

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO**

**EM**

**INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em Associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(Diário da República – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002 - Registo na Direcção Geral do Ensino Superior n.º R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

**Qualidade e Tecnologias da Saúde**

## **OS OSTEOPATAS EM PORTUGAL: PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO E FORMAÇÃO IDENTITÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Augusto José de Proença Baleiras Henriques**

Orientador:

**Professor Doutor Domingos Afonso Braga**

**Évora**

**Março de 2011**

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO**

**EM**

**INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em Associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(Diário da República – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002 - Registo na Direcção Geral do Ensino Superior n.º R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

**Qualidade e Tecnologias da Saúde**

## **OS OSTEOPATAS EM PORTUGAL: PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO E FORMAÇÃO IDENTITÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Augusto José de Proença Baleiras Henriques**

Orientador:

**Professor Doutor Domingos Afonso Braga**

**Évora**

**Março de 2011**

# OS OSTEOPATAS EM PORTUGAL: PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO E FORMAÇÃO IDENTITÁRIA

## RESUMO

Pretendeu-se analisar o processo de profissionalização e formação identitária dos Osteopatas em Portugal. Ponderou-se na literatura, no 'status' internacional da Osteopatia / Medicina Osteopática, com análise de conteúdo das entrevistas.

Tomou-se em conta a autonomia, o 'expertise' e credencialismo, características de qualquer profissão independente.

Sem uma genuína regulamentação, não cumprindo rigorosamente a Lei vigente, sem a formação de cursos a tempo inteiro, estruturados, oficialmente reconhecidos, não seguindo os países de origem da Medicina Osteopática, haverá impossibilidade em perceber a autêntica Osteopatia. Criar-se-á um problema na formação identitária, na imagem para a opinião Pública, na própria veiculação sobre os Osteopatas, traduzindo-se numa fraca opinião sobre a profissão. O poder profissional apresentar-se-á debilitado, haverá fracos resultados, certamente ocorrerão atropelos à saúde Pública. Verificar-se-á falta de poupança nos recursos, com perda de áreas clínicas, sem uma correcta socialização e, sem desenvolvimento jurisdicional.

**Palavras-chave:** identidade, osteopata, profissionalização, profissões da saúde, sociologia.



# THE OSTEOPATHS IN PORTUGAL: PROFESSIONALISATION AND IDENTITY

## ABSTRACT

This study was to analyze the professionalization and identity formation of Osteopaths in Portugal.

Pondering on the literature, on the international status of Osteopathy / Osteopathic Medicine, with interviews analysis, conclusions were achieved.

It was taken into account the autonomy, expertise, and credentialism, as characteristics of an independent profession.

Without genuine regulation, not strictly abiding the Law, without establishing officially structured full time courses, not following Osteopathic Medicine countries of origin, an impossibility perceiving Osteopathy authenticity will occur.

Osteopaths' identity image transmitted to the Public will reveal itself as weak, Professional power will be negligent. No one will know who is who, poor results will occur. Osteopathy will be perceived by a meager performance, and health accidents may occur. There'll be a lack on country resources savings, with a loss of clinical intervention areas, and lack of jurisdictional development, with inadequate socialization.

**Key words:** identity, osteopath, professionalization, health professions, sociology.



## **AGRADECIMENTOS**

Os melhores cumprimentos, uma mão apertada, numa forma formal, vão para os docentes da ESTeSL e da segunda Universidade Pública mais antiga de Portugal, que em 1559 foi fundada, a Universidade de Évora, é claro, daqueles com quem tive conhecimento pessoal.

Durante este Curso de Mestrado, não há nada a apontar, excepto o excelente profissionalismo e rigor académico, de quem é excepcional.

Um especial bem-haja ao Exmo.Senhor Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelo cuidado, conselhos e ajuda imparcial, como Homem de Ciência que é, durante o Curso, através dele obtive informação que me era desconhecida, poderei afirmar, considerei-a importante e até sensacional.

Quanto a académicos, é claro, agora é a vez, do meu Orientador, Senhor Professor Doutor Domingos Afonso Braga, somente existem palavras para dizer um verdadeiro Professor, cauteloso, honroso, cientificamente crítico e sempre disponível com toda a cordialidade e altivez.

Ao meu Filho e sua Mãezinha para com as facilidades que me criaram!

A minha Mãe, por nesta fase, não lhe ter podido dar mais atenção.

A cada Colega, alguns eu nem conhecia, assim que lhes falei ou contactei, pedindo sobre a necessidade de cada um ser entrevistado, todos de imediato, sem excepção, idoneamente se dispuseram, com todo o carinho, agrado e consideração.

Estou grato, por ter conhecido Colegas na parte curricular deste curso de Mestrado, que se revelaram uma fonte que até se poderá dizer fenomenal, um conselho de inspiração.

Espero não deixar ninguém mal, mas sim honrado com sentido excepcional.

Que assim seja entendido, espero, poeta que não sou, mas que rime, uma Dissertação com sentido de honra e originalidade, espero que faça alguma utilidade a Portugal e à Sociedade!





