolvimento de outras competências, tais como as competências tácitas e técnico-científicas que suportam o crescimento profissional de cada enfermeiro dentro do bloco operatório. Neste contexto, como refere Abreu (2001:66), o desenvolvimento de competências “põe em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afectividade”.

“...a pessoa tem de ter características próprias e tem de desenvolver algumas capacidades, quer humanas, quer profissionais. Para já porque é um espaço físico muito fechado, em que trabalhamos, dialogamos muito entre pares...” (E4,3);

“...uma pessoa que trabalha no bloco não tem a mesma atitude comunicativa, nunca foi exposto a uma comunicação como é um enfermeiro com a anestesia ou a oncologia, ele tem que ter uma forma comunicar para se orientar...” (E4,10);

“...Comunicamos muito mais neste momento, do que outra coisa. Mas isto é a nível da maturidade das relações, por exemplo, outras experiências que eu tenho, de outros blocos, a situação não é a mesma, mesmo entre colegas é um ambiente de cão!... posso dizer, dentro do bloco (...) Há situações em que quem está a circular não mexe na anestesia, por muito que o colega da anestesia esteja aflito. E quem mexe na anestesia não vai dar as coisas para a mão...eu tenho visto isto actualmente (...) nós entreajudamos e alguém e fora vê que a colega que está dentro da sala está aflita, entra dentro da sala e ajuda-a (...) aqui nós entreajudamos (...) e ninguém leva a mal. Nós aqui temos uma ótima equipa, a sério!...” (E 8,3).

O “nível de maturidade das relações” nem sempre se apresenta como factor representativo da dinâmica que se vive no bloco operatório, pois o elevado nível de conhecimentos tácitos e técnico-científicos pode também representar um bloqueio para a dinamização dos aspectos do foro relacional, onde o elevado nível de competitividade entre os enfermeiros nos interroga sobre o conceito de trabalho em equipa, fortemente valorizado pelos entrevistados. A sua percepção de outras realidades contradiz o que podemos observar e leva-nos a interrogarmo-nos sobre a capacidade de espírito de entre-ajuda, que se assume como fundamental para o sucesso do trabalho dentro do bloco.

Qualquer mudança profissional exige uma integração ou reintegração, que no caso do enfermeiro de bloco denota um particular destaque pelo forte sentido que o conceito de trabalho em equipa assume no desenvolvimento das actividades de um bloco operatório.

Nem sempre a compreensão do funcionamento deste tipo de serviço influencia positivamente a vontade de o explorar e de o enfermeiro investir no seu próprio desenvolvimento pessoal, pelas limitações de oportunidade de formação formal aliada à formação interna, mas que fruto da maturidade pessoal e profissional pode levar a alteração de atitude.

“...como não havia muita formação, acabava por ser um bocadinho cultural, era passado, integrado pelas pessoas que estavam e mantinha-se mais ou menos aquela cultura (...) senti isso e fez-me precisamente sair do bloco (...) porque achei que aquilo era muito desmotivante. Quando voltei ao bloco já vi as coisas numa perspectiva diferente (...) a evolução foi diferente ou se calhar também a forma como, como vimos a enfermagem é diferente ...” (E6,4).

O ter vivenciado outras experiências fora do contexto do bloco operatório, permitiu o alargar de conhecimentos bem como renovar o desejo de voltar a trabalhar no contexto inicial com uma “perspectiva diferente” e uma maior compreensão da dinâmica que aí se vive. Os referenciais com que se cruzam podem marcar de forma decisiva a incorporação do “espírito” do enfermeiro de bloco operatório, transmitido culturalmente pela integração feita por um enfermeiro, com anos de experiência nesta área.

“...tive uma pessoa como modelo de referência que foi uma enfermeira supervisora (...) foi uma pessoa absolutamente marcante (...) que nos marcou e muito, porque era uma pessoa de uma inteligência brutal em que nós nos ríamos pois quando lhe íamos por um problema saíamos com dez coisas para fazer e mais o problema para resolver e ela nunca nos deixou parar, nunca, nunca. Foi uma pessoa com uma visão, uma rapidez de raciocínio e de pensamento muito grande, uma sólida visão do que era a enfermagem e que soube, nos soube fazer desenvolver a todos...” (E7,4);

“...tem que haver um respeito muito grande entre todos, se isso existir eu acho que, como eu costumo dizer, eu gosto muito de trabalhar mas gosto de trabalhar a brincar...” (E1,3).

Todo o processo de integração e formação é feito culturalmente, pelos “colegas mais velhos”, peritos em diversas áreas, que assumem como missão transmitir o seu saber e experiência aos recém-chegados, acompanhando-os na sua aprendizagem, incitando-os a ganhar confiança e autonomia. Este processo remete-nos para o papel da experiência enquanto factor de aprendizagem o qual, como nos chama a atenção Abreu (2001:66) “implica também reconhecer a dimensão formativa dos contextos de trabalho, que é consubstanciada num conjunto de competências múltiplas que o exercício do trabalho requer”.

Neste contexto, a evolução profissional é gradual e nos primeiros tempos o novo enfermeiro fica em observação depois, aos poucos, através de indicações do enfermeiro orientador começa a desempenhar

algumas funções, começa a “saber fazer”, conquistando a sua autonomia e reconhecimento por parte dos colegas.

“...nós aqui (...) tentamos dar aos mais novos a nossa sabedoria e a nossa experiência de forma a que eles façam...que as coisas sejam bem feitas (...) Nós somos muito exigentes connosco próprios e com os colegas, somos uma equipa muito exigente! Nós não gostamos de falhas, não gostamos de erros. Aquilo que mais nos chateia... quando vem alguma coisa do risco a dizer que nós...que houve uma falha no bloco...” (E5,9);

“...nossa formação é toda feita através dos nossos pares, são os colegas mais velhos. Nós chegamos aqui e somos integrados por colegas mais velhos (...) somos integrados nas várias especialidades por colegas que...que são considerados peritos naquela área e a nossa evolução vai sendo feita assim...”(E1,5);

“...A passagem de conhecimento portanto é feita por bibliografia (...) é aquela do saber fazer e (...) no início ficam um bocadinho de observação (...) transmito-lhe oralmente as coisa e ela vai ter que fazer, mas há-de chegar a altura que tem que ser ela a fazer (...) muitas vezes eu também sou obrigada a ajudar e isso também é bom (...) certas coisas que nós sabemos teoricamente, depois passamos à prática e começamos a esquecer um bocado os conhecimentos teóricos...” (E3,3);

“...não conhecia absolutamente ninguém, não sabia nada de bloco, nada, zero e no entanto (...) eu fui super bem recebida, nunca me senti uma estranha, as pessoas receberam me lindamente, muito bem mesmo, muito bem mesmo...” (E3,5);

“...foi um longo percurso porque a integração exige... foi bastante tempo mesmo. Os primeiros 6 meses, pronto a parte de circulante e anestesia e depois a instrumentação, que foi mais complicado, um percurso pronto mais longo, até fazer tudo dentro do bloco demorou algum tempo...” (E 9,2).

O processo de integração, para quem nunca trabalhou neste tipo de serviço, de acordo com um dos entrevistados, tem uma duração de dois meses para o domínio de funções básicas e de dois anos para o domínio das três funções chave que o enfermeiro de bloco pode assumir, ou seja, a instrumentação, a circulação e a anestesia. É pois, um processo com custos organizacionais bastante elevados e de uma enorme exigência e entrega também para o enfermeiro que acolhe e integra o novo colega.

A intensidade da dinâmica funcional deste serviço e a forma como a vida pessoal se cruza com a vida profissional, dentro de um espaço tão pequeno, onde predomina a tensão, pela exigência das funções, e o rigor, que se espera de cada um dos profissionais envolvidos, pode conduzir a algumas situações de conflito, entre os enfermeiros, mas que num curto espaço de tempo são abertamente assumidas e resolvidas.

“...conflito às vezes é por pequenas coisas, não propriamente pelo trabalho...é mais de olha fizeste mais uma prevenção que eu, olha tu vens mais do que eu, ou...coisas ridículas, pronto! Não é directamente com o nosso trabalho dentro da sala...” (E9,2);

“...quando chega a altura de coisas mais sérias levam para um lado, ultrapassam as barreiras do que é normal. E eu não gosto, é uma das coisas que eu não gosto” (E2, 4 e 5);

“...um nunca tive, eu nunca tive ninguém que me levantasse a voz, nunca.... A pessoa troca coisas menos boas, mas sempre com um nível... eu também nunca permiti...isso eu sempre tive de princípio...” (E2,4).

Existem, no entanto, alguns factores que poderão atenuar as situações de conflito ou de tensão que podem surgir pelo nível e exigência das funções desempenhadas e que se prendem com a estrutura física onde se insere o bloco operatório. Como tivemos oportunidade de observar, nos dois locais visitados, a luminosidade que se faz sentir nestes espaços e que se faz sentir nos corredores que circundam as salas de operação, dentro de cada um dos serviços, possibilita um contacto com o exterior, o ver a luz do dia poderá atenuar os momentos de tensão vividos. Um dos locais possibilita ainda o sair para uma varanda poder disfrutar a paisagem. Outro factor positivo é a existência de uma sala de convívio, que fomenta os momentos de partilha, de convívio e descontração.

O domínio das três funções que os enfermeiros podem desempenhar dentro de um bloco operatório, anestesia, instrumentação e circulação, deve ser absoluto, ainda que cada enfermeiro acabe por dominar melhor uma área determinada, área de especialização, dependendo do tipo de cirurgia, ou seja, para um cirurgia do foro ortopédico quem deve estar a instrumentar deve ter um conhecimento de todo o material necessário para essa cirurgia.

O enfermeiro quando desempenha as funções de anestesista deve dominar toda a farmacologia existente e conhecer muito bem a ficha do doente que vai receber. Por sua vez, o enfermeiro que circula deve garantir que tudo está a postos para que aquela cirurgia decorra sem complicações e durante a mesma é o elemento que assegura a ligação entre os outros membros da equipa.

As funções desempenhadas pelos enfermeiros dentro do bloco não são fixas e são geridas por uma escala de serviço que tem em conta, entre outros aspectos, o tipo de intervenções cirúrgicas que o bloco operatório vai receber.

A consciência da importância do papel que cada um destes profissionais desempenha, num contexto altamente propício a elevados níveis de acumulação de tensão e desgaste psicológico, induz um profundo conhecimento das suas fronteiras de actuação e do que é esperado por cada um. A nossa observação, do contexto de trabalho, permitiu-nos compreender a sintonia que existe dentro de uma sala de operações entre todos os actores envolvidos, a harmonia e o rigor da disposição de todos os equipamentos e materiais, bem como o posicionamento de todos os profissionais de saúde envolvidos, onde existe um perímetro de segurança de 70 cm à volta da marquesa onde se encontra o doente, que deverá ser respeitado por todos, à excepção do médico e do enfermeiro instrumentista. Também o posicionamento do enfermeiro anestesista denota o seu papel particular, pois este encontra-se sempre à cabeceira do doente, controlando todos os seus sinais vitais.

“...o instrumentista sai da sala bastante cansado.... Pois estão debaixo de temperaturas altas assim e vai diretamente repor os seu níveis (...) logo muito menos comunica com os colegas das enfermarias ou dos outros serviços. Isto faz com que, realmente se tenha criado aquela situação que os enfermeiros de bloco são distantes, acham que são os melhores....não é verdade..” (E 4,6);

“...a enfermeira circulante é a enfermeira mais importante da sala, pois é a enfermeira que toma conta daquilo tudo, ou seja, nós temos que ter atenção aos colegas, aquilo que os médicos...e ao próprio doente...” (E5,2);

“...No fundo, é a pessoa que circula e que consegue por ordem, chamar a atenção que a bata não está bem vista, no fundo é o elo de ligação entre a equipa toda....” (E4,6);

“...no bloco isto requer muito, muito empenho (...) um instrumentista, até pode estar no bloco e ter envergado pela parte de anestesia e ter estudado e investido muito na parte farmacológica, mas quando chega o momento de circulação ouquando está na circulação tem que dominar muito bem todo o equipamento (...) um bom instrumentista, um bom circulante, bom enfermeiro de anestesia tem que antecipar os passos para quem está, porque no fundo o bloco, não sei se já disse isto, mas o bloco... alguém está sempre dependente de alguém...” (E4, 8);

“...Não é preciso o enfermeiro instrumentista dizer que, porque aqui o enfermeiro circulante depende muito do enfermeiro instrumentista, dá-me isto, dá-me compressas, se ele tem inicialmente compressas e o enfermeiro instrumentista só tem 2 compressas já na mesa, cabe ao circulante antecipar e não é preciso ao colega pedir...” (E4,8).

O destaque dado ao enfermeiro circulante denota a importância que o seu papel tem dentro da sala de operações, pois é ele o elo de ligação entre todos os outros elementos e que deve assegurar que nada falha.

Esta interdependência do trabalho, no entanto, não retira a percepção da marca de individualismo que atravessa o desempenho das funções, referido por dois dos entrevistados, sem que com isso se perca o vínculo que marca toda a sua actuação e que fortalece a estreita cumplicidade profissional que os três enfermeiros de bloco fazem questão de frisar. O “estado puro, concentrado e altamente explosivo” em que todos se encontram indicia uma entrega absoluta nas funções desempenhadas, para que tudo possa ocorrer sem falhas e o objectivo possa ser bem sucedido. Este estado de concentração altamente delicado proporciona também o fortalecimento da relação entre enfermeiros.

“...somos individualistas mas trabalhamos em equipa, ou seja, nós não podemos funcionar sem estar os outros elementos de enfermagem (...) uma equipa de enfermagem funcionando bem, a cirurgia corre lindamente...ou seja, nós os três elementos..ah..conseguimos com que as coisas corram lindamente..... sabemos o que é que o cirurgião precisa, para aquele doente, para aquela cirurgia, para aquela...aquela especificidade de cirurgia (...) entre os enfermeiros temos uma relação muito forte...” (E5,2 e 3);

“...está tudo em estado puro, concentrado e altamente explosivo. Somos equipas que trabalhamos com diferentes responsabilidades para um objectivo comum e que a todos é pedido 100%, o melhor de nós, sem falhas, e com a capacidade de poder trabalhar em equipa...” (E7,4).

É neste individualismo incorporado, que se resguarda a assunção do elemento integrante de um equipa de profissionais altamente especializados e detentores de competências técnico-científicas diferenciadoras de outros profissionais de saúde, que ressalta a existência de elevados níveis de competitividade entre os enfermeiros que exercem a sua actividade no bloco operatório.

“...esta equipa é no geral multidisciplinar, é uma equipa muito complicada a esse nível, lutam muito pelo lugar uns dos outros (...) as pessoas tratam-se por tu...acham que são mais amigos, que tem relações melhores (...) quando chega a altura de coisas mais sérias levam para um lado, ultrapassam as barreiras do que é normal. E eu não gosto, é uma das coisas que eu não gosto (...) as pessoas têm muito medo que lhe tirem o lugar, e às vezes não há lugar nenhum... não tem a ver com o aprender com o competir, porque as pessoas depois de terem esse estatuto depois não querem assumir e não lutam por isso...” (E2, 4 e 5).

Nem sempre a competitividade é bem encarada por estes profissionais e a mais pequena situação pode desplotar momentos de incompreensão, discussão e tensão. Esta busca incessante do saber que se pode, directa ou indirectamente, de forma consciente ou não, traduzir em poder rege-se por um sentimento de pertença a um dado espaço físico, social e profissional, quase de posse - “os donos da casa”. Nesta perspectiva, a organização, a supervisão e o controlo destacam-se face à necessidade da não existência da mais ínfima falha, seja ela em que aspecto for, pois falhar não é um conceito admissível em bloco.

“...Como enfermeiros, o que a gente chama de enfermagem perioperatória, consideramo-nos um bocadinho os donos da casa e somos mesmo...somos os residentes, somos os que estamos lá, permanentemente, o resto consideramos os visitantes, incluindo o doente, não é? Portanto temos que preparar a casa para estas visitas que são os profissionais que depois têm que trabalhar connosco, óbvio, e nós com eles e são as visitas que são os doentes, para o qual nós temos que ter preparado o melhor, melhor possível para que as coisas corram sem, sem riscos...” (E7,5);

“...Muita gente diz “ah o médico é que tem que saber...” não! Nós enfermagem temos um papel muito importante dentro de uma sala operatória! Naquelas três funções somos muito importantes...” (E5,2).

O domínio de um espaço que é a sua “casa” exige pois um saber receber as suas “visitas”, proporcionar-lhes o melhor tratamento possível, garantindo que nada falha.

A tipologia de funcionamento do bloco operatório pode levar a várias realidades funcionais, dependendo das suas próprias características: se é um bloco operatório de uma especialidade² ou se é um bloco operatório central³. As realidades aqui apresentadas cruzam com outras experiências profissionais, vividas pelos

² Por bloco operatório de uma especialidade é aquele em que apenas são intervencionadas pessoas dentro de uma determinada especialidade cirúrgica, por exemplo um bloco operatório que só faz cirurgia ortopédica.

³ Por bloco operatório central é aquele onde são intervencionadas pessoas dentro de uma multiplicidade de especialidades cirúrgicas. É pois um serviço “...de grande diferenciação e de utilização pelas diversas especialidades cirúrgicas. No BO podem realizar-se intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes. (...) É um serviço com grandes exigências técnicas, tanto a nível das instalações como dos procedimentos e dos técnicos que os executam.” (Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2011:1)

entrevistados, em contextos similares aos que trabalham actualmente, e que nos dão a conhecer ambientes diferentes do que tivemos oportunidade de observar.

Nem sempre o espírito de coesão de equipa é assimilado ou posto em prática, como os entrevistados manifestaram nos seus discursos, pois existem realidades onde a frieza comportamental assumida não fomenta o espírito de cooperação, ainda que em alguns casos se denote uma evolução positiva, talvez pelos contextos ou pelos profissionais que foram integrando as equipas.

“...Quem estivesse de fora, não ia ajudar dentro das salas, mesmo que as coisas estivessem complicadas. Foi essa a ideia que eu... até pode ser que tenha sido uma ideia errada, mas era essa a ideia que me era transmitida na altura. O tratamento era muito frio, muito impessoal, apesar de dizerem que era o melhor bloco aqui do hospital, a nível de relacionamento. Ao longo do tempo as coisas mudaram...” (E8,3);

“...Há situações em que quem está a circular não mexe na anestesia, por muito que o colega da anestesia esteja aflito. E quem mexe na anestesia não vai dar as coisas para a mão...eu tenho visto isto actualmente (...) nós entreajudamos e alguém de fora vê que a colega que está dentro da sala está aflita, entra dentro da sala e ajuda-a (...) aqui nós entreajudamos (...).e ninguém leva a mal. Nós aqui temos uma ótima equipa, a sério!... (E8,3).

Os fluxos de entrada e saída de enfermeiros do bloco, traduzidos na rotação entre serviços, também influenciam e podem perturbar os processos sociais de integração de novos elementos, causando instabilidade no seio de um grupo, que se espera que aja e interaja como uma equipa.

Em blocos operatórios especializados, onde a estrutura dos membros das equipas pouco se tem alterado, a construção das relações prima pela partilha de uma identidade comum e de conhecimentos, num quadro de valores onde se denota a tentativa de construir uma cultura própria baseada nos valores da estabilidade e maturidade das relações estabelecidas, em que o doente se assume como elemento agregador da acção profissional.

“...funciona tudo lindamente. É uma equipa que está muito habituada a trabalhar junta, que toda a gente sabe muito bem o que é que se espera uns dos outros...(...) É muita maturidade (...) as outras que têm entrado é pontualmente e a organização tem-se mantido e a cultura, digamos...” (E6,3);

“...sempre centramos muito a nossa preocupação no doente nas condições e fomos tentando construir a nossa própria cultura (...) nós somos sempre as mesmas, todos os dias, estamos sempre juntos é um espaço pequeno e tudo o que cada sabe e partilha e vai-se evoluindo também um bocadinho nessa área...” (E6, 4 e 5).

A fragilidade deste manancial de vivências, procedimentos, normas e regras que suportam a conduta daqueles que fazem parte a estrutura do bloco operatório, reside na insularidade física do local de trabalho que não favorece o estabelecimento de canais e comunicação com as outras valências, e que foi alimentado

durante décadas, por um comportamento cultural intrínseco que agora se começa a modificar pela partilha de projectos comuns.

“...os blocos estão sempre muito fechados (...) durante uns anos estivemos muito fechados, não havia muita comunicação (...) acho que pela cultura! (...) culturalmente nós éramos muito diferentes (...). Eu vinha do hospital (...) com uma cultura diferente e ali (...) sempre foi muito fechada, um ambiente diferente do nosso. Tivemos alguma dificuldade de partilha durante um tempo, depois começamos a partilhar até projectos comuns e isso acho que ajudou muito (...) ajudou a que (...) nos juntássemos para fazer as mesmas coisas. Começamos por fazer separados, começamos a juntar e eu acho que foi muito importante (...) eles também tinham o mesmo problema, tinham blocos muito fechados...” (E6,5).

No entanto, aos poucos e poucos, as mentalidades começam a mudar, a necessidade de explorar outras vivências e aprender com outros contextos, conduz à partilha de experiências entre blocos de uma mesma instituição hospitalar e os resultados dessa mudança de atitude são extremamente bem recebidos por todos os intervenientes, que têm a consciência do seu isolamento e do impacto que isso tem na dinâmica das suas vidas profissionais.

“....um colega, que nunca tinha trabalhado em bloco (...) teve muitas dificuldades (...) dizia-me que se sentia muito sozinho (...) e nós começamos (...) a partilhar muita coisa (...)e acho que eles também sentiram muito o facto de poder partilhar...” (E6,6)

Outro elemento, que nos poderia passar despercebido, mas cujo papel se reveste de uma importância fulcral para o bom funcionamento de um bloco operatório, é o assistente operacional. Este profissional, num dos hospitais visitados, é recrutado internamente para trabalhar no bloco operatório, recebendo no seu processo de integração formação adequada sobre conceitos básicos de higiene e segurança dentro do bloco, dado por enfermeiros.

“...Trabalhamos com assistentes operacionais, que são as auxiliares, que também são os nossos grandes colaboradores, para os quais também temos que ter esta, esta visão de que eles também são os tais residentes connosco e que são fundamentais para a qualidade do trabalho que se pratica ...” (E7,5)

“...Eu gosto muito de trabalhar num sítio em que eu não preciso de falar com ninguém, basta eu olhar para um sítio e as pessoas sabem o que é que eu quero, eu consigo dinamizar na equipa (...) As auxiliares que trabalham comigo sabem que eu não gosto de gritar, não gosto de... eu olho com os olhos para um sítio e elas já sabem o que é que eu quero...” (E1,3)

A sua presença, quase imperceptível, assegura não só a correcta manutenção de diversos tipos de equipamentos, a limpeza dentro de toda a área do bloco, como o apoio a algumas das actividades que são desenvolvidas dentro do bloco operatório, tais como a recolha de resíduos, entrega de soro quente quando solicitado, entrega de um equipamento específico no decorrer de uma cirurgia, entre outras.

3.5 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e o Médico

A tímida fronteira que separa a definição de papéis entre o médico e o enfermeiro, exige-lhes a consciencialização da importância de cada acto, de cada gesto, de cada olhar.

“...Se nós soubermos perfeitamente onde é que começa o nosso trabalho e onde é que termina e não estamos, permanentemente, a entrar nas fronteiras do outro ...olhe estamos aqui... temos aqui muitos grupos de profissionais a trabalhar em conjunto, temos área que se cruzam, outras que não, mas temos que saber quais são elas. O nosso limite onde é que começa o papel do cirurgião e onde é que termina, onde é que começa o do anestesista e onde é que começa o nosso é fundamental! Estruturas que estão organizadas com esta clareza de entendimento, que não tem a ver só com o dia-a-dia mas tem a ver a forma como estão regulamentadas profissões e organizado o trabalho no bloco é a pedra basilar...” (E7,5);

“...todos sabemos que o que temos que fazer, porque o que temos que fazer às vezes é pouco tempo e é simultâneo e todos dependemos uns dos outros para (...) que se consiga atingir uma cirurgia sem complicações...” (E7,5).

O respeito pelo território de actuação de cada um possibilita uma “clareza de entendimento” na organização diária do trabalho, onde muitas vezes as tomadas de decisão são feitas em fracções de segundo e com interação imediata entre todos, médicos e enfermeiros.

Dizer-se que não existem conflitos, entre estes dois grupos de profissionais, seria uma metáfora ilusória, pois afinal para além de profissionais de saúde, são também pessoas que trabalham, muitas vezes, durante muitas horas seguidas num espaço exíguo e com elevadíssimos níveis de tensão e stresse, onde a mínima falha de comunicação, que pode e é muitas vezes feita através de um simples olhar, uma má interpretação no instrumental solicitado, pode despoletar um tom de voz mais elevado, uma discussão. A capacidade de saber gerir estes momentos de tensão e de compreender o que os despoletou, tais como a duração da cirurgia, as complicações que possam estar a surgir, entre outros, só é possível através de um profundo entendimento do papel que cada um desempenha e do momento que se está a viver.

“...surge sempre tensões porque quanto mais as pessoas têm experiência mais...mais sabem o que é que estão a fazer e por vezes... é assim, neste tempo de.. contenção de despesas, as cirurgias nós tentamos poupar em certas...dar os materiais (...) mesmo que haja tensão naquela altura ela depois acaba, desvanecesse, quando termina a cirurgia vamos resolver as coisas e pronto. No próximo dia corre tudo bem (...) naquela altura não vale a pena nós estarmos ali a batalhar uns com os outros (...) é muita tensão naquela altura, quanto mais se falar piora as coisas, não é melhor passar. Terminou a cirurgia, então a seguir vamos conversar um bocadinho. ...” (E1,3);

“...há cirurgiões com quem me dou fantasticamente bem e depois de repente a meio de uma cirurgia começam a mandar vir comigo... e eu respondo-lhes à letra, pronto digo-lhe “você não tem o direito de estar assim a mandar vir comigo, eu estou a fazer aquilo que você quer”...é uma questão de falarmos também há outras alturas em que a melhor atitude é deixa-lo falar, por exemplo, e não dizer nada. Perceber que a cirurgia está complicada, que aquilo foi um desabafo porque o chão está torto e... pronto, deixar andar. É uma questão de gestão do conflito... (E8,4);

“...estamos em locais onde este stresse é muito...muito presente, onde as equipas estão muito concentradas, no mesmo local, às vezes fechadas muitas horas seguidas (...) com altos níveis de stresse, que não facilitam relações humanas e depois também estamos dependentes das características pessoais de todos nós, não é? E isso pode ser conflituoso, há pessoas que são conflituosas por natureza, portanto o não saber trabalhar em equipa pode ser...” (E7,6).

A capacidade de saber analisar e compreender o momento que se está a viver, o compreender que o “chão está torto”, o saber gerir aquele momento de tensão, denota um elevado nível de confiança entre os profissionais envolvidos, a qual não deixa de ser atravessada por relações de poder profissional, e sobretudo por aquele doente que se encontra submetido aos cuidados de todos estes profissionais. Este nível de confiança é fortemente sustentado pelos saberes tácitos que sustentam a ligação entre estes profissionais de uma forma invisível e que se manifestam pela capacidade relacional, através da sensibilidade individual de saber gerir as emoções.

A comunicação, após o momento de tensão ter passado ou estar atenuado, permite o estabelecimento de uma maior empatia e compreensão pelo momento menos bom que foi vivido. A comunicação é pois, o pilar das relações que se estabelecem dentro do bloco operatório e que deve ser gerida por todos os intervenientes.

Não menos importante são as características intrínsecas de cada indivíduo, a sua capacidade de trabalhar em equipa, de se adaptar, de ter a capacidade de gerir os seus sentimentos cada vez que se sente posto à prova. Pois não basta ser um profissional extremamente competente, com uma elevada formação académica e com anos de experiências, para se integrar na estrutura organizativa que se centra numa sala de operações, é também necessário alimentar a confiança intra e inter profissional, para que as relações estabelecidas se possam conduzir a uma maturidade profissional que permita o fluir da verdadeira essência do trabalho em equipa.

“...quando eu comecei a instrumentar (...) eles já estavam muito habituados a mim na sala e já conheciam o meu trabalho (...) Aqui (...) senti um bocadinho uma certa prepotência dos cirurgiões para comigo, cirurgias que eu já instrumentava mas, lembra-me às vezes a primeira vez que eu instrumentei aqui foi uma cirurgia da tiroide e eu (...) comecei-me a desinfetar e o cirurgião chegou ao pé de mim e perguntou “é você que vai instrumentar?”, “Sim sou, porque há algum problema?” ele ficou assim...primeiro impacto nunca é muito bom, porque é assim a cirurgia é a mesma, eu posso saber qual é o material (...) tudo o que é necessário para aquela cirurgia, mas o modo como aquele cirurgião opera pode ser diferente do outro que eu estava habituada. Pode utilizar um ou outro instrumental que não seja aquilo que se estava a espera, pronto, tem umas certas especificidades, todos os cirurgiões têm (...) tem a ver com a confiança (...) não vale a pena chegar e dizer “eu sei perfeitamente isto” (...) nós estamos ali todos para o mesmo, para que tudo corra bem, não é? isto é o que se chama ser uma equipa, complementamo-nos...” (E3, 4 e 5).

A especificidade técnica do contexto de actuação de cada cirurgião, dentro do bloco, pode determinar as suas preferências pela utilização de um certo tipo de material e a sua forma de actuação pode ser diferente do que o enfermeiro poderia estar habituado, é pois necessário que exista uma boa comunicação para que todos possam dar o seu máximo e complementarem-se no desenvolvimento das actividades que ocorrem na sala de operações.

O desenvolvimento dos saberes tácitos conduz pois à aproximação entre estes dois profissionais de saúde, sendo que é na capacidade de adaptação à mudança que se quebram comportamentos, impostos, ou não, pelo peso do estatuto de cada uma das profissões e que se traduzem num reajustamento de posturas, fomentado mais uma vez, pela consciencialização do saber e por uma nova geração de médicos, onde se estabelece uma maior partilha de conhecimentos e saberes, em prol da prestação de um serviço de excelência que joga com a vida humana.

