

A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho

O caso dos profissionais de Enfermagem*

Duarte Pimentel**

Marina Lourenço Completo***

Victor Santos Coelho****

Resumo: Adoptando-se uma perspectiva analítica que permite conceber as práticas profissionais e respectivas identidades como uma realidade social de diferenças, elegeu-se como objecto empírico um grupo de profissionais de enfermagem integrados num serviço hospitalar. Opção que se liga ao facto de o universo de Enfermagem supor a existência de clivagens culturais, com expressão geracional, associadas à evolução do conteúdo técnico-científico e à aprendizagem da prática profissional. Este estudo demonstra a existência de processos sócio-culturais que contribuem para a estruturação dessas diferenças, por referência às capacidades mobilizáveis dos actores e a trajectórias geradoras de disposições e expectativas não uniformes. Nesse sentido, defende-se a sua pertinência para a análise da dinâmica dos colectivos de trabalho bem como para a definição e implementação de metodologias de intervenção organizacional.

1. Introdução

Produzir um discurso supõe a adopção de uma problemática e de um objecto que convém identificar como condição de inteligibilidade.

A concepção de uma realidade social de diferenças, simultaneamente estruturada e estruturante, consubstancia o pano de fundo que preside ao tipo de perspectiva adoptada face ao objecto de análise. Nesse sentido, este pode ser abstractamente representado como uma configuração plural de comporta-

* Uma primeira versão deste trabalho foi produzida no âmbito da cadeira de Sociologia das Organizações e do Desenvolvimento Social da Empresa, integrando ainda contributos teóricos da cadeira de Sociologia das Classes Sociais e da Estratificação Social. A versão aqui apresentada é o resultado da reflexão colectiva de um grupo de trabalho constituído por Duarte Pimentel, Marina Lourenço Completo e Victor Santos Coelho.

** Docente do ISCTE, investigador no CIES.

*** Finalista de Sociologia do ISCTE.

**** Finalista de Sociologia do ISCTE.

mentos e representações referenciados a normas e valores sócio-culturais, e como uma dinâmica de produção e reprodução dessa pluralidade por referência dos actores. Quanto aos processos de estruturação subjacentes a tal dinâmica, aqueles são concebidos como partilhando uma natureza comunicativa e apelando a uma interpretação referenciada à rotinização das práticas sociais no quotidiano dos sistemas de acção concretos.

O problema de saber como se estruturam e configuram as práticas profissionais e as representações daí decorrentes, e o pressuposto de que estas implicam diferenças ao nível dos contextos de desempenho, presidiram às interrogações iniciais da abordagem aqui encetada.

Como unidade de observação elegeu-se um grupo de profissionais de enfermagem integrados num Serviço Hospitalar. Tal opção, releva a existência de um processo histórico de reacomposição sócio-cultural no universo daqueles actores, reportável à evolução do conteúdo técnico-científico associado à aprendizagem e ao exercício da prática profissional. Aquele processo que traduz-se estruturalmente em clivagens culturais com expressão geracional. Daí o interesse em considerar no terreno a expressão dessa realidade ao nível dos comportamentos e representações associadas ao exercício da prática em causa.

2. O social como realidade de diferenças culturais

2.1. Pluralidade, estruturação e contexto

No que concerne à problemática das diferenças sócio-culturais, a nossa proposta é a de reter a ideia de uma configuração estruturante daquelas num dado contexto organizacional. Pressuposto que supõe contributos teóricos diferenciados e a partir dos quais se podem isolar três eixos problemáticos: o do carácter plural e multidimensional da realidade social - concepção inerente à ideia de uma "realidade de diferenças sócio-culturais" e à dimensão estrutural do objecto genérico da sociologia¹; o de uma produção/reprodução dessa realidade plural, referenciada a um processo genérico de incorporação e actualização das estruturas por via das práticas e no decurso de trajectos existenciais - noção de estruturação²; e o de um entendimento da acção com base nos conceitos de poder e de comunicação, sugerindo a delimitação da análise à realidade dos actores - noções de contextualidade e de interacção comunicativa.

2.2. O locus organizacional como nível de estruturação

Esta problemática de referência remete-nos para produções teóricas que visam precisamente descrever e explicitar lógicas estruturadoras das diferenças relativamente às situações dos actores em determinados contextos organizacionais. Dasquelas, destacam-se os contributos de M.Crozier e de R.Sansaulieu³.