# ÍNDICE

Resumo	i
Abstract	iii
Agradecimentos	v
Índice de quadros	xiii
Abreviaturas e siglas	xv
Declaração de interesses	xvii
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E ESTADO DA ARTE</b>	
<b>1.SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES</b>	<b>5</b>
<b>2.TEORIA FUNCIONALISTA</b>	<b>16</b>
<b>3.INTERACCIONISMO SIMBÓLICO</b>	<b>18</b>
<b>4. PARADIGMA DO PODER PROFISSIONAL</b>	<b>21</b>
4.1 Desprofissionalização	24
4.2 Proletarização	25
4.3 Poder das Profissões, o poder médico e o Hospital	28
<b>5. ABORDAGEM SISTÉMICA</b>	<b>35</b>
<b>6. IDENTIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>39</b>
<b>7. AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS CONTEMPORÂNEAS E AS IDENTIDADES PROFISSIONAIS</b>	<b>47</b>
<b>8.ESTÁGIO CLÍNICO E FORMAÇÃO / DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTÍNUO (AO LONGO DA VIDA)</b>	<b>51</b>
<b>9.ENQUADRAMENTO HISTÓRICO, A ORIGEM, A FORMAÇÃO E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS OSTEOPATAS</b>	<b>55</b>
9.1 Origem e evolução da Osteopatia	55
9.2 Os Osteopatas em Portugal	57
9.2.1 A formação, evolução e o exercício profissional dos Osteopatas em Portugal	57
9.2.2 O Associativismo em Portugal e sua importância	58
<b>CAPÍTULO II - METODOLOGIA</b>	<b>63</b>
<b>1 - Razões para a investigação</b>	<b>63</b>
1.1 - A problemática	63

<b>1.2 - Perguntas de Investigação</b>	64
<b>2 – Objectivos de Investigação</b>	65
<b>3 – Tipo de estudo</b>	65
<b>4 – Unidades em análise</b>	67
<b>5 - Técnicas e instrumentos de recolha de dados</b>	67
<b>6 – Procedimento</b>	68
<b>7 – Participação e selecção no estudo</b> (critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados)	69
<b>8 – Considerações éticas</b>	70
<b>9 – Material usado</b>	71
<b>10 – Tratamento dos dados e técnicas de análise</b>	
<b>Organização da análise</b>	72
<b>CAPÍTULO III ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS</b>	79
<b>1 – Caracterização dos entrevistados</b>	79
1.1 – Idade	79
1.2 – Género	80
1.3 - Formação profissional (tipo)	80
1.4 – Formação profissional (duração)	80
1.5 - Anos de experiência profissional	81
1.6 – Estágio profissional	82
1.7 – Actividade Profissional	82
1.8 – Actividade Associativa	83
<b>2 – Aspectos Globais da Profissão</b>	84
<b>2.1 - Ser Osteopata</b>	84
2.1.1 Caracterizar	84
2.1.2 Explicar	85
<b>2.2 - Conhecimento e informação do Público sobre a Osteopatia</b>	87
<b>2.3 – Formação académica e profissional</b>	91
2.3.1 Relação conhecimentos base com o exercício profissional autónomo / independente, técnica e deontologicamente	91
2.3.2 Estágio profissional	93
2.3.3 Habilitações académicas e seu contributo	94

2.3.4 Licenciatura / Mestrado integrado (Duração da formação mínima necessária)	95
<b>2.4 Expectativas profissionais</b>	<b>95</b>
2.4.1 Alterar (em relação às Expectativas profissionais)	95
2.4.2 Manter (em relação às Expectativas profissionais)	95
2.4.3 Comparar com o estrangeiro (em relação às Expectativas profissionais)	96
2.4.4 Influências (em relação às Expectativas profissionais)	96
<b>2.5 Regulamentação</b>	<b>97</b>
<b>2.6 Exercício profissional</b>	<b>98</b>
2.6.1 Área primordial da actuação clínica da osteopatia	98
2.6.2 Áreas de intervenção e competências no presente	99
2.6.3 Sobreposição na actuação profissional com outras profissões	101
2.6.4 Propósitos de actuação futura	101
2.6.5 Formação não qualificada	103
2.6.6 Implicação do Género	104
<b>2.7 Trajectória profissional/perfil profissional</b>	<b>104</b>
2.7.1 Fácil	104
2.7.2 Difícil	104
<b>2.8 Poder Profissional</b>	<b>106</b>
2.8.1 Identificação e entendimento de formas de poder profissional	106
2.8.2 Poder médico	107
2.8.3 Relação com o Estado	111
2.8.4 Poder profissional e regulamentação dos Osteopatas	112
<b>3 - Reconhecimento profissional</b>	<b>114</b>
3.1 - Reconhecimento Interprofissional	114
3.2 - Reconhecimento Profissional pelo Público	116
3.3 - Prática / desempenho profissional	117
3.3.1 Dificuldades	117
3.3.2 Aspectos negativos	118
<b>4 Identidade e Perspectivas profissionais</b>	<b>120</b>
<b>4.1 Identidade Profissional</b>	<b>120</b>
4.1.1 Competências/Comparação da formação entre Portugal e estrangeiro	121
4.1.2 Áreas de Intervenção clínica	122