“...claro que há alguns médicos mais antigos existe essa barreira, são pessoas mais velhas que nós temos algum...temos respeito por ela (...) pela idade, mas também pelas funções que exercem. São médicos que têm alguma responsabilidade e que têm tido também (...) alguma responsabilidade sobre a minha formação, ou seja, são pessoas que eu gosto e que aprecio o trabalho que eles fazem. Claro, que com essas pessoas a maneira como eu falo com eles é completamente...” (E5,4);

“....Quando para cá vim havia aqueles “totós” que a gente dizia “bom dia senhor doutor, como está...”, aquilo era assim um cumprimento quase...quase de vassalagem. Isso, isso acabou... já não é esse tipo de relação...” (E5, 5);

“...eu vim para aqui, estava-se num altura de mudança aqui também neste bloco e lembro-me também que médicos não conviviam com enfermeiros, auxiliares não conviviam com enfermeiros, apesar de estarmos todos reunidos no mesmo espaço. Alguém trazia, por exemplo, um bolo para se comer e o médico não comia e a auxiliar também não comia (...), falamos todos entre nós, comunicamos mais, ao longo deste anos a relação tem vindo a melhorar entre anestesistas, cirurgiões, entre enfermeiras e as auxiliares, comunicamos mais entre nós... Comunicamos em prol do que vamos fazer a seguir, orientando melhor o trabalho, muito melhor a meu ver....” (E8,3).

A existência de uma “barreira” imposta pelo peso do estatuto de uma geração de médicos mais velhos, tem por base a sua experiência profissional e o reconhecimento daqueles que com ele desempenham as suas funções e que muitas vezes por eles próprios foram também ensinados. Com estes profissionais a forma como o enfermeiro comunica é completamente diferente pois o respeito e admiração que sente aliado ao peso do estatuto conduz, a um cumprimento de quase “vassalagem”. Este comportamento remete-nos para uma relação de poder hierárquico onde “o poder médico é claramente dominante” sendo sustentado por “relações assimétricas de poder, em que as categorias profissionais não médicas são definidas por um estatuto de subalternidade” (Canário, 2005:11 e 12). Nesta linha ideológica, Carapinheiro (2005:53 e 54) considera que de entre todas as categorias profissionais “envolvidas na complexa divisão do trabalho no

domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autónoma é a profissão médica”, sendo esta autonomia suportada pelo domínio do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho, como “profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho diferente da de qualquer outra categoria profissional, reflectindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada”.

Segundo um dos nossos entrevistados, nem sempre as formas de comunicação foram fluidas, pois a afirmação da separação das fronteiras de actuação impunha uma barreira comportamental que transcendia o contexto da sala de operações, vivendo-se no contexto do bloco operatório como um todo fracionado por classes profissionais, que deveriam manter um certo distanciamento. Contudo, esta rigidez de postura tem mudado, quebram-se barreiras comunicativas existentes e fomenta-se uma maior aproximação entre os diferentes profissionais.

Num bloco operatório de especialidade a gestão da dinâmica e do ritmo do serviço encontra-se fortemente ligada à gestão da área médica, sendo que por vezes a coordenação da mesma pode levar ao aparecimento de conflitos não só entre os profissionais de enfermagem como entre os próprios médicos.

“...um bloco de especialidade também está muito sujeito à parte médica, portanto está sempre disponível para eles, o que leva a que haja algum...algum conflito no sentido da organização. Portanto, é muito o estar disposto para (...) eles sentem que podem fazer um bocadinho o que querem ...(...) se lhes apetece operar de manhã têm sempre disponibilidade, portanto a nível de organização (...) é muito complexo (...) Nós estamos sempre cá (...) eles...não têm competitividade com outras..., pelas salas, com outras valências, portanto sabem se não estiverem cá está livre e podem ocupa-la a hora que bem lhes apetece (...) eu acho que isto é de alguma forma um bocadinho utilizado, o que também gera alguns conflitos (...) tentamos de alguma forma... dizer aquilo que tem que ser dito, também de uma maneira a não entrar em conflitos directos, também não vale a pena, não é? Mas tentamos sempre impor ou mostrar o nosso ponto de vista, a nossa organização e tentar que tudo se coordene da melhor forma, nem sempre é fácil, pronto há alguns conflitos...” (E6,2).

A gestão desses conflitos revela-se na ponderação das abordagens feita pelo enfermeiro o que nem sempre é uma tarefa fácil, pois envolve também conflitos internos entre médicos, que utilizam um espaço comum a todos os profissionais sem respeitar, por vezes, regras de organização e partilha desse espaço.

É na construção da relação profissional, entre estes dois actores, que nasce a maturidade profissional, onde a exigência do nível de conhecimentos científicos se cruza numa constante busca pelos saberes tácitos, que são sustentados pelos saberes relacionais, e que consolidam ambas as práticas profissionais complementando-as numa prestação de cuidados de saúde. Assim, esta identidade profissional que conduz à consolidação da relação entre o médico e o enfermeiro, não se traduz só pela aproximação do campo de actuação profissional, mas também pelo poder do conhecimento e da sua constante actualização. O desafio impõe-se pela necessidade, quase inconsciente, de pertença e de aproximação aos códigos linguísticos que as ciências da saúde assim o exigem.

“...Eles perceberam que o grupo de enfermagem, que têm aqui dentro, tem interesse pela área científica também (...) achavam que nós não nos interessávamos e depois começaram a observar que nós, efetivamente, começamos a fazer trabalhos para congressos, interessávamo-nos em aprofundar conhecimento, em perceber o que estava a fazer nas cirurgias e a antecipar determinados passos (...) qual era a intenção final, perguntávamos “mas porque é que fez isto desta maneira e não da outra maneira, de outro modo?”, pronto e começaram a ver interesse. Houve quem me tivesse confidenciado “nós pensávamos que vocês não se interessavam” (...) acabaram por notar determinados pontos de vista da enfermagem que até determinado momento nunca lhes teria passado pela cabeça (...) vamos amadurecendo mutuamente, mas foi, basicamente, o ponto comum sim...” (E8, 3 e 4);

“...se a pessoa estiver disponível as próprias pessoas também mudam. Eu trabalhei com pessoas (...) que havia pessoas que se negavam a trabalhar com elas e ...e que se tu perguntares foram as pessoas com quem mais gostei de trabalhar, especialmente cirurgiões. Muito complicados, muito difíceis e que eu adorei, anestesistas igualmente, colegas inclusive, eu tinha colegas que me zangava com elas cá fora.....” (E2,4);

“.....como um interno que entrou aqui no 1º dia completamente apavorado (...) são os enfermeiros muitas vezes que os recebem (...) fazemos a integração, pelo menos do espaço e do ambiente. Somos nós enfermeiros que, às vezes, até lhes damos um certo carinho que eles...por parte dos colegas não têm...porque...entrar num bloco é muitas vezes sentir-se perdido...não, não estão habituados....” (E5,4).

A capacidade de dar o melhor de si, de estar disponível e de partilhar o conhecimento mostra-nos uma abertura de espírito e um quebrar na rigidez de posturas assumidas durante muitos anos, existindo um amadurecimento mútuo de ambos os profissionais, que se traduz na consciencialização da importância da interdependência do trabalho, entre ambos os actores, neste contexto de actuação profissional.

O acolhimento, que por vezes é feito pelo enfermeiro, do novo médico que chega pela primeira vez à realidade de um bloco operatório desmistifica a barreira criada pela definição das fronteiras e dos contextos de atuação. As proximidades estabelecidas, num primeiro contacto, ajudam a compreender a importância da rede de ligações intra e inter profissionais que se estabelecem na incorporação e assimilação da realidade de um bloco operatório.

O reconhecimento da competência demonstrada pelo enfermeiro e a disponibilidade na partilha de conhecimentos, de dúvidas, permite que se estabeleça uma maior proximidade comunicativa e consequentemente uma maior necessidade de compreender e aceitar cada uma das perspectivas.

“.... já passei de aprendiz, um pouco para perita na minha formação, e alguns cirurgiões já me vêm perguntar quando têm dúvidas, normalmente os mais novos que têm... algumas dúvidas só sobre alguns dispositivos médicos, sobre algum tipo de instrumental cirúrgico que precisam de utilizar e vêem me perguntar a mim” (E5, 4);

“...Há sempre um ou dois que pronto, é mais difícil a comunicação e que não aceitam tão bem (...) eu tento lidar com elas da forma mais simples, quando tenho dúvidas pergunto... não vejo problemas assim de comunicação...” (E9, 2 e 3).

O crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, desde o momento que entrou no bloco operatório, ajuda-o a ser reconhecido pelos médicos e a ter a oportunidade de partilhar toda a sua sabedoria e conhecimento, ainda que por vezes a comunicação não seja facilmente estabelecida a aptidão comunicativa ajuda-o a lidar com situações mais complexas.

3.6 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e o Doente

A relação que se estabelece entre o enfermeiro de bloco operatório e o doente, tem passado por um processo de mutação visível ao longo das últimas duas décadas, pois se antes toda a dinâmica que se vivia neste contexto se centrava à volta dos aspectos organizativos, da logística que envolvia cada processo cirúrgico, hoje o *focus* reside no doente, em todo o conforto e segurança que se exige que o mesmo tenha, num processo, que já em si, se revela de uma enorme agressividade para com o mesmo.

“...eu acho que nestes anos mudou mesmo muito, antes estava mais vocacionado para a organização em si, para o que era necessário para o funcionamento e não tanto para o doente, eu acho que se centrou, nestes anos tem se vindo a centrar cada vez mais a preocupação no doente e que tudo é feito, ao fim ao cabo, para a segurança do doente, todo o trabalho de enfermagem...” (E6,4).

A segurança e a comunicação, são regras de ouro colocadas em prática por todos e cada um dos profissionais entrevistados. Toda a base da sua actuação, face ao doente, centrar-se-á nestes dois aspectos que são os pilares que sustentam a relação do cuidar, fortemente evidenciada pelos entrevistados, não só pela consciencialização de que cada gesto, cada olhar, cada procedimento, tem por base a segurança do doente mas também pela minuciosidade dos procedimentos que se encontram inerentes a cada momento de actuação. O ter no “cérebro tudo o que é necessário” para a prestação de cuidados de saúde demonstra bem o peso da responsabilidade assimilada por estes profissionais e a qualidade da prestação do serviço que querem prestar ao doente e que os distingue dos demais colegas pois cuidar como eles cuidam “ninguém cuida”.

“...Cuidar como nós cuidamos ninguém cuida. Só o enfermeiro do bloco. Nós temos no nosso cérebro tudo o que é necessário, para que...para que o doente seja... tenha, tenha os maiores cuidados a nível perioperatório (...) nós não queremos que o doente tenha alguma complicação por ter vindo ao bloco, que seja provocado por algum... por alguma má prática de enfermagem...” (E5,9).

Nesta relação de envolvimento, entre o enfermeiro e o doente, os momentos de comunicação são muito curtos mas intensos, colocam à prova a capacidade deste profissional de saúde em tornar uma situação extremamente tensa, para o doente, em momentos de partilha e solidariedade, atenuados pela sua capacidade comunicativa em construir uma relação empática para com alguém que irá passar por um processo de intervenção cirúrgica que o preenche de medos, inseguranças e incertezas. A “afectividade” transmitida nestes momentos, a par de algumas informações importantes para o doente revelam-se de uma

importância fulcral para o estabelecimento de uma relação de “alguma confiança”. Neste papel, o enfermeiro perioperatório põe à prova a sua capacidade de escuta activa e “tem de estar atento a toda a comunicação verbal e não-verbal da pessoa que está à sua frente. A postura, a distância, o olhar, o tom de voz, podem ser indicadores importantes da forma como aquele indivíduo está a viver aquele momento” (AESOP,2006:11).

“...temos de ter modos na forma de falar, se for um tom mais alto preocupa o doente (...) comunicamos muito pouco com o doente, ou seja, a permanência de um doente dentro de um bloco operatório se for de 4 horas, nós comunicamos com o doente cerca de meia hora, meia hora a 45 minutos, que é o momento que acolhemos, são momentos de comunicação intensa com os doentes em que temos que fazer ensinios, criar uma empatia com o doente, haver uma afectividade, transmitir algumas informações importantes e criar no doente alguma confiança num espaço de tempo muito curto...” (E4,3).

A ponte que se constrói nestes momentos, alicerça-se pelo respeito por aquela pessoa, aquele doente que se entrega nas mãos de desconhecidos e que acredita que o seu problema ficará resolvido e funde-se, com a entrega de um grupo de profissionais cujo objectivo máximo se traduz em colocar todo o seu conhecimento, toda a sua perícia em prol da melhor prestação de cuidados possível, sempre com visão transversal de um doente como um todo, ele é pois o “alvo de todos os cuidados (...) é visto como um todo (abordagem holística), em permanente relação com o meio”(Lemos, 2008:155).

O “grau de responsabilidade brutal”, que é o lidar com a vida humana, exige o máximo de cada um dos profissionais envolvidos com um doente que “confia” e que cria a expectativa que o seu problema será resolvido.

“...exige-se o máximo para um objectivo que também é o máximo para uma pessoa que está lá, se disponibiliza a ceder tudo o que tem, o corpo, a consciência, o futuro em pouco tempo, não é? portanto, confia em nós e dá-nos a liberdade de agredir-mos, causar-mos dor, inconsciência, uma data de barbaridades pelos quais seríamos presos se ele não nos tivesse cedido, que sim, que nos deixava fazer isso. Portanto, isto é um grau de responsabilidade brutal, portanto, estamos a trabalhar com a pessoa humana, com uma vida humana e para isso temos que estar preparados, articulados para que nada, nada falhe. Dito assim a gente nem sabe como é que está a trabalhar num sítio destes, não é? Enfim, como é que há loucos que se propõem a trabalhar assim...” (E7, 4 e 5).

Cada gesto, cada olhar, cada atitude deverá sempre focalizar-se no doente e na qualidade que se espera que estes profissionais sejam capazes de proporcionar, consoante as suas áreas de actuação específicas. No entanto, ainda que possam ser momentos raros, por vezes, existem “quebras comportamentais”, cujo impacto é imediatamente assimilado pelo doente, que pressente que algo não está bem.

“....nós temos mesmo que trabalhar em equipa (...) quando isso não acontece nota-se logo no ambiente dentro da sala, ou logo na nossa relação com o doente, o doente próprio, eu já tive alguns relatos ao longo desta minha experiência de vida no bloco, sei por alguns que percebem (...) por alguns momentos se apercebem quando a equipa não está bem ou quando algum elemento da equipa não está bem, porque realmente só nos veem os olhos e os nossos olhos expressam muitas vezes

muita coisa (...) é o local da face onde a gente tem mais dificuldade em tentar disfarçar alguns sentimentos ou algumas reações e os doentes apercebem-se logo disso...” (E4,3).

Se os olhos são o espelho da alma, são também o veículo comunicativo por onde passam todos os sentimentos e emoções muitas vezes difícil de esconder do próprio doente pois é onde existe uma maior dificuldade em encobrir reações, pois os “olhos expressam muitas vezes muita coisa” que passa, inevitavelmente para o doente.

Esta instabilidade emocional que o doente pressente, nem sempre se resume ao contexto da sala de operações, pois todo o percurso que este percorre até chegar aos minutos que antecedem a intervenção cirúrgica, podem também influenciar, negativamente ou não, a consciencialização do momento que irá viver, desde o percurso que faz da enfermaria à sua passagem para o bloco, e consequentemente a comunicação que se estabelece entre quem recebe o doente e quem o entrega.

“...a maneira como o doente nos chega, aqui ao bloco, depende em muito da actuação dos colegas da enfermaria, do internamento, de uma consulta e da preparação que os colegas fazem a esse doente (...) Temos doentes que nos chegam aqui sem saber nada, temos outros doentes que nos chegam perfeitamente informados...” (E8,5);

“...os cuidados, os pensos que o doente trás, se trás infusivos, se não trás infusivos externos e eu isso consigo avaliar quando estava na unidade, eu também levava doentes ao bloco. Tinha o cuidado de fazer os pensos todos, o doente ia limpo, com banho tomado ou com eletrodos mudados, estava monitorizados mas ia com os eletrodos novinhos e bem colocados, de modo a facilitar o acesso ao local cirúrgico ...é importante...” (E8, 5);

“...a transferência de cuidados, o cuidado da comunicação na transferência de cuidados de modo a que mudar de equipa ou mudar de serviços não seja prejudicial para o doente também faz cair muitas barreiras. Primeiro temos a necessidade de conhecer o doente que nos vai receber e depois a necessidade de (...) todas estas passagens não serem obstruções (...) tudo faz-nos trabalhar muito em equipa ...”(E7, 8 e 9).

A forma como o processo de transferência do doente decorre, implica não só um profundo conhecimento do doente que se vai receber como também uma enorme preocupação na comunicação que se estabelece entre os pares, de forma a minimizar os efeitos que a passagem de serviços e de equipa possa causar no mesmo. Um doente bem informado é um doente que mais facilmente cria laços de confiança com a nova equipa que o recebe, por sua vez um doente desinformado pode aumentar os níveis de ansiedade e stresse que sente por se ir submeter ao processo cirúrgico, levando a que o trabalho do enfermeiro de bloco que o recebe se torne mais delicado de gerir, pois existe a necessidade de primeiro estabilizar emocionalmente este doente e num curto espaço de tempo e conseguir transmitir-lhe todas as informações necessárias.

A multiplicidade de acções que se desenrolam dentro do bloco operatório muitas vezes podem ser desvalorizados pela incapacidade de saber demonstrar e comunicar com os outros a complexidade que

rodeia a intervenção cirúrgica em cada doente. Os circuitos percorridos, os protocolos estabelecidos, a fluidez da comunicação entre os diferentes intervenientes são elementos chave que sustentam a actuação destes profissionais e que muitas vezes são desconhecidos para outras realidades.

“...tudo o que se passa com o doente durante o tempo que está no bloco implica muitas acções (...) tudo tem há ver com o doente e as pessoas não percebiam isto muito bem, achavam que estavam ali só para fazer as tarefas, só para ajudar o cirurgião e não é nada disso ...” (E6,6 e 7);

“...esta visão do doente, como centro, deixa de haver as barreiras do doente está neste serviço, eu sou daquele serviço, é o doente que interessa, portanto a fluidez da comunicação, do que é que são os focus que se deve ter atenção para aquele doente, esteja ele no internamento, como esteja a ser operado, como esteja numa recuperação pós-anestésica ou nos cuidados intensivos ou em casa....” (E7,8 e 9).

Tudo se desenvolve tendo o doente como o centro das actividades e o enfermeiro de bloco não se limita apenas a “ajudar o cirurgião”, pois a abrangência da sua actuação vai muito para além disso, sendo também um elemento chave para o sucesso de uma cirurgia, que se espera que decorra sem complicações e sem a mais ínfima falha de segurança.

3.7 Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e os seus Pares que trabalham em outros Serviços

A tipologia de funcionamento pela qual se rege o bloco operatório, fomentou durante anos a imagem de um fechamento socio-profissional que conduziu a uma visão de elitismo para os outros enfermeiros que trabalham fora da área do bloco operatório.

“...há uns anos atrás, os enfermeiros de bloco e os enfermeiros das unidades e cuidados intensivos eram vistos como umas elites dentro da urgência (...) consideram-nos muitas vezes frios, pessoas frias e distantes quer com a relação com eles quer a relação com os doentes o que não é bem verdade, como eu disse nós temos a nossa relação intensa...” (E4, 5 e 6).

Esta assunção de elitismo e fechamento é, não só reconhecida pelos outros enfermeiros, como assumida culturalmente por aqueles que neste serviço exercem funções.

“...estava eu na (...), devia ter sido os meus últimos tempos que eu lá estava, tinha um doente que vim trazer ao bloco (...) lembro-me de o ter passado e quando o doente passou para a colega, eu estava a explicar-lhe tudo o que tinha acontecido e a colega nem olhou para a minha cara, nem quis saber o que se estava a passar. Eu disse, um dia que eu venha para o bloco isto vai ser tudo diferente! E porque... nós centramo-nos .. nós fechamo-nos aqui um bocadinho, entre tudo o que é instrumento e...tudo o que é mecânico e....depois abrir as portas para os outros colegas e para quem quer que venha de novo..e mesmo para o doente..é..é...nós fechamo-nos ali um bocadinho num castelo. Mas eu acho que (...) somos vistos um bocadinho como..ahh...sermos diferentes..” (E1,4);

“... essa perspectiva do fechado não foi só um mito, mas também era uma realidade, não é? O concentrar a área técnica só e não, e não desenvolver a área de enfermagem e até pelo facto e não haver nem desenvolvimento na carreira e as pessoas poderem sentir-se que estavam ali um bocadinho parados em relação aos outros, é verdade, mas isso pelo desenvolvimento da enfermagem perioperatória e desta filosofia de trabalho abriu-se muito a perspectiva e ao abrir-se o trabalho do enfermeiro ao pré, intra e pós do doente, portanto nós alargamos as fronteiras para ir ter com o doente e alargamos as fronteiras para trabalhar com os nossos colegas, os nossos profissionais que prestam cuidados ao doente ...” (E7,7 e 8);

“...Eu acho que as pessoas não nos percebem. Mas não é só do bloco, os serviços fechados são muito mal vistos em termos hospitalares, em termos do resto do contexto, porque as pessoas acham-nos os mal-educados, os manientos, os supprassumos, depois acham que nos andamos a cirandar cá dentro e que não lhes damos atenção a eles, não percebem que nos temos timings diferentes, e quando passamos de um lado para o outro, não andamos a passear-nos pelos corredores, aqui é um ritmo diferente...” (E2, 5).

A capacidade de se ver, de fora para dentro do bloco operatório, permite identificar especificidades comportamentais, reconhecidas pelos próprios enfermeiros de bloco, como atitudes que foram sendo alimentadas por uma centralização técnica onde impera o “mito” de um fechamento profissional, não favorecido pela falta reconhecimento profissional que começa agora a dar os primeiros passos num alargamento das “fronteiras” de cooperação com os pares, acompanhando o doente nas diversas fases do seu internamento.

Os “timings diferentes” induzem também interpretações diferentes que são alimentadas pela incompreensão de uma dinâmica desigual, pelo total desconhecimento deste contexto de actuação e pela perspectiva que cada um destes actores tem sobre o trabalho que cada um desenvolve, muitas vezes pode conduzir a situações de incompreensão e, consequentemente, de conflito.

O contacto que se estabelece com os pares, que trabalham em outras valências, muitas vezes é extremamente reduzido ou quase inexistente o que também não facilita o quebrar de barreiras comunicativas e o modificar de percepções assimiladas.

“....Muitas vezes não compreendem muito bem o porquê de, por exemplo, termos três enfermeiros numa sala e lá fora têm um enfermeiro para não sei quantos doentes, eu até digo às pessoas porque é que não vêm cá e estão connosco e percebem melhor, não é?...” (E6,3);

“...e tive uma luta com um colega...ele tocava á campainha e nos turnos, eles não entravam directamente, nós tínhamos que abrir a porta e ele achava que nós tínhamos que estar no secretariado a abrir a porta....E chateeí-me.....metia o dedo na campainha e não deixava, até que alguém aparecesse. Ele começou a perceber o que era o bloco, para começar casou com uma colega de bloco (risos).... Saiu foi à urgência e voltou para o bloco ele também teve oportunidade de vir vivenciar o bloco e realmente, caiu por terra tudo, que nós não somos os bichos papões, que nós não somos os manientos..... nós não atendemos porque não podemos..” (E 2, 5);

“... E a culpa também tem sido dos enfermeiros que nunca demonstraram muito o que é que faziam. Acho que, cada vez mais, o facto de mostrarmos para fora o que nós fazemos faz com que as pessoas tenham essa consciência ...” (E6,6 e 7).

O percurso profissional até chegar ao bloco operatório pode também influenciar a compreensão do trabalho realizado em outras valências e ser um instrumento facilitador para a aproximação dos enfermeiros. Se o olhar for de dentro do bloco operatório para fora, cruzamo-nos com testemunhos de admiração e de uma certa mágoa pela incompreensão pela aceitação do esforço e empenho destes profissionais face aos seus colegas

“...eu acho que cada um, isto é a minha opinião, cada um é bom naquilo que é, e admiro por exemplo muito, e eu acho que não era capaz de trabalhar na urgência geral.... Acho que eu não me estou a ver, mas chegava lá, tinha-me de adaptar, mas não consigo, porque acho que não consigo, eu admiro muito os colegas, assim como admiro muito os colegas da medicina...” (E4,6).

Ainda que o paradigma da mudança comece a surgir aos poucos e poucos, inegável é a especificidade de conhecimentos que estes profissionais possuem e que lhes marca a especificidade do seu contexto de actuação, onde dificilmente outros profissionais, sem o mesmo corpo de conhecimentos, os poderão substituir, começa pois aqui o vínculo da diferença assimilada e percebida pelos pares.

“...é um corpo de conhecimentos muito alargado e muito específico que os outros enfermeiros não têm porque quando nós temos falta de enfermeiros em qualquer enfermaria, qualquer enfermeiro vai lá e consegue fazer, pelo menos, uma parte do trabalho, aqui faz muito pouco, vindo para o bloco, um enfermeiro que nunca esteve em bloco faz muito pouco (...) é um trabalho diferente do que o que se faz nos outros locais...” (E6,7).

Este é pois um “trabalho diferente” e que implica um longo processo de integração e aprendizagem, comparativamente com outros locais.

A necessidade de afirmação e reconhecimento pelos seus pares é uma luta constante, que começa desde logo pelo investimento feito na aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que ajudem no desenvolvimento das competências que um enfermeiro perioperatório deve possuir, e que desde logo acarreta um sentimento de insatisfação e de injustiça face às oportunidades que são dadas a enfermeiros que trabalham em outras valências. No entanto, o reconhecimento e identificação é algo que é formatado e incentivado no seio deste grupo profissional.

“...apesar de nunca terem tido grandes possibilidades, mesmo comparando com os outros colegas noutras áreas, quando se entra no bloco operatório investe-se imenso e o retorno a nível de evolução na carreira é muito desigual (...), como também desigual em relação aos outros colegas que vão podendo ter oportunidades que ele não tem. Ficam sempre prejudicados (...) esta área nem pelos próprios pares era reconhecida, como uma área de desenvolvimento ...lutamos muito para que esse reconhecimento fosse feito, também pelos nossos pares sem isso ... acho que não são os outros que nos têm que reconhecer, isso não é um bom caminho...” (E7,11).

A mudança estrutural que se vive, através do desenvolvimento e expansão de uma cirurgia de ambulatório⁴, fomenta a abertura deste serviço, na sua perspectiva tradicionalista, para uma cada vez maior integração na comunidade de enfermagem, na procura da prestação de cuidados de saúde onde o doente se assume como a alavanca que impulsiona um quebrar de barreiras, pois toda a actividade se desenvolve à sua volta.

Neste contexto ambientes semi-abertos⁵, permitem que exista um maior contacto com os diferentes serviços e estimula os profissionais a compreender melhor a actuação de cada um.

“...ambiente semi-aberto, porque nós vamos muitas vezes, por exemplo a unidade de cuidados intensivos, fazemos a visita pré-operatória na enfermaria em que lidamos muito de perto com os nossos colegas e esclarecemos as dúvidas que temos em relação aos doentes que vão ser operados no dia seguinte... existe uma boa cooperação entre os colegas e acho que há compreensão do trabalho (...) todos os enfermeiros que vão trabalhar, por exemplo para os intensivos ou para a enfermaria, vão passar um dia ao bloco, para ver de perto aquilo que se passa lá dentro. Embora sejam áreas separadas, existe uma comunicação entre todos, eu acho que facilita muito nós compreendermos o trabalho uns dos outros...” (E9,3)

“...o desenvolvimento da cirurgia do ambulatório ainda vai aumentar mais, porque concentrou num único dia todas estas necessidades de um doente de uma forma mais alargada e temos que preparar o doente, fazer-lhe a consulta, opera-lo, recupera-lo e ainda prepara-lo para a alta e acompanha-lo, uns dias mais tarde (...) viramos um bocadinho para o doente (...) o bloco operatório também teve que abrir um bocadinho estas, estas barreiras e não estar centrado, e no fundo pertencer a uma comunidade de enfermagem (...) que deve estar integrada, para dar resposta a este doente...” (E7,8 e 9)

A visão do doente como o centro das actividades faz incidir o “focus” de todos os profissionais na construção de uma relação de proximidade entre os mesmos onde a abertura do bloco operatório para uma “comunidade de enfermagem”, que se deseja integrada, é suportada por um modelo de desenvolvimento profissional, cujo objectivo se prende com o desenvolvimento de padrões de qualidade e de uma “linguagem codificada”, que permita uma continuidade na relação entre os diversos serviços.

Esta janela de oportunidade que se abre para um quebrar do misticismo e incomunicação, em prol de uma melhor prestação de serviços, não será, certamente, uma realidade em muitas instituições onde ainda se sente o peso do distanciamento e a fragilidade do desconhecimento nos diversos campos de actuação, quer seja pela incapacidade de assimilar uma mudança contextual e organizacional ou pelo desinteresse em se pré-disponibilizar em interagir de uma forma mais pró-activa com os outros.

⁴ “Cirurgia de Ambulatório é a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais leges artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.” (Direcção-Geral da Saúde, 2001:20)

⁵ Ambiente semi-aberto ou área semi-restrita, corresponde a uma área dentro do bloco operatório em que é necessário o cumprimento de determinadas normas de controle de infecção, sendo obrigatório o uso de roupa específica e touca para cobrir os cabelos. É uma área de circulação restrita aos profissionais de saúde.

3.8 Acesso à Formação Especializada na Área

A formação é sem dúvida uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências de qualquer profissional, independentemente do seu contexto de actuação. Ao entrar no bloco operatório o enfermeiro percebe o impacto que uma constante actualização de conhecimentos tem no seu dia-a-dia, a necessidade de voltar a ler matérias leccionadas no curso base, tais como anatomia, farmacologia, a descoberta de uma busca incessante pelas últimas procedimentos, as novas guidelines⁶, a nova tecnologia, um fervilhar de constantes informações que é necessário absorver para se poder manter um patamar de qualidade na prestação do serviço que se realiza. É pois uma “necessidade intrínseca” aquela que impele o percurso formativo do enfermeiro.