Quanto ao primeiro, no quadro de uma teoria da acção estratégica, a ênfase recai sobre a dimensão social das organizações. Sumariamente, considera-se - a organização como um sistema global de relações de poder estruturadas em torno de "situações-chave", e que se definem pela sua importância estratégica no controle das zonas de incerteza associadas à estrutura dos fluxos organizacionais; - os actores como agentes portadores de uma racionalidade limitada que procuram potenciar as suas capacidades estratégicas e, por essa via, otimizar a sua posição no quadro de um sistema de relações de poder; - a dinâmica do sistema enquanto actualização das estratégias recíprocas dos actores segundo a lógica anteriormente referida.

Quanto ao segundo, e no plano dos efeitos culturais do organizado, é a dimensão cultural dos comportamentos que está em questão⁴. A organização é entendida enquanto configuração plural de campos interactivos de afirmação de identidades, o que implica a noção subsidiária de uma "luta" inscrita nas relações inter- actores, pelo reconhecimento de uma identidade do sujeito em tais contextos. A sua dinâmica é visualizada por referência a modos de acesso a uma identidade, supondo a definição no terreno de lógicas comportamentais não apenas de natureza racional mas também de natureza afectiva e cognitiva. Os actores, por seu turno, são representados como visando a melhoria da sua situação em termos da procura do reconhecimento da sua identidade.

Em síntese, estas abordagens supõem que a estruturação das diferenças nos contextos organizacionais é fruto de lógicas estratégico-rationais e afectivo-cognitivas. Acresce ainda que estas enformam comportamentos tradutores, no essencial, da afirmação de identidades em contextos de desigualdade estruturada e de acesso condicionado às fontes de poder e de reconhecimento social na organização. Fim esse condicionado à posse de competências pertinentes: estratégicas, sugerindo a posse de recursos organizacionais viabilizadores de um poder de controle das zonas de incerteza segregados pela estrutura organizacional; e cognitivo-afectivas, remetendo para processos psico- sociológicos de estruturação e afirmação de identidades individuais e colectivas.

Ora, a configuração cultural da prática de enfermagem sugere-nos a hipótese de uma dinâmica estruturadora e a sua articulação com a especificidade das situações de trabalho na organização hospitalar. Articulação que para o caso em análise remete para uma gramática de expectativas e de situações, por referência aos actores, e de uma lógica inerente aos seus confrontos culturais.

3. Os profissionais de enfermagem: identidades e representações num contexto em mudança

3.1. A gramática das expectativas

Concebendo-se a organização como um espaço estruturado de desigualdades, podemos considerar que a inserção dos indivíduos supõe uma gestão subjectiva de capacidades estratégicas visando essencialmente o acesso, a manutenção e, eventualmente, o alargamento do poder.

Assim, já que a profissão representa não apenas um meio de inserção, mas também de valorização social, os conceitos de *recursos*, *posições na estrutura organizacional* e de *identidade* permitem compreender as lógicas estratégicas subjacentes aos comportamentos e às representações dos actores relativamente às suas práticas.

Deste modo, e para os actores, tal supõe um duplo processo de incorporação de recursos organizacionais pertinentes e de mobilização estratégica dos mesmos. Este processo implica um fim estratégico: o acesso ao poder formal na estrutura burocrático hospitalar, ou seja, a progressão na carreira⁵. Interessou-nos ainda o tipo de trajectória relativa à inserção profissional dos actores. A sua mobilidade profissional revelou-se assim como um processo que supõe na base expectativas e a definição progressiva de trajectos que obedecem a estratégias de ascensão social através da profissão.

Assim, foi possível identificar três tipos de trajectórias: a de *finalista*; a de *carreirista* e a de *estagnado*⁶.

No primeiro enquadra-se o enfermeiro G (Grau III)⁷. A sua progressão deu-se numa situação menos problemática que a actual, caracterizando-se esta por uma disparidade de recursos educacionais entre os níveis de carreira, através da aquisição progressiva de recursos técnico-profissionais⁸. Actualmente, dado o nível etário e a própria satisfação com a posição atingida, este actor não alimenta qualquer expectativa de progressão na carreira.

"Eu fiz a especialidade de Reabilitação(...), de Pedagogia e Administração para Especialistas(...). Penso que atingi os objectivos que tinha mais ou menos programados."

No outro extremo temos os *estagnados*, onde se enquadram as enfermeiras F e H (vidé quadro da nota 7), penalizadas na progressão pelo tipo de recursos e, desta forma, por condicionamentos de carácter subjectivo. Relativamente a estes condicionamentos há a considerar como que uma espécie de despromoção subtil, nomeadamente face aos recém chegados à carreira, associada à desvalorização histórica do saber profissional adquirido que, para os primeiros, seria viabilizador não apenas de um outro futuro virtual, mas também de um estatuto menos desprestigante.