<b>4.2 Título de Dr.</b>	125
4.2.1 Aceitação	125
4.2.2 Rejeição	125
<b>4.3 Título profissional de Osteopata e Médico Osteopata</b>	126
4.3.1 Aceitação / aspectos positivos	126
4.3.2 Importância da alteração do título	126
4.3.3 Rejeição / aspectos negativos	126
4.3.4 Indiferença	127
<b>4.4 Associativismo / práticas organizacionais</b>	127
4.4.1 Tipo de actuação / panorama associativo	127
4.4.2 Actividade Associativa	129
4.4.3 Relação Inter-Associativa	130
4.4.4 Filiação Associativa	131
<b>4.5 Perspectivas profissionais futuras</b>	132
4.5.1 Ideal Osteopático	132
4.5.2 Direitos de Prática Clínica	133
<b>4.6 Intervenções relacionadas com o reconhecimento profissional</b>	133
<b>4.7 Evolução e desenvolvimento profissional</b>	134
<b>4.8 Estratégias de integração e desenvolvimento em Portugal</b>	136
<b>4.9 Carreira de Osteopata</b>	137
4.9.1 Informação sobre a profissão	137
4.9.2 Argumentos favoráveis	138
4.9.3 Argumentos desfavoráveis	138
4.9.4 País Europeu de referência	139
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	141
i - Aspectos globais da profissão	141
ii - Reconhecimento profissional	148
iii – Identidade e Perspectivas profissionais	150
iv – Plano de Intervenção Sócio-Organizacional	158
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	161
<b>LEGISLAÇÃO</b>	167
<b>APÊNDICE I - Consentimento Informado</b>	169

<b>APÊNDICE II</b> - Guião das Entrevistas feitas aos Osteopatas	173
<b>APÊNDICE III</b> - Entrevista nº 9	179
<b>APÊNDICE IV</b> - Disposição em unidades de análise da Entrevista nº 9	197
<b>APÊNDICE V</b> - Tratamento dos dados das entrevistas	213
<b>ANEXO I</b> - A natureza da osteopatia	245
<b>ANEXO II</b> - O Estágio clínico Osteopático e o actual desenvolvimento profissional	255
<b>ANEXO III</b> - Quality Assurance Agency for Higher Education, Benchmark Statement for Osteopathy	259
<b>ANEXO IV</b> - Endereços electrónicos sobre a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia	281
<b>ANEXO V</b> - Informação oficial disponível sobre a Osteopatia / Medicina Osteopática e a Medicina alopática, no Reino Unido e em Portugal	283



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro I</b> – Sinopse das entrevistas: Temas, Categorias e Subcategorias	75
<b>Quadro II</b> – Distribuição das idades dos entrevistados neste estudo, segundo o género	79
<b>Quadro III</b> – Formação profissional (duração). Distribuição dos entrevistados por género e duração da formação profissional base	80
<b>Quadro IV</b> – Anos de experiência profissional. Distribuição do número de entrevistados por género e anos de experiência profissional	81
<b>Quadro V</b> – Estágio profissional. Distribuição dos dez entrevistados em relação ao estágio profissional	82
<b>Quadro VI</b> – Actividade associativa. Distribuição do número de entrevistados por género, em relação à actividade associativa	83





## ABREVIATURAS E SIGLAS

AACOM – American Association of Colleges of Osteopathic Medicine

AOA - American Osteopathic Association

BOA – British Osteopathic Association

BSO – British School of Osteopathy

DPC – Desenvolvimento profissional contínuo / ao longo da vida

E – Entrevistado / participante entrevistado

EUA – Estados Unidos da América

I - Investigador

FORE – Forum for Osteopathic Regulation in Europe

GOsC – General Osteopathic Council

QAA – Subject Benchmark Statement for Osteopathy - Quality Assurance Agency for Higher Education

SNME – Sistema neuro-músculo-esquelético



## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

O investigador é Osteopata, está oficialmente inscrito em Inglaterra, foi o primeiro Português a formar-se na British School of Osteopathy. No caso de Portugal é o Representante da Osteopatia na Comissão Inter-Ministerial, nomeada pelo Despacho Conjunto Inter-Ministerial nº 261 / 2005 de 18 de Março. Existe esta para estudar e propor os Parâmetros gerais da Regulamentação do Exercício da Profissão, segundo a Lei 45 / 2003, que também está em consonância com a Resolução da Assembleia da República nº 64 / 2003 – Regulamentação da Osteopatia, de 28 de Julho de 2003. É membro fundador e Presidente da Associação de Profissionais de Osteopatia.

Neste sentido fazemos uma declaração com compromisso de Honra, em como nos demarcamos de tais posições: - neste trabalho, NÃO DETEMOS POSIÇÕES POLÍTICAS, APRESENTAMO-NOS COMO INVESTIGADOR.

# INTRODUÇÃO

Esta Dissertação faz parte do estudo feito no âmbito do V curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com especialização em Qualidade e Tecnologias da Saúde.

O curso é leccionado pela Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL.

De seguida, com o correcto ensejo, apresentamos o título, que segundo Ilhéu, tentou-se “clareza, concisão e brevidade” (2004-05:3). Ainda afirmou este autor, que o título é importante para que “seja possível identificar o objecto de estudo” assim, será o ponto de entrada deste trabalho, que designamos de: ‘Os Osteopatas em Portugal: processo de profissionalização e formação identitária’. Surgiu pelo facto da Osteopatia ser uma Profissão que ainda está na fase de se iniciar a Regulamentação e Regulação em Portugal, embora já exista o seu enquadramento legal no ordenamento jurídico Português. A tradição comparada com outros Países, é negligente. A sua formação não está ainda reconhecida, nem a sua prática; está tudo por regular e regulamentar.