“...tenho uma necessidade intrínseca de me manter actualizada nas coisas que gosto (...) a nível profissional, realmente, a minha grande paixão é bloco!!...” (E4,7)

“...Os que entram no bloco, no início....é uma exigência, dos serviços, da função que exercem terem que voltar a ler coisas que nós demos nos cursos base, como anatomia, farmacologia, é mesmo necessário nós dominarmos coisas que na escola, às vezes, damos um bocadinho por alto (...) no bloco isto requer muito, muito empenho...” (E4,7 e 8)

Essa formação muitas vezes passa por sessões de esclarecimento realizadas no âmbito das reuniões de serviço, que acontecem semanalmente, e que permitem, entre outros assuntos, abordar aspectos relacionados com a aquisição de um equipamento específico e a sua forma de funcionamento, novas directrizes, novos procedimentos cirúrgicos, bem como criar grupos de trabalho para a apresentação de comunicações ou posters, a partilha de investigação realizada, ou não, em âmbito académico. Esta, é pois, uma prática recorrente no bloco operatório, onde muitas vezes se faz coincidir o tempo de formação dos enfermeiros com o tempo de formação dos médicos, tentando optimizar e rentabilizar a gestão do tempo de serviço para estes momentos de partilha e de aprendizagem.

Para além destes momentos de formação poderem ser assegurados pelos enfermeiros do bloco, médicos anestesistas, existe também, por vezes, a necessidade de se recorrer a formadores externos, provenientes de laboratórios farmacêuticos, que possam dar a conhecer uma nova farmacologia.

“....normalmente podemos ter aquela formação sempre que vem um material novo vir alguém do laboratório que nos ajuda, isto em termos de material e medicamento (...) em relação à parte da..da segurança, da infecção há sempre novas directrizes, que temos que estar actualizadas, porque ... os antissépticos mudam, fazem novos estudos e aqueles já não são...os recomendados (...) depois temos a internet (...) temos um leque enorme de coisa que nós podemos ver, tanto a nível do país, como a nível mundial. Há directrizes que são universais, depois também temos que estudar um bocadinho e há sempre livros novos e fazemos muita formação em serviço também. Uma vez por semana nós temos

⁶ Guidelines são directrizes ou “normas de orientação clínica”, reportadas num documento que é desenvolvido sistematicamente para assistir os profissionais de saúde nas decisões acerca de cuidados de saúde adequados em circunstâncias específicas.

assim períodos de...formais (...) reuniões de serviço, fazemos sempre formação sobre algum..algum material, algum procedimento, alguma nova tecnologia que vem e depois também temos os congressos...” (E3,7).

Em blocos operatórios mais pequenos, o contexto de informalidade da formação é parte integrante de um dia de trabalho, pois a proximidade que existe entre os enfermeiros estimula os momentos de partilha e aprendizagem e simultaneamente de inter-ajuda na descoberta de novos caminhos de investigação.

“...a nossa formação acaba por ser um bocadinho muito informal, porque é no dia-dia. Embora tenhamos um dia (...) que estamos mais...temos uma horinha e nos juntamos para alguns trabalhos que vão sendo realizados, também ao longo do tempo, alguns projectos (...) a maior parte da nossa formação é muito informal, porque nós somos sempre as mesmas, todos os dias, estamos sempre juntos é um espaço pequeno e tudo o que cada sabe e partilha e vai-se evoluindo também um bocadinho nessa área...” (E6,5).

A sustentabilidade, que assegura a regularidade destas reuniões, passa pelas diretrizes emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, pelas guidelines da European Operating Room Nurses Association (EORNA), as orientações da Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP).

“...há coisas fundamentais que nós temos que ter dentro do serviço, um código deontológico, um código de trabalho, os livros básicos da enfermagem perioperatória, quer os emitidos quer os que são editados pela associação portuguesa... pela AESOP, quer os que veem da EORNA europeia, quer termos documentação da norte-americana, que também é muito importante...” (E4,8)

“...em bloco operatório é a AESOP, sem dúvida alguma. Tem um corpo de conhecimentos invejável, por tudo quanto é lado e dá umas directrizes, umas guidelines...é assim, aquilo é o certo, tudo o resto que se afaste está errado. Até porque temos que admitir, aquilo é a guideline para actuar dentro de um bloco operatório. São concisas, são objectivas e ajudam muito quem trabalha no bloco a perceber as coisas...” (E8,5 e 6)

Mas não é só dentro do serviço que se proporcionam os momentos de aprendizagem e reciclagem de conhecimentos, pois muitas vezes existe também a necessidade de percorrer outros caminhos de formação que podem passar por um curso de curta duração, uma pós-graduação ou mesmo o frequentar um curso de pós-licenciatura de especialização numa área paralela à do bloco operatório, pois a não existência de um curso de pós-licenciatura de especialização na área da enfermagem perioperatória, desejo da maior parte dos profissionais desta área, leva a que alguns procurem caminhos alternativos, ainda que a satisfação pessoal não seja total.

“...eu senti necessidade tanto que fui fazer a pós-graduação....eu gosto de saber, eu gosto de fundamentar porque é que estou a fazer e faltava-me aquela parte... me deu mais, mais consistência as coisas que eu sabia e deu para fundamentar algumas coisas.” (E1, 5);

“...as pessoas estão conscientes que têm que se actualizar...” (E4,9);

“... fiz uma actualização agora recente, que foi a pós-graduação, e tento estar informada sobre as coisas novas que saem e sobre, sobre...o nosso hospital tem, tem uma sempre formação contínua aqui dentro do departamento e nós aqui no bloco temos uma formação todas as semanas..” (E5, 6).

Porém, nem sempre a busca por esses caminhos alternativos, parece não ser suficientemente aliciante para que se tome a decisão de prosseguir um desenvolvimento académico, que possa ter impacto no campo profissional, pois para um dos enfermeiros entrevistados, nada trará de enriquecimento pessoal e profissional, uma vez que o desenvolvimento da carreira se encontra estagnado e a sua motivação é inexistente.

“...O feedback que elas me deram em relação à pós-graduação não foi... (...) Eu já não estava motivada, mas podia ser que.... depois é assim, não há motivação... enriquecimento pessoal...profissional, por aquilo que eu percebi.. não há! (...) ? A carreira está parada, ou seja, aquilo só realmente se eu dissesse assim “ não, vou fazer aquilo porque vou aprender alguma coisa ali...”, de resto não! Para ter um papel? Não....” (E3,9).

O sentimento de insatisfação resulta daquilo que lhes é exigido, em termos de carreira profissional, e o retorno do investimento feito em termos de formação, onde o que é apreendido não se coaduna com as necessidades reais que a prática assim o exige, seja por uma incapacidade de compreensão entre o que é leccionado e o que é assimilado, seja por um desenquadramento com a realidade profissional que o enfermeiro vive.

“...Falta de formação específica, sim! É assim, tive a fazer o Complemento, tive não fiz o Complemento, em termos de bloco (...) para qualquer tipo de trabalho, qualquer área de enfermagem, não se aprende nada em termos práticos (...) quem gosta de investigação sempre tem mais algumas bases (...) mas bloco operatório não...apesar de ter de fazer trabalhos em termos de bloco (...),nós fazemos algumas coisas adaptadas ao serviço em que trabalhamos...” (E3,8 e 9)

A falta de um retorno imediato que possa estimular o seu desenvolvimento apresenta-se, para este enfermeiro, como obrigação imposta pelas regras de progressão de uma carreira estagnada e sem qualquer estímulo para aqueles que gostam de aprendizagens mais centradas no desenvolvimento de competências práticas.

No entanto, assumido e interiorizado está a sua profissionalização face ao contexto de actuação, não só no âmbito da sua especificidade, como no constante investimento feito na procura de um reconhecimento pela Ordem que rege a sua profissão, como pelos próprios pares.

“...Você não fala com ninguém que esteja fora da área que não ache que há ali um grupo de profissionais altamente especializado, toda a gente lhe diz isso, mas na realidade que formação é que acredita essa especialidade? É só a prática....” (E7,10).

Para este entrevistado, o enfermeiro de bloco operatório é um profissional altamente especializado que é também reconhecido pelos seus pares como detentor de um elevado nível de conhecimentos técnico-

científicos, mas que, ironicamente, não é certificado por essas competências pela Ordem que rege o exercício da sua actividade profissional, não existindo nenhum regulamento específico (www.ordemenfermeiros.pt).

3.9 Estratégias para o Desenvolvimento Profissional

O desenvolvimento profissional para estes entrevistados é algo de extrema importância, não só pela exigência das funções que desempenham, mas também por uma necessidade pessoal intrínseca que se converte na sede pelo saber. Esta necessidade assume-se como uma forma “natural” de estar na profissão, como se de um código de conduta se tratasse e que permite alcançar um patamar mais elevado na prestação de cuidados de saúde.

“...nós temos estado ao longo destes tempos todos, cada vez mais, fazendo formação, fazendo formação para que..para isso mesmo. A formação é fundamental. Não chega só a sabedoria interna, mas a formação é uma coisa fundamental para nós desenvolvermos e cada vez prestarmos cuidados com mais qualidade. Sem dúvida!...” (E5,10);

“...temos sempre que continuamente nos preparar para estarmos (...) ao nível do que é exigido. Se não estamos, até podemos fazer a mesma coisa, mas não é exactamente...nem o resultado é o mesmo e mais tarde a motivação que nos une também não é a mesma..” (E7,5);

“...a pessoa entra em bloco operatório e percebe o que é que tem que adquirir de conhecimentos para poder fundamentar a prática (...) temos que estar a par de tudo o que se faz, portanto nunca mais vamos poder parar de estudar de certeza absoluta, isso é a parte boa. É um grande desafio quando não se tem preparação de base...” (E7,9).

É pois esperado que estejam “ao nível do que é exigido” sendo este o “grande desafio”, para o qual é necessário uma constante actualização de conhecimentos que consolide a “sabedoria interna” e permita fundamentar a sua prática profissional. O que se traduz na busca por elevados padrões de qualidade que se espera que sejam a resposta para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

A afirmação de “nunca mais vamos poder parar de estudar”, conduz-nos para a consciencialização da importância de continuidade do processo formativo, na procura de um reconhecimento académico que consolide a actualização dos conhecimentos tácitos. Os caminhos percorridos para este reconhecimento poderão ser diversos, como veremos nas citações seguintes.

Ao processo cultural de integração no bloco alia-se a evolução da tecnologia, as estratégias de busca de informação foram também sendo alargadas, da pesquisa pela literatura nacional e internacional, muitas vezes recomendada por colegas, para uma pesquisa global, feita através da internet, onde qualquer temática pode ser investigada.

A necessidade conduz muitas vezes, o enfermeiro do bloco operatório, a focalizar-se sobre um determinado assunto, estuda-lo e partilha-lo com os demais colegas, através de posters ou comunicações, apresentados em congressos ou conferências. Esta também é uma forma de dar a conhecer aos outros o trabalho que o próprio realiza e transportar esse conhecimento para fora da sua área de actuação.

“...eu auto proponho-me para fazer muitos trabalhos, tenho feito vários trabalhos para congressos, posters, comunicações. Tento sempre que seja na área que eu estou a desenvolver no momento, ou alguma questão que me tenha ficado... vou fazendo assim tipo uma listagem (...) Neste momento já cheguei à conclusão que a carrada de trabalhos que tenho não me vale nada, sem ser para conhecimento pessoal, portanto vou apostar neste caso no mestrado, como estava dizer ainda a bocado que ainda estou a procura do tempo certo...” (E8,5).

Para este entrevistado, as pesquisas individuais que têm sido realizadas não satisfazem a sua necessidade de saber mais, de consolidar os seus conhecimentos, sentindo uma necessidade de encontrar outros meios de consolidar a sua prática profissional. A apresentação de posters e comunicações exige um nível de conhecimentos académicos, que permita fazer uma produção científica de qualidade que, ao ser apresentada fora do bloco operatório, permite o reconhecimento profissional pelo trabalho realizado. Neste sentido, este entrevistado manifesta-nos a sua necessidade de “apostar” num curso de mestrado, que acredita lhe trará esse reconhecimento

No entanto, nem sempre se expõe para o exterior as investigações realizadas, pois muitas vezes a necessidade pessoal de simplesmente saber, de se preparar para uma determinada intervenção cirúrgica, conduz o enfermeiro a um encontro entre a pesquisa individual e a partilha de dúvidas com os seus pares.

“...prefiro ler, prefiro perguntar às vezes mesmo coisas super simples e que ... já circulei, eu já arranjei material, eu já fiz anestesia, com uma coisa muito mais complicada, mas naquela altura específica, nunca estive naquela área específica, naquela cirurgia específica, então eu prefiro se conseguir competência ir ver a internet ou pesquisar alguma coisa tudo bem, se não conseguir e se for assim um bocadinho em cima da hora tenho que ir perguntar a alguém ...” (E3,4).

Numa perspectiva mais cooperativa, os congressos aparecem fortemente referenciados como veículos de transmissão e partilha privilegiada de conhecimentos científicos, onde o enfermeiro perioperatório tem a oportunidade de aprender novas técnicas, procedimentos e reciclar os conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho, assim como cursos específicos de diferentes valências, periféricas mas interligadas com a enfermagem perioperatória.

“...as pessoas tentam sempre actualizarem-se com congressos ou com encontros internacionais, porque quer a enfermagem perioperatória, quer a nível de cirurgia de ortopedia, há encontros internacionais quer no nosso país, algumas vezes estão no nosso país, há outras vezes somos nós que nos temos que deslocar e as pessoas acabam por ir, são 4, 5 dias de actualização, de troca de experiência de novas (...) sempre houve formação sempre houve institutos de formação que faziam formação na área de enfermagem, muitas vezes na área de enfermagem perioperatória, mas pequenas coisinhas, não muito

fundamentas, dadas às vezes por pessoas que tinham o conhecimento, era o conhecimento teórico, só nos últimos tempos é que realmente nós progrediremos..” (E4,9);

“...temos os congressos, os cursos, eu fiz o curso de laparoscopia.... E aprendi imenso, adorei fazer, e isso puxa um bocadinho por nós, obriga-nos a ir estudar e a falar com colegas da mesma especialidade, do Porto de Coimbra, é engraçado, pronto e dá para aprendermos bastante. Mas faz-nos falta mais! É a especialidade que eu gostaria de tirar mas ... estou a espera...” (E9,4).

Porém, nem todos concordam que os congressos realizados, dentro da área científica de enfermagem, possam efectivamente representar uma mais-valia na sua aprendizagem e como tal é necessário procurar outros meios que possibilitem uma consolidação de conhecimentos e que tragam prestígio e notoriedade profissional.

“...congressos que vamos as coisas ficam...é tudo muita teoria, pouca prática, e daí faltar-me a componente do...do fazermos isto, porque é que estamos a fazer e daí ter ido fazer a pós-graduação (...) já fui a algumas formações realizadas por grupos que...que...que a Direcção identifica como peritos e é assim não vi que...que trouxessem mais valias para, para as nossas práticas, não...acho que é mais as nozes do que as vozes, como se costuma dizer...” (E1,5).

Nem sempre os caminhos mais óbvios são os seguidos, pois por vezes existe um reconhecimento que a aprendizagem não se deve apenas circunscrever à formação que surge dirigida a este público-alvo, sendo necessário encontrar novas fontes de conhecimento que possam colmatar as possíveis fragilidades existentes na rotina do exercício profissional e, simultaneamente, permitam uma aproximação da linguagem e práticas utilizadas entre o enfermeiro e o médico. É neste contexto que os congressos da área médica se apresentam como uma oportunidade de verdadeiramente desenvolver competências, apreender conceitos e sobretudo fomentar proximidades com a realidade de um profissional, cuja partilha diária faz despoletar a necessidade de estabelecer códigos linguísticos que ajudem a fortalecer os canais de comunicação entre ambos.

“...Há um congresso médico, médico e de enfermagem, eu vou, que eu costumo ir desde que apareceu aquele congresso em cirurgia (...), claro que muitas vezes vou ver as técnicas cirúrgicas e familiarizar-me um bocadinho com o material, porque acabamos por ver alguns materiais, como suturas mecânicas e quando se está a instrumentar às vezes nem os médicos sabem, é muito chato uma pessoa ouvir aquilo e depois não saber funcionar na altura, pronto (...) Agora os congressos de enfermagem, confesso que os enfermeiros, apesar de até alguns serem bons oradores... epahh...eu confesso que às vezes aquilo me cansa e que eu não aprendo muito com aquilo (...) desisti um bocadinho de ir a congressos de enfermagem (...) ou é realmente um congresso como a AESOP que é muito dirigido para o bloco operatório, ou então...falasse de várias coisas, à coisas engraçadas e interessantes, mas quer dizer... é um bocadinho...se eu não tiver mais nada para fazer, pronto até ouço uma coisa diferente ...epahh...se não, prefiro não, não gasto muito tempo a ir...” (E3,8);

“...os congressos médicos também ajudavam muito, porque também é uma área de conhecimento que sempre também se vai avaliando, se vai melhorando, até a nível de tecnologia se vai alterando, portanto eu acho que é uma conjugação de tudo...” (E6,4).

A acompanhar a evolução dos recursos aos quais os enfermeiros periperatórios recorrem como ferramentas para as actualizações dos seus conhecimentos surge a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), cujo objectivo é ser uma instituição de referência na área da enfermagem peroperatória, apoiando os seus associados através da promoção dos cuidados prestados, mas também através do desenvolvimento de linhas de investigação no âmbito dos cuidados perioperatórios e fomentando acções de formação que permitam a constante actualização de conhecimentos científicos. Este papel de entidade formadora é reconhecido pelos entrevistados, bem como a de ser uma instituição de referência.

“...a AESOP ajudou-nos muito sempre por ser uma associação que começou por ter práticas recomendadas, era... partilhando (...) para tentar apanhar o melhor do que existia para pudermos estar sempre a fazer as coisas bem e isso expectou sempre uma tentativa grande das pessoas, quer das que estavam, quer das que foram chegando, mais novas, de se manterem actualizadas e de pesquisar o que havia, ir a congressos, formações (...) literatura (...) não havia as possibilidades que hoje, não é, da internet, de poder pesquisar cada vez mais, mas sempre pela literatura existente, mais às vezes internacional do que nacional....” (E6,4).

Na busca pelo conhecimento e pelo desenvolvimento das competências profissionais, existe um sonho comum a todos os entrevistados e cujo actual contexto parece aproxima-lo de uma realidade concreta, e que se traduz no reconhecimento, por parte da Ordem dos Enfermeiros, de uma especialidade em enfermagem perioperatória. Este factor reconduz-nos para a importância atribuída ao reconhecimento académico, que mais uma vez parece-nos indiciar que trará a notoriedade que desejam alcançar, face a alguns dos seus pares que têm a possibilidade de usufruir de formações académicas específicas para as áreas de actuação em que se encontram.

“...eu já pensei tirar a especialidade mas tirar a especialidade do quê? Médico-cirúrgica? Não! Eu quero mesmo é de perioperatória, é diferente... não, não vou tirar essa enquanto ... enquanto não encontrar a que eu quero...” (E9,4);

“...o meu caso, não havia a área de bloco operatório, mas áreas que simpatizam, a médico-cirúrgica é por exemplo um das áreas em que muitos enfermeiros de bloco têm investido...” (E4,9).

Os constrangimentos inerentes à estagnação que a carreira de enfermagem vive, podem influenciar negativamente a perspectiva de desenvolver a aprendizagem profissional.

“...não há motivação... enriquecimento pessoal...profissional, por aquilo que eu percebi.. não há! (...) A carreira está parada, ou seja, aquilo só realmente se eu dissesse assim “ não, vou fazer aquilo porque vou aprender alguma coisa ali...”, de resto não! Para ter um papel? Não....” (E3,9);

“...acabam as escolas por... fazer estes cursos de pós-graduações (...) os especialistas, os que fazem a especialidade, e que são enfermeiros especialistas, trabalham num hospital que não têm um lugar no quadro ou na instituição como enfermeiro especialistas, continuam a ganhar como enfermeiro. Por isso, realmente só se for uma pessoa que goste muito de aprender e que vá tirar a especialidade para

aprender mais sobre aquilo, porque que de resto não é para ganhar mais, vai ficar exactamente a ganhar o mesmo...” (E3,11).

A falta de motivação para apostar no “enriquecimento pessoal” e “profissional” é para este entrevistado uma condicionante, pois para tirar uma especialidade só se for porque se gosta de aprender mais sobre um determinado assunto, uma vez que não alterará em nada a sua progressão na carreira.

3.10 Posicionamento do Enfermeiro de Bloco Operatório face ao Associativismo Profissional

Os discursos dos enfermeiros de bloco operatório entrevistados revelam, na sua maioria, uma descrença pelo papel que a Ordem dos Enfermeiros desempenha não só em relação à sua profissão, como, em particular, em relação ao campo de actuação profissional.

O descontentamento destes profissionais passa pelo não reconhecimento, por parte da Ordem dos Enfermeiros, de que o enfermeiro que exerce a sua actividade no bloco operatório tem características únicas que o distingue dos restantes colegas, assumindo que a visão desta instituição se circunscreve a abordagens generalistas da enfermagem, que poderá ficar a dever-se ao facto de os diferentes membros dos órgãos da Direcção da Ordem nunca terem trabalhado no bloco. A desilusão torna-se maior pelo grau de expectativas criadas, pela crença de que com a criação desta Ordem o reconhecimento das diferentes valências, englobadas na área de enfermagem, seria um processo natural, estabelecido através de uma comunicação aberta onde as suas preocupações fossem ouvidas e consideradas, não existindo o vazio cooperativo que sentem alguns destes profissionais.

“...eu criei uma grande expectativa face à Ordem, isto porque uma das Ordens que mais se vê no nosso país, e tinha grande poder, era a dos advogados e a dos médicos e eu pensei ok, acabou-se esta briguinha de sindicatos, eu acho que o problema, nesse tempo, era que muitos sindicatos, na área de enfermagem havia dois, houve uma altura até houve três e cada um puxava para o seu lado, interesses pessoais e que nunca se chegava a lado nenhum (...) se calhar foi erro meu, como gostava de ver mais coisas feitas pela Ordem...não tão à distância, eu acho que eles estão um bocadinho a distância dos locais de trabalho dos profissionais, quem continua a procurar os profissionais continua a ser o sindicato, neste momento está com mais fervor ...” (E4,10).

A sua mágoa, que reside numa incapacidade de serem ouvidos e reconhecidos, revela-se também no desagrado com que vêm a sua área de actuação ser aglutinada pela área da enfermagem médico-cirúrgica⁷, como se tratasse de mais uma ramificação específica deste campo de actuação, sem a capacidade de poder ser reconhecida e valorizada isoladamente também como uma valência de distinta dentro do campo da enfermagem.

⁷ O curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica confere o título de especialista em enfermagem, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros que permite o acesso à progressão da carreira.

“...enfermagem perioperatória ainda é mais do que a enfermagem da parte cirúrgica, tem especificações que são, que são nossas e se nós conseguimos abarcar todo o ciclo vital....eu não percebo porque é que nós não temos uma especialidade, não faz sentido não existir, acho que a Ordem devia consentir que existisse uma especialidade em enfermagem perioperatória...” (E1,6);

“..Há muitas valências dentro da enfermagem, não é só a saúde mental, a pediatria ou a obstetrícia e depois a médico-cirúrgica, que é todo um mundo, enfiaram... dá a sensação que tudo o que restou da enfermagem enfiaram na médico-cirúrgica e não é assim...” (E8, 6);

“...lá está a médico-cirúrgica e desculpem os colegas, esta é a minha opinião e tenho que a deixar expressa, está a querer tocar em todas as áreas da enfermagem e que não dá. Eu penso que a Ordem precisaria de uma grande mudança...” (E4,10).

Para estes entrevistados o não reconhecimento da “sua” especialidade deixa-nos a descoberto a competição intra-profissional que existe entre os enfermeiros de diferentes valências, pois o sentimento de incompreensão de “porque é que nós não temos uma especialidade” leva-os a perceberem que “tudo o que restou da enfermagem enfiaram na médico-cirúrgica”, área que, segundo um destes entrevistados parece “querer tocar em todas as áreas da enfermagem”. Neste contexto, deparamo-nos com a reivindicação de um reconhecimento formal do seu estatuto profissional que conduza a uma desvinculação da área de enfermagem médico-cirúrgica.

A consciência da importância do papel que desempenham é transversal a todos os entrevistados, ainda que o reconhecimento das suas especificidades não lhes seja dado pela instituição que rege o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros. Este facto não lhes retira a vontade de continuar a reivindicar o que, para os enfermeiros de bloco operatório, é a formalização de algo que é assumido por todos: o enfermeiro de bloco operatório é um enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória.

“.... lutamos muito para que esse reconhecimento fosse feito, também pelos nossos pares, sem isso ... acho que não são os outros que nos têm que reconhecer, isso não é um bom caminho, e esperamos (...) o reconhecimento da necessidade de inevitização desta, desta especialidade (...) eles não nos reconhecem, interiormente nós sabemos que já (...) desenvolvemos muitas competências que são as do enfermeiro especialista e precisávamos do apoio efectivo noutras áreas para que ele fosse cimentado e depois reconhecido, sendo feito numa estrutura adequada e própria (...) As pessoas não perceberam, há um manancial de gente a espera desta oportunidade de desenvolvimento muito grande...” (E7, 11).

A falta de capacidade de comunicação, de acordo com os entrevistados, por parte da Ordem também não favorece o estabelecimento de empatias ou proximidades, muito pelo contrário, promove o desinteresse e a desilusão aliados à incapacidade de compreender o que trava o reconhecimento da sua especialidade e do seu estatuto profissional.

“...enfermagem perioperatória ainda é mais do que a enfermagem da parte cirúrgica, tem especificações que são, que são nossas e se nós conseguimos abarcar todo o ciclo vital....eu não

percebo porque é que nós não temos uma especialidade, não faz sentido não existir, acho que a Ordem devia consentir que existisse uma especialidade em enfermagem perioperatória...” (E1,6);

“...Se calhar dão importância igual para todos, não distinguem...ou não conhecem, se calhar não...o nosso trabalho. O nosso trabalho é como o trabalho de quem trabalha como...pronto...nos cuidados intensivos...para eles se calhar é...” (E9,4);

“...não sei porque é que não investiram mais na parte perioperatória desde o início, porque é uma especialidade. Porque é que não a reconheceram mais cedo, não é?Nós estamos cá e temos a nossa importância...” (E8,6);

“...E eles nesse aspecto continuam a não corresponder às nossas expectativas. Eles exigem-nos, exigem-nos licenciaturas, mais isto, mais aquilo, mais actualizações, mais actualizações daquilo e agora é que vamos conseguir, agora é que vai ser (...) os enfermeiros do bloco (...) esses nunca foram tidos nem achados, eu acho que as pessoas os descobriram agora, porque houve alguém, houve umas cabeças, que conseguiram montar ao fim de não sei quantos anos um projecto que estava em gaveta e que se criou...” (E2, 7).

O não reconhecimento, por parte da Ordem dos Enfermeiros, da enfermagem perioperatória como uma especialidade aliado a um sentimento de incompreensão pelo trabalho realizado, pela não distinção face aos seus pares em valências de actuação paralelas, como é o caso da enfermagem médico-cirúrgica, amplia uma desilusão colectiva que é sentida pelos enfermeiros de bloco operatório.

Mais uma vez os discursos dos nossos entrevistados conduzem-nos a uma necessidade de procura por um reconhecimento académico que se une à competição intra-profissional, manifestada pelo sentimento de não “distinção” e de não valorização pelas suas competências face aos outros colegas. Alguns dos entrevistados consideram que o único impacto que esta instituição tem nas suas vidas, prende-se com a autorização legal para o exercício da sua profissão, sendo apenas este o factor que os liga à Ordem.

“...a Ordem não promove nada. A Ordem para mim é só aparecer a quota para pagar e tenho que pagar se não, não posso exercer. Como todos os outros meus colegas...” (E3,11)

“...A Ordem estou inscrita por obrigação, fui obrigada, nunca me deram nada em troca, até hoje. Tenho o seguro de responsabilidade civil, acho que é o único benefício que tenho da Ordem...não fizeram nada que eu sentisse, que realmente fosse importante, pela profissão...” (E2, 7)

“...uma enfermeira generalista, não me vejo como mais nada neste momento...eles não têm mais nada para me dar...” (E2,9)

O reduzido ou quase nulo impacto da Ordem dos Enfermeiros no contexto da vida profissional destes entrevistados, revela-nos um total desinteresse pelas linhas de actuação que têm sido seguidas por esta instituição e levam-nos a questionar a eficácia da comunicação com os seus membros. O saber dar resposta às suas preocupações poderia levar a uma maior empatia por parte dos enfermeiros de bloco operatório, levando a que outros grupos de enfermeiros reivindicassem idêntico reconhecimento profissional.

Porém, existe também quem considere que o impacto negativo que possa advir desta instituição, é, em parte, responsabilidade dos próprios enfermeiros, pela falta de interesse e pelo desconhecimento do trabalho realizado em múltiplas valências

“...E a culpa também tem sido dos enfermeiros que nunca demonstraram muito o que é que faziam. Acho que, cada vez mais, o facto de mostrarmos para fora o que nós fazemos faz com que as pessoas tenham essa consciência e o mesmo se passou também com a Ordem. Quando nós conseguimos mostra-lhe que realmente tínhamos um trabalho importante eles realmente até perceberam que nós até fazemos um trabalho importante (...) eles têm também reconhecido o nosso trabalho (..) Muita coisa tem mudado e tudo se reflecte nisso não é?...” (E6,7).

A não identificação com a Ordem dos Enfermeiros, para um dos entrevistados, pode advir de um desinteresse em tentar compreender o que é desenvolvido por esta organização, uma vez que aquilo que é feito nunca é especificamente direccionado para os enfermeiros do bloco operatório. Por outro lado, o isolamento sócio-profissional em que os enfermeiros de bloco têm vivido, condicionou o conhecimento geral de todo o trabalho que é produzido, sendo que a existência de uma maior abertura destes profissionais para o exterior tem permitido o aumentar da sua notoriedade junto da Ordem dos Enfermeiros, que agora até “perceberam” a verdadeira dimensão do trabalho do bloco.