De facto, o que é pertinente não é tanto a progressão mas antes uma estagnação profissional que, em relação à dimensão simbólica e aos valores

vigentes da cientificidade, da técnica e da mudança, arrasta consigo uma despromoção, vivida no quotidiano face ao confronto com os discursos, os saberes e as maneiras de estar dos enfermeiros mais jovens ou identificados com tal actualidade.

"Nota-se uma diferença muito grande, desde os anos em que fiz o curso para agora(...). Nós quando acabávamos o curso trabalhávamos. Eramos muito sacrificadas, e agora os enfermeiros mais novos já não estão para isso..."

"Acho que os mais novos vieram revolucionar. É importante que a enfermagem avance, que haja um bacharelato, um doutoramento(...). Precisamos de ter uma profissão, ser respeitadas por isso. Mas também temos que gostar dela um bocadinho. Eu sou enfermeira por vocação(...), os enfermeiros novos ligam muito às partes científicas e esquecem-se daqueles cuidados básicos: o doente tem que ser lavado, alimentado(...). Onde é que se vê as enfermeiras novas quererem ir? Para as unidades sofisticadas onde têm um aparelho que apita."

Daí que para estes enfermeiros o saber técnico-científico seja relegado para uma relação de complementaridade, onde o pragmatismo, ligado ao desempenho rotineiro da prestação de cuidados básicos, é salientado:

"Nas escolas (de enfermagem), neste momento, pensam mais na parte científica e esquecem-se da pessoa(...). Eu, por exemplo, ainda hoje escrevo doente com D grande."

"...Só os livrinhos não dão nada(...)sem experiência, neste curso, não se faz nada."

Por último, temos os *carreiristas* que possuem de facto recursos que lhes permitem perspectivar um futuro virtual de progressão. Este tipo compreende quer os *carreiristas normais*, enfs. B e E (vidé quadro da nota 7), cujo objectivo é obter "o bacharelato e posteriormente fazer a especialidade", viabilizando-lhes o acesso ao grau III da carreira e às respectivas funções de chefia⁹, quer os *carreiristas inovadores*, enfermeiros A, D e C (vidé quadro da nota 7) em início de carreira, detentores de um elevado capital cultural e que se singularizam pelo facto de os seus objectivos serem o de obter uma especialidade, ou mesmo uma licenciatura em enfermagem, com o intuito de procurar seguir as vias do ensino ou da investigação científica previstas no projecto de reestruturação da carreira¹⁰. Às expectativas actuais dos últimos associa-se uma significativa valorização do saber teórico-científico, enquanto instrumento de promoção do estatuto sócio-profissional da Enfermagem.

"Uma vez que se exige uma valorização da profissão é fundamental apostar nesse conhecimento técnico-científico(...), nas pessoas mais novas. O Hospital deve dar condições para (se) fazer um trabalho de investigação(...). O simples facto de podermos vir a ser bacharéis já implica ter que haver enfermeiros vocacionados para ensinar(...) para a parte científica..."

A construção destes perfis associa-se à ideia de que as expectativas acalentadas quanto à melhoria da situação individual no trabalho se definem tendo em conta a articulação de dois critérios subjectivamente ponderados em termos estratégicos - o da antiguidade e o da posse de recursos pertinentes. Donde se constata uma polarização entre os enfermeiros jovens e muito qualificados, com

grandes expectativas de progressão e em início de carreira, e os enfermeiros mais antigos, com recursos variáveis e cujas expectativas não ultrapassam o limiar da manutenção do poder organizacional adquirido.

Para os primeiros, o problema que se lhes coloca é o do ajustamento da qualidade do seu desempenho profissional à da sua formação e que se reflecte, como veremos adiante, num discurso construído em torno do binómio competência/reconhecimento profissional.

Para os segundos, a questão é a de uma dialéctica penalizadora que articula fracos recursos educacionais, técnicos e o handicap da idade, que se reflecte num discurso valorizador da experiência e do reconhecimento.

3.2. A gramática das situações

No entanto, a gestão pelos actores das suas capacidades estratégicas não se circunscreve apenas a uma lógica de aquisição e accionamento de recursos organizacionais. Aquela passa também por processos comunicativos de natureza psicossocial. Referimo-nos, pois, a *performances* relacionadas com o alargamento dos campos da afectividade e da cognitividade. Assim, estas revelam-se não só viabilizadoras da integração dos actores, por via do acesso a uma identidade ajustada a normas e valores situacionalmente definidos, como também condicionadoras de um "reconhecimento de si" em tais contextos.

Deste modo, tendo presente o discurso e as práticas dos enfermeiros, podemos reconstituir três modelos culturais: o da *integração*, o do *individualismo defensivo* e o das *afinidades estratégicas*¹¹.