Os Osteopatas são Profissionais de Saúde autónomos técnica e deontologicamente, cuja situação está explícita no Capítulo II, Artigo 5º da Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas não Convencionais.

O tema em apreço é-nos bastante grato, pela nossa experiência profissional, pelo facto de trabalhar em Portugal e, por ser Osteopata Inscrito Oficialmente no Reino Unido.

A American Osteopathic Association informa que a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia apareceu em finais do Séc.XIX; 1874 é considerada nos Estados Unidos da América a data da fundação da Osteopatia pelo Dr.Andrew Taylor Still.

Pode-se afirmar que o Dr.Andrew Taylor Still, M.D., D.O. foi o precursor da Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia e também o fundador da primeira escola de Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia.

Nasceu em 6 de Agosto de 1828 em Jonesboro, Virginia (agora Jonesville). O seu Pai era um Pastor metodista e também Médico. O jovem Andrew Still resolveu ainda novo seguir a ‘pegadas’ do seu Pai como médico. Esteve como aprendiz ao lado deste, como também seguiu o curso. Durante a guerra civil americana (1861-1865) foi cirurgião nas forças armadas da União do Governo Federal dos Estados Unidos da América.

Somente pelos anos de 1870 o Dr.Andrew Taylor Still separou-se dos seus Colegas médicos convencionais / alopatas, devido ao criticismo que este fez sobre o uso das drogas que eram comuns usar nessa época para tratar pessoas, muitos ‘se não morriam do mal, morriam da cura’.

Acreditando que a Medicina devia oferecer mais aos Pacientes, o Dr.Still apoiou a filosofia duma medicina própria e, duma forma de pensar e agir diferente da prática

clínica dos seus dias. Em primazia, somente advogava o uso do que era considerado científico e válido, evitando procedimentos invasivos e nocivos, que eram costume usar no Séc.XIX. Para além do que já existia, e entre outras situações, usou mais uma forma de diagnóstico e, também de terapêutica, quando aplicável, com o uso primordial do tratamento osteopático manipulativo.

Pode-se afirmar que o Dr.Still fundou uma filosofia de medicina que vai até Hipócrates, o qual, é considerado o Pai da Medicina. Esta filosofia foca-se na unidade e unicidade, isto é, de todas as partes do corpo trabalharem em sintonia, como um todo orgânico, e não serem avaliadas separadamente, como sucede noutras práticas convencionais. Neste sentido ainda, cada caso (cada pessoa), é sempre considerado individualmente, isto é, como uma entidade própria e única, com existência distinta e independente, embora interagindo com outros no dia-a-dia. Identificou o sistema neuro-músculo-esquelético como o elemento chave da saúde. Reconheceu a capacidade inerente que o organismo tem para se curar a si próprio, e ainda evidenciou a medicina preventiva, o comer devidamente e manter-se saudável.

É conveniente mencionar que à época, na Medicina Convencional não validaram, nem deram qualquer atenção às descobertas científicas do Sr.Dr.Andrew Taylor Still, que iriam provocar uma reforma no sistema médico vigente do Séc.XIX nos EUA, assim não teve outra alternativa, estabeleceu uma nova Escola de Medicina (remetemos para o Cap.I, 9.1).

No dia 10 de Maio de 1892, o Dr.Still fundou a Escola Americana de Osteopatia (agora Kirksville College of Osteopathic Medicine / Faculdade de Medicina Osteopática de Kirksville).

O Dr.Andrew Taylor Still faleceu em 12 de Dezembro de 1917 com 89 anos de idade.

Com esta pequena resenha histórica Internacional, vamo-nos debruçar para Portugal sobre as influências nos nossos dias, no que concerne a reformas recentes na Sociedade Portuguesa.

Carapinheiro e Rodrigues realçam o facto de Portugal, ao ter entrado na Comunidade Europeia em 1986, e com “(...) a queda do regime de ditadura e a instauração dum regime democrático, com a Revolução de 25 de Abril de 1974 (...)”, encenou-se um quadro de mudança, sobre o qual as profissões não ficaram imunes, como ilustram com alguns exemplos, como é o caso dos Engenheiros e dos Médicos (Viegas e Da Costa,1998:149).

Neste sentido, e pelo facto de não se conseguir encontrar qualquer literatura sociológica sobre a Osteopatia em Portugal, tal situação ainda mais nos estimula a investigar neste ramo único do saber.

Levantam-se-nos questões orientadoras da investigação tais como:

- sobre a Osteopatia, o que se passa noutros Países e qual a sua realidade de prática profissional?;
- o caso particular dos Osteopatas em Portugal, quando iniciaram funções e em que circunstâncias?;

- como surgiu a Osteopatia em Portugal, contextualização com o estrangeiro?;
- como se vêem e revêem os Osteopatas com uma identidade própria?;
- que estratégias há de afirmação da sua própria identidade?;
- quando e como se originou uma estrutura de cursos consolidada no País?;
- situação particular ao nível do mercado em Osteopatia (qual a área de intervenção no 'mercado', da Osteopatia – em que áreas do saber actua(m)?);
- análise de questões a nível da sua organização colectiva (associações) que tipo de actuação têm, como podem valorizar?;
- qual a intervenção dos profissionais de Osteopatia a partir da caracterização do conceito de profissão proposto pelos principais paradigmas de análise das profissões?;
- quais os aspectos que têm a ver com a ligação / relação dos profissionais com o Estado e a formação da sua própria identidade – regulamentação e regulação?