“...eu acho que nos revemos na ordem dos enfermeiros e muitos que falam mal da Ordem é de não conhecerem, eu falo também um bocadinho por mim, porque nós temos sempre a tendência a dizer não fazemos nada, não fazemos aquilo que nós gostávamos...eu neste momento acho que há uma abertura (...) temos muitas coisas que podemos partilhar e se calhar nós também não colaboramos com a Ordem no sentido, eles têm formas de nós nos podermos fazer ouvir e não fazemos (...) estão sempre a dizer aahh e a Ordem é assim, não faz isto e aquilo (..) a Ordem tem o seu papel e eles até fazem isto e isto e isto e eu acho que eu me revejo em muitas coisas da Ordem e aquilo em que não nos revimos é também porque não nos interessamos (...) acho que têm feito muita coisa que não dão visibilidade...” (E6,6).

Numa outra perspectiva, segundo um dos entrevistados, existe uma grande falta de união dentro deste grupo profissional, dado que os seus membros não se reconhecem a si próprios, o que também não tem favorecido a luta pelo reconhecimento da especialidade.

“...Nós não nos reconhecemos a nós próprios !! Eu acho que o grande defeito dos enfermeiros tem a ver com isso, não são unidos, não se conhecem uns aos outros, mais facilmente reconhecem, e eu não tenho nada contra as outras classes, mas mais facilmente dão a razão ao médico, quando estamos em paralelo numa conversa, do que defender o próprio colega...” (E2,8).

Neste contexto, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) surge-nos como a entidade representativa de todo este grupo de profissionais, dando-lhes voz não só através das negociações estabelecidas com a Ordem dos Enfermeiros, no sentido de demonstrar o porquê da luta destes profissionais pelo reconhecimento da sua especialidade, como fomentando a formação profissional dos seus associados, através da dinamização de cursos e congressos, nacionais e internacionais, publicação de artigos científicos, estabelecimento de rede de contactos privilegiados com outras associações, entre outras

actividades. Neste sentido, o papel que desempenha merece o reconhecimento por parte dos seus associados.

“...a AESOP ajudou-nos muito sempre por ser uma associação que começou por ter práticas recomendadas, era... partilhando (...) para tentar apanhar o melhor do que existia para pudermos estar sempre a fazer as coisas bem e isso expectou sempre uma tentativa grande das pessoas, quer das que estavam, quer das que foram chegando, mais novas, de se manterem actualizadas e de pesquisar o que havia, ir a congressos, formações...” (E6,4).

A controvérsia desta relação reside, para um dos entrevistados, no facto de a Ordem dos Enfermeiros não ter integrado nos seus órgãos de direcção um corpo de “especialistas” em enfermagem perioperatória, que lhe permitisse a elaboração de pareceres sem uma directa intervenção da AESOP. A existência de uma cooperação interactiva entre a Ordem dos Enfermeiros e a AESOP fundamenta-se, por um lado pelo reconhecimento da importância do papel que a AESOP desempenha no seio deste grupo de profissionais, que são os enfermeiros perioperatórios, e por outro permite uma “união” de forças associativas, evitando à Ordem uma maior hostilização por parte deste sub-grupo de profissionais. Neste âmbito, a gestão de conflitos vai sendo regulada pela capacidade destas duas instituições comunicarem e de conseguirem encontrar o ponto de equilíbrio que permita o fortalecimento desta parceria.

“...a Ordem dos Enfermeiros apoia-se sempre na AESOP, sempre! Qualquer parecer que tenha a ver com bloco operatório, a Ordem dos Enfermeiros vai sempre basear-se....recorre a AESOP. ...também não devem ter peritos aí...por isso é que eu acho que devia de haver a especialidade em enfermagem perioperatória, porque daí pronto a Ordem poderia ter um núcleo de enfermeiros de enfermagem perioperatória, sem ter que estar a recorrer a AESOP..” (E1,6).

Na perspectiva deste entrevistado, é reconhecido que a própria AESOP se encontra num processo de mudança tentando recriar a sua identidade e redefinir o seu espaço, estreitando as relações privilegiadas com diversas associações, na sua luta neste processo, mantendo-se sempre com uma disponibilidade para continuar a apresentar propostas que permitam o reconhecimento do enfermeiro perioperatório e a sua valorização profissional.

“...a AESOP teve o seu papel e continua a ter o seu papel (...) mas a AESOP também nunca apoiou muito os blocos, nunca teve muito tempo dentro dos blocos (...) Neste 18 anos acho que teve muito...muito pouco papel (...) acho que nestes últimos 2 anos a AESOP está a modificar-se, acho que as pessoas que estão lá vão modificar de certeza absoluta! Têm ideias novas, têm coisas novas, acho que vão construir coisas novas ...”(E5,8).

Neste triângulo associativo surge-nos também o papel que o sindicato pode, ou não, desempenhar em prol das reivindicações expostas, que se para uns se destaca pelo seu papel activo, relativamente às instituições anteriores, procurando os enfermeiros e ouvindo as suas questões, por outro é apenas mais um *lobby* que

se assemelha a estrutura organizativa da Ordem dos Enfermeiros e que não compreende o ponto de vista dos enfermeiros perioperatórios.

“...Acho que a própria Ordem (...) não reconhece os enfermeiros, porque acabaram por não lutar pela...pela carreira de enfermagem, não é? O sindicato... sinceramente eu acho que aquilo deve ser tudo assim um grande complô. Os sindicatos também acabaram por desistir...”(E3,10);

“...continua a haver alguns lobbies dentro da Ordem, que já havia nos sindicatos, e que cada vez mais se têm vindo a transferir para a Ordem..” (E4,10).

No actual enquadramento, parece surgir, de acordo com a opinião de alguns entrevistados, uma janela de oportunidade para o início de uma nova etapa.

“...Neste momento eles até acham que é importante termos uma especialidade em enfermagem perioperatória e andamos há 20 anos, há 25 anos a dizer isto e nunca ninguém nos ouviu. Porquê agora? Não sei...” (E6, 7).

O “porquê agora?”, revela-nos uma atitude de descrença ou mesmo desconfiança, num aparente reconhecimento de que “é importante termos uma especialidade em enfermagem perioperatória”, pois os anos de reivindicações e esperanças não concretizadas, deixaram as suas marcas. Estarão agora a começar a ser reunidas as condições para se efectivar a construção de uma ponte, que ligue as aspirações dos enfermeiros perioperatórios a um efectivo reconhecimento da especificidade do seu campo de actuação, pela Ordem dos Enfermeiros e pelos seus pares, e consequentemente a real dignificação da carreira do enfermeiro perioperatório? Ou será está mais uma etapa, num caminho já longamente percorrido, onde as expectativas poderão não se concretizar?

3.11 Perspectivas Face ao Futuro do Campo Profissional

Num campo onde as incertezas predominam, a importância assumida pelo papel que o enfermeiro desempenha dentro do bloco operatório, reforça a necessidade premente de um reconhecimento académico pela oficialização do diploma de especialização em enfermagem perioperatória, que permita que a competição intra-profissional possa ser colocada num patamar de igualdade perante outras valências, dentro da área de enfermagem, onde este reconhecimento já foi alcançado.

“...é um trabalho diferente do que o que se faz nos outros locais e acho que isto tem sido demonstrado e ainda bem que se demora anos (...) acho que a possibilidade do enfermeiro perioperatório mudou muito e a Ordem (...) têm também reconhecido o nosso trabalho (...) aliás a enfermagem tem tido um período de viragem nos últimos 20, 30 anos não é? Muita coisa tem mudado e tudo se reflecte nisso ...” (E6,7).

O caminho percorrido nem sempre tem sido fácil, a morosidade dos processos de reconhecimento da carreira profissional, a insatisfação pelos resultados práticos de um investimento académico, a luta pelo reconhecimento de uma área de actuação com especificidades inigualáveis a outras, requereu sempre uma forte determinação e empenho, mas sobretudo uma enorme entrega e paixão pelo trabalho realizado.

O “espírito de luta”, que tem manifestado ao longo de muitos anos traduziu-se pela necessidade de criarem uma associação que os representasse e lhes desse consistência na reivindicação das suas aspirações e que se traduziu na criação da AESOP: Esta necessidade de partilha entre os enfermeiros perioperatórios impulsiona-os a continuar e a não desistir de lutar por um reconhecimento formativo na Ordem dos Enfermeiros, pois na sua profissão “tudo tem demorado muitos anos” e os enfermeiros “nunca tiveram uma vida fácil”.

“...na minha profissão tudo tem demorado muitos anos, tudo, tudo demora muito a acontecer. Entrei no primeiro curso bacharelato, para isso foi preciso uma manifestação (...) que quase que mandaram Lisboa a baixo os enfermeiros ... conseguiu-se...A seguir vem uma luta novamente pela licenciatura e mesmo assim não somos mais remunerados por isso .. portanto os enfermeiros nunca tiveram uma vida fácil (...) nós reconhecemo-nos muito uns aos outros dentro do próprio bloco e dentro do próprio espaço e se calhar faz com que ...seja possível vermos tudo de uma forma mais positiva e continuemos cá e não desistimos...” (E2,9).

É pois a esperança que os enfermeiros de bloco operatório depositam no desenvolvimento do seu futuro profissional, onde domina o desejo de alcançar o efectivo reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros, pelo curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem perioperatória, que a concretizar-se será sem dúvida um grande passo que impulsionará ainda mais a identidade profissional desta área, permitindo que as vivências do bloco operatório se expandam para além das fronteiras às quais estão consignadas, e se estabeleça um maior contacto com os pares e com todos os outros que de uma forma directa ou indirecta estão ligados à área da saúde.

“...o que eu queria ver no meu futuro era o reconhecimento da enfermagem perioperatória e sermos reconhecidos como especialistas isso é o que eu queria.. a prova disso é que eu nunca tirei nenhuma especialidade, nunca! Nem me passa pela cabeça....”(E2,9);

“...Eu acho que tem mesmo que passar por uma especialidade em enfermagem perioperatória (...) Eu acredito que isso poderá acontecer.... nós mostramos isto ...na pós-graduação (...) estivemos com professores que não sabiam o que era o bloco operatório e acho que nós conseguimos convencer o que é que era, o que é que fazíamos dentro do bloco e que, que há imensas coisas para fazer num bloco (...) nós sabemos que isto é uma especialidade, porque mesmo nós cá dentro nós nos especializamos, porque um faz mais uma vertente do que outra e então acho que sim, sem dúvida nenhuma tem que existir uma especialidade em enfermagem perioperatória!...” (E1, 6 e 7);

“...estou a aguardar ansiosamente pelo reconhecimento da especialidade (...) Com a especialidade, talvez um pouco mais risonho. Até agora muito apagado, somos uma figura invisível, toda a gente sabia

que existíamos...mas...passávamos um bocadinho ao lado, eramos os ajudantes dos cirurgiões. Não somos só ajudantes de cirurgiões, não estamos ali só a passar ferro, como eu costumo dizer. Marcamos diferença e estamos numa altura em que a pessoa mais precisa (...) Sinto que sim, começamos a ser reconhecidos, a nossa actuação começa a ser reconhecida.... espero eu, que não seja só impressão..” (E8,6 e 7).

A expectativa de uma mudança é enorme e bem vincada nos nossos entrevistados, a formalização do reconhecimento da especialidade trará certamente um futuro “um pouco mais risonho”, onde a dignificação do enfermeiro de bloco operatório será finalmente assumida pela diferença que os distingue de outras valências de actuação. Não são apenas “ajudantes de cirurgiões”, mas sim profissionais que, segundo alguns entrevistados, começam agora a ser reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Mas nem sempre o optimismo preenche o espírito destes profissionais de saúde, pois o desgaste e a descrença em falsas esperanças, em realidades que nunca, até hoje, foram concretizadas, deixaram as suas marcas que se reforçam ainda mais com a estagnação que a carreira de enfermagem atravessa e que lhes faz não ter esperança no seu futuro profissional.

“...Não vejo futuro. Acho que não vai evoluir mais. Eu acho que enfermagem está...enquanto não abrirem outras oportunidades no nosso país parou, pronto. Não temos que tirar uma pós-graduação ou um mestrado, para mim eu não quero dar aulas, não vou tirar nenhum mestrado, Eu gostava mesmo de especializar o meu trabalho nesta área, é a única que eu gosto, pronto, e não vejo futuro nisso, não vejo abertura.... não vejo futuro, sinceramente...” (E9,5)

“....Acho que não há futuro. Em termos de carreira não há futuro (...) Acho que passa muito pela união dos enfermeiros, que é uma coisa que eu acho que não existe (...) lutar por uma carreira não é só os enfermeiros do bloco operatório, teriam que ser todos, não é? (...) não há união. Não quer dizer que os enfermeiros andem todos a brigar uns com os outros, isso não, não é isso. É assim, quando é para lutar por alguma coisa tem que ser a maioria e não foi. (...) olham mais para a própria pessoa, portanto não tem a ver com a área de actuação. Todos os enfermeiros deviam unir-se independentemente de trabalharem em Setúbal, no Algarve, na enfermaria, no centro de saúde ou onde quer que seja, não é?...” (E3,10 e 11)

Para estes entrevistados a descrença de uma evolução positiva tem por base anos de promessas não cumpridas e a desilusão pela falta de “união dos enfermeiros”. Contudo, apesar desta descrença, não deixa de haver um certo fundo de esperança num futuro melhor já que, como referia um dos entrevistados “esperar, pelos vistos, é uma característica que nos define como enfermeiros perioperatórios...” (E7,11).

CONCLUSÃO

O estudo sobre a construção da identidade profissional é um desafio que visa explorar e compreender as dinâmicas que se estabelecem no percurso profissional do enfermeiro de bloco operatório, onde se cruzam diferentes actores, vivências e contextos de actuação que ajudam a fomentar a consciência de uma identidade própria.

O ponto de partida para a construção da identidade profissional dos nossos entrevistados é sustentado pelo gosto pela área da saúde. No início do caminho que percorreram deparamo-nos com três variáveis que explicam as suas escolhas pelo curso de enfermagem e que se prendem com: a convicção assumida desde muito cedo em querer ser enfermeiro, com os “acazos do destino” ou mesmo “acidentes” de percurso e com o contacto directo com instituições hospitalares através, por exemplo, do voluntariado.

No trajecto percorrido, a riqueza das experiências vivenciadas em valências hospitalares tão diversas como a medicina, a cardiologia, a ortopedia e a unidade de cuidados intensivos não faziam perspectivar a mudança para o bloco, a qual se apresentou como um “acidente” de percurso ou um “acaso do destino”, que os impeliu a aceitar um novo desafio profissional

Para outros, recém-formados, o bloco operatório era visto como um local quase “inacessível” pois quem trabalhava em bloco eram enfermeiros mais velhos, com longos anos de experiência profissional e raramente os jovens recém-licenciados ingressavam directamente no bloco. Contudo, foi a estratégia e capacidade de persuasão de enfermeiros em posições de chefia, que escolheram e “convenceram” alguns dos nossos entrevistados para iniciarem o seu percurso profissional dentro do bloco operatório. É a persuasão em cativar o jovem enfermeiro que nos faz destacar a capacidade relacional em saber explorar os saberes técnico-científicos e tácitos, que estão inerentes ao processo de acolhimento e integração no bloco operatório e que permitem o “crescimento” do enfermeiro dentro deste contexto de actuação.

A realização de estágios curriculares durante o curso de enfermagem, neste contexto hospitalar, fez com que cedo se sentisse a necessidade e o desejo de explorar e compreender a dinâmica de uma estrutura vista como extremamente organizada, onde o “fazer escola” é fortemente evidenciado desde o processo de acolhimento e integração ao desenvolvimento de um percurso profissional dentro do bloco operatório.

Salientado, também, pelos nossos entrevistados está o gosto pelo “intensivismo” e a convicção de que essa paixão jamais os conduziria a integrarem-se em contextos de trabalho onde o mesmo não estivesse presente e onde a exigência humana e profissional não fossem levadas ao limite, numa entrega absoluta à sua profissão. O impacto sentido com a entrada neste mundo desperta em todos os nossos entrevistados

sentimentos de ansiedade, expectativa, medo e insegurança. Os ritmos frenéticos e as dinâmicas que se vivem dentro do bloco põem à prova a capacidade de um cada em gerir o stresse e as emoções, inerentes às vivências de um bloco operatório, onde em segundos é necessário tomar decisões cruciais.

A relação que é estabelecida entre os enfermeiros de bloco operatório começa a ser construída por um processo de integração bastante exigente, onde se espera estabelecer uma relação de reciprocidade, por uma disponibilidade total em dar e receber, num comprometimento em dar o melhor de si, sabendo ouvir o outro, na luta pela autonomia e pelo seu espaço de actuação profissional, numa equipa multidisciplinar que acolhe, integra e espera o máximo de cada um dos novos elementos.

Porém, por vezes a entrada de novos elementos pode ser vista como uma ameaça não só no domínio do espaço relacional mas, sobretudo, no domínio dos saberes tácitos, o que nos revela a competição intra-profissional que existe neste grupo de enfermeiros. O nível de maturidade nas relações estabelecidas entre os enfermeiros “residentes” pode também ser factor inibidor da integração de novos elementos na equipa, pois a competitividade existente leva-nos a discursos onde o espírito de equipa, que é realçado pelos nossos entrevistados, não traduz a realidade em outros blocos operatórios onde a frieza comportamental assumida não fomenta o espírito de cooperação.

O desenvolvimento de competências comunicativas e relacionais apresenta-se como fundamental na adaptação às rotinas e procedimentos que existem dentro do bloco operatório e que permite fazer a ponte para o desenvolvimento de competências técnico-científicas que sustentam o crescimento profissional do enfermeiro perioperatório.

Nos discursos dos nossos entrevistados a entrada no contexto do bloco operatório é assumida como uma situação definitiva. Não nos deparamos com relatos de situações de inadaptação a este contexto de trabalho ou mesmo de uma vontade em sair e em explorar outras valências. Existirão elas? Admitimos como provável que sim. Serão casos significativos? Não sabemos e isso levar-nos-ia a outra linha de investigação. No entanto, partimos do pressuposto de que a construção da identidade de um grupo profissional não se constrói pelos casos de insucesso, mas sim pelos casos de sucesso, pelas vitórias alcançadas que lhes dão visibilidade e coesão, o que talvez explique a ausência de referências a esses casos.

Os modelos de referência profissional que se cruzam na vida de um enfermeiro de bloco operatório influenciam a sua postura dentro deste contexto de actuação, marcando de forma decisiva a incorporação do “espírito” de um enfermeiro perioperatório. O processo de integração é, culturalmente, feito por colegas mais velhos, com anos de experiência profissional, que assumem a missão de formar os recém-chegados, não só

transmitindo-lhes o seu saber como incentivando-os na conquista do seu espaço e da sua autonomia profissional.

A intensidade das vivências dentro de um bloco operatório, induz ao cruzamento da vida pessoal com a vida profissional, pois tudo acontece num espaço físico pequeno sob elevados níveis de stresse e tensão, o que pode conduzir ao aparecimento de situações de conflito que, dentro do contexto da sala de operações, tendem a ser rapidamente ultrapassadas. A consciencialização da importância do papel que cada um desempenha e da definição da sua fronteira de actuação, permite a harmonização e o rigor de cada procedimento que se integra numa sintonia de actuação profissional, onde todos sabem o que é esperado de cada um dos actores envolvidos.

O individualismo assumido e integrado no espírito de equipa, conduz-nos mais uma vez para a percepção que estes profissionais têm da especialização dos seus saberes, tácitos e técnico-científicos, neste campo de actuação onde a competição intra-profissional que resulta do domínio da área de actuação de cada profissional – enfermeiro anestesista, enfermeiros instrumentista e enfermeiro circulante.

Os fluxos de entrada e saída de enfermeiros podem também servir de factor destabilizador da coesão do grupo e o isolamento socio-profissional em que se desenvolvem as actividades do enfermeiro de bloco não favorece o estabelecimento de canais de comunicação com os seus pares em outras valências, ainda com a introdução da cirurgia de ambulatório se comece a notar um esforço nesse sentido.

No que diz respeito à relação que se estabelece entre o enfermeiro e o médico, também a separação das fronteiras de actuação se reveste de uma importância crucial para a organização funcional do trabalho, onde existe uma interiorização da definição dos papéis profissionais diferenciados. A sustentabilidade desta relação reside nos conhecimentos tácitos, onde a capacidade de o enfermeiro se adaptar à forma de trabalhar do médico, permite não só o desenvolvimento de relações interpessoais, pela capacidade de saber gerir os momentos de tensão, como também pode fomentar um maior entendimento no desenvolvimento de competências técnico-científicas. A aproximação entre estes dois actores não minimiza a existência de conflitos não só associados aos níveis de tensão e stresse, decorrentes de situações de trabalho, mas também das relações de poder entre os dois grupos profissionais, como refere entre outros Carapinheiro (2006).

Os discursos dos nossos entrevistados conduzem-nos a um esbatimento das relações de poder, pela sua aproximação ao corpo médico. As horizontalidades destas relações evidenciam-nos o interesse que o enfermeiro tem em reduzir a dissonância cognitiva, que resulta da sua subalternidade em relação ao médico.

O veículo que permite o esbatimento desta relação cognitiva reside no constante desenvolvimento de competências técnico-científicas e no aperfeiçoamento das competências tácitas, que induz uma relação de maior proximidade entre o enfermeiro e o médico. As características intrínsecas de cada indivíduo podem também ajudar a fomentar a proximidade relacional e a desenvolver um nível de confiança que sustentará a maturidade da relação.

A necessidade de aproximação aos códigos linguísticos fomenta a aproximação dos grupos profissionais, onde a capacidade de partilhar e dar o melhor de si faz quebrar a rigidez das barreiras sócio-profissionais assumidas e aumenta a consciencialização da interdependência destes actores.

Neste contexto, o doente apresenta-se como o cerne de todo o contexto de actuação, em redor do qual se desenvolve toda uma dinâmica organizativa que é sustentada pelos conceitos de segurança e comunicação. A assimilação do nível de responsabilidade que esta prestação de cuidados exige é manifestada em cada gesto, em cada olhar, em cada momento de comunicação com o doente. A relação de envolvimento, segundo os nossos entrevistados, que é criada coloca à prova a capacidade do enfermeiro em atenuar o momento de tensão que o doente está a viver e, empaticamente, proporcionar-lhe o maior nível de conforto possível. A afectividade transmitida permite estabelecer uma ponte de confiança que se alicerça no respeito que o enfermeiro tem por aquele doente que se predispõe a ser tratado por um conjunto de profissionais que desconhece e que têm a sua vida nas mãos.

Nesta cadeia de relações que se estabelecem, o contacto com os pares que trabalham em outras valências hospitalares revela-nos que existe a assunção de um elitismo e fechamento socio-profissional que foi, durante anos, uma imagem fomentada pelos enfermeiros de bloco operatório.

A capacidade de olhar de fora para dentro do bloco revela-nos o reconhecimento de atitudes e comportamentos alimentados por uma especificidade técnica, onde dinâmicas funcionais com “timings” diferentes, conduziram ao “mito” de fechamento que se perpetuou durante vários anos. O reduzido contacto que se estabelece com enfermeiros de outros serviços também não facilita o quebrar do distanciamento “imposto” não só pela reduzida ou nula comunicação como por um desconhecimento do contexto de actuação onde se desenvolvem as actividades do enfermeiro de bloco operatório. No fundo, o fechamento que afirmam existir não é mais do que um isolamento que, em parte, decorre das diferenças que os distinguem dos demais colegas na procura de um reconhecimento efectivo das suas fronteiras de actuação.

A luta pelo reconhecimento e pela sua afirmação profissional, entre os pares, é uma constante e começa desde muito cedo no investimento individual que é feito na aquisição de conhecimentos teóricos e práticos

que sustentem a sua actuação profissional e que é incentivado durante o seu processo de integração no bloco operatório. O retorno do investimento feito não se traduz nas suas aspirações mais óbvias e directas, que são a progressão na carreira profissional, dada a estagnação que esta atravessa. No entanto, este esforço e investimento traduz, de forma consciente ou não, a procura de um prestígio profissional que se alimenta pelo gosto no desenvolvimento da formação de nível superior e que se evidencia na busca de reconhecimento académico.

A formação especializada na área do bloco decorre muitas vezes de formação feita em serviço, através de reuniões semanais onde são partilhados trabalhos de investigação realizados, posters ou comunicações que foram levados a congressos, novas directrizes ou procedimentos cirúrgicos, entre outros. Isto é, segundo os nossos entrevistados, uma prática corrente dentro dos blocos operatórios, onde por vezes existe também o recurso a formadores externos, por exemplo, provenientes da indústria farmacêutica.

Fora deste contexto de actuação também se procuram outros percursos formativos como é o caso de cursos de curta duração, formação pós-graduada ou mesmo cursos de pós-licenciatura de especialização em áreas paralelas ao bloco. A necessidade intrínseca de uma busca contínua pela formação é algo que desde muito cedo é inculcido aos novos enfermeiros que entram para o bloco. O aprender, reciclar conhecimentos e o renovar a visão formativa que se possui faz parte integrante do dia-a-dia destes profissionais que é mediada por um sentimento de insatisfação face a relação entre a exigência da sua carreira profissional e retorno do investimento feito.

As estratégias que o enfermeiro de bloco operatório utiliza para o seu desenvolvimento profissional, têm por base a consciência de que nunca mais poderão parar de estudar e de actualizar os seus conhecimentos, numa constante procura de um reconhecimento académico que consolide a sua prática profissional e o seu estatuto social. Muitas vezes, a pesquisa de informação revela-se num processo solitário de tentar compreender determinada temática, por uma questão de desafio pessoal ou por um aperfeiçoamento do saber, como base de preparação para uma intervenção cirúrgica específica.

A recorrente referenciação, por parte dos nossos entrevistados, da importância dos congressos como fonte de desenvolvimento profissional, não se circunscreve apenas aos congressos do foro da enfermagem mas também aos congressos da área médica. Estes últimos apresentam-se, para alguns dos nossos entrevistados, como uma verdadeira oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências, permitindo uma aproximação de códigos linguísticos e práticas na relação entre o enfermeiro e o médico. O estabelecimento desta proximidade induz a necessidade, quase inconsciente por parte do enfermeiro, de aceitação e reconhecimento do médico pelo seu desempenho no campo de actuação profissional e pelo

interesse manifestado no desenvolvimento de competências técnico-científicas, sendo pois a fonte do saber, e simultaneamente do poder, o elo de ligação que sustenta a dinâmica da relação entre estes dois profissionais.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) surge-nos também como um pilar identitário e de referenciação no campo do aperfeiçoamento dos saberes tácitos e técnico-científicos, não só pela dinamização de diversas actividades formativas como por ser elemento estratégico de elevada importância na representação das reivindicações deste grupo de profissionais.

A uma só voz destaca-se a reivindicação de um reconhecimento formal, por parte da Ordem dos Enfermeiros, de uma especialidade na área da enfermagem perioperatória, que dignifique e reconheça os saberes tácitos e técnico-científicos destes profissionais e lhes permita atingir o mesmo patamar de reconhecimento e oportunidades de formação específica que os seus colegas em outras valências de actuação, como por exemplo a área da enfermagem médico-cirúrgica. A valorização dada por estes enfermeiros ao reconhecimento da formação académica conduz-nos ao desejo de um estatuto profissional, que se personifica em notoriedade pelo domínio de uma especificidade profissional com características que aos distingue de outros.

Neste contexto o fenómeno de fechamento profissional, caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de estratégias que visam alcançar o monopólio da prática profissional e, consequentemente, as prerrogativas sociais de auto-regulação, fundamenta-se pela necessidade de efectivar um “investimento na especialização dos respectivos saberes e competências e na sua credenciação formal, através de diploma académico”, esta creditação académica será pois fulcral para o fechamento social do contexto da prática da enfermagem perioperatória “uma vez que funciona como um mecanismo de interdição do exercício ocupacional a quem não detém as respectivas credenciais” (Carapinheiro, 2006:109).

A relação do enfermeiro de bloco operatório com a Ordem dos Enfermeiros, revela-nos sentimentos contraditórios de mágoa, descrença e inconformismo, que foram sendo alimentados por anos de expectativas criadas ao redor de um reconhecimento profissional, por via da criação de uma especialidade, que até hoje não foi concretizada. Este contexto revela-nos o elevado nível de competitividade intra-profissional no campo da enfermagem que se perpetua pelo sentimento de injustiça face aos seus pares que já obtiveram esse reconhecimento.

A relação entre a Ordem dos Enfermeiros e a AESOP, na opinião dos entrevistados, assenta na cooperação interactiva onde a união de forças previne uma maior hostilização por parte do grupo dos enfermeiros

perioperatórios, que vêm representadas as suas reivindicações pela AESOP. O jogo de equilíbrio na gestão de um conflito latente vai sendo sustentado pela capacidade de comunicação entre estas duas associações e pelo reconhecimento de que é necessário dar um passo em frente na concretização de um processo que formalize e oficialize a especialidade em enfermagem perioperatória.

Num contexto de mudanças e incertezas, o reconhecimento por parte da Ordem dos Enfermeiros da importância do papel e da identidade do enfermeiro de bloco operatório parece alimentar a esperança da concretização de um efectivo reconhecimento da “sua” especialidade.

Este estudo analisou apenas o contexto profissional de dois blocos operatórios da grande Lisboa, pelo que não reflecte a realidade em outros blocos, no que diz respeito às relações e à dinâmica profissional que se estabelece entre os diferentes actores que trabalham neste contexto profissional, não sendo pois possível fazer extrapolações para um contexto mais abrangente. Teria sido também interessante explorar casos de “insucesso”, que nos levassem a compreender as razões que um enfermeiro teve para deixar de exercer a sua actividade profissional no bloco operatório, tentando compreender-se as suas percepções e expectativas face às dos colegas que continuam a trabalhar neste serviço.