Quadro 1 Perfis-tipos de trajectórias, de relações e de saberes num serviço hospitalar

| | Trajectória profissional | Relações no trabalho | Saber profissional |
|-------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Enf.G Enf.B Enf.E | finalista carreirista carreirista | Integração | evolutivos de enquadramento |
| Enf.A Enf.D Enf.C | car.inovador car.inovador car.inovador | Afinidades Estratégicas | evolutivos profissionaliz. |
| Enf.F Enf.H | estagnado estagnado | Individual Defensivo | executores de rotina |

Estes modelos sustentam a hipótese de que os padrões de homogeneidade que estes integram se reportam à existência de clivagens ao nível dos recursos adquiridos e das expectativas acalentadas, bem como à existência de padrões

diferenciados de normas e valores. Revelam ainda configurações representacionais relativas ao conteúdo cognitivo inerente ao desempenho profissional de enfermagem.

A. O modelo da integração

Este modelo inclui os actores que, quanto aos efeitos de trajectória, denominamos de finalista e carreirista, exercendo funções de chefia e supervisão, e detentores de recursos educacionais e/ou técnicos significativos.

Quanto às relações interpessoais, embora existam em quantidade, na medida em que desenvolvidas num contexto em que são simultaneamente fáceis e necessárias, não assumem contudo uma equivalência em termos de afectividade. Antes se assumem como meramente profissionais, ainda que assentes na camaradagem e simpatia.

"Em primeiro lugar um relacionamento profissional. Se possível juntar a este um ambiente de camaradagem que torne o clima mais agradável."

"... Uma relação de confiança de modo a que o ambiente seja calmo, agradável, sem desconfianças (...) e onde se dialogue uns com os outros."

Esta caracterização relacional prende-se, por sua vez, com o conteúdo cognitivo das relações interpessoais. Assim, todos os enfermeiros que se enquadram neste modelo cultural apostam numa atitude de constante observação e tentativa de integração do conjunto dos colegas, bem como uma percepção das diferenças interpessoais que no essencial radicam no que diz respeito ao trajecto e disposições de cada um.

"A preparação dos elementos de enfermagem não é toda igual. Há aquelas pessoas com trinta e tal anos de serviço que são diferentes (...). As gerações, que são a antiga e a moderna, chocam-se um bocadinho."

"Embora haja algum conflito (...) uns dão mais que outros que não estão interessados em dar tanto (...). Há também diferenças relacionadas com a maneira de estar (...) mas no fundo damos-nos todos bem e não me parece que haja problemas de maior."

Opiniões como estas relacionam-se com a preocupação central inerente às funções destes actores - a "integração" de todos os elementos de enfermagem por recurso ao "diálogo, à camaradagem, à entreaajuda e a um bom clima de trabalho". Daí a convicção unânime de que se dão "bem com toda a gente".

Esta constatação remete-nos para a dimensão das relações grupais. Neste caso, embora autodefinindo-se como integracionistas, estes enfatizam um sentimento racionalizador de pertença, assente não tanto numa "fusão afectiva", mas antes num "espírito de casa". Assim, falar de grupo para estes enfermeiros corresponde à unidade organizacional que os enquadra.

"Não me sinto pertencendo a nenhum grupo. Pertença a um grupo de enfermeiros que na sua totalidade constituem o Serviço."

Por último, no que diz respeito às relações hierárquicas, verifica-se uma significativa aceitação do papel de chefia, embora conotado como de tipo liberal.

"É necessário um dirigente institucional num grande grupo, porque um rebanho sem pastor anda um pouco à deriva (...), enquanto elemento que supervisione terá que ser aberto, receptivo, honesto (...) (e promover) relações humanas com os elementos do grupo."

Contudo, pensam ser necessário também "alguém que seja um líder". O que, associado à qualidade de chefe¹², equivale a que se enfatize a sua auto-afirmação enquanto elemento orientador e condutor, capaz de promover em simultâneo um bom ambiente de trabalho. Tanto mais pertinente quanto a necessidade de se minimizar o conflito latente de um contexto caracterizado por diferenças de idade, de formação, de estilos de vida, em suma de *habitus*¹³.

Donde, também que a sua prática seja auto-valorizada por referência a um saber: a um "conhecimento do Serviço (que permita) a adaptação dos novos à nossa realidade (para assim) podermos dignificar a nossa profissão"; e a um desempenho percebido como "elo de ligação entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde".

B. O modelo do individualismo defensivo

Este modelo integra aqueles enfermeiros que, por referência a uma carreira "estagnada", têm em comum possuem fracas ou nenhuma expectativas de mobilidade individual, associadas, por sua vez, à posse de poucos recursos educacionais e profissionais.