Portanto, ponderando numa revisão de literatura da sociologia das profissões, pretende-se em termos de objectivos, fazer uma caracterização da actual situação dos osteopatas em Portugal, desenvolvendo uma abordagem no que diz respeito às questões específicas da profissão, e da formação identitária dos osteopatas, verificando os eventuais processos de construção de identidade.

Dentro deste desiderato, faz-se uma contextualização da situação da Osteopatia com aquilo que se passa noutros Países, onde a prática profissional está mais avançada, tendo em contas as relações específicas com a formação e regulamentação da profissão, nos aspectos que se prendem em questões específicas com o Estado. Também tentaremos saber quais os critérios, aspirações, interesses e actual identidade profissional dos Profissionais de Osteopatia em Portugal.

Assim, numa forma global, pretende-se compreender como os Osteopatas constroem a sua Profissão ou seja, a sua identificação (processo, regras, saberes, normas, valores que caracterizam os profissionais nesta área própria do saber/actuação), a identificação (distinção que os profissionais fazem em relação a outros, isto é, sobre o seu grupo de pertença/endogrupo e exogrupo) e ainda, a formação identitária (como os profissionais constroem a sua própria identidade).

Também ao identificar as percepções dos Osteopatas sobre o poder profissional, e o reconhecimento profissional da sua profissão, sempre que possível, tenta-se oferecer uma perspectiva sólida, quanto ao futuro da Profissão. Isto no que concerne às políticas da Saúde, como também na relação que existe para com os avanços da técnica e da ciência, identificando e realçando as suas vastas implicações, tanto para com o tratamento dos Pacientes, como no desenvolvimento da Profissão.

Dentro deste panorama iniciamos a Dissertação com esta Introdução, onde falamos nas razões para o estudo, problemas e metas a atingir, à qual se segue o CAPÍTULO I com fundamentação teórica e estado da arte, relevamos ao mesmo tempo um quadro conceptual / definição teórica dos termos a usar, também fazemos um enquadramento histórico onde se disserta sobre o ensino e a prática da Osteopatia.

No CAPÍTULO II, Metodologia, descrevemos a participação no estudo (critérios de inclusão e exclusão), as perguntas, os objectivos, o tipo de estudo, as considerações éticas; procedimentos, as unidades em análise, técnicas de recolha da investigação, e ainda, com alguns considerandos sobre limitações que houve neste trabalho, no final desta secção. Constatamos que houve alguma dificuldade, que foi facilmente ultrapassada, para que fossem verificadas e obtidas eventuais situações sociológicas diversas e desconhecidas, assim, entrevistou-se um leque de osteopatas com as mais diferentes formações. Desde alguns profissionais com todos os reconhecimentos noutras jurisdições, outros somente com reconhecimento parcial, ou ainda outros, sem qualquer reconhecimento de carácter académico ou profissional. Todos estes obtiveram (oficialmente reconhecidas ou não) as mais variadas formações, em diversas escolas tanto em Portugal e/ou no estrangeiro.

No CAPÍTULO III, far-se-á a análise e tratamento dos dados obtidos, verificando-se os resultados. Dentro desta sequência, ainda teremos uma breve discussão com a análise e uma avaliação crítica.

De seguida serão apresentadas as Conclusões e Recomendações. Termina-se com a Bibliografia, e outras referências necessárias, colectadas e usadas, durante o desenvolvimento desta Dissertação em Apêndices e Anexos, incluindo documentos oficiais consultados.

# CAPÍTULO I

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E ESTADO DA ARTE

### 1. SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Neste capítulo da dissertação sobre a Profissionalização dos Osteopatas e sua Formação Identitária, verificamos as várias abordagens teóricas e históricas, tentaremos descrevê-las numa forma clara, embora sucinta.

É aceite por João Freire que a Sociologia das Profissões desenvolveu-se através de autores considerados na área, tais como Carr-Saunders, Parsons e Merton no âmbito das teorias sociológicas de cariz funcionalista. Estes autores descreviam, os profissionais liberais como sendo o modelo mais elevado. Ao mesmo tempo, outros, destacando-se Hughes, analisavam os ditos profissionais liberais a partir duma abordagem interaccionista, na sua opinião colocou-se o “primeiro contraponto sério, àquelas concepções iniciais” (Rodrigues,2002:viii).

Neste sentido, é pertinente mais à frente, considerarmos as várias abordagens teóricas na Sociologia das Profissões.