Outro dos aspectos que consideramos que poderia ter sido uma mais-valia para o presente estudo prende-se com o compreender e analisar a visão da Ordem dos Enfermeiros e da AESOP, face ao modo como se estrutura este campo profissional, se existiria ou não uma visão partilhada e sobre que aspetos ela poderia, eventualmente, recair. No fundo seria interessante explorar os pontos de convergência e divergência destas duas instituições.

Depois do caminho que percorremos, ao realizar esta investigação, fica-nos a curiosidade de um outro olhar, uma outra perspectiva, a da Ordem dos Enfermeiros. Pensamos que para a continuidade deste estudo seria interessante explorar a posição que a Ordem tem sobre a reivindicação de reconhecimento do estatuto e do papel do enfermeiro perioperatório no contexto das diferentes especialidades que compõem o campo profissional da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOT, A. (1988). *The System of Profession – An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago. The University of Chicago Press.
- ABREU, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (2011). Unidade Operacional de Normalização de Instalações e Equipamentos. *Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório*. Lisboa
- ALVES, N. (2009). *Inserção Profissional e Formas Identitárias*. Lisboa: Educa.
- ALVES-MAZZOTI, A. J. (2006). *Usos e Abusos dos Estudos de Caso*. *Cadernos de Pesquisa*, Vol.36, nº 129: 637-651.
- ALMEIDA, A. J. (2010). *Contributos da Sociologia para a Compreensão dos Processos de Profissionalização*. *Mediações*, Vol. 1, nº2 : 115-127.
- ALMEIDA, A. J. (2011). *A Gestão de Recursos Humanos em Portugal: Análise Sociológica da Construção de um Campo Profissional*. Lisboa, ISCTE, Dissertação de Doutoramento.
- AESOP (2006) *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidáctica – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- ANTUNES, L (2004). *As Aspirações e Trajectórias Sociais dos Estudantes de Enfermagem e o Confronto com a (Futura) Realidade Profissional*. *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia*. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f817816ca_1.pdf
- ANTUNES, R. e CORREIA, T. (2009). *Sociologia da Saúde em Portugal. Contextos, Temas e Protagonistas*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 61: 101-125.
- ANTUNES, M. e MATEUS, C. (2008). *Enfermeiros no Bloco Operatório*, *Jornal Expresso*, 15 de Fevereiro, p.54.
- AREOSA, J. P. S (2004). *Uma Visão Sociológica sobre a Actividade Profissional num Serviço de Imagiologia: Um Estudo de Caso*. Lisboa, ISCTE, Dissertação de Mestrado.
- AREOSA, J. & CARAPINHERO, G. (2008). *Quando a Imagem é Profissão. Profissões da Imagiologia em Contexto Hospitalar*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 57: 83-108.
- BARDIN, L. (2011). *Análise de Conteúdo. (4ªEdição)*. Lisboa: Edições 70.
- BARON, A. e ARMSTRONG, M. (2009). *Gestão do Capital Humano – Gerar Valor Acrescentado Através das Pessoas: Lisboa*, Instituto Piaget.
- BAUGNET, L. (1998). *L' Identité Sociale*. Paris: Dunod

CABRAL, D. G. C. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Contributos para a sua Implementação*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Universidade do Porto.

CANÁRIO, R. (2005). *Ser Enfermeiro Hoje*. Caderno CE- Caderno de Currículo e Ensino, Vol nº 5, nº8: 9-24.

CÂNDIDO, Anabela (2004). *Interacção Enfermeiro/Doente: Acontecimentos marcantes na vida dos enfermeiros e o seu significado na construção da identidade profissional*. Coimbra, Escola Superior de Altos Estudos / Instituto Miguel Torga, Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/377/1/Interac%c3%a7%c3%a3o%20Enfermeiro%20Doente-Anabela%20C%c3%a2ndido.pdf>

CARAPINHEIRO, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital*. (4ª Edição). Porto. Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, G. (2006). *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*. Coimbra. Pé de Página Editores.

CARVALHO, M. T. e SANTIAGO, R. A. (2008). *(Re)Formas da Burocracia: A Nova Gestão Pública e a Organização Hospitalar*. VI Congresso Português de Sociologia, *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, Universidade Nova de Lisboa.

CRESWELL, J. W. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (2ª Edition). London. Sage Publications.

d' ESPINEY, L. M. C. A. (2010). *Enfermeiros nas Comunidades: Produção de Cuidados e Reconstrução Identitária*. Lisboa, Instituto de Educação / Universidade de Lisboa, Dissertação de Doutoramento. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3394/1/ulas060468_td_Luisa_d_espiney.pdf

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001). *Cirurgia de ambulatório: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa, DGS/DSP.

DUBAR, C (1997). *A Socialização. A Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto. Porto Editora.

DUBAR, C. (2006). *A Crise das Identidades. A Interpretação de uma Mutação*. Porto: Edições Afrontamento.

DUBAR, C. e TRIPIER, P. (2003). *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin.

ESCOBAR, L. (2004). *O Sexo das Profissões. Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento.

FERREIRA, A. C.O. S. (2010). *O Cuidar de Si, Como Pessoa. Como o Fazem os Enfermeiros Perioperatórios*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26916/2/MSc%20Andreia%20Ferreira%202010.pdf>

FLICK, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

<http://portalcodgdh.minsaude.pt>. Portal de: Codificação e dos GDA, consultado em Novembro de 2012.

GIL, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (2ª Edição). São Paulo: Editora Atlas.

GONÇALVES, C. M. (2006). *Profissões e Mercados*. Fórum Sociológico, nº15/16 (II Serie): 15-32.

- GUERRA, I. C. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentido e Formas de Uso*. (3ª Edição). Estoril: Principia.
- HUGMAN, R. (1991). *Power in Caring Professions*. London, Macmillan Press.
- KÉROUC, S. et al (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, SA.
- JOHNSON, T (1972). *Professions and Power*. London, The Macmillan Press.
- LOPES, N. M. (2001). *Recomposição Profissional de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- LE MOS, E. R. (2008). *Profissão de Enfermeiro. Compreensão Sociológica da Identidade Profissional*. Porto, Faculdade de Letras / Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3394/1/ulas060468_td_Luisa_d_espiney.pdf
- MACDONALD, K. M. (1999). *The Sociology of the Professions*. London, Sage Publications.
- MEIRINHOS, M. e OSÓRIO, A. (2010). O Estudo de Caso como Estratégia de Investigação na Educação. *Eduser: Revista de Educação*, Vol. 2, nº 2 : 49-65.
- PEREIRA, F. (2008). *Gerontólogo: A Construção de uma Nova Profissão na Área da Saúde*. VI Congresso Português de Sociologia, *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, Universidade Nova de Lisboa.
- PERES, R. S. e SANTOS, M. A. (2005). *Considerações Gerais e Orientações Práticas acerca do Emprego de Estudos de Caso na Pesquisa Científica em Psicologia*. *Interações*, Vol. X, nº 20: 109-126.
- PIMENTEL, D., COMPLETO, M. L. , COELHO, V. S. (1991). *A Estruturação das Identidades no Quotidiano do Trabalho. O Caso dos Profissionais de Enfermagem*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 9 : 13-56.
- PINTO, J. M. (1991). *Considerações Sobre a Produção Social de Identidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº32, pp.217-231.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (3ª Edição). Lisboa: Gradiva.
- REGO, A. e CUNHA, M. P.(2003). *A Essência da Liderança – Mudanças, Resultados, Integridade*. Lisboa.Editora RH.
- RODRIGUES, M.L. (2002). *Sociologia das Profissões*. (2ª Edição). Oeiras: Celta Editora.
- SANTOS, C.C. (2011). *Profissões e Identidades Profissionais*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- SILVA, D. M. (2002). *Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem*. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, nº26. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_24.htm
- SOARES, M. I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.
- STAKE, R. E. (2007). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- TAVARES, D. (2008). *Identidade, Socialização e processos de Profissionalização – Contributos de um Estudo sobre Técnicos de Cardiopneumologia*. *Sísisio – Revista de Ciências da Educação*, nº 6 : 35-44.

VALA, J. (1999). *A Análise de Conteúdo*. In SILVA, A.S. e PINTO, J.M (Eds). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp 103-128). (10ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.

VALA, J; MONTEIRO, M. B. (2004). *Psicologia Social* (6ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VELOSO, L (2007). *Empresas, Identidades e Processos de Identificação*. Porto: Universidade do Porto.

VIEIRA, M. (2008). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência* (2ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editorial Unipessoal.

WILLIS, J. W. (2007). *Foundations of Qualitative Research. Interpretive and Critical Approaches*. London. Sage Publications.

www.ordemenfermeiros.pt. Ordem dos Enfermeiros, consultado em Novembro de 2012.

www.aesop-enfermeiros.org. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, consultado em Setembro de 2012.

YIN, R. K. (2006). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. (3ª Edição). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA

A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório

I. Caracterização do Entrevistado

Género	
Masculino:	Feminino:

Habilitações Literárias	
Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Área:	
Doutoramento	
Área:	
Outros:	

Cursos de Especialização na Área de Enfermagem	
Outros:	

Relação com o Emprego	
Trabalhador por conta de outrem	
Trabalhador independente	
Outro	

Tipo de Vínculo Profissional	
Contrato a termo	
Contrato por tempo indeterminado	
Contrato administrativo de provimento	
Prestador de Serviços	

Tempo de Exercício Profissional	
Tempo total (como Enfermeiro)	
Tempo total em bloco operatório	
Tempo no actual bloco operatório	

Desempenhou a profissão de Enfermagem noutro local	
Sim:	Ensino/formação
Não:	

Notas:

--

II . Questões a colocar ao Entrevistado

1. O que o levou a escolher o curso de enfermagem?

- motivo (s) da escolha
- retrospectiva da decisão tomada

2. Como foi o seu percurso profissional desde que terminou o seu curso?

- em que instituições trabalhou (Hospital/ Centro de Saúde / outra)
- em que serviços (em que valências de atuação)
- como chegou ao bloco operatório? Porquê?

3. Fale um pouco da dinâmica que se vive no Bloco Operatório? Como se relacionam os diferentes profissionais que atuam neste contexto?

- compreender dinâmicas de actuação/procedimentos
- compreender relação entre enfermeiros (anestesista/instrumentista e circulante)
- compreender relação enfermeiro/médico
- compreender relação enfermeiro/cliente

4. Na sua opinião, como avalia o seu papel relativamente aos colegas que trabalham em outros Serviços/valências fora do Bloco Operatório?

- perceber a importância da relação do eu (enfermeiro de bloco operatório) em relação aos meus pares
- compreender os motivos de eventuais tensões intra-profissionais e inter-profissionais

5. De que forma é que o enfermeiro que exerce a sua atividade do Bloco Operatório, desenvolve o seu percurso profissional, nomeadamente no que diz respeito a atualização de conhecimentos e práticas?

- compreender se existem ofertas formativas de especialização nesta área
- compreender o posicionamento deste profissional na Ordem dos Enfermeiros
- compreender a sua percepção face as orientações da Ordem dos Enfermeiros
- compreender que estratégias utilizam no desenvolvimento do seu percurso profissional

6. Como se vê, enquanto membro do grupo profissional dos enfermeiros perioperatórios, relativamente ao atual quadro da Ordem dos Enfermeiros?

- compreender a sua posição face aos desenvolvimento profissional do seus pares, que trabalhem fora do bloco operatório
- aferir quais as reivindicações no contexto da Ordem dos Enfermeiros
- aferir como percecionam o seu futuro profissional

Muito Obrigada.

APÊNDICE II

ANÁLISE DE CONTÉUDO DAS ENTREVISTAS

Dimensão	Discurso
1 – Motivo (s) da Escolha pelo Curso de Enfermagem	<p>“...enfermagem foi uma coisa que sempre me fascinou...desde miúda que eu dizia que queria ir para enfermeira, queria ir para enfermeira...sempre foi esse o meu objectivo...” (E 5,1)</p> <p>“...choreidias inteiros porque não tinha entrado para enfermagem...” (E 5,1)</p> <p>“...era enfermeira por ...por convicção!!!” (E 5,1)</p> <p>“...era uma coisa que eu gostava e simpatizava sempre foi enfermagem..” (E 4,1)</p> <p>“...houve momentos do curso muito bons, em que eu percebi logo algumas simpatias de alguma áreas como cardiologia, pediatria, ah, nunca pus em mente o bloco, porque tinha se calhar o bloco era só para as pessoas mais velhas, era só para as pessoas ao fim de uns tantos anos de carreira...” (E 4,1)</p> <p>“...Eu nunca tive dúvidas, nunca! Eu sempre quis ser enfermeira...” (E 2,1)</p> <p>“...eu tenho uma prima mais velha, que é Enfermeira e ela sempre foi um bocadinho a minha referência, mas eu sempre me identifiquei...” (E 2,1)</p> <p>...eu não era o curso que eu queria tirar, eu queria tirar educação especial e reabilitação só que só havia 30 vagas a nível nacional e depois eu concorri para enfermagem porque...escolhi pelo sítio, que era longe de casa... tinha um amigo, que tinha conhecido à pouco tempo, e falamos sobre enfermagem e .. então pronto, vamos lá experimentar. E havia uma senhora, que eu já conhecia há imensos anos, que era enfermeira e que também me ajudou a convencer e ...então concorri para enfermagem...” (E1,1)</p>

“...como eu costumava dizer a maior parte das pessoas tinham ido lá por vocação eu acho que acabei o não tinha ido por vocação e acho que acabei o curso por vocação, por gostar muito..” (E 1,1)

“...escolhi com conhecimento de causa, porque inicialmente no primeiro ano da faculdade eu escolhi farmácia, porque sempre me atraio a área da saúde. Não entrei....., vi um curso de auxiliares de acção médica e porque não entrar no hospital e ver como as coisas funcionam.... e foi ai que disse é isto que quero fazer, vou tirar enfermagem e tirei o curso de enfermagem..” (E 9,1)

“...eu sou suspeita a falar nisso, eu sou suspeita porque eu não vim para a enfermagem propriamente por escolha. Pronto sou muito suspeita! Eu sempre quis medicina... depois mudei de ideias e disse aos meus pais que não queria medicina queira arquitectura, tem tudo a ver.... fui assim a modos que obrigada a concorrer a medicina e no caso de não ter vaga concorri a enfermagem, porque toda a minha turma estava a concorrer a enfermagem... Consegui enfermagem e foram 3 anos em que eu pensei isto não é para mim. A escola não é para mim, o curso de enfermagem não é para mim, detesto isto, não quer saber, quero acabar o curso e começar a trabalhar, sair de casa dos meus pais e ter a minha vida...” (E 8,1)

“... comecei a trabalhar e comecei a trabalhar e afinal a enfermagem não era propriamente aquela que me transmitiam na escola... comecei a ver que era mais independente do que aquilo que me transmitiam na escola e gostei! Neste momento sou enfermeira, adoro ser enfermeira!! (...) Mas a minha vinda para a enfermagem foi um puro acidente pronto, não há muito boa gente a dizer isto abertamente, porque a sempre aquela sensação de ai se tu dizes que querias medicina és mau....és olhada de lado pelos teus pares e dizem que estás aqui , que és uma enfermeira frustrada...” (E 8,1)

“...fazia voluntariado no hospital (...) Apesar dos enfermeiros com quem eu (...)... colaborava ali como voluntária, diziam sempre “não venhas, não venhas para a profissão que isto é muito duro”. Eu acho que foi a dureza que eu gostei, eu gostei de poder ser útil no trabalho que se tem, foi sempre um objectivo, um objectivo ...e depois percebi que era uma área com...em que isso podia ser aceite com facilidade e ao mesmo tempo gostar de fazer aquilo em que se estava a trabalhar....” (E 7,1)

“...eu queria ser enfermeira desde miúda, portanto foi uma convicção desde criança, desde muito nova que eu sempre quis ser enfermeira...e segui o curso... foi uma opção tomada....” (E 6,1)

“...acho que sempre quis ser enfermeira, achoe enfermeira de bloco, sempre quis começar pelo bloco (...) Sempre bloco! Porque a minha ideia de enfermagem, na altura, era muito as cirurgias e a enfermeira instrumentista mais propriamente, que estava ali no meio, no centro da actividade. Claro que isto são sonhos de adolescente (...) quando comecei o curso não voltei a pensar em trabalhar em bloco (...) acabei o curso e fui trabalhar em enfermaria e nem sequer me passou pela cabeça o bloco operatório...” (E 3,1)

Dimensão	Discurso
2 - Percurso Profissional e Acesso ao Bloco Operatório	<p>“... trabalhei inicialmente 4 meses(...) numa enfermaria...que...não...não gostei (...) não era uma satisfação total (...) gostava de outras coisas diferentes...não era só enfermaria” (E 5,1)</p> <p>“.....pensei que nunca...nunca viria para aqui...era...hã....era, era uma enfermeira recém formada (...) estou a 18 anos e que ...adoro!!” (E 5,2)</p> <p>“...Quando cá cheguei achava que isto era um mundo....era o mundo que eu ia me perder. Tínhamos várias especialidades, várias funções dentro de cada especialidade... pensava que me ia perder....depois, adorei, adorei.....adorei...” (E 5, 2)</p> <p>“...trabalhei (...) em cardiologia (...) chamaram-me e prometeram-me pediatria e eu lá fui, só que no dia em que eu me apresentei não era pediatria, tinham preenchido as vagas todas, mas sim para o bloco. Confesso que entrei no bloco aterrorizada, cheia de medos, nesse dia à noite quando saí do bloco, em casa, acabei por choramingar e desabafar que tinha feito mal em sair da cardiologia, a verdade é que comecei a apaixonar-me por estas questões de bloco e a investir...” (E 4,2)</p> <p>“...Comecei cada vez a gostar mais dedicar-me muito, mesmo localmente eu tenho feito muito na minha área dentro do bloco ...” (E 4, 2)</p> <p>“...percebi que havia pontos a desenvolver dentro deste bloco..” (E 4,2)</p> <p>“...estava com muita vontade de entrar no mundo do trabalho, eu entrei muito cedo no mundo do trabalho..”(E 2,2)</p>

“...uma coisa tinha certa, detestei medicina não tinha nada a ver comigoeu disse que gostava, queria urgência, cirurgia, UCI, pronto, eu queria aqueles serviços assim, bloco nunca me passou pela cabeça, não queria bloco de maneira nenhuma..” (E 2,2)

“...eu fui na condição, a supervisora fez-me o contrato, que era uma pessoa muito experiente e muito vivida e sabia dar a volta às pessoas, e então o contrato que ela fez comigo...vais um mês ao bloco e depois eu arranjo-te um estágio na UCI e se não gostares do bloco neste primeiro mês dizes-me alguma coisa, pronto lá ela sabia, não era à toa que ela já era supervisora, que quando ela veio ter comigo, eu nem pus a hipótese de ir fazer um estágio na UCI, e fiquei até agora, é um vício! ..” (E 2,2 e 3)

“...Assustei-me muito no primeiro dia que entrei no bloco, muito..... uma das coordenadoras apanhou as três e disse tu vais para aqui, tu vais para aqui e tu vens comigo. E eu entro numa sala onde estavam as duas coordenadoras e a chefe..... lembro-me que uma das coordenadoras me disse assim “encoste-se aqui neste cantinho”, encostei-me ao lado do carro de anestesia e não me mexi mais. Tinha um cirurgião aos berros, que era assim uma coisa do outro mundo, toda a gente, gente passada naquela sala. ...” (E 2,3)

“..... encostei-me ali ao cantinho, eu ...não quero isto! isto é horrível !! isto é um filme! Pronto...depois olha... comecei no dia a seguir a ir para outros sítios a começar a o que me aliciou muito no bloco foi eu voltei a aprender tudo de novo, tudo o que eu tinha adquirido na escola....” (E 2,3)

“...integração foi extremamente curta.....eu recordo-me que tive para ai três ou quatro dias com uma colega que nem me ensinou a testar o ventilador. A minha integração de anestesia foi muito feita pelos anestesistas... dois anestesistas que foram impecáveis e foram eles que me ensinaram tudo de anestesia....em termos de circulação e de instrumentação não, haviam pessoa já muito boas no nosso bloco, e ai já foi uma coisa mais cimentada.... mas muito rápido porque não havia muito tempo, não havia estes timings que agora há que eu acho que são demasiado grandes.” (E 2,3)

“...quem vem a passo de lesma para o bloco nunca se vai integrar, porque amanhã há sempre uma coisa nova... no bloco acontece isso todos os dias porque o dia de ontem não é igual ao dia de hoje..” (E 2,3)

“...eu comecei a trabalhar na medicina... entretanto fiz duplo no Centro de Saúde... e depois ...trabalhei na ortopedia infantil e nos quartos particulares” (E 1,2)

“...Eu gostava de ter ido para a psiquiatria (...) só que não havia vagas naquela altura, novamente vim obrigada para o bloco (...) quando eu vim trabalhar ofereceram-me uma vaga na medicina, na psiquiatria e no bloco. E eu disse não, não para começar quero começar pela medicina. Depois quando fui (...) a mesma história, pediatria ou bloco, e eu disse não, não bloco não, então vamos para a pediatria. (...) Quando peço transferência, pronto, vais para o bloco...” (E 1,2)

“...eu não me desloquei, eram outros tempos.... a direcção de enfermagem... iam as escolas e convidavam os enfermeiros a juntarem-se ao hospital...agradou-me a forma como ele falava, uma família....muitas oportunidades.... Eu não sabia cirurgia vascular, pronto vou experimentar, mas sempre com a intenção de ir para o bloco. Agradava a parte de muita cirurgia, mas tinha receio de pedir uma transferência para o bloco e não gostar...” (E 9,1)

“...um sítio complicado de gerir emoções e em termos das relações humanas entre colegas, aquilo era um bocadinho tenso, não um ambiente que eu estava habituada na enfermaria, mas eu adaptei-me muito bem e apaixonei-me por aquele trabalho e depois aqui, mais tarde, pedi transferência para o bloco operatório..” (E 9,2)

“...nossa formação e toda feita através dos nossos pares, são os colegas mais velhos. Nós chegamos aqui e somos integrados por colegas mais velhos... somos integrados nas várias especialidades por colegas que...que são considerados peritos naquela área e a nossa evolução vai sendo feita assim...” (E1,5)

“...onde eu tive mais dificuldade foi aqui (...) .no bloco. É um ambiente diferente dos outros serviços, há mais tensão, as pessoas estão mais de pé atrás acham que nós vamos desistir, que não somos capazes, porque eu acho que é um trabalho muito interdependente e que os outros profissionais, e mesmo os nossos próprios colegas, têm dificuldade em integrar um novo elemento...” (E 9,2)

“...foi um longo percurso porque a integração exige... foi bastante tempo mesmo. Os primeiros 6 meses, pronto a parte de circulante e anestesia e depois a instrumentação, que foi mais complicado, um percurso pronto mais longo, até fazer tudo dentro do bloco demorou algum tempo...” (E 9,2)

“...estive... na unidade de cardiologia.. É engraçado, eu adorei aquilo! Adorei aquilo, hoje, se tivesse a mesma equipa, se tivesse a mesma unidade, porque realmente é..como é que eu hei-de dizer...é uma paixão que se desenvolve...” (E 8,2)

“...gosto muito de cuidados intensivos, gosto muito de emergência, se me pusessem numa enfermaria era a pior coisa que me podiam fazer, se me pusessem numa consulta, porque eu sou uma pessoa que gosta de actuar naquele momento, gosto do intensivismo, gosto do stresse da pessoa em situação crítica e entendo que a minha posição e o modo como eu faço diferença é exactamente nessas situações...” (E 8,1)

“...Fui aí que aprendi o modo como deveria ter algumas rotinas diárias nos serviços. Aprendi muito com as auxiliares desse serviço também, aprendi muito com os colegas e ainda bem que passei por lá. Preparou-me depois para o trabalho aqui do bloco...(E 8,2)

“...foi uma altura em que a equipa estava toda a desmembrar-se , houve algumas divergências a nível da política de orientação do serviço... Foi accidental, mas que ...pronto, eu sabia que tinha que mudar, estava na altura de mudar. Sentia a falta da mudança e sentia que tinha mesmo que sair dali. Pronto, precisava de ver outras coisas e não ficas constantemente presa...pronto... ...e foi um acidente,

que me fez vir para aqui e não me arrependo....” (E 8,2)

“...Não tinha propriamente na minha perspectiva ser do bloco operatório (...) lembro que quando acabei o curso, quis logo nessa altura fazer um mestrado... que só podia ser feito no Canadá porque não havia mestrado em mais lado nenhum e que não consegui por causa do custo que isso nos implicava...”(E 7,1)

“...tinha a área de intensivismo sim, na minha perspectiva (....) estive um ano a trabalhar no privado, que me deu uma perspectiva de muito trabalho, mas numa perspetiva dos cuidados de enfermagem no doente cirúrgico e depois pediram-me de um dia para o outro para entrar no bloco operatório e eu passei de uma enfermaria para o bloco operatório, com 6 meses de actividade profissional, o que eu considerei, na altura, muito aliciante mas senti-me completamente desprotegida e percebi o apoio que os próprios colegas podem dar nessa, nessa altura a um profissional. Adorei logo, desde o princípio, foi a área abri mais campo de desenvolvimento à minha frente e pronto, comecei logo ai com o bichinho do bloco operatório a funcionar...” (E 7,2)

“...no meu curso de base fiz um mês de estágio em bloco operatório e isso foi ... foi crucial (...) Eu tinha uma perspectiva, mas na altura tudo são perspectivas não é? Quando se está num curso base, tudo são novidades. Mas percebi que ali havia uma estrutura muito organizada e uma escola que se passava a outro. Penso que isso é que me marcou....que é o fazer escola, o dar aos outros aquilo que nos temos e os outros depois vão dando...e isso é a parte que nos desenvolve....” (E 7,3)

“...Quando acabei o curso e com os estágio que fiz eu decidi que queria trabalhar em urgência (...) gostei muito e quis ir trabalhar para lá. (...) quando comecei a trabalhar e por questões familiares pedi para sair da urgência e (...) e ir para na altura, para o bloco de ortopedia (...)\ndepois achei que gostaria de fazer um percurso diferente a nível profissional e pedi para sair e fui para uma enfermaria (...) lá fui fazer a especialidade (...) houve aquele “boom” de concursos (...) eu tinha especialidade a pouco tempo (...) e depois concorri (...) vim para cá (...). Abriram o bloco (...) e fiquei(...).Sempre no bloco...” (E 6,1 e 2)

“...eu gosto de bloco e gostaria de continuar na área. Acho que tenho investido muito, principalmente nos últimos anos nesta área e acho que não gostava de sair...” (E 6, 2)

“...eu gosto de bloco e gostara de continuar na área. Acho que tenho investido muito, principalmente nos últimos anos nesta área e acho que não gostava de sair...” (E 6,2)

“...Fui para uma enfermaria (...) pedi a transferência para (...) foi uma experiencia engraçada (...) é uma integração que demora algum tempo não é? é um trabalho muito específico. Mas acho que me fez muito bem, depois há muita coisa na enfermaria que um enfermeiro não tem contacto, como os ventiladores, todas as máquina, mas eu estava um bocadinho ansiosa mas eu fui para lá (...) nós durante o curso não temos preparação (...) na altura não tínhamos estágio em UCI e bloco, eram dois dias de observação, quer dizer para mim aquilo era assim tudo um bocadinho invasivo, um bocadinho assustador (...) acabei por escolher bloco (...) na altura foi um bocadinho a escolha para poder fazer horário fixo. Mas pronto, fiquei contente, gostei, adaptei-me bem e (..)não me vejo a trabalhar noutro sítio agora. ..” (E3,2)

“...quando eu fui para o bloco operatório comecei pela UCPA (...) apesar de ter tido pouco tempo, foi muito mais fácil adaptar-me, então comecei por lá. Depois passei para a anestesia e tive imenso tempo de anestesia, imenso tempo estamos a falar de 2, 3 anos. Mesmo durante o meu período de integração ia muitas vezes ao UCPA (...) agora, um enfermeiro é integrado no bloco operatório, num mês começa a fazer desde anestesia, circulação e instrumentação logo, eu estive 4 anos para começar a instrumentar. Há vantagens e desvantagens (...) Quando eu fui para lá havia...estavam sempre as mesmas pessoas a instrumentar, eram as pessoas mais velhas, mais velhas no bloco, porque muitas delas eram da minha idade. Maspor um lado, quando eu comecei a instrumentar já estava muito integrada com as pessoas, com a equipa multidisciplinar, tanto com as auxiliares, como com os cirurgiões, como com os anestesistas (...) sentia um certo apoio da parte deles (...) Deu-me confiança pronto. E acho que cimentar alguns conhecimentos, o estar algum tempo na

	<p>mesma, na mesma ... área é bom...” (E 3,2 e 3)</p> <p>“...antigamente não se saía da escola e ia-se para uma UCI ou para o bloco operatório (...) era muito raro (...) lembra-me (...) quando trabalhava na enfermaria e pedi para ir como experiência e disseram-me que ia para a UCI é pahh... eu fiquei orgulhosa, porque sabia que a equipa que lá estava era um bocadinho escolhida a dedo. Muita gente que tinha vindo do bloco operatório (...) eu confesso que me senti assim um...epahh que tinham uma boa imagem de mim e isso é bom (...) sempre vi os colegas do bloco como pessoas mais diferenciadas...não tem nada a ver! ...” (E 3,6)</p>
--	--

Dimensão	Discurso
3 - Relação entre Enfermeiros de Bloco Operatório	<p>“...somos individualistas mas trabalhamos em equipa, ou seja, nós não podemos funcionar sem estar os outros elementos de enfermagem...”(E 5, 2)</p> <p>“...uma equipa de enfermagem funcionando bem, a cirurgia corre lindamente...ou seja, nós os três elementos..ah..conseguimos com que as coisas corram lindamente (...) sabemos o que é que o cirurgião precisa, para aquele doente, para aquela cirurgia, para aquela...aquela especificidade de cirurgia...” (E 5,3)</p> <p>“...entre os enfermeiros temos uma relação muito forte...” (E 5,3)</p> <p>“....Nessa equipa nós fazemos uma distribuição semanal, em que todas as semanas mudamos de funções, ou seja, ah..uns dias estou a instrumentar, outros dias estou a circular, outros dias estou de anestesia...”(E 5,3)</p> <p>“...Muita gente diz “ ah o médico é que tem que saber...” não! Nós enfermagem temos um papel muito importante dentro de uma sala operatória! Naquelas três funções somos muito importantes...” (E 5,2)</p> <p>“...nós aqui (...) tentamos dar aos mais novos a nossa sabedoria e a nossa experiência de forma a que eles façam...que as coisas sejam bem feitas..” (E 5,9)</p> <p>“...Nós somos muito exigentes connosco próprios e com os colegas, somos uma equipa muito exigente! Nós não gostamos de falhas, não gostamos de erros. Aquilo que mais nos chateia.... quando vem alguma coisa do risco a dizer que nós...que houve uma falha no bloco...” (E 5,9)</p>