Para estes, as relações interpessoais não assumem uma natureza profunda, mas antes a forma de um sentimento pouco sólido e apriorístico, o que parece relevar da procura de compreensão e respeito face a atitudes de diferenciação assumidas pelos colegas. A dificuldade de percepção e aceitação das diferenças, articulada à situação no trabalho, conduz ao retraimento face a um diálogo aberto e alargado, traduzindo-se inclusivé na fuga à discussão.

"...Não discutimos política nem outro tipo de temas (...). Nós somos um bocado individualistas (...), eu tento ter um bom relacionamento com as pessoas (...). Por vezes há coisas com que não estarei muito de acordo (mas) penso: para que é que eu vou dizer? Vou arranjar um conflito e não faço prevalecer as minhas opiniões. Talvez eu me defenda."

Daí, não fomentarem a amizade no trabalho, apostando antes numa vida afectiva exterior áquele contexto. Desta lógica de relacionamento resulta então uma espécie de separatismo que se exprime num sentimento de não pertença a grupos, alegando razões como a ausência de "condições de serviço" e/ou "falta de disponibilidade".

Poder-se-á pois inferir que mantêm uma forma ambígua de estar. Se há o desejo profundo de ser reconhecido e aceite na proximidade com o "outro", todavia fecham-se no momento em que a sua atenção se centra no confronto

com a dimensão estratégica daqueles a quem a carreira oferece mais razões para se diferenciarem do que para cooperarem. Temos então que a procura simultânea de compreensão e defesa implique a aposta na relação com a hierarquia de tipo regulamentar, que lhes pode oferecer, por referência à norma, protecção, compreensão e respeito.

"As relações hierárquicas são boas. Há opiniões contrárias mas, do meu ponto de vista, não estão certas. Acho que são excelentes (...), ele é excelente, compreende as pessoas, tenta ajudar (...) e dá uma certa dinâmica ao Serviço..."

"... (É) necessário um chefe porque é uma pessoa que coordena, porque senão todos falam e não conseguem chegar a nenhuma conclusão (...). O chefe ideal é aquele que consegue ouvir opiniões dos diversos membros e resolver os problemas de maneira a serem melhores para o Serviço e colegas."

Compreende-se, deste modo, a referência a um saber rotineiro que não se sobrepondo ao do médico antes é a sua coadjuvação. O que explica a opinião de que este seja o outro "profissional de saúde que melhor compreende o enfermeiro".

C. O modelo de afinidades estratégicas

Este modelo refere-se aos novos profissionais detentores de um saber de "expert", reportado a um conhecimento específico e em evolução, e de fortes expectativas de mobilidade, assentes na posse de recursos educacionais significativos e numa perspectiva de alargamento do campo da prática de enfermagem subjacente à redifinição da carreira. Estes enfermeiros adoptam uma estratégia relacional no quotidiano do trabalho completamente diferente da dos modelos anteriores.

No respeitante às relações interpessoais, revelam-se muito selectivos e críticos, na medida em que supõem uma forte percepção das diferenças e uma procura constante de inteligibilidade do meio envolvente. Constituem o grupo dos que, de forma contundente, se manifestam menos interessados em viver as relações de trabalho em termos propriamente afectivos e em promover a interacção com colegas considerados diferentes. Assim, se a forte componente de cognitividade permite a amizade inter-pares, implica também uma atitude de ruptura e a dificuldade em definir um novo universo de identificação profissional. Esta atitude interfere na vida colectiva, já que tal racionalidade privilegia a ligação de um grupo constituído por elementos semelhantes, que partilhem objectivos idênticos e, nomeadamente, expectativas de mobilidade na carreira. No entanto, a solidariedade que esta amizade supõe é cognitivamente crítica, e a dinâmica das decisões é concebida como assentando no consenso pelo diálogo ou, em última instância, no voto democrático.

"A enfermagem, em termos de relacionamento, é uma profissão muito difícil (...). As pessoas não sabem o que lhes compete ou não discutir (...). Não se reconhecem como colegas (...). As relações de trabalho são muito agressivas (...). Eu estou em conflito com eles todos os dias (...). Sinto que pertença a um grupo que corresponde à minha equipa

de trabalho (...) onde se discute a nossa vida toda (...). Gostaria de participar num grupo onde os elementos tivessem a mesma formação, dinamismo, capacidade de trabalho e identificação."

"Existem determinados choques devido a diferenças culturais, de idade (...). Se pudesse escolher as pessoas faria uma selecção a nível de idades."