Antes de mais, vamo-nos debruçar sobre o termo “Profissão”, que até aos anos 60 do Séc.XX foi tido como aceite, sem qualquer questão a ser levantada. Afirma-se que os sociólogos, até então, estavam mais interessados em descrever o que era uma profissão, sem analisar a função das profissões na sociedade. Friedson (1994), sugeriu que a ênfase deve ser posta no “serviço que os profissionais prestam aos clientes”. Por esta data, Meg Stacey (1992) disse que era importante verificar a diferença, assim o “ser necessário distinguir profissionalismo (comportamento) de profissionalização (status e retorno monetário)” (Abbott e Meerabeau,1998:1). Também ainda, segundo Abbott e Meerabeau, mencionam que o termo profissional é visto como o oposto de amador e, como alguém que é pago para fazer um trabalho numa forma ordenada. Ainda, referem-se a ‘comportamento profissional’ para com aquilo que é tido como um comportamento moral e ético, como também, o termo ‘julgamento profissional’ é visto como um termo sólido baseado no rigor. Segundo estes autores, ainda “há muita ambiguidade e disputa quanto ao reconhecimento”; ou seja, se as ocupações são reconhecidas ou não, no dia-a-dia pela Sociedade como Profissões (Abbott e Meerabeau,1998:1-2).

Perante esta situação, como vamos então definir uma profissão?

Dubar informa que a “partir do séc. XIII, o trabalho era considerado arte e integrava todos os que faziam parte de corporações definidas”, segundo a “síntese histórica de J.Le Goff (1977)”, Olivier Martin (1938) diz que são, «como regulamentos corporativos para garantir a competência jurídica, isto é, autorização de exercer e de defender o seu monopólio e os seus privilégios no interesse do bem comum» (citado por Dubar,1997a:124).

Havia cidades juramentadas onde se professava uma arte, derivando o termo profissão de “profissão de fé”, como será mencionado mais tarde, com a expansão e



consolidação das Universidades, as artes liberais e as artes mecânicas começam a dissociar-se.

Freidson diz-nos num raciocínio que vamos desenvolver, também, mais à frente, que muita da mudança e organização do “trabalho profissional é economicamente inspirado e reflecte os interesses do capital privado e do estado” (2001:197). Pese embora, o termo “Profissão tem raízes muito longínquas e profundas na línguas Europeias que derivam do Latim”, como um termo que demonstrava uma intenção genuína ou seja a declaração dum propósito (Freidson,1988:21).

Esta era a conotação da palavra antes do Séc.XVI, originalmente relacionada com uma tomada de votos con-sagrados, indo desde o Clero à Universidade Medieval. O substantivo Profissão também dá azo a avaliações contraditórias tão longe como o Séc.XVI, podia referir-se tanto a um exclusivo de profissões como a quaisquer outras, “normalmente referia-se às ocupações educadas em Universidades de Divinidade, Leis e Medicina, mas não à de Cirurgia, e também, incomum à ocupação (tida na altura como cavalheiresca) de Militar” (Freidson,1988:22). Muito respeito era dado, não tanto pelas actividades envolvidas na prática, mas sim por aqueles que as exerciam. Isto ocorre num contraste em que o amador era tido com o maior respeito, porque providenciava uma actividade por mero interesse; ou seja, “pelo amor que tinha pela actividade em contraste com os [amadores - ‘profissionais’ - que ganham]”. Melhor dizendo, ganhavam dinheiro da sua actividade, e isto “colocava uma suspeita dentro do contexto, que o amador exercia por mero altruísmo e não necessitar de ganhar dinheiro, enquanto o profissional cobrava honorários para ganhar a vida e assim, era visto como suspeito” (Freidson,1988:22).

“No Séc.XIX começou-se a verificar uma alteração neste contexto, porquanto algumas ocupações de classe média reorganizadas, exclusivas e prestigiadas, de escolares em ‘full-time’ e de cientistas, começaram a abalar os cavalheiros escolásticos. Verificou-se nos EUA e Reino Unido uma alteração semântica neste período, quando o desenvolvimento e o treino especializado começou a substituir os também apelidados ‘liberais’ de educação elevada” (1988:23-24).

Quanto ao problema da definição, Freidson diz-nos que Flexner (1915) levantou a questão há muito, “como as profissões deviam ser definidas e, quais as ocupações que deviam ser chamadas de profissões, e por que critérios institucionais” tal se devia reger (1988:30). Aparentemente, até mesmo nas últimas décadas, não se está ainda muito longe do que sucedeu em 1915, isto é, “não haver consenso, porque o uso difere na substância, na lógica e no conceito” (Freidson 1977). Alguns analistas, aparentemente têm condenado a prática de tentar qualquer definição. Klegon (1978:268) achou que se “resolve o problema da definição, não definindo pelas características das profissões, naquilo que são «inerentemente distintas de outras ocupações», mas sim verificando, sobre o processo pelo qual as ocupações argumentam ou ganham estatuto profissional” (citado por Freidson,1988:30). Assim, segundo Freidson, o “resultado final consiste em evitar uma definição consciente, avançando com uma definição vaga de profissão como ocupação, que ganhou estatuto profissional”. Neste sentido, então “o que é estatuto

profissional? Como se determina se tal existe ou não? Quais as suas características?” (1988:30).