“...a enfermeira circulante é a enfermeira mais importante da sala, pois é a enfermeira que toma conta daquilo tudo, ou seja, nós temos que ter atenção aos colegas, aquilo que os médicos...e ao próprio doente...” (E 5,2)

“...o enfermeiro de bloco..isto não é que o enfermeiro de enfermaria não...por amor de deus! Cada um na sua área...mas....mas o enfermeiro tem um papel importantíssimo, importantíssimo!!” (E 5,9)

“...a pessoa tem de ter características próprias e tem de desenvolver algumas capacidades, quer humanas, quer profissionais. Para já porque é um espaço físico muito fechado, em que trabalhamos, dialogamos muito entre pares...” (E 4,3)

“...tem que haver uma boa relação com o enfermeiro, enfermeiro, enfermeiro, enfermeiro ou seja os 3 enfermeiros da sala, não pode haver gritos, não pode haver discussões e não se pode falar de coisas a não ser que sejam focadas no doente e sem ir a pormenores para o doente não fazer más interpretações..” (E 4,3 e 4)

“...No fundo, é a pessoa que circula e que consegue por ordem, chamar a atenção que a bata não está bem vista, no fundo é o elo de ligação entre a equipa toda....” (E 4,6)

“...no bloco isto requer muito, muito empenho (...) um instrumentista, até pode estar no bloco e ter envergado pela parte de anestesia e ter estudado e investido muito na parte farmacológica, mas quando chega o momento de circulação ouquando está na circulação tem que dominar muito bem todo o equipamento (...) um bom instrumentista, um bom circulante, bom enfermeiro de anestesia tem que antecipar os passos para quem está, porque no fundo o bloco, não sei se já disse isto, mas o bloco... alguém está sempre dependente de alguém...” (E 4, 8)

“...Não é preciso o enfermeiro instrumentista dizer que, porque aqui o enfermeiro circulante depende muito do enfermeiro instrumentista, dá-me isto, dá-me compressas, se ele tem inicialmente compressas e o enfermeiro instrumentista só tem 2 compressas já na mesa, cabe ao circulante antecipar e não é preciso ao colega pedir..” (E 4,8)

“...uma pessoa que trabalha no bloco não tem a mesma atitude comunicativa, nunca foi exposto a uma comunicação como é um enfermeiro com a anestesia ou a oncologia, ele tem que ter uma forma comunicar para se orientar... (E 4,10)

“...um nunca tive, eu nunca tive ninguém que me levantasse a voz, nunca.... A pessoa troca coisas menos boas, mas sempre com um nível... eu também nunca permiti...isso eu sempre tive de princípio...” (E 2,4)

“...esta equipa é no geral multidisciplinar, é uma equipa muito complicada a esse nível, lutam muito pelo lugar uns dos outros (...) as pessoas tratam-se por tu...acham que são mais amigas, que têm relações melhores (...) quando chega a altura de coisas mais sérias levam para um lado, ultrapassam as barreiras do que é normal. E eu não gosto, é uma das coisas que eu não gosto....” (E 2,4)

“...as pessoas têm muito medo que lhe tirem o lugar, e às vezes não há lugar nenhum (...) não tem a ver com o aprender com o competir, porque as pessoas depois de terem esse estatuto depois não querem assumir e não lutam por isso...” (E 2,5)

“...é uma vivência muito boa, eu sinto que é muito boa e tem a ver com as pessoas..” (E 2,4)

“...acho que nós aqui dentro, nós vamos com os anos, vamos conseguindo ganhar a confiança de quem trabalha connosco...” (E 1,3)

“...Eu gosto muito de trabalhar num sítio em que eu não preciso de falar com ninguém, basta eu olhar para um sítio e as pessoas sabem o que é que eu quero, eu consigo dinamizar na equipa...” (E 1,3)

“...As auxiliares que trabalham comigo sabem que eu não gosto de gritar, não gosto de... eu olho com os olhos para um sítio e elas já sabem o que é que eu quero...” (E 1,3)

“...tem que haver um respeito muito grande entre todos, se isso existir eu acho que, como eu costumo dizer, eu gosto muito de trabalhar mas gosto de trabalhar a brincar..” (E 1,3)

“...a nossa formação é toda feita através dos nossos pares, são os colegas mais velhos. Nós chegamos aqui e somos integrados por colegas mais velhos (...) somos integrados nas várias especialidades por colegas que...que são considerados peritos naquela área e a nossa evolução vai sendo feita assim...”(E 1,5)

“...foi um longo percurso porque a integração exige... foi bastante tempo mesmo. Os primeiros 6 meses, pronto a parte de circulante e anestesia e depois a instrumentação, que foi mais complicado, um percurso pronto mais longo, até fazer tudo dentro do bloco demorou algum tempo...” (E 9,2)

“...funciona muito bem, eu pelo menos da minha parte não tenho dificuldade em lidar com ninguém, nem com os cirurgiões, nem com anestesistas, nem com os colegas, funciona bem..” (E9,2)

“...conflito às vezes é por pequenas coisas, não propriamente pelo trabalho...é mais de olha fizeste mais uma prevenção que eu, olha tu vens mais do que eu, ou...coisas ridículas, pronto! Não é directamente com o nosso trabalho dentro da sala...” (E9,2)

“....Quem estivesse de fora, não ia ajudar dentro das salas, mesmo que as coisas estivessem complicadas. Foi essa a ideia que eu... até pode ser que tenha sido uma ideia errada, mas era essa a ideia que me era transmitida na altura. O tratamento era muito frio, muito impessoal, apesar de dizerem que era o melhor bloco aqui do hospital, a nível de relacionamento. Ao longo do tempo as coisas mudaram...” (E 8,3)

“...Comunicamos muito mais neste momento, do que outra coisa. Mas isto é a nível da maturidade das relações, por exemplo, outras experiências que eu tenho, de outros blocos, a situação não é a mesma, mesmo entre colegas é um ambiente de cão!... posso dizer, dentro do bloco...” (E 8, 3)

“...Há situações em que quem está a circular não mexe na anestesia, por muito que o colega da anestesia esteja aflito. E quem mexe na anestesia não vai dar as coisas para a mão...eu tenho visto isto actualmente (...) nós entreajudamos e alguém e fora vê que a colega que está dentro da sala está aflita, entra dentro da sala e ajuda-a (...) aqui nós entreajudamos (...) e ninguém leva a mal. Nós aqui temos uma ótima equipa, a sério!...” (E 8,3)

“...tive uma pessoa como modelo de referência que foi uma enfermeira supervisora (...) foi uma pessoa absolutamente marcante (..) que nos marcou e muito, porque era uma pessoa de uma inteligência brutal em que nós nos ríamos pois quando lhe íamos por um problema saíamos com dez coisas para fazer e mais o problema para resolver e ela nunca nos deixou parar, nunca, nunca. Foi uma pessoa com uma visão, uma rapidez de raciocínio e de pensamento muito grande, uma sólida visão do que era a enfermagem e que soube, nos soube fazer desenvolver a todos...” (E 7,4)

“...É um manancial em bloco operatório (...) houve pessoas que já se aperceberam do manancial que é (...), é a nossa vida e a nossa vida social concentrada, num pequeno espaço e em pouco tempo, portanto está tudo em estado puro, concentrado e altamente explosivo. Somos equipas que trabalhamos com diferentes responsabilidades para um objectivo comum e que a todos é pedido 100%, o melhor de nós, sem falhas, e com a capacidade de poder trabalhar em equipa...” (E 7,4)

“...Como enfermeiros, o que a gente chama de enfermagem perioperatória, consideramo-nos um bocadinho os donos da casa e somos mesmo...somos os residentes, somos os que estamos lá, permanentemente, o resto consideramos os visitantes, incluindo o doente, não

é? portanto temos que preparar a casa para estas visitas que são os profissionais que depois têm que trabalhar connosco, óbvio, e nós com eles e são as visitas que são os doentes, para o qual nós temos que ter preparado o melhor , melhor possível para que as coisas corram sem, sem riscos ..” (E 7,5)

“...Trabalhamos com assistentes operacionais, que são as auxiliares, que também são os nossos grandes colaboradores, para os quais também temos que ter esta, esta visão de que eles também são os tais residentes connosco e que são fundamentais para a qualidade do trabalho que se pratica ...” (E 7,5)

“...os enfermeiros sim, esses são mesmo os que têm que ser os que põe o bloco a funcionar e os que mantêm esta estrutura, a funcionar muitas vezes 24 horas...” (E 7,5)

“...ter uma preparação perioperatória no verdadeiro sentido da palavra, é o estarem preparadas para exercer a sua função, o enfermeiro circulante, instrumentista, anestesia e de recobro, dá uma visão transversal do doente, que é o que nos interessa e uma capacidade de trabalhar em equipa, porque todos nós sabemos, quando estamos em cada uma destas funções, o que é que o doente precisa e o que é que precisamos para trabalhar. (...) ser uma polivalência dentro do serviço...” (E 7,6)

“...a dinâmica dos blocos operatórios depende muito da cultura do grupo e depois as pessoas que entram e saem ...” (E 7,7)

“...é um acolhimento bastante exigente (...) não acolhemos só a pessoa como profissional (...) para conhecer a estrutura, a casa, e o serviço, e o tipo de doentes e necessidades especiais, como também temos que lhe dar formação que não tem (...) , formação mesmo técnica que não tem e (...) que infelizmente vai ter muita dificuldade de a adquirir, se não for por um esforço pessoal próprio e um esforço colectivo da equipa e do bloco para a poder dar, ou como formação em serviço, ou como necessidade de formação externa, ou com a informação do que é que a pessoa deve ler (...) é sempre referenciado por nós, porque são os veículos que nós temos até agora...” (E

	<p>7,7)</p> <p>“...As organizações hospitalares também ainda não se aperceberam do que é que isto custa, o que é que custa ter um enfermeiro integrado que nunca ninguém consegue integrar com menos de 2 meses, no básico, e 2 anos , para ,as três funções...” (E 7,10)</p> <p>“...funciona tudo lindamente. É uma equipa que está muito habituada a trabalhar junta, que toda a gente sabe muito bem o que é que se espera uns dos outros...(...) É muita maturidade (...) as outras que têm entrado é pontualmente e a organização tem- se mantido e a cultura, digamos...” (E 6,3)</p> <p>“...como não havia muita formação, acabava por ser um bocadinho cultural, era passado, integrado pelas pessoas que estavam e mantinha-se mais ou menos aquela cultura (..) senti isso e fez-me precisamente sair do bloco (...) porque achei que aquilo era muito desmotivante. Quando voltei ao bloco já vi as coisas numa perspectiva diferente (...) a evolução foi diferente ou se calhar também a forma como, como vimos a enfermagem é diferente ...” (E 6,4)</p> <p>“...sempre centramos muito a nossa preocupação no doente nas condições e fomos tentando construir a nossa própria cultura...” (E 6,4)</p> <p>“...nós somos sempre as mesmas, todos os dias, estamos sempre juntos é um espaço pequeno e tudo o que cada sabe e partilha e vai-se evoluindo também um bocadinho nessa área...” (E 6,5)</p> <p>“...os blocos estão sempre muito fechados (...) durante uns anos estivemos muito fechados, não havia muita comunicação (...) acho que pela cultura!...” (E 6,5)</p> <p>“...os blocos estão sempre muito fechados (...) durante uns anos estivemos muito fechados, não havia muita comunicação (...) acho que</p>
--	---

pela cultura! (...) culturalmente nós éramos muito diferentes (...) Eu vinha do hospital (...) com uma cultura diferente e ali (...) sempre foi muito fechada, um ambiente diferente do nosso. Tivemos alguma dificuldade de partilha durante um tempo, depois começamos a partilhar até projectos comuns e isso acho que ajudou muito (...) ajudou a que (...) nos juntássemos para fazer as mesmas coisas. Começamos por fazer separados, começamos a juntar e eu acho que foi muito importante (...) eles também tinham o mesmo problema, tinham blocos muito fechados...” (E 6,5)

“...Muito especializados e muito fechados! Portanto, faziam assim porque sempre fizeram assim, também tentaram sempre melhorar dentro daquele âmbito, mas esta partilha de eu tenho aqui eu fiz isto porque é que vocês não fazem assim, ou ir ver, ou isto ou aquilo, ou eu também quero, eu acho que nestes últimos 3 ou 4 anos foi muito importante, eu acho que se melhorou muito, muito...” (E 6,5)

“...um colega, que nunca tinha trabalhado em bloco (...) teve muitas dificuldades (...) dizia-me que se sentia muito sozinho (...) e nós começamos (...) a partilhar muita coisa (...) e acho que eles também sentiram muito o facto de poder partilhar...” (E 6,6)

“...acho que me integrei muito bem, integrei-me no sentido estamos a falar de relações pessoais, se calhar também pelas minhas características (...) lembra-me quando fui para o bloco operatório (...) há sempre aquela coisa “não liguês, conversas de corredor” é sempre um ambiente muito fechado, são muitas mulheres juntas. Hoje em dia, não tanto, há já mais enfermeiros homens, não é? mas a grande maioria somos mulheres, numa faixa etária muito próxima, à sempre uma certa concorrência (...) Claro que eu quero aprender (...) acho que se aprende todos os dias com toda a gente, mas não sou uma pessoa que esteja ali agora a fazer currículo nisto ou fazer currículo naquilo e acho que isso por vezes é que faz com que haja concorrência, não é? Todos querem subir um bocadinho mais ou serem mais bem vistos, ou menos bem vistos, pronto...” (E 3,2)

“... tenho uma certa pena de não ter sido integrada, de não ter aprendido outras coisas, porque muitas vezes eu sinto-me limitada (...) Tinha miúdas a um ano que instrumentavam já mais coisa que eu, mais especialidades, porque acabavam por andar ... começaram logo

a instrumentar muito cedo e começaram a ser integradas, com uma equipa em cirurgia geral, outras pessoas foram para ortopedia (...) não há uma forma correcta, temos que nos adaptar (...) tenho realmente tido algumas lacunas de não saber algumas coisas (...) quando eu digo não percebo nada de trauma e de ortopedia as minhas colegas ficam a olhar para mim, mas como é que é possível (...) são percursos, houve uma altura em que eu quis ser integrada não havia hipótese porque se tinha que integrar outras pessoas...” (E 3,3)

“...A passagem de conhecimento portanto é feita por bibliografia (...) é aquela do saber fazer e (...) no início ficam um bocadinho de observação (...) transmito-lhe oralmente as coisa e ela vai ter que fazer, mas há-de chegar a altura que tem que ser ela a fazer (...) muitas vezes eu também sou obrigada a ajudar e isso também é bom (...) certas coisas que nós sabemos teoricamente, depois passamos á prática e começamos a esquecer um bocado os conhecimentos teóricos...” (E 3,3)

“...quando comecei a instrumentar sabia que tinha que saber a anatomia toda, que ia ter aquela cirurgia (...) agora por exemplo, muitos dos meus colegas já não fazem isso. Isto se calhar também tem haver com as pessoas que me integraram (...) detesto estar a fazer uma coisa que eu não sabia ou pelo menos não tenha a consciência daquilo que estou a fazer, ou conhecimento. Eu detesto sentir-me insegura! (...) Prefiro dizer que não sei, se souber mais ou menos (...) não tem haver com o ficar mal vista perante o outro, tem haver porque tenho ali uma pessoa e eu nunca me esqueço disso...” (E 3,4)

“...prefiro ler, prefiro perguntar às vezes mesmo coisas super simples e que ... já circulei, eu já arranjei material, eu já fiz anestesia, com uma coisa muito mais complicada, mas naquela altura especifica, nunca estive naquela área especifica, naquela cirurgia especifica, então eu prefiro se conseguir competência ir ver a internet ou pesquisar alguma coisa tudo bem, se não conseguir e se for assim um bocadinho em cima da hora tenho que ir perguntar a alguém ...” (E3,4)

“...não conhecia absolutamente ninguém, não sabia nada de bloco, nada, zero e no entanto (...)eu fui super bem recebida, nunca me senti uma estranha, as pessoas receberam me lindamente, muito bem mesmo, muito bem mesmo...” (E3,5)

“...eu não fui bem recebida da parte da enfermagem, eu fui muito mal recebida (...) já me sinto mais ou menos integrada na equipa, já conheço algumas pessoas melhor (...)senti assim um bocadinho, como se fosse uma ameaça, que não tem nada a ver...” (E3,5)

“...a mim o que me chocou na altura foi não me conhecerem de lado nenhum e falarem –me tão mal, ou nem sequer me falarem, ignoravam (...)lembra-me de uma colega ter olhado para mim, assim de alto a baixo, virar a cara e assim “outra!”(...) eu fiquei capaz de (...) me enterrar e de pensar assim “para onde é que eu vim...? tirem-me daqui!”...mas pronto, acho que estas coisas estão ultrapassadas...” (E3,6)

“...O bloco operatório é um trabalho em conjunto, é uma equipa muito mais coesa, nós temos os médicos cá dentro, temos os anestesistas (...)à uma situação de urgência ou de emergência (...) em pouco tempo temos uma equipa, fármacos, quer dizer tudo o que precisamos a nossa volta...” (E3,7)

Dimensão	Discurso
4 - Relação entre Enfermeiro de Bloco Operatório e o Médico	<p>“...claro que há alguns médicos mais antigos existe essa barreira, são pessoas mais velhas que nós temos algum...temos respeito por elas (...) pela idade, mas também pelas funções que exercem. São médicos que têm alguma responsabilidade e que têm tido também (...) alguma responsabilidade sobre a minha formação, ou seja, são pessoas que eu gosto e que aprecio o trabalho que eles fazem....” (E 5,4)</p> <p>“....Claro que com essas pessoas, a maneira como eu falo com eles, é completamente... como um interno que entrou aqui no 1º dia completamente apavorado (risos) ... e que são os enfermeiros, muitas vezes que os recebem e que ... fazemos a integração, pelo menos do espaço e do ambiente. Somos nós enfermeiros que, às vezes, até lhes damos um certo carinho que eles...por parte dos colegas não têm...porque...entrar num Bloco é muitas vezes sentir-se perdido...não, não estão habituados....” (E 5,4)</p> <p>“....Quando para cá vim havia aqueles “totós” que a gente dizia “bom dia senhor doutor, como está...”, aquilo era assim um cumprimento quase ...quase de vassalagem. Isso, isso acabou... já não é esse tipo de relação...” (E 5, 5)</p> <p>“...tem de haver um boa relação entre cirurgiões e enfermeiros, enfermeiros e anestesistas, porque isto é uma coisa que o doente apercebe-se logo e para se dar bem no bloco, tem que estar tudo muito unido ...” (E 4,4)</p> <p>“.... já passei de aprendiz, um pouco para perita na minha formação, e alguns cirurgiões já me vêm perguntar quando têm dúvidas, normalmente os mais novos que têm... algumas dúvidas só sobre alguns dispositivos médicos, sobre algum tipo de instrumental cirúrgico que precisam de útil utilizar e veem me perguntar a mim” (E 5, 4)</p>

“...num bloco operatório nós temos de perceber que há vários tempos da cirurgia, tempos em que são tranquilos, em que o cirurgião está só numa de inserção tranquila, claro com toda a atenção mas tem logo outro momento em que é importante se alguma coisa corre mal nós virarmos para uma atitude de emergência em que toda a gente tem que agir, tem de haver aqui uma diferença entre momento cirúrgico, momento de urgência e momento de emergência, e toda a equipa desde o auxiliar ao cirurgião, toda a gente tem de ter percepção disto...” (E 4, 4)

“...se a pessoa estiver disponível as próprias pessoas também mudam. Eu trabalhei com pessoas que.... que havia pessoas que se negavam a trabalhar com elas e ...e que se tu perguntares foram as pessoas com quem mais gostei de trabalhar, especialmente cirurgiões. Muito complicados muito difíceis e que eu adorei, anestesistas igualmente, colegas inclusive, eu tinha colegas que me zangava com elas cá fora.....” (E 2,4)

“...surge sempre tensões porque quanto mais as pessoas têm experiência mais...mais sabem o que é que estão a fazer e por vezes... é assim, neste tempo de..de contenção de despesas, as cirurgias nós tentamos poupar em certas...dar os materiais (...) mesmo que haja tensão naquela altura ela depois acaba, desvanecesse, quando termina a cirurgia vamos resolver as coisas e pronto. No próximo dia corre tudo bem...” (E 1,3)

“...naquela altura não vale a pena nós estarmos ali a batalhar uns com os outros (...) é muita tensão naquela altura, quanto mais se falar piora as coisas, não é melhor passar. Terminou a cirurgia, então a seguir vamos conversar um bocadinho. ..” (E 1,3)

“...Há sempre um ou dois que pronto, é mais difícil a comunicação e que não aceitam tão bem...” (E 9,2)

“...eu tento lidar com elas da forma mais simples, quando tenho dúvidas pergunto.. não vejo problemas assim de comunicação...” (E 9, 3)

“...eu vim para aqui, estava-se num altura de mudança aqui também neste bloco e lembro-me também que médicos não conviviam com enfermeiros, auxiliares não conviviam com enfermeiros, apesar de estarmos todos reunidos no mesmo espaço. Alguém trazia, por exemplo, um bolo para se comer e o médico não comia e a auxiliar também não comia...” (E 8,3)

“...No trabalho é cirurgião, a anestesista, falamos todos entre nós, comunicamos mais, ao longo deste anos a relação tem vindo a melhorar entre anestesistas, cirurgiões, entre enfermeiras e as auxiliares, comunicamos mais entre nós... Comunicamos em prol do que vamos fazer a seguir, orientando melhor o trabalho, muito melhor a meu ver....” (E 8,3)

“...Eles perceberam que o grupo de enfermagem, que têm aqui dentro, tem interesse pela área científica também (...) achavam que nós não nos interessávamos e depois começaram a observar que nós, efetivamente, começamos a fazer trabalhos para congressos, interessávamo-nos em aprofundar conhecimento, em perceber o que estava a fazer nas cirurgias e a antecipar determinados passos. Facultávamos a eles o trabalho, após conhecermos o que queriam... qual era a intenção final, perguntávamos “mas porque é que fez isto desta maneira e não da outra maneira, de outro modo?”, pronto e começaram a ver interesse. Houve quem me tivesse confidenciado “nós pensávamos que vocês não se interessavam”.....” (E 8, 3 e 4)

“....acabaram por notar determinados pontos de vista da enfermagem que até determinado momento nunca lhes teria passado pela cabeça (...) vamos amadurecendo mutuamente, mas foi, basicamente, o ponto comum sim...” (E 8,4)

“...há cirurgiões com quem me dou fantasticamente bem e depois de repente a meio de uma cirurgia começam a mandar vir comigo... e eu respondo-lhes a letra, pronto digo-lhe “você não tem o direito de estar assim a mandar vir comigo, eu estou a fazer aquilo que você quer”...é uma questão de falarmos também há outras alturas em que a melhor atitude é deixa-lo falar, por exemplo, e não dizer nada. Perceber que a cirurgia está complicada, que aquilo foi um desabafo porque o chão está torto e... pronto, deixar andar. É uma questão de

	<p>gestão do conflito... (E 8,4)</p> <p>“...Se nós soubermos perfeitamente onde é que começa o nosso trabalho e onde é que termina e não estamos, permanentemente, a entrar nas fronteiras do outro ...olhe estamos aqui... temos aqui muitos grupos de profissionais a trabalhar em conjunto, temos área que se cruzam, outras que não, mas temos que saber quais são elas. O nosso limite onde é que começa o papel do cirurgião e onde é que termina, onde é que começa o do anestesista e onde é que começa o nosso é fundamental! Estruturas que estão organizadas com esta clareza de entendimento, que não tem a ver só com o dia-a-dia mas tem a ver a forma como estão regulamentadas profissões e organizado o trabalho no bloco é a pedra basilar...” (E 7,5)</p> <p>“...todos sabemos que o que temos que fazer, porque o que temos que fazer às vezes é pouco tempo e é simultâneo e todos dependemos uns dos outros para (...) que se consiga atingir uma cirurgia sem complicações...” (E 7,5)</p> <p>“...estamos em locais onde este stresse é muito...muito presente, onde as equipas estão muito concentradas, no mesmo local, às vezes fechadas muitas horas seguidas (...) com altos níveis de stresse, que não facilitam relações humanas e depois também estamos dependentes das características pessoais de todos nós, não é? E isso pode ser conflituoso, há pessoas que são conflituosas por natureza, portanto o não saber trabalhar em equipa pode ser...” (E 7,6)</p> <p>“...o perceber que isto tem que ter uma continuidade e depois também é esta perspectiva que hoje em dia temos todos que é o centrar no doente, (...) a saúde não deve estar orientada para serviços, especialidades ou hospitais, ou organizações, mas sim para as necessidades dos doentes. Isto é tão básico...” (E7,8)</p> <p>“...um bloco de especialidade também está muito sujeito à parte médica, portanto está sempre disponível para eles, o que leva a que haja algum...algum conflito no sentido da organização. Portanto, é muito o estar disposto para (...) eles sentem que podem fazer um bocadinho</p>
--	---

o que querem (...) se lhes apetece operar de manhã têm sempre disponibilidade, portanto a nível de organização (...) é muito complexo...” (E 6,2)

“...Nós estamos sempre cá (...) eles...não têm competitividade com outras..., pelas salas, com outras valências, portanto sabem se não estiverem cá está livre e podem ocupa-la a hora que bem lhes apetece (...) eu acho que isto é de alguma forma um bocadinho utilizado, o que também gera alguns conflitos...” (E 6,2)

“...já estamos muito habituados e tentamos de alguma forma... dizer aquilo que tem que ser dito, também de uma maneira a não entrar em conflitos directos, também não vale a pena, não é? Mas tentamos sempre impor ou mostrar o nosso ponto de vista, a nossa organização e tentar que tudo se coordene da melhor forma, nem sempre é fácil, pronto há alguns conflitos...” (E 6,2)

“...quando eu comecei a instrumentar (...) eles já estavam muito habituados a mim na sala e já conheciam o meu trabalho (...) Aqui (...) senti um bocadinho uma certa prepotência dos cirurgiões para comigo, cirurgias que eu já instrumentava mas, lembra-me às vezes a primeira vez que eu instrumentei aqui foi uma cirurgia da tiroide e eu (...)comecei-me a desinfetar e o cirurgião chegou ao pé de mim e perguntou “é você que vai instrumentar?”, “Sim sou, porque há algum problema?” ele ficou assim...primeiro impacto nunca é muito bom, porque é assim a cirurgia é a mesma, eu posso saber qual é o material (..)tudo o que é necessário para aquela cirurgia, mas o modo como aquele cirurgião opera pode ser diferente do outro que eu estava habituada. Pode utilizar um ou outro instrumental que não seja aquilo que se estava a espera, pronto, tem umas certas especificidades, todos os cirurgiões têm.... “ (E 3,4)

“...tem a ver com a confiança (...) não vale a pena chegar e dizer “eu sei perfeitamente isto” (...) quando fazem assim uma coisa nova, que eu não estou habituada ou que nunca fiz eu digo “olhe eu não sei, conheço mais ou menos a técnica cirúrgica, nunca estive com vocês, antes de começar a cirurgia digam-me só qual é o material específico, o que é que vão precisar” e eles são impecáveis nesse aspecto.(...) nós estamos ali todos para o mesmo, para que tudo corra bem, não é? isto é o que se chama ser uma equipa,

	<p>complementamo-nos...” (E 3, 4 e 5)</p> <p>“... é melhor perguntar abertamente, o que é que precisa aqui, nesta parte aqui eu não estou muito a vontade e as coisas têm corrido lindamente. E eu noto a pouco e pouco que há muito mais a vontade (...) a relação é muito melhor (...) não só já profissionalmente como já no corredor já nos encontram e já conversam, já falam e no início à aquela desconfiança...” (E 3,5)</p> <p>“...certas coisas que a pessoa faz... pode fazer de maneira diferente, não quer dizer que esteja errada, mas depois também limar arestas à coisas ai que até já foram um bocadinho mudadas porque nós dissemos “olha nós fazemos assim, por isto ou por aquilo...” (E 3,5)</p>
--	--

Dimensão	Discurso
5 – Relação entre Enfermeiro de Bloco Operatório e o Doente	<p>“...temos que ser sempre esses três para que as coisas corram bem.. para que os doentes saiam daqui com...com tudo o que têm direito!...” (E 5,2)</p> <p>“...não podemos descurar do doente, nunca!” (E 5,2)</p> <p>“...eu acho que às vezes, também entre eles, existem certos atritos...em relação os médicos, entre eles especialidade..” (E 5, 6)</p> <p>“...Por vezes, o ortopedista não informa o cirurgião que vem uma cirurgia ortopédica para cima, nem o cirurgião informa o ortopedista. Quando nós vamos... nós temos aqui dois doentes, que precisam ambos dos nossos cuidados e nós não sabemos o que havemos de fazer...aí começam os atritos” (E5,6)</p> <p>“...Cuidar como nós cuidamos ninguém cuida. Só o enfermeiro do bloco. Nós temos no nosso cérebro tudo o que é necessário, para que...para que o doente seja... tenha, tenha os maiores cuidados a nível perioperatório...”(E 5,9)</p> <p>“...nós não queremos que o doente tenha alguma complicação por ter vindo ao bloco, que seja provocado por algum... por alguma má prática de enfermagem.” (E 5,9)</p> <p>“...tem de haver um boa relação entre cirurgiões e enfermeiros, enfermeiros e anestesistas, porque isto é uma coisa que o doente apercebe-se logo e para se dar bem no bloco, tem que estar tudo muito unido ...” (E 4,4)</p> <p>“...temos de ter modos na forma de falar, se for um tom mais alto preocupa o doente...” (E 4,4)</p>

“...comunicamos muito pouco com o doente, ou seja, a permanência de um doente dentro de um bloco operatório se for de 4 horas, nós comunicamos com o doente cerca de meia hora, meia hora a 45 minutos, que é o momento que acolhemos, são momentos de comunicação intensa com os doentes em que temos que fazer ensinios, criar uma empatia com o doente, haver uma afectividade, transmitir algumas informações importantes e criar no doente alguma confiança num espaço de tempo muito curto...” (E 4,3)

“...quando isso não acontece nota-se logo no ambiente dentro da sala, ou logo na nossa relação com o doente, o doente próprio, eu já tive alguns relatos ao longo desta minha experiência de vida no bloco, sei por alguns que percebem (...)por alguns momentos se apercebem quando a equipa não está bem ou quando algum elemento da equipa não está bem, porque realmente só nos veem os olhos e os nossos olhos expressam muitas vezes muita coisa (...) é o local da face onde a gente tem mais dificuldade em tentar disfarçar alguns sentimentos ou algumas reações e os doentes apercebem-se logo disso...”