Nesta situação não é sentida a necessidade de chefia: "porque em qualquer grupo há interesses comuns a todos os elementos, e todas as decisões e atitudes são resultantes de um consenso geral ou de uma opinião maioritária". A aceitação das relações hierárquicas passa antes pelo reconhecimento de um líder de tipo cultural "... que faça a orientação e distribuição, que funcione no grupo de modo a mantê-lo coeso e a conduzi-lo para um objectivo comum a todos os elementos". Por outro lado, devemos entender este tipo de relacionamento como inserido num contexto de reestruturação da carreira, referencial estruturador das representações destes actores. Nesse sentido, este implica todo um jogo estratégico e dual de inclusão/exclusão¹⁴, quer relativamente aos profissionais de enfermagem mais antigos, quer face aos médicos em relação aos quais se assume uma relação conflitual. A este propósito, refere-se a inexistência de "reconhecimento (...) na nossa profissão de determinado tipo de autoridade (...) e de progresso (...) que conduz a um dado tipo de clima...". Em contrapartida a prática profissional é auto-valorizada e legitimada por referência a "uma boa preparação técnico-profissional."

3.3. A Lógica dos Confrontos

A comprovação das diferenças culturais, no contexto do Serviço Hospitalar, permite-nos pois afirmar a articulação de três efeitos estruturantes: o da trajectória profissional, o da contextualidade, e o efeito institucional relacionado com a reestruturação dos conteúdos e da carreira de Enfermagem. Articulação que se traduz fundamentalmente numa cisão básica entre gerações, que se expressa não tanto num conflito geracional mas num quadro de confrontos culturais.

Um tipo cultural detectável será o das relações entre homens e mulheres que desempenham funções de chefia. A realidade do escalão etário mais elevado é a da exclusão quase generalizada do sexo feminino desses papéis. No entanto, esta tende a transformar-se visto que, no escalão etário mais baixo e para uma população feminina, se afirma uma preocupação quanto ao reconhecimento da sua capacidade e competência e, portanto, da sua diferença. Será isto fruto duma representação colectiva dos direitos da mulher, actualizada no contexto de trabalho ou da afirmação de um outro tipo de confronto cultural que articule preocupações femininas e masculinas relativas ao exercício do trabalho, da autoridade e das responsabilidades?

No caso vertente, e dado que se trata de um estudo de caso, não permitindo generalizações, apenas poderemos inferir a tendência para uma maior igualda-

de sexual na profissão, com origem num desejo de qualificação, responsabilidade e promoção por parte das enfermeiras mais jovens. Revela-se-nos assim como que uma confrontação cultural no interior do grupo social dos enfermeiros contrastando o individualismo defensivo com as afinidades estratégicas.

Um outro efeito de confrontação cultural diz respeito ao próprio modelo das Afinidades. Se este anteriormente assentava na prossecução duma mobilidade ascensional, dependente de escolhas e selecções operadas pela hierarquia¹⁵, na actualidade tende a assumir outras características na medida em que inscrito em contextos mais negociados. As fileiras ascensionais são hoje reguladas por negociações entre instituições que conferem à mobilidade um carácter mais horizontal. Esta implica já não tanto a necessidade de solidariedade com as chefias hierárquicas, mas o reconhecimento mais enfático das capacidades dos actores e o apoio à sua reconversão quanto à necessidade de uma mobilidade profissional interna. Em consequência, a aposta daqueles que alimentam expectativas de mobilidade ora inovadora, face ao futuro virtual criado pela reestruturação da carreira de enfermagem, ora tradicional, por via de processos instituídos de formação profissional específica.

Finalmente, poder-se-á inferir que se o modelo de retraimento¹⁶ cedeu espaço ao das afinidades, devido a uma dialéctica que articula maior inserção das mulheres no universo escolar, universitário e integração no trabalho sem abdicação do binómio qualificação/responsabilidade, aquele ainda está presente nos estratos mais antigos de enfermeiros, de que é exemplo o modelo do individualismo defensivo. Este tipo de retraimento revela-se antes de mais como imposto por aspectos organizacionais e como salvaguarda dos estatutos e vantagens adquiridos ao longo de toda uma trajectória. Supõe ainda bloqueamentos inerentes a um contexto em mudança, logo adverso, e em detrimento das motivações, dos diplomas adquiridos e das experiências profissionais acumuladas. Assume-se então como uma reacção colectiva de decepção face à ausência de futuro e de oportunidades de realização no e pelo trabalho.

Poderemos concluir que a dimensão cultural num contexto em mudança supõe a coexistência de uma dupla tradição que implica formas de oposição entre profissionais novos e antigos. A mudança contextualizada não remete simplesmente para um período de recomposição de poderes mas assume-se também como uma temporalidade onde é possível detectar-se a emergência de novas identidades e de novos actores capazes de sustentar a sua diferença ao ponto de alterarem a estrutura do sistema social anterior.