Doutra forma “Vollmer e Mills (1966) acharam que se devia partir do foco sobre o conceito de profissão, como um tipo de ocupação distinto, para um tipo distinto que se fixa no processo pelo qual as profissões se profissionalizam”. Ainda realça Freidson, que “Turner e Hodge (1970:23) e Johnson (1972:31) deram ainda mais ênfase no processo, do que na estrutura e, também na profissionalização, em vez dos atributos de profissão, o que não resolve o problema da definição” (1988:30-31). Conclui que, “sem uma definição de profissão, o conceito de profissionalização é sem sentido, como também é a intenção de dar ênfase ao estudo do processo, em vez da estrutura” Freidson (1988:31).

Ainda se levanta a situação de que uma palavra com tantas conotações, não se pode usar num discurso preciso sem uma definição. Argumenta Freidson, que poderemos usar o termo sem uma definição se “adoptarmos uma visão analítica, posicionando-nos que tanto o trabalho diário, o trabalho de linha de montagem, ensino, cirurgia, ou análise de sistemas, são tão parecidos que não faz sentido usar qualquer distinção entre eles”. Sem dúvida que todas as formas de trabalho têm em comum elementos de importância analítica, mas também tem que se afirmar que há diferenças, nessa importância analítica. Pela necessidade, tem que se notar que “o carácter duma definição adequada, deve ser tal que devemos especificar os atributos, o que é único e próprio, as características de definição, pelas quais o fenómeno pode ser discriminado no mundo empírico” (Freidson,1988:31).

Nesta argumentação composta, levanta-se ainda a situação que tem havido uma tendência na crítica para confundir estas características de definição com as características especificadas por escritores mais antigos. Como consequência de análise, ainda assinalamos que se “pode criticar uma definição por causa das particularidades próprias e ambíguas que se levantam em termos analíticos e empíricos (segundo Friedson 1970) ou porque, (segundo Johnson 1972) as particularidades próprias não têm inter-relações sistemáticas nem uma racional teórica” (Freidson,1988:31).

Abbott, diz-nos que a questão do conceito de profissionalização é complexa, que tem havido muitas teorias sobre a profissionalização e que diferem em dois pontos distintos e fundamentais: “o formal e o substantivo” (1992:9). “Harold Wilenski descreveu aquilo a que chamou a «profissionalização de cada um» e descreveu o primeiro evento, ou seja a primeira data nas profissões Americanas, a primeira escola de treino, a primeira escola na Universidade, a primeira associação local, a primeira associação nacional, a primeira lei, e o primeiro código de ética” (citado por Abbott,1992:10). Achou que todos estes eventos decaíam na mesma ordem cronológica, e mencionou que: - «as profissões se iniciam quando as pessoas começam a trabalhar ‘full time’ para com o que é necessário ser feito. A necessidade de treino adequado aparece guiado pelo ímpeto dos clientes e dos novos recrutas, assim as escolas aparecem. Se as novas escolas não começam com as Universidades de imediato requerem tal afiliação. Assim se desenvolve um treino mais longo, mais elevados standards e um grupo de

professores 'full time'. Todos estes se combinam para formar uma associação (professores e novos graduados). Predisposta por esta associação toda esta actividade leva a reflexão que poderá mudar de nome e a um levantamento para separar os competentes dos incompetentes. Uma reflexão em matérias centrais leva a que sejam delegadas matérias de rotina em para-profissionais. Ao mesmo tempo, ao tentar separar os competentes dos incompetentes, leva a conflitos internos entre os mais novos, treinados oficialmente e os 'mais velhos no trabalho', e ainda leva também a maiores confrontos com os de fora. Este período também se caracteriza pelo esforço em obter protecção do Estado, embora com frequência tal não ocorre. Finalmente a regra que estes eventos geraram põe de parte charlatanismo e competição interna, estabelecendo protecção dos clientes culminando num código de ética formal» (citado por Abbott,1992:10).

Freidson ainda afirma que Profissionalismo existe quando uma ocupação organizada, ganha poder para “determinar quem é qualificado para realizar um certo conjunto de tarefas, para prevenir outros de realizar tal trabalho e para controlar critérios pelos quais se avalia a eficácia” (2001:12). Confirma ainda que no sentido mais elementar, é um conjunto de instâncias que permite aos membros duma “ocupação ganhar a vida enquanto controlam o seu próprio trabalho” (Freidson,2001:17).

Reiterando, Freidson indica-nos que a “direcção do trabalho profissional está hoje economicamente inspirado e reflecte os interesses materiais do capital privado e do Estado, mas são as políticas que avançam e protegem tais mudanças e, em política a ideologia é um factor crítico”, também o são, a credenciação e o monopólio, elementos chave dos privilégios económicos dos profissionais (2001:197). O monopólio profissional “não tem a ver com propriedades, riqueza, poder político, ou até conhecimento, mas sim sobre a prática dum corpo de conhecimento intelectual e destreza”, ou seja é “uma disciplina”. As “instituições do profissionalismo organizam e avançam disciplinas, controlando o treino, a certificação, e prática e, ainda tratam por apoiar e organizar a criação e o refinar de conhecimento e prática; estão assentes numa economia, mas também empreendendo aprendizagem, desenvolvendo, e praticando um corpo de conhecimento e técnica especializados” (Freidson,2001:198).