(E 4,3)

“...há situações e situações e há pessoas e pessoas e face a várias circunstâncias e como digo basta um elemento dentro da equipa não estar bem ou ter havido algumas quezílias anteriores ou alguma cirurgia a alguns meses atrás menos bem, o anestesista não esteve bem ou o cirurgião não esteve bem, ou o enfermeiro não esteve bem quer a nível de comunicação quer a nível de acto, de no fundo técnica, claro que há logo uma quebra de confiança na equipa..” (E 4,5)

“...dentro do bloco tem que haver um grande respeito pelas pessoas, desde de a pessoa que esta deitada, o doente, a todos os outros, todos somos precisos...” (E 2,4)

“...nós perdemos aquele contacto de acompanhar o doente, de ver o doente como..como.. nós vemos o doente como um todo...” (E 1,4)

“...maneira como o doente nos chega, aqui ao bloco, depende em muito da actuação dos colegas da enfermaria, do internamento, de uma consulta e da preparação que os colegas fazem a esse doente (...) Temos doentes que nos chegam aqui sem saber nada, temos outros doentes que nos chegam perfeitamente informados...” (E 8,5)

“...os cuidados, os pensos que o doente trás, se trás infusivos, se não trás infusivos externos e eu isso consigo avaliar quando estava na unidade, eu também levava doentes ao bloco. Tinha o cuidado de fazer os pensos todos, o doente ia limpo, com banho tomado ou com eletrodos mudados, estava monitorizados mas ia com os eletrodos novinhos e bem colocados, de modo a facilitar o acesso ao local cirúrgico ...é importante...” (E 8, 5)

“...exige-se o máximo para um objectivo que também é o máximo para uma pessoa que está lá, se disponibiliza a ceder tudo o que tem, o corpo, a consciência, o futuro em pouco tempo, não é? portanto, confia em nós e dá-nos a liberdade de agredir-mos, causar-mos dor, inconsciência, uma data de barbaridades pelos quais seríamos presos se ele não nos tivesse cedido, que sim, que nos deixava fazer isso. Portanto, isto é um grau de responsabilidade brutal, portanto, estamos a trabalhar com a pessoa humana, com uma vida humana e para isso temos que estar preparados, articulados para que nada, nada falhe. Dito assim a gente nem sabe como é que está a trabalhar num sítio destes, não é? Enfim, como é que há loucos que se propõem a trabalhar assim...” (E 7, 4 e 5)

“...ter uma preparação perioperatória no verdadeiro sentido da palavra, é o estarem preparadas para exercer a sua função, o enfermeiro circulante, instrumentista, anestesia e de recobro, dá uma visão transversal do doente, que é o que nos interessa e uma capacidade de trabalhar em equipa, porque todos nós sabemos, quando estamos em cada uma destas funções, o que é que o doente precisa e o que é que precisamos para trabalhar. (...) ser uma polivalência dentro do serviço...” (E 7,6)

“...a transferência de cuidados, o cuidado da comunicação na transferência de cuidados de modo a que mudar de equipa ou mudar de serviços não seja prejudicial para o doente também faz cair muitas barreiras. Primeiro temos a necessidade de conhecer o doente que

	<p>nos vai receber e depois a necessidade de (...) todas estas passagens não serem obstruções (...)tudo faz-nos trabalhar muito em equipa ...”(E 7, 8 e 9)</p> <p>“...eu acho que nestes anos mudou mesmo muito, antes estava mais vocacionado para a organização em si, para o que era necessário para o funcionamento e não tanto para o doente, eu acho que se centrou, nestes anos tem se vindo a centrar cada vez mais a preocupação no doente e que tudo é feito, ao fim ao cabo, para a segurança do doente, todo o trabalho de enfermagem...” (E 6,4)</p> <p>“...sempre centramos muito a nossa preocupação no doente nas condições e fomos tentando construir a nossa própria cultura...” (E 6,4)</p> <p>“...tudo o que se passa com o doente durante o tempo que está no bloco implica muitas acções, até a maior parte de segurança, porque tudo o que nós fazemos acaba por ser consoante...porque é que nós esterilizamos o material? Para o doente não ter infecções, portanto é tudo prevenção, porque é que temos interesse em que haja um instrumentista para poder estar junto do cirurgião a dar-lhe os instrumentos, a ver como é que funcionam, a dar-lhe na altura certa, no tempo certo, para quê? para demorar menos tempo, para não haver incorreções, para não se facilitar, para não se estragar. Portanto tudo tem a ver com o doente e as pessoas não percebiam isto muito bem, achavam que estavam ali só pra fazer as tarefas, só para ajudar o cirurgião e não é nada disso...” (E 6,6)</p> <p>“...Estar a trabalhar com uma pessoa é diferente de trabalhar com uma máquina e posso-a perder (...)acho que essa responsabilidade sempre esteve presente em mim. Eu prefiro ir pergunta, apesar de dizerem olha está sempre a perguntar, do que estar a fazer alguma coisa, por engano, aquele doente, ou aquela pessoa...” (E3,4)</p> <p>“...no bloco operatório o contacto que nós temos com o doente é muito curto, enquanto acordado...” (E3,6)</p>
--	--

Dimensão	Discurso
6 – Relação entre o Enfermeiro de Bloco Operatório e os seus Pares que trabalham em outros Serviços	<p>“...Às vezes há uns certos atritos...certos atritos, por que a gente acha que as competências que eles estão a exercer não estão bem, ou eles ... as nossas competências que nós...que nós não, não conhecemos o funcionamento dos serviços.....opá.... nem eles conhecem o nosso...” (E 5,5)</p> <p>“...Nós vivemos aqui muito fechados...aah é um sistema muito fechado, temos os nossos próprios protocolos..” (E5, 5)</p> <p>“...sim... às vezes existem atritos, nomeadamente, atritos que têm haver com...com o funcionamento dos outros serviços que nós não sabemos não é... (E 5,5)</p> <p>“.....tentamos contornar as coisas e fazer com que não haja mau ambiente...” (E 5,6)</p> <p>“...acho que é o local onde nós temos mesmo de trabalhar em equipa, em que aquele slogan temos de trabalhar em equipa, aqui tem mesmo que existir!.....” (E 4, 3)</p> <p>“...há situações e situações e há pessoas e pessoas e face a várias circunstâncias e como digo basta um elemento dentro da equipa não estar bem ou ter havido algumas quezílias anteriores ou alguma cirurgia a alguns meses atrás menos bem, o anestesista não esteve bem ou o cirurgião não esteve bem, ou o enfermeiro não esteve bem quer a nível de comunicação quer a nível de acto, de no fundo técnica, claro que há logo uma quebra de confiança na equipa..” (E 4,5)</p> <p>“....há uns anos atrás, os enfermeiros de bloco e os enfermeiros das unidades e cuidados intensivos eram vistos como umas elites dentro da urgência...” (E 4,5)</p>

“...eu acho que cada um, isto é a minha opinião, cada um é bom naquilo que é, e admiro por exemplo muito, e eu acho que não era capaz de trabalhar na urgência geral.... Acho que eu não me estou a ver, mas chegava lá, tinha-me de adaptar, mas não consigo, porque acho que não consigo, eu admiro muito os colegas, assim como admiro muito os colegas da medicina...” (E 4,6)

“...consideram-nos muitas vezes frios, pessoas frias e distantes quer com a relação com eles quer a relação com os doentes o que não é bem verdade, como eu disse nós temos a nossa relação intensa...” (E 4,6)

“...eu só lamento é que realmente as pessoas contactam muito pouco connosco..” (E 4,6)

“...o instrumentista sai da sala bastante cansado.... Pois estão debaixo de temperaturas altas assim e vai diretamente repor os seu níveis..ahh...logo muito menos comunica com os colegas das enfermarias ou dos outros serviços. Isto faz com que, realmente se tenha criado aquela situação que os enfermeiros de bloco são distantes, acham que são os melhores....não é verdade..” (E 4,6)

“...eu tenho colaborado com equipas dos serviços para melhorar os cuidados do doente, criando folhetos de informação, folhetos informativos a família e isto da cirurgia de ambulatório, tem realmente, criado a nossa necessidade de aumentar as formas de comunicação com a comunidade, com o doente e com as enfermarias não é?.... tenho criado grupos de trabalho, e os colegas em visto a outra parte do enfermeiro de bloco..ahh...portanto eu penso que neste momento, actualmente já não há esse tal estigma, que o enfermeiro de bloco era elite” (E 4,6 e 7)

“... todos somos precisos a níveis iguais, o mal das pessoas é que se metem em patamares diferentes e ao se porem nestes patamares diferentes, depois há aqui uma luta de que querem o patamar daquele ... e não tem nada a ver, cada um tem o seu trabalho e a sua

profissão e nos trabalhamos em paralelo, caminhamos, caminhamos lado a lado, para ser possível o que se esta a fazer, a cirurgia que se esta a realizar...”(E 2,4)

“...Eu acho que as pessoas não nos percebem. Mas não é só do bloco, os serviços fechados são muito mal vistos em termos hospitalares, em termos do resto do contexto, porque as pessoas acham-nos os mal-educados, os manientos, os suprasumes, depois acham que nos andamos a cirandar cá dentro e que não lhes damos atenção a eles, não percebem que nos temos timings diferentes, e quando passamos de um lado para o outro, não andamos a passear-nos pelos corredores, aqui é um ritmo diferente...” (E 2, 5)

“...e tive uma luta com um colega...ele tocava à campainha e nos turnos, eles não entravam directamente, nós tínhamos que abrir a porta e ele achava que nós tínhamos que estar no secretariado a abrir a porta....E chatee-me.....metia o dedo na campainha e não deixava, até que alguém aparecesse. Ele começou a perceber o que era o bloco, para começar casou com uma colega de bloco (risos).... Saiu foi à urgência e voltou para o bloco ele também teve oportunidade de vir vivenciar o bloco e realmente, caiu por terra tudo, que nós não somos os bichos papões, que nós não somos os manientos..... nós não atendemos porque não podemos..” (E 2, 5)

“...eles visualizam melhor e respeitam mais os enfermeiros de bloco aqui...” (E 2,6)

“...é um hospital mais pequenino, eu tenho aqui uma coisa que me agrada, de manhã entro no hospital e as pessoas dizem bom dia umas às outras...” (E 2,6)

“...estava eu na (...) devia ter sido os meus últimos tempos que eu lá estava, tinha um doente que vim trazer ao bloco (...) lembro-me de o ter passado e quando o doente passou para a colega, eu estava a explicar-lhe tudo o que tinha acontecido e a colega nem olhou para a minha cara, nem quis saber o que se estava a passar. Eu disse, um dia que eu venha para o bloco isto

vai ser tudo diferente! E porque... nós centramo-nos .. nós fechamo-nos aqui um bocadinho, entre tudo o que é instrumento e...tudo o que é mecânico e....depois abrir as portas para os outros colegas e para quem quer que venha de novo..e mesmo para o doente..é..é...nós fechamo-nos ali um bocadinho num castelo. Mas eu acho que (...) somos vistos um bocadinho como..ahh...sermos diferentes..” (E 1,4)

“...não sinto, nem eu tenho barreiras com os colegas de fora, nem os colegas tem barreiras comigo, não, não noto isso...” (E 1,4)

“...ambiente semi-aberto, porque nós vamos muitas vezes, por exemplo a unidade de cuidados intensivos, fazemos a visita pré-operatória na enfermaria em que lidamos muito de perto com os nossos colegas e esclarecemos as dúvidas que temos em relação aos doentes que vão ser operados no dia seguinte... existe uma boa cooperação entre os colegas e acho que há compreensão do trabalho..” (E 9,3)

“...todos os enfermeiros que vão trabalhar, por exemplo para os intensivos ou para a enfermaria, vão passar um dia ao bloco, para ver de perto aquilo que se passa lá dentro. Embora sejam áreas separadas, existe uma comunicação entre todos eu acho que facilita muito nós compreendermos o trabalho uns dos outros...” (E 9,3)

“...Existem mal entendidos, não vou nega-los, porque existem, não é? “Porque é que o doente não vem algaliado? Podiam-me ter algaliado o doente?”, “ não algaliamos porque o procedimento era curto e não havia necessidade de ser tão evasivo, pronto mas...”, “pois, agora urinou na cama!”... coisas assim do género, são exemplos infelizes, mas existem não é...Há alguns mal entendidos, não percebem muitas vezes a nossa actuação aqui dentro. Nós somos um ambiente fechado ou pedem para vir assistir a uma cirurgia e às vezes dizem “aaahhh...então é por isso que vocês querem sempre as vias daquele lado..”, não percebem que nós...o espaço é curto, o carro da anestesia está sempre de um lado e dá-nos mais jeito se as vias estiverem desse mesmo lado, pronto...são pequenas coisas...” (E 8,5)

“... essa perspectiva do fechado não foi só um mito, mas também era uma realidade, não é? O concentrar a área técnica só e não, e não

desenvolver a área de enfermagem e até pelo facto e não haver nem desenvolvimento na carreira e as pessoas poderem sentir-se que estavam ali um bocadinho parados em relação aos outros, é verdade, mas isso pelo desenvolvimento da enfermagem perioperatória e desta filosofia de trabalho abriu-se muito a perspectiva e ao abrir-se o trabalho do enfermeiro ao pré, intra e pós do doente, portanto nós alargamos as fronteiras para ir ter com o doente e alargamos as fronteiras para trabalhar com os nossos colegas, os nossos profissionais que prestam cuidados ao doente ...” (E 7,7 e 8)

“...o perceber que isto tem que ter uma continuidade e depois também é esta perspectiva que hoje em dia temos todos que é o centrar no doente, (...) a saúde não deve estar orientada para serviços, especialidades ou hospitais, ou organizações, mas sim para as necessidades dos doentes. Isto é tão básico...” (E7,8)

“...esta visão do doente, como centro, deixa de haver as barreiras do doente está neste serviço, eu sou daquele serviço, é o doente que interessa, portanto a fluidez da comunicação, do que é que são os focus que se deve ter atenção para aquele doente, esteja ele no internamento, como esteja a ser operado, como esteja numa recuperação pós-anestésica ou nos cuidados intensivos ou em casa (...) o desenvolvimento da cirurgia do ambulatório ainda vai aumentar mais, porque concentrou num único dia todas estas necessidades de um doente de uma forma mais alargada e temos que preparar o doente, fazer-lhe a consulta, opera-lo, recupera-lo e ainda prepara-lo para a alta e acompanha-lo, uns dias mais tarde (...) viramos um bocadinho para o doente(...) o bloco operatório também teve que abrir um bocadinho estas, estas barreiras e não estar centrado, e no fundo pertencer a uma comunidade de enfermagem (...) que deve estar integrada, para dar resposta a este doente...” (E7,8 e 9)

“...a parte do desenvolvimento da enfermagem (...) e do modelo de desenvolvimento profissional também nos está a ajudar a abrir muito essas, essas barreiras e a...nomeadamente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, depois os projectos padrões (...) baseados por uma estrutura criada pela Ordem, que nos dá (...) os padrões da qualidade e por esses é que nós vamos analisar e ter indicadores do valor do trabalho do enfermeiro, da enfermagem nas organizações de saúde (...) o bloco operatório que se põe a fazer isso

está (...) a trabalhar em conjunto com os enfermeiros de outras valências...e da organização (...) esperamos também que o desenvolvimento da linguagem codificada também nos vá trazer essa continuidade...” (E 7,9)

“...esta área nem pelos próprios pares era reconhecida, como uma área de desenvolvimento ...lutamos muito para que esse reconhecimento fosse feito, também pelos nossos pares sem isso ... acho que não são os outros que nos têm que reconhecer, isso não é um bom caminho...” (E 7,11)

“...os enfermeiros estão sempre...apesar de nunca terem tido grandes possibilidades, mesmo comparando com os outros colegas noutras áreas, quando se entra no bloco operatório investe-se imenso e o retorno a nível de evolução na carreira é muito desigual, desigual para o esforço que se faz, é para o próprio como o seu grupo profissional e a chefias que os lideram, como também desigual em relação aos outros colegas que vão podendo ter oportunidades que ele não tem. Ficam sempre prejudicados....” (E 7,11)

“...com aquele que devia ser melhor que era com o internamento (...) nem sempre é o melhor, porque eu penso que as pessoas também não conhecem muito o trabalho dos enfermeiros. Quem está de fora não tem muita noção de quem são os enfermeiros dentro do bloco operatório (...) não têm muita noção do que se passa cá, eles não compreendem muito bem ...”
(E 6,3)

“...Muitas vezes não compreendem muito bem o porquê de, por exemplo, termos três enfermeiros numa sala e lá fora têm um enfermeiro para não sei quantos doentes, eu até digo às pessoas porque é que não vêm cá e estão connosco e percebem melhor, não é?...” (E 6,3)

“...não no sentido do auxiliar, mas que era um trabalho muito limitado, faziam... davam os instrumentos e pronto só faziam aquilo, porque realmente a todo um... como é que eu hei-de dizer...um corpo de saberes e de actuações dos enfermeiros de bloco que as pessoas não entendem que são importantes..” (E 6,7)

“...tudo o que se passa com o doente durante o tempo que está no bloco implica muitas acções (...) tudo tem haver com o doente e as pessoas não percebiam isto muito bem, achavam que estavam ali só para fazer as tarefas, só para ajudar o cirurgião e não é nada disso. E a culpa também tem sido dos enfermeiros que nunca demonstraram muito o que é que faziam. Acho que, cada vez mais, o facto de mostrarmos para fora o que nós fazemos faz com que as pessoas tenham essa consciência ...” (E 6,6 e 7)

“...é um corpo de conhecimentos muito alargado e muito específico que os outros enfermeiros não têm porque quando nós temos falta de enfermeiros em qualquer enfermaria, qualquer enfermeiro vai lá e consegue fazer, pelo menos, uma parte do trabalho, aqui faz muito pouco, vindo para o bloco, um enfermeiro que nunca esteve em bloco faz muito pouco...” (E 6,7)

“...é um trabalho diferente do que o que se faz nos outros locais..” (E 6,7)

“...antigamente não se saía da escola e ia-se para uma UCI ou para o bloco operatório (...) era muito raro (...) lembra-me (...) quando trabalhava na enfermaria e pedi para ir como experiência e disseram-me que ia para a UCI é pahh... eu fiquei orgulhosa, porque sabia que a equipa que lá estava era um bocadinho escolhida a dedo. Muita gente que tinha vindo do bloco operatório (...) eu confesso que me senti assim um...epahh que tinham uma boa imagem de mim e isso é bom (...) sempre vi os colegas do bloco como pessoas mais diferenciadas...não tem nada a ver! (...) veio uma colega do bloco para a enfermaria e fui eu que a integrei...e....ela teve alguma dificuldade em se integrar...” (E 3,6)

“...as rotinas e o trabalho do bloco operatório não tem nada a ver com o de uma enfermaria. E eu por acaso tenho essa percepção porque trabalhei nos dois sítios, mas é assim o trabalho de uma enfermaria é muito menos organizado porque...apesar de aqui a ver imprevistos, no bloco, as coisas estão todas muito...os maiores sustos que eu apanhei, enquanto enfermeira, foi na enfermaria...” (E 3,6)

	<p>“...numa enfermaria nós temos pessoas que estão meses (...)o que nos acontece é que nos vemos aquela pessoa a ser operada, uma neoplasia e depois ir para casa e depois a voltar para fazer quimioterapia até que a vimos morrer (...) é muito mais desgastante e depois em termos de organização (...) a responsabilidade e a capacidade de organização tem que ser imensa...” (E 3,7)</p>
--	--

Dimensão	Discurso
7 – Acesso à Formação Especializada na Área	<p>“... fiz uma actualização agora recente, que foi a pós-graduação, e tento estar informada sobre as coisas novas que saem e sobre, sobre...o nosso hospital tem, tem uma sempre formação contínua aqui dentro do departamento e nós aqui no bloco temos uma formação todas as semanas..” (E 5, 6)</p> <p>“...enfermeiros dentro da casa ou são por pessoas externas que nós pedimos colaboração para fazer essa formação...oh de laboratórios, ou de...de material específico para algumas cirurgias que são necessárias..oh novas directrizes por parte da anestesia, vem algum anestesista dar-nos formação. Nós temos uma formação contínua, 2ª feira todos os dias na primeira hora da manhã tem haver com a nossa formação de enfermagem...” (E 5,7)</p> <p>“...muitas vezes tive que ir ao site da Ordem, porque havia coisas importantes que eram preciso saber e que eu não sabia. A pós-graduação nesse aspecto foi fundamental porque... porque eu tive que ir a procura de coisas..” (E 5,7)</p> <p>“...tenho uma necessidade intrínseca de me manter actualizada nas coisas que gosto (...) a nível profissional, realmente, a minha grande paixão é bloco!!...” (E 4,7)</p> <p>“...alguns profissionais apenas o fazem com encontros seminários, frequência de alguns cursos pequenos, pequenos cursos que as empresas às vezes fomentam para novas técnicas, a maior parte das vezes os profissionais é assim que fazem..(E 4,7)</p> <p>“...Os que entram no bloco, no inicio....é uma exigência, dos serviços, da função que exercem terem que voltar a ler coisas que nós demos nos cursos base, como anatomia, farmacologia, é mesmo necessário nós dominarmos coisas que na escola, às vezes, damos um bocadinho por alto..” (E 4,7 e 8)</p>

“...no bloco isto requer muito, muito empenho...” (E 4,8)

“...um instrumentista, até pode estar no bloco e ter envergado pela parte de anestesia e ter estudado e investido muito na parte farmacológica, mas quando chega o momento de circulação ouquando está na circulação tem que dominar muito bem todo o equipamento..” (E 4, 8)

“...há coisas fundamentais que nós temos que ter dentro do serviço, um código deontológico, um código de trabalho, os livros básicos da enfermagem perioperatória, quer os emitidos quer os que são editados pela associação portuguesa..., pela AESOP, quer os que veem da EORNA europeia, quer termos documentação da norte-americana, que também é muito importante..” (E 4,8)

“...Estas coisas são fundamentais, para toda a gente poder consultar, acho que uma pequena biblioteca é importante...” (E 4, 9)

“...as pessoas estão conscientes que têm que se actualizar..” (E 4,9)

“...eu senti necessidade tanto que fui fazer a pós-graduação.....eu gosto de saber, eu gosto de fundamentar porque é que estou a fazer e faltava-me aquela parte... me deu mais, mais consistência as coisas que eu sabia e deu para fundamentar algumas coisas.” (E 1, 5)

“...em bloco operatório é a AESOP, sem dúvida alguma. Tem um corpo de conhecimentos invejável, por tudo quanto é lado e dá umas directrizes, umas guidelines...é assim, aquilo é o certo, tudo o resto que se afaste está errado. Até porque temos que admitir, aquilo é a guideline para actuar dentro de um bloco operatório. São concisas, são objectivas e ajudam muito quem trabalha no bloco a perceber as coisas...” (E 8,5 e 6)

“...A formação em serviço é fundamental e os blocos operatórios devem estruturar e lutar para ter esse tempo inserido no tempo de trabalho, como essencial para a prestação de cuidados, que é a formação em serviço...” (E 7,10)

“... fazemos coincidir o tempo de formação com os tempos de formação dos outros grupos de profissionais que também trabalham em bloco operatório (...) por exemplo uma hora semanal, isso é uma prática muito comum em blocos operatórios, na hora semanal da reunião de serviço, termos reunião de...para mantermos esta formação e informação, necessária para o nível de conhecimentos e de informação (..) Mas depois não chega (...)portanto implica que nós mesmos também saibamos dar de nós próprios e estarmos presentes na formação que é organizada na instituição e fora da instituição.... ” (E 7,10)

“...Você não fala com ninguém que esteja fora da área que não ache que há ali um grupo de profissionais altamente especializado, toda a gente lhe diz isso, mas na realidade que formação é que acredita essa especialidade? É só a prática....” (E 7,10)

“... as organizações que integram pessoas, recursos muito grandes (...) uma pessoa que só conta com ela daí a uns tempos, não está a contar efectivamente como um trabalho autónomo e seguro (...) por parte das organizações eu penso que não perceberam que também podiam ser eles também a exigir que houvesse uma estrutura de fora que desse essa formação as pessoas que eles contratam, seja de uma forma ou de outra são contratados, não é? e esperam deles um determinado nível de competências e de prestação de cuidados, que depois eles não vão estar prontos, portanto são eles que lhes vão ter que assegurar essa formação...” (E 7,10)

“...não há, não tem havido formação até agora específica para o bloco operatório...” (E 6,4)

“...como não havia muita formação, acabava por ser um bocadinho cultural, era passado, integrado pelas pessoas que estavam e mantinha-se mais ou menos aquela cultura..” (E 6,4)

“...os congressos médicos também ajudavam muito, porque também é uma área de conhecimento que sempre também se vai avaliando, se vai melhorando, até a nível de tecnologia se vai alterando, portanto eu acho que é uma conjugação de tudo...” (E 6,4)

“...a nossa formação acaba por ser um bocadinho muito informal, porque é no dia-dia. Embora tenhamos um dia (...) que estamos mais...temos uma horinha e nos juntamos para alguns trabalhos que vão sendo realizados, também ao longo do tempo, alguns projectos como foi da CIPE...”(E 6,5)

“...a maior parte da nossa formação é muito informal, porque nós somos sempre as mesmas, todos os dias, estamos sempre juntos é um espaço pequeno e tudo o que cada sabe e partilha e vai-se evoluindo também um bocadinho nessa área...” (E6,5)

“... tenho uma certa pena de não ter sido integrada, de não ter aprendido outras coisas, porque muitas vezes eu sinto-me limitada(...) Tinha miúdas a um ano que instrumentavam já mais coisa que eu, mais especialidades, porque acabavam por andar ... começaram logo a instrumentar muito cedo e começaram a ser integradas, com uma equipa em cirurgia geral, outras pessoas foram para ortopedia (...) não há uma forma correcta, temos que nos adaptar (...) tenho realmente tido algumas lacunas de não saber algumas coisas (...) quando eu digo não percebo nada de trauma e de ortopedia as minhas colegas ficam a olhar para mim, mas como é que é possível (...) são percursos, houve uma altura em que eu quis ser integrada não havia hipótese porque se tinha que integrar outras pessoas...” (E 3,3)

“....normalmente podemos ter aquela formação sempre que vem um material novo vir alguém do laboratório que nos ajuda, isto em termos de material e medicamento (...) em relação à parte da..da segurança, da infecção há sempre novas directrizes, que temos que estar actualizadas, porque ... os antissépticos mudam, fazem novos estudos e aqueles já não são...os recomendados (...) depois temos a internet (...) temos um leque enorme de coisa que nós podemos ver, tanto a nível do país, como a nível mundial. Há directrizes que são universais, depois também temos que estudar um bocadinho e há sempre livros novos e fazemos muita formação em serviço também.