Provada a influência da interacção comunicativa sobre as representações dos indivíduos, a cultura revela-se assim uma via possível para se encetarem mecanismos de influência que visem a alteração das relações e das práticas de uma forma mais comercial e democrática. O desenvolvimento social das organizações e, em particular, a viabilização de projectos, de que pode ser exemplo o da reestruturação da carreira e da prática de enfermagem, pressupõe então a aposta numa gestão organizacional capaz de reconhecer e articular uma persistente pluralidade cultural. E, por extensão, a procura de mecanismos

sociais de reconhecimento das diferenças, de ponderação e construção de projectos que apelem às capacidades evolutivas dos actores. Este poderá ser o desafio actual que se coloca às instituições de saúde: o da procura das bases culturais de uma capacidade evolutiva e de aprendizagem do seu potencial humano.

4. Conclusão

Constatou-se assim que existem, num contexto organizacional particular, processos sócio-culturais que contribuem para a estruturação de diferenças em função das capacidades mobilizáveis dos actores e de trajectórias geradoras de disposições e expectativas diferenciadas e, por essa via, para a configuração de práticas não uniformes.

É nesse sentido que se podem compreender os modelos culturais detectados como derivando de uma articulação positiva de recursos, de qualificações profissionais e de vivências quotidianas no trabalho, de acordo com a posição que cada um ocupa na organização. Isto porque o condicionamento dos indivíduos em tal situação pressupõe uma complexa rede de relações sociais em contextos de interacção quotidiana, onde cada um adquire o reconhecimento de si por referência a estratégias de reciprocidade avaliativa e de gestão subjectiva de recursos.

Reforça-se a ideia, aqui já sugerida, de que a estruturação cultural da realidade social se afirma como elemento pertinente de explicabilidade da sua dinâmica e factor a ter em consideração em processos de intervenção organizacional. Nestes, a realidade dos actores é inseparável da funcionalidade dos sistemas e esta da incorporação efectiva das estruturas.

Notas

- 1 A este respeito é vasta a bibliografia. Temos presente, nomeadamente, as contribuições da Sociologia das Classes e da Estratificação Social.
- 2 Ver, entre outros, Pierre Bourdieu, *La distinction*, Paris, Minuit, 1979; Anthony Giddens, *The Constitution of Society*, Cambridge, Polity Press, 1986.
- 3 Cf. Michel Crozier e E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977; e Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Paris, F.N.S.P., 1977; *Sociologie des organisations et de la transformation sociale*, Fascicule II, Paris, F.N.S.P., 1985-1986.
- 4 A este propósito Philippe Bernoux refere que R. Sainsaulieu "funda as identidades colectivas pelo facto de que os indivíduos têm em comum uma mesma lógica de actores. Observação sensata mas que se situa na passagem da identidade à acção (...). As Identidades Culturais não podem senão traduzir-se em comportamentos concretos na organização". Philippe Bernoux, *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 1985, pp. 188-9.
- 5 O binómio poder formal/progressão na carreira só assume um valor explicativo particularmente pertinente quando reportado a um contexto do tipo burocrático, como no caso vertente.