Uma vez por semana nós temos assim períodos de...formais (...)reuniões de serviço, fazemos sempre formação sobre algum..algum material, algum procedimento, alguma nova tecnologia que vem e depois também temos os congressos...” (E 3,7)

“...Falta de formação específica, sim! É assim, tive a fazer o Complemento, tive não fiz o complemento, em termos de bloco (...) para qualquer tipo de trabalho, qualquer área de enfermagem, não se aprende nada em termos práticos (...)quem gosta de investigação sempre tem mais algumas bases (...) mas bloco operatório não...apesar de ter de fazer trabalhos em termos de bloco (...),nós fazemos algumas coisas adaptadas ao serviço em que trabalhamos...” (E 3,8 e 9)

“...eu tenho algumas colegas (...) que foram fazer uma pós-graduação em bloco operatório e elas, que estavam a ser integradas na altura, estavam para aí a um ano e tal, elas próprias acharam que gastaram um dinheirão(...) elas diziam que aquilo não serviu para nada (...) nós também nos actualizamos, há coisas que nós mudamos a ... frequentemente, a medida que vamos percebendo (...)porque agora houve uma investigação ou algum trabalho que foi feito neste sentido e chegou-se a conclusão que isto é melhor (...)às vezes até coisas muito simples e nós mudamos (...)quando eu fui para o bloco, ainda apanhei algumas colegas que me diziam “isto é assim porque é assim”. Acho que hoje em dia isto já não se passa tanto..” (E 3,9)

“...O feedback que elas me deram em relação à pós-graduação não foi... (...)Eu já não estava motivada, mas podia ser que.... depois é assim, não há motivação... enriquecimento pessoal...profissional, por aquilo que eu percebi.. não há! (...) ? A carreira está parada, ou seja, aquilo só realmente se eu dissesse assim “ não, vou fazer aquilo porque vou aprender alguma coisa ali...”, de resto não! Para ter um papel? Não....” (E 3,9)

“...temos formação, todas as 5ª feiras de manhã, sobre variadíssimos temas, desde pequenos problemas relacionados com a gestão do serviço até formação de alguma área que a chefe acha necessário rever...” (E 9,3)

	<p>“...É por nós, por médicos às vezes pede-se a colaboração de outros profissionais do serviço de sangue, da... quando é necessário rever alguma coisa que não está a funcionar bem e ..aproveita-se as 5ª feiras de manhã, aproveita-se aquela horinha da reunião para fazer pequenas formações, dentro do serviço..” (E 9,4)</p>
--	---

Dimensão	Discurso
8 – Estratégias para o Desenvolvimento Profissional	<p>“...nós temos estado ao longo destes tempos todos, cada vez mais, fazendo formação, fazendo formação para que..para isso mesmo. A formação é fundamental. Não chega só a sabedoria interna, mas a formação é uma coisa fundamental para nós desenvolvermos e cada vez prestarmos cuidados com mais qualidade. Sem dúvida!...” (E 5,10)</p> <p>“...tento actualizar-me em congressos, fui a um congresso a pouco tempo....” (E 5,7)</p> <p>“...Eu vou a um curso, eu vou a um congresso, se há um livro que dão...inclusive... eu até compro. A última vez, comprei um livro sobre cirurgia sobre ambulatório para pôr na nossa biblioteca. Compro...já comprei um livro das práticas e depois também arranjam aqui algumas colectas...” (E 4,8)</p> <p>“...pequenos cursos em outra áreas, por exemplo da assepsia, porque a associação portuguesa de comissão de controlo de infecção fazia cursos também assim, um mês...” (E 4,8)</p> <p>“...o meu caso, não havia a área de bloco operatório, mas áreas que simpatizam ,a médico-cirúrgica é por exemplo um das áreas em que muitos enfermeiros de bloco têm investido..” (E 4,9)</p> <p>“...as pessoas tentam sempre actualizarem-se com congressos ou com encontros internacionais, porque quer a enfermagem perioperatória, quer a nível de cirurgia de ortopedia, há encontros internacionais quer no nosso país, algumas vezes estão no nosso país há outras vezes somos nós que nos temos que deslocar e as pessoas acabam por ir, são 4, 5 dias de actualização, de troca de experiência de novas.. é assim que ao longo dos anos...” (E 4,9)</p>

“...lá está no início da especialidade que eu me interessei um bocado por investigação , fui fazer um curso de uma semana ..para ler, para procurar, sempre houve formação sempre houve Institutos de formação que faziam formação na área de enfermagem, muitas vezes na área de enfermagem perioperatória mas pequenas coisinhas, não muito fundamentadas, dadas às vezes por pessoas que tinham o conhecimento, era o conhecimento técnico, só nos últimos anos é que nós realmente progredimos...” (E 4, 9 e 10)

“...fiz muitos cursos dentro ... principalmente de ortopedia, que é uma coisa muito técnica e que implica muita logística de materiais e instrumentos, e aí sim , aí fiz uma série de cursos...” (E 2,6)

“...há sempre os congressos, há ...há coisas interessantes e a pessoa vai..” (E 2,6)

“...a pessoa no dia a seguir sabe que esta nesta sala com estas especialidades e que vai ter estas cirurgias ... é de bom tom a pessoa se ... não tem experiência,se ainda está numa fase.....é de bom tom actualizar-se e ver o que vai fazer e ... técnica cirúrgica, anatomia, faz parte de... agora isto, cada um. Eu fiz isto enquanto precisei e quando tive coisas novas... saber..” (E 2,6 e 7)

“...congressos que vamos as coisas ficam...é tudo muita teoria, pouca prática, e daí faltar-me a componente do...do fazermos isto porque é que estamos a fazer e daí ter ido fazer a pós-graduação ... “ (E 1,5)

“...já fui a algumas formações realizadas por grupos que...que...que a Direcção identifica como peritos e é assim não vi que...que trouxessem mais valias para, para as nossas práticas, não...acho que é mais as nozes do que as vozes, como se costuma dizer...” (E 1,5)

“...nós aqui acho que cada vez mais.... tentamos dar uma componente teórico-prática as coisas..” (E 1,5)

“...temos os congressos, os cursos, eu fiz o curso de laparoscopia.... E aprendi imenso, adorei fazer, E isso puxa um bocadinho por nós, obriga-nos a ir estudar e a falar com colegas da mesma especialidade, do Porto de Coimbra, é engraçado, pronto e dá para aprendermos bastante. Mas faz-nos falta mais! É a especialidade que eu gostaria de tirar mas .. estou a espera...” (E 9,4)

“...eu já pensei tirar a especialidade mas tirar a especialidade do quê? Médico-ciurgica? Não! Eu quero mesmo é de perioperatória, é diferente... não, não vou tirar essa enquanto ... enquanto não encontrar a que eu quero...” (E 9,4)

“...eu auto proponho-me para fazer muitos trabalhos, tenho feito vários trabalhos para congressos, posters, comunicações. Tento sempre que seja na área que eu estou a desenvolver no momento, ou alguma questão que me tenha ficado... vou fazendo assim tipo uma listagem...” (E 8,5)

“...Neste momento já cheguei à conclusão que a carrada de trabalhos que tenho não me vale nada, sem ser para conhecimento pessoal, portanto vou apostar neste caso no mestrado, como estava dizer ainda a bocado que ainda estou a procura do tempo certo...” (E 8,5)

“...temos sempre que continuamente nos preparar para estarmos (...) ao nível do que é exigido. Se não estamos, até podemos fazer a mesma coisa, mas não é exactamente...nem o resultado é o mesmo e mais tarde a motivação que nos une também não é a mesma..” (E7,5)

“...a pessoa entra em bloco operatório e percebe o que é que tem que adquirir de conhecimentos para poder fundamentar a prática (...) temos que estar a par de tudo o que se faz, portanto nunca mais vamos poder parar de estudar de certeza absoluta, isso é a parte boa. É um grande desafio quando não se tem preparação de base...” (E 7,9)

“...mais envolvimento dos enfermeiros (...) seríamos muito mais ricos e (...) por outro lado lutar pela especialidade, que isso penso que é a formação (...) pós básica que nós, que nós precisamos...eu acho que a população portuguesa precisa. Eu já nem vejo que é só os enfermeiros que precisam é que nós estamos a prestar cuidados a uma população que...ele pensa que nós somos especialistas.....” (E 7,10)

“...como não havia muita formação, acabava por ser um bocadinho cultural, era passado, integrado pelas pessoas que estavam e mantinha-se mais ou menos aquela cultura..” (E 6,4)

“...a AESOP ajudou-nos muito sempre por ser uma associação que começou por ter práticas recomendadas, era... partilhando (...) para tentar apanhar o melhor do que existia para pudermos estar sempre a fazer as coisas bem e isso expectou sempre uma tentativa grande das pessoas, quer das que estavam, quer das que foram chegando, mais novas, de se manterem actualizadas e de pesquisar o que havia, ir a congressos, formações...” (E 6,4)

“...literatura (...) não havia as possibilidades que hoje, não é, da internet, de poder pesquisar cada vez mais, mas sempre pela literatura existente, mais às vezes internacional do que nacional....” (E 6,4)

“...os congressos médicos também ajudavam muito, porque também é uma área de conhecimento que sempre também se vai avaliando, se vai melhorando, até a nível de tecnologia se vai alterando, portanto eu acho que é uma conjugação de tudo...” (E 6,4)

“...quando saíram os padrões de qualidade, o REPE, quer dizer sempre houve uma preocupação de integramos isso no nosso trabalho, embora não seja uma fonte tão directa para o trabalho do dia-a-dia é mais a nível de enfermagem em geral” (E6,4 e 5)

“...prefiro ler, prefiro perguntar às vezes mesmo coisas super simples e que ... já circulei, eu já arranjei material, eu já fiz anestesia, com uma coisa muito mais complicada, mas naquela altura específica, nunca estive naquela área específica, naquela cirurgia específica, então eu prefiro se conseguir competência ir ver a internet ou pesquisar alguma coisa tudo bem, se não conseguir e se for assim um bocadinho em cima da hora tenho que ir perguntar a alguém ...” (E3,4)

“.... a AESOP faz mesmo um congresso, que acho que é de 2 em 2 anos, este último eu não fui. Mas é assim, claro que ...como é que eu hei-de dizer isto... claro que à sempre novas coisas que falam, mas é assim (...) às vezes eu chateia-me um bocado deHá um congresso médico, médico e de enfermagem, eu vou, que eu costumo ir desde que apareceu aquele congresso em cirurgia (...) claro que muitas vezes vou ver as técnicas cirúrgicas e familiarizar-me um bocadinho com o material, porque acabamos por ver alguns materiais, como suturas mecânicas e quando se está a instrumentar às vezes nem os médicos sabem, é muito chato uma pessoa ouvir aquilo e depois não saber funcionar na altura, pronto....” (E 3,8)

“....Agora os congressos de enfermagem, confesso que os enfermeiros, apesar de até alguns serem bons oradores... epahh...eu confesso que às vezes aquilo me cansa e que eu não aprendo muito com aquilo (...) desisti um bocadinho de ir a congressos de enfermagem (...) ou é realmente um congresso como a AESOP que é muito dirigido para o bloco operatório, ou então...falasse de várias coisas, à coisas engraçadas e interessantes, mas quer dizer... é um bocadinho...se eu não tiver mais nada para fazer, pronto até ouço uma coisa diferente ...epahh...se não, prefiro não, não gasto muito tempo a ir...” (E3,8)

“....A AESOP (...) em termos de congresso eles dão algumas informações, não é... e debatem alguns temas, mas eu prefiro quando tenho alguma dúvida (...)prefiro dar uma volta no site...” (E 3,8)

“...O feedback que elas me deram em relação à pós-graduação não foi... (...) Eu já não estava motivada, mas podia ser que.... depois é

assim, não há motivação... enriquecimento pessoal...profissional, por aquilo que eu percebi.. não há! (...) A carreira está parada, ou seja, aquilo só realmente se eu dissesse assim “ não, vou fazer aquilo porque vou aprender alguma coisa ali...”, de resto não! Para ter um papel? Não....” (E 3,9)

“...acabam as escolas por... fazer estes cursos de pós-graduações (...) os enfermeiros na ansia de tentar...praticamente são aos mais novos que vão, porque mesmo os especialistas, os que fazem a especialidade, e que são enfermeiros especialistas, trabalham num hospital que não têm um lugar no quadro ou na Instituição como enfermeiro especialistas, continuam a ganhar como enfermeiro. Por isso, realmente só se for uma pessoa que goste muito de aprender e que vá tirar a especialidade para aprender mais sobre aquilo, porque que de resto não é para ganhar mais, vai ficar exactamente a ganhar o mesmo...” (E 3,11)

“...Acho que a própria Ordem (...) não reconhece os enfermeiros, porque acabaram por não lutar pela...pela carreira de enfermagem, não é? O sindicato... sinceramente eu acho que aquilo deve ser tudo assim um grande complô. Os sindicatos também acabaram por desistir...”(E 3,10)

Dimensão	Discurso
9 – Posicionamento Enfermeiro do Bloco Operatório Face ao Associativismo Profissional	<p>“...as directivas da Ordem...sabes que nunca fizeram muitas directrizes em relação ao bloco, não é !...” (E 5,7)</p> <p>“...eles estão muitos mais direccionados para a enfermagem, como eu digo de enfermaria, muito mais direccionados para essa vertente...ah... tanto que eles nunca viram a enfermagem perioperatória como uma especialidade..” (E 5,8)</p> <p>“...as pessoas que estiveram na Ordem nunca foram... nunca foram de bloco..” (E 5,8)</p> <p>“...agora já são capazes de começar a reconhecer, mas o longo destes 18 anos nunca reconheceu ahh...o bloco como uma especialidade, nunca...” (E 5, 8)</p> <p>“...a AESOP teve o seu papel e continua a ter o seu papel (...) mas a AESOP também nunca apoiou muito os blocos, nunca teve muito tempo dentro dos blocos (...) Neste 18 anos acho que teve muito...muito pouco papel (...) acho que nestes últimos 2 anos a AESOP está a modificar-se, acho que as pessoas que estão lá vão modificar de certeza absoluta! Têm ideias novas, têm coisas novas, acho que vão construir coisas novas ...”(E 5,8)</p> <p>“...eu criei uma grande expectativa face à Ordem, isto porque uma das Ordens que mais se vê no nosso país, e tinha grande poder, era a dos advogados e a dos médicos e eu pensei ok, acabou-se esta briguinha de sindicatos, eu acho que o problema, nesse tempo, era que muitos sindicatos, na área de enfermagem havia dois, houve uma altura até houve três e cada um puxava para o seu lado, interesses pessoais e que nunca se chegava a lado nenhum...” (E 4,10)</p> <p>“...se calhar foi erro meu, como gostava de ver mais coisas feitas pela Ordem...não tão à distância, eu acho que eles estão um bocadinho</p>

	<p>a distância dos locais de trabalho dos profissionais, quem continua a procurar os profissionais continua a ser o sindicato, neste momento está com mais fervor ..." (E 4,10)</p> <p>"...continua a haver alguns lobbies dentro da Ordem, que já havia nos sindicatos, e que cada vez mais se têm vindo a transferir para a Ordem.." (E 4,10)</p> <p>"...lá está a médico-cirúrgica e desculpem os colegas, esta é a minha opinião e tenho que a deixar expressa, está a querer tocar em todas as áreas da enfermagem e que não dá. Eu penso que a Ordem precisaria de uma grande mudança..." (E4,10)</p> <p>"...a especialidade em bloco operatório... e cirurgia de ambulatório por exemplo, a mim fazia-me muito sentido, porque cada vez mais se perde..e é o futuro a cirurgia de ambulatório, para se reduzir custos para se conseguir ter boa qualidade e com baixos custos, realmente a cirurgia de ambulatório está vocacionada para isso.." (E 4,11)</p> <p>"...A Ordem estou inscrita por obrigação, fui obrigada, nunca me deram nada em troca, até hoje. Tenho o seguro de responsabilidade civil, acho que é o único benefício que tenho da Ordem...não fizeram nada que eu sentisse, que realmente fosse importante, pela profissão..." (E 2, 7)</p> <p>"...E eles nesse aspecto continuam a não corresponder às nossas expectativas. Eles exigem-nos, exigem-nos licenciaturas, mais isto, mais aquilo, mais actualizações, mais actualizações daquilo e agora é que vamos conseguir, agora é que vai ser..." (E 2,7)</p> <p>"... os enfermeiros do bloco completamente, porque esses nunca foram tidos nem achados, eu acho que as pessoas os descobriram agora, porque houve alguém, houve umas cabeças, que conseguiram montar ao fim de não sei quantos anos um projecto que estava em gaveta e que se criou..." (E2, 7)</p>
--	--

“...Nós não nos reconhecemos a nós próprios!! Eu acho que o grande defeito dos enfermeiros tem a ver com isso, não são unidos, não se conhecem uns aos outros, mais facilmente reconhecem, e eu não tenho nada contra as outras classes, mas mais facilmente dão a razão ao médico, quando estamos em paralelo numa conversa, do que defender o próprio colega...” (E 2,8)

“...uma enfermeira generalista, não me vejo como mais nada neste momento...eles não têm mais nada para me dar...” (E 2,9)

“...a Ordem dos Enfermeiros apoia-se sempre na AESOP, sempre! Qualquer parecer que tenha a ver com bloco operatório, a Ordem dos Enfermeiros vai sempre basear-se....recorre a AESOP...também não devem ter peritos aí...por isso é que eu acho que devia de haver a especialidade em enfermagem perioperatória, porque daí pronto a Ordem poderia ter um núcleo de enfermeiros de enfermagem perioperatória, sem ter que estar a recorrer a AESOP..” (E 1,6)

“...enfermagem perioperatória ainda é mais do que a enfermagem da parte cirúrgica, tem especificações que são, que são nossas e se nós conseguimos abarcar todo o ciclo vital....eu não percebo porque é que nós não temos uma especialidade, não faz sentido não existir, acho que a Ordem devia consentir que existisse uma especialidade em enfermagem perioperatória...” (E 1,6)

“...Eu acho que a Ordem não nos distingue dos outros profissionais, sinceramente... Há anos que nós lutamos para ter uma especialidade e não a temos, por isso...” (E 9,4)

“...Se calhar dão importância igual para todos, não distinguem.. ou não conhecem, se calhar não...o nosso trabalho. O nosso trabalho é como o trabalho de quem trabalha como...pronto...nos cuidados intensivos...para eles se calhar é...” (E9,4)

“...Sei que se anda a falar, neste momento com a Ordem, sobre a especialidade em bloco operatório, sei! Estou com esperança que isso

avance, pronto e isso já implica uma certa mudança de...pensar. Há muitas valências dentro da enfermagem, não é só a saúde mental, a pediatria ou a obstetrícia e depois a médico-cirúrgica, que é todo um mundo, enfiaram... dá a sensação que tudo o que restou da enfermagem enfiaram na médico-cirúrgica e não é assim...” (E8, 6)

“...não sei porque é que não investiram mais na parte perioperatória desde o início, porque é uma especialidade. Porque é que não a reconheceram mais cedo, não é?Nós estamos cá e temos a nossa importância...” (E8,6)

“...A Associação (...) um dos principais objectivos que é de fornecer aos enfermeiros esta formação que não existe, não só nos congressos, porque os congressos é uma via (...) como também estabelecer as ligações e as fontes que os enfermeiros precisam para ... ou para situações especiais através de workshops, de cursos específicos, de encontros de temáticas específicas para formar, como ligações a outras associações, a outras “ (E7,10)

“... as organizações que integram pessoas, recursos muito grandes (...) uma pessoa que só conta com ela daí a uns tempos, não está a contar efectivamente como um trabalho autónomo e seguro (...) por parte das organizações eu penso que não perceberam que também podiam ser eles também a exigir que houvesse uma estrutura de fora que desse essa formação as pessoas que eles contratam, seja de uma forma ou de outra são contratados, não é? e esperam deles um determinado nível de competências e de prestação de cuidados, que depois eles não vão estar prontos, portanto são eles que lhes vão ter que assegurar essa formação...” (E 7,10)

“...a Ordem (...) relativamente ao enfermeiro perioperatório só agora é que está a dar os primeiros passos...” (E 7,10)

“...da definição do desenvolvimento das (...) competências do enfermeiro perioperatório, a sensação que tivemos é que as coisas nunca tiveram seguimento e ficaram sempre trabalhos perdidos (...) que a gente chama na gaveta (...) para nós foi um desenvolvimento muito

grande mas não passavam daí, as (...) propostas de fundamentação da necessidade da especialidade sempre tiveram a sensação de falar com alguém que depois não tinha os meios para o desenvolver e nunca percebemos muito bem porque é que esta área nem pelos próprios pares era reconhecida, como uma área de desenvolvimento. Portanto, penso que lutamos muito para que esse reconhecimento fosse feito, também pelos nossos pares, sem isso ... acho que não são os outros que nos têm que reconhecer, isso não é um bom caminho, e esperamos (...)o reconhecimento da necessidade de inexistência desta, desta especialidade” (E7,11)

“...eles não nos reconhecem, interiormente nós sabemos que já (...) desenvolvemos muitas competências que são as do enfermeiro especialista e precisávamos do apoio efectivo noutras áreas para que ele fosse cimentado e depois reconhecido, sendo feito numa estrutura adequada e própria (...) As pessoas não perceberam, há um manancial de gente a espera desta oportunidade de desenvolvimento muito grande...” (E7, 11)

“...a AESOP ajudou-nos muito sempre por ser uma associação que começou por ter práticas recomendadas, era... partilhando (...) para tentar apanhar o melhor do que existia para pudermos estar sempre a fazer as coisas bem e isso expectou sempre uma tentativa grande das pessoas, quer das que estavam, quer das que foram chegando, mais novas, de se manterem actualizadas e de pesquisar o que havia, ir a congressos, formações...” (E 6,4)

“...Eu acho que nunca utilizamos muito parte da Ordem dos Enfermeiros, talvez porque não percebemos ou estamos um bocadinho longe do trabalho que tem sido feito e acho que quanto mais vamos conhecendo, mais vamos valorizando o que foi feito no antes, porque também não transpareceu cá para fora porque há muito trabalho que é de bastidores e acaba por não se perceber, mas de alguma forma também há uma relação e vamos tentando estar actualizados...” (E 6,4)

“...eu acho que nos revemos na ordem dos enfermeiros e muitos que falam mal da Ordem é de não conhecerem, eu falo também um bocadinho por mim, porque nós temos sempre a tendência a dizer não fazem nada, não fazem aquilo que nós gostávamos...eu neste

momento acho que há uma abertura (...) temos muitas coisas que podemos partilhar e se calhar nós também não colaboramos com a Ordem no sentido, eles têm formas de nós nos podermos fazer ouvir e não fazemos (...) estão sempre a dizer aahh e a Ordem é assim, não faz isto e aquilo (..) a Ordem tem o seu papel e eles até fazem isto e isto e isto e eu acho que eu me revejo em muitas coisas da Ordem e aquilo em que não nos revimos é também porque não nos interessamos (...) acho que têm feito muita coisa que não dão visibilidade...” (E 6,6)

“...Neste momento eles até acham que é importante termos uma especialidade em enfermagem perioperatória e andamos há 20 anos, há 25 anos a dizer isto e nunca ninguém nos ouviu. Porquê agora? Não sei..” (E 6, 7)

“...como é preciso preparar muita coisa eles preparam e depois dizem (...)fizemos as competências do enfermeiro geral e os enfermeiros (...)não vão ler, não se interessam muito, mas eu acho que eles têm feito um grande trabalho, acho que continuam a fazer, acho que para os enfermeiros de perioperatório também estão a reconhecer um bocadinho a nossa importância (...) o facto de andarmos a demonstrar que é importante termos uma especialidade, que andamos a fazer isto a anos (...) conseguiram perceber que os enfermeiros realmente têm um papel muito importante, porque achavam sempre caramba eles estavam ali fechadinhos e que só lavavam os instrumentos e davam aos cirurgiões, eu acho que durante muitos anos foi a imagem que eles tiveram ...” (E 6,6)

“...não no sentido do auxiliar, mas que era um trabalho muito limitado, faziam... davam os instrumentos e pronto só faziam aquilo, porque realmente a todo um... como é que eu hei-de dizer...um corpo de saberes e de actuações dos enfermeiros de bloco que as pessoas não entendem que são importantes..” (E 6,7)

“...E a culpa também tem sido dos enfermeiros que nunca demonstraram muito o que é que faziam. Acho que, cada vez mais, o facto de mostrarmos para fora o que nós fazemos faz com que as pessoas tenham essa consciência e o mesmo se passou também com a Ordem. Quando nós conseguimos mostra-lhe que realmente tínhamos um trabalho importante eles realmente até perceberam que nós até

	<p>fazemos um trabalho importante...” (E 6,7)</p> <p>“...eles têm também reconhecido o nosso trabalho (..) Muita coisa tem mudado e tudo se reflecte nisso não é?...” (E 6,7)</p> <p>“....A Ordem (...) confesso que (....) é raro recorrer a Ordem. Na AESOP sim... e a AESOP (...) para já fazem um congresso (...) que acho que é de 2 em 2 anos, este último eu não fui...” (E 3,8)</p> <p>“....Nem consigo...actualizar-me naquele quadro da Ordem, sinceramente....(...) este quadro da Ordem que saiu agora (...) nem sequer diferencia-a os enfermeiros licenciados dos bacharel (...) eu acho que aquilo está tudo errado (...) se nós fizemos o complemento porque houve uma mudança...ia haver uma mudança possível na carreira, não é? eu fi-lo nesse sentido...como todos os meus colegas acho que o fizeram nesse sentido, porque entretanto os enfermeiros começaram então a dizer “depois vais ser enfermeiro de segunda e vai haver enfermeiros de primeira”, eu acho que também não é bem assim ...” (E 3,9)</p> <p>“...a Ordem não promove nada. A Ordem para mim é só aparecer a quota para pagar e tenho que pagar se não, não posso exercer. Como todos os outros meus colegas...” (E3,11)</p> <p>“...Eu acho que em alguns aspectos a Ordem acabou por nos prejudicar em algumas coisas (...) que quando há um problema qualquer com um enfermeiro a Ordem é a primeira a pô-lo em baixo. Pontualmente já tive conhecimento de alguns casos assim (...) não estão ali (...) para ... defender os enfermeiros, deveria ser essa...o papel. Regularizar sim, mas também quando fosse necessário ter uma defesa do interesse da enfermagem em geral e acho que isso não existe...” (E 3,11)</p>
--	---

Dimensão	Discurso
10 - Perspectivas Face ao Futuro do Campo Profissional	<p>“...A formação é fundamental. Não chega só a sabedoria interna, mas a formação é uma coisa fundamental para nós desenvolvermos e cada vez prestarmos cuidados com mais qualidade. Sem dúvida!...” (E 5,10)</p> <p>“...o enfermeiro do bloco é...é....dentro da equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental, um papel fundamental..” (E 5,9)</p> <p>“...e nós aqui...quando fazemos essa formação tentamos dar aos mais novos a nossa sabedoria e a nossa experiência de forma a que eles façam...que as coisas sejam bem feitas...” (E 5,9)</p> <p>“.....como eu disse , a outra semana a um colega meu, se eu com a minha ajuda, pouca, muito rudimentar, tenho ajudado para que haja formação nesta área e se eu conseguir que haja profissão dentro do bloco operatório eu posso me reformar ok!..” (E 4,11)</p> <p>“...a especialidade ou a formação específica, mestrado, que se venha a avançar está dependente de coisas já mais políticas, não tão directas, mas num grupo muito mais abrangente, mas tenho muita esperança..” (E 4,11)</p> <p>“...o que eu queria ver no meu futuro era o reconhecimento da enfermagem perioperatória e sermos reconhecidos como especialistas isso é o que eu queria.. a prova disso é que eu nunca tirei nenhuma especialidade, nunca! Nem me passa pela cabeça...” (E 2,9).</p> <p>“...na minha profissão tudo tem demorado muitos anos, tudo, tudo demora muito a acontecer. entrei no primeiro curso bacharelato, para isso foi preciso uma manifestação e uma coisa e noventa .. que quase que mandaram Lisboa a baixo os enfermeiros ... conseguiu-se...A seguir vem uma luta novamente pela licenciatura e mesmo assim não somos mais remunerados por isso .. portanto, os enfermeiros nunca tiveram uma vida fácil...” (E 2,9)</p>

“...nós reconhecemo-nos muito uns aos outros dentro do próprio bloco e dentro do próprio espaço e se calhar faz com que ...seja possível vermos tudo de uma forma mais positiva e continuemos cá e não desistimos...” (E 2,9)

“...Eu acho que tem mesmo que passar por uma especialidade em enfermagem perioperatória...” (E 1,6)

“...Eu acredito que isso poderá acontecer.... nós mostramos isto ...na pós-graduação em enfermagem perioperatória. Foi mostrado que sim, que tínhamos pernas para andar e que tínhamos muito para dizer e acho que...que estivemos com professores que não sabiam o que era o bloco operatório e acho que nós conseguimos convencer o que é que era, o que é que fazíamos dentro do bloco e que, que h imensas coisas para fazer num bloco.” (E 1,6)

“...nós sabemos que isto é uma especialidade, porque mesmo nós cá dentro nós nos especializamos, porque um faz mais uma vertente do que outra e então acho que sim, sem dúvida nenhuma tem que existir uma especialidade em enfermagem perioperatória.” (E 1,7)

“...Não vejo futuro. Acho que não vai evoluir mais. Eu acho que enfermagem está...enquanto não abrirem outras oportunidades no nosso país parou, pronto. Não temos que tirar uma pós-graduação ou um mestrado, para mim eu não quero dar aulas, não vou tirar nenhum mestrado, Eu gostava mesmo de especializar o meu trabalho nesta área, é a única que eu gosto, pronto, e não vejo futuro nisso, não vejo abertura.... não vejo futuro, sinceramente...” (E 9,5)

“...estou a aguardar ansiosamente pelo reconhecimento da especialidade..” (E 8,6)

“...Com a especialidade, talvez um pouco mais risonho. Até agora muito apagado, somos uma figura invisível, toda a gente sabia que existíamos...mas...passávamos um bocadinho ao lado, eramos os ajudantes dos cirurgiões. Não somos só ajudantes de cirurgiões, não

	<p>estamos ali só a passar ferro, como eu costumo dizer. Marcamos diferença e estamos numa altura em que a pessoa mais precisa... “ (E 8,6)</p> <p>“...Sinto que sim, começamos a ser reconhecidos, a nossa actuação começa a ser reconhecida.... espero eu, que não seja só impressão..” (E 8,7)</p> <p>“...gostava que existisse um mestrado, estou a espera que abra, estou a espera, ando a espera...” (E 8,6)</p> <p>“.... É incrível continuar a acreditar, mas eu acho que é só reconhecer o que já fazemos (...) Estou sempre a espera. Esperar, pelos vistos, é uma característica que nos define como enfermeiros perioperatórios...” (E 7,11)</p> <p>“.... as pessoas estão com um optimismo muito grande, estão á espera, às vezes um bocadinho parados, a espera um bocadinho passivos mas a espera deste click. As pessoas não perceberam, a um manancial de gente a espera desta oportunidade de desenvolvimento muito grande....” (E 7,11)</p> <p>“...Eu acho que vamos ter uma especialidade, em breve...” (E 6,7)</p> <p>“...é um trabalho diferente do que o que se faz nos outros locais e acho que isto tem sido demonstrado e ainda bem que se demora anos (...) acho que a possibilidade do enfermeiro perioperatório mudou muito e a Ordem (...) têm também reconhecido o nosso trabalho (..) aliás a enfermagem tem tido um período de viragem nos últimos 20, 30 anos não é? Muita coisa tem mudado e tudo se reflecte nisso ...” (E 6,7)</p> <p>“....Acho que não há futuro. Em termos de carreira não há futuro...” (E 3,10)</p>
--	--

	<p>“....Acho que passa muito pela união dos enfermeiros, que é uma coisa que eu acho que não existe (...) lutar por uma carreira não é só os enfermeiros do bloco operatório, teriam que ser todos, não é? (...) não há união. Não quer dizer que os enfermeiros andem todos a brigar uns com os outros, isso não, não é isso. É assim, quando é para lutar por alguma coisa tem que ser a maioria e não foi. (...) olham mais para a própria pessoa, portanto não tem a ver com a área de actuação. Todos os enfermeiros deviam unir-se independentemente de trabalharem em Setúbal, no Algarve, na enfermaria, no centro de saúde ou onde quer que seja, não é?....” (E 3,10 e 11)</p>
--	--