- 6 Refira-se que qualquer destas designações não comporta uma conotação pejorativa, mas tão somente uma preocupação descritiva e classificatória.
- 7 De modo a fundamentar-se a escolha de uma "população tipo", elaborou-se e distribuiu-se um questionário a todos os elementos de enfermagem do serviço hospitalar. Este procedimento permitiu-nos isolar três tipos fundamentais de enfermeiros por referência às variáveis de grau de carreira, recursos organizacionais afins e recursos educacionais e técnicos detidos. Estas variáveis remetem-nos significativa e respectivamente para as dimensões de inserção da prática e da trajectória escolar dos actores. Os tipos que denominamos de Chefe, Graduados e Iniciantes, e a partir dos quais procedemos então à escolha de oito enfermeiros, por referência às variáveis anteriormente indicadas, revelam as características mencionadas no quadro infra. Assim, há que ter presente *nuanças* como as que se ligam ao facto de os enfermeiros com idades superior a 35 anos, cuja formação profissional se reporta a um período anterior a 1974, se depararem com a realidade na qual a escolaridade mínima exigida para o ingresso no curso de enfermagem era a correspondente ao ciclo preparatório (actual 6º ano). Após 1974, as exigências de escolaridade alteraram-se, passando a escolaridade mínima para o secundário inferior (actual 9º ano). Por outro lado, no âmbito da formação técnico-profissional, essa historicidade consubstancia-se na evolução da duração e do conteúdo dos cursos ministrados. Até 1977, o Curso Geral de Enfermagem (CGE) tinha dezoito meses de duração e o seu *curriculum* incidia fundamentalmente numa formação preocupada com procedimentos pragmáticos (administração de medicação, alimentação, etc.) sugerindo uma preparação profissional passível de ser perspectivada em termos de um prolongamento, no trabalho, de tarefas do foro doméstico (não esquecer a elevada taxa de feminização característica desta prática). Após 1977, o CGE sofreu alterações no seu conteúdo e tempo de duração. Este último passa a três anos e o seu *curriculum* aproxima-se do proposto pela Organização Mundial de Saúde, supondo uma incidência especial nos cuidados primários (em termos de prevenção da doença) e uma formação científica e multidisciplinar mais acentuada, compreendendo um maior número de horas em cadeiras como Sociologia e Psicologia. Finalmente, há que ter em conta a existência, antes de 1974, de um curso de auxiliar de enfermagem (CAE), de seis meses de duração, a que correspondia a categoria de enfermeiro de 2ª. Esta categoria foi extinta, após 1974, e criado, com carácter provisório, um Curso de promoção (CP), de seis meses, atribuidor de uma equivalência ao CGE quando associado ao CAE, destinado a viabilizar a integração na carreira de Enfermagem (grau I) dos sujeitos nessa situação (caso da Eng. H.).

| Tipos | Enfer. | Sexo | Idade | Esc. | F. prof. | Grau | Função |
|--------|--------|------|-------|------|----------|------|--------------|
| Chefe | Enf. G | M | 52 | 6º | CGE 77 | III | Enf. chefe |
| Grad. | Enf. B | M | 31 | 11º | CGE 77 | II | Enf. Gabin. |
| | Enf. F | F | 40 | 9º | CGE 77 | II | Enf. Gabin. |
| | Enf. E | F | 27 | 11º | CGE 77 | II | Enf. Gabin. |
| Inici. | Enf. A | M | 27 | 12º | CGE 77 | I | cuid.direct. |
| | Enf. C | M | 26 | 12º | CGE 77 | I | cuid.direct. |
| | Enf. D | F | 25 | 12º | CGE 77 | I | cuid.direct. |
| | Enf. H | F | 40 | 6º | CAE+CP | I | cuid.direct. |

- 8 Conferir, nomeadamente, com a legislação que regulamenta o processo de progressão na carreira de Enfermagem: *Decreto-Lei nº 178/85*, de 23 de Maio.
- 9 De notar que estes enfermeiros já exercem funções de chefia, embora em regime de substituição. Daí a designação de "Enfermeiros de Gabinete".
- 10 Ver *Decreto-Lei nº 480/88*, de 23 de Dezembro.
- 11 A este propósito, cumpre referir o recurso a um instrumento de recolha de dados (guião de entrevista semi-directiva) que inclui as dimensões constantes na tipologia dos modelos culturais de normas de relações no trabalho propostas por R.Sansaulieu. Dimensões estas que pretendem dar conta de três níveis relacionais: o interpessoal, o colectivo e o hierárquico, quer em relação ao chefe formal quer ao líder informal. No que diz respeito à sua operacionalização,

cf. Duarte Pimentel, "Sobre a Cultura de Empresa", *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 4, 1987, pp. 140-1, e António Firmino da Costa, *et. al, Artes de Ser e de Fazer no Quotidiano Operário*, Lisboa, ISCTE - CIES, 1984. Por outro lado, a informação por nós recolhida foi objecto de uma análise de conteúdo, a partir da qual se procurou não apenas identificar os modelos culturais ajustados aos actores, mas também os perfis das trajectórias profissionais e as representações relativas ao saber profissional por eles sustentadas.

- 12 De referir que os enfermeiros em questão confundem, ao nível do discurso, o estatuto formal de chefe com aquele outro informal de líder.
- 13 Sobre o conceito de "habitus", Cf. P. Bourdieu, *op. cit.*
- 14 Relativamente a esta lógica estruturadora dual das diferenças sociais, Cf. Frank Parkin, *Marxism and Class Theory: a Bourgeois Critique*, London, Tavistock, 1979.
- 15 Cf. Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Paris, F.N.S.P., 1985 (Prefácio à 2ª edição).
- 16 Note-se que este modelo genérico de Retraimento enquadra aquele outro mais específico de Individualismo Defensivo que caracteriza as estratégias relacionais de alguns dos enfermeiros entrevistados. Cf. R. Sainsaulieu, *op. cit.*, (1985-1986), p. 232-237.