Freidson ainda vai mais além, dizendo que se pode afirmar, que para a prática de certas disciplinas quando o seu valor no mercado é pequeno, como é o caso de muitas profissões académicas, levanta-se o problema em como podem “ser institucionalizadas para que os profissionais possam viver do seu trabalho, e desenvolver um corpo de conhecimento conectado com este trabalho, afirma-se que o monopólio pode ser a solução, quer seja imposto por lei, regulação administrativa, ou por um costume estabelecido, limita a liberdade dos consumidores ao evitar que usem qualquer pessoa, restringindo a sua escolha a membros qualificados da ocupação” (2001:199).

Milton Friedman um ideólogo neo-liberal por excelência, reconheceu a possibilidade em que o interesse para a integridade e qualidade da prática pode afigurar-se em esforços monopolistas; (Friedman 1962:153) concluiu mais tarde, que o

«interesse para a qualidade do trabalho é de facto uma mera racionalização mascarando auto-interesses» (citado por Freidson,2001:201).

Incorporando esta ilação, Abbott argumenta que dentro do ambiente social o desenvolvimento profissional pode ser demarcado pelos “mass media” relacionado com um discurso público sobre as profissões, enquanto o Estado faz o papel cada vez maior de audiência. “Finalmente um número de mudanças envolve a estrutura do sistema num todo, o seu nível de diferenciação, de domínio e competição. Muitos têm visto o aparecer de oligarquia entre as profissões, e conectado com isto, o uso de poderes extra-profissionais”. Pese embora, as “estruturas culturais que relacionam as profissões para com o seu trabalho, sentiram o impacto de mudanças poderosas, isto é, o rápido crescimento no conhecimento tem muitas vezes aumentado, e noutras tem diminuído” (Abbott,1992:143-144).

De muito menor importância são os fundamentos jurídicos morais, o campo da legitimidade para as alegações dos direitos profissionais. “A reposição do cavalheirismo pelo científico pela eficiência e pela responsabilidade tem alterado o conteúdo e os resultados da competição interprofissional” (Abbott,1992:144). Também a Universidade tem espalhado e transformado as relações interprofissionais pela produção do conhecimento e possibilidade de aprender. Neste sentido ainda se deve ponderar no “efeito da tecnologia como força de abrir e fechar jurisdições, com o desenvolvimento das máquinas criaram-se as engenharias mecânicas, eléctrica e química, desenvolveram o trabalho disponível à engenharia civil desde a parte militar e trabalhos públicos a uma área vasta de projectos civis. Esta necessidade desenvolveu a procura das ciências puras. Também suportou a expansão de profissões subordinadas tais como dos engenheiros técnicos. Desenvolveram-se áreas onde não existiam máquinas, criaram-se técnicos de laboratório dentro da divisão médica do trabalho. A tecnologia também trouxe novas especialidades se não novas profissões, como por exemplo radiologistas” (Abbott,1992:144–145). Mas as máquinas também fecharam jurisdições tais como a “criação dos ‘media’ públicos, fez com que houvesse menos necessidade de entretenimento regional, assim diminui na profissão musical em particular, mas também em termos gerais nas artes”. Também a especialização em certas máquinas trouxe a ruína em certas profissões, pese embora, muitos moveram-se para áreas adjacentes. “O eclipse dos técnicos de telégrafo pelos novos engenheiros eléctricos na última parte do século XIX, é um exemplo” (Abbott,1992:145). Para além das máquinas existe uma “necessidade em medir o mundo assim criaram-se jurisdições para com diversos grupos tais como optometristas, geólogos, estatísticos e agrimensores” (Abbott,1992:145). Para além da “tecnologia alterar o trabalho profissional, também as grandes organizações, o remodelaram ainda mais” (Abbott,1992:145–146). Assim estas grandes organizações necessitaram de mais serviços profissionais, como também os “Governos intervencionistas necessitaram de mais serviços sociais para administrar os seus programas, como também foram necessários mais médicos, advogados, e ainda mais pessoal dos serviços sociais para administrar tal como ainda para as agências do comércio, comidas, dos transportes”, etc.. (Abbott,1992:145–146).

Abbott e Meerabeau (1998), designa-nos que até ao século XVIII os termos profissão e ocupação não eram termos separados. O prefixo 'liberal' ou 'instruído' era usado para distinguir grupos ocupacionais tais como doutores e advogados, ocupações que eram livres e de auto regulação e / ou que queriam educação de elite. Carr-Saunders (1928) citou Addison que, em 1711' referindo-se às 3 grandes profissões de 'divinidade', leis e 'phísicos' (medicina). Durante o século XIX, o termo 'profissão' foi usado para se referir às profissões superiores, que necessitavam de treino intelectual, um corpo de conhecimento próprio e expedito, um grau de auto-regulação por um corpo profissional, e também muitas vezes uma autorização real ou estabelecimento por estatuto. A intenção era excluir os que não eram qualificados, para estabelecer um monopólio de prática e regular o mercado do trabalho.

Neste contexto voltamos à mesma situação, em que os Sociólogos tentaram desenvolver definições de Profissão.

Goode (1960) numa revisão de literatura argumentou que a definição de profissão tinha como chave, ser baseada num corpo de conhecimento, que os membros dessa profissão tinham técnicas especializadas e competência na aplicação do conhecimento e que a conduta profissional era guiada por um código de ética e o foco deste era o serviço para com o cliente.

Nesta mesma linha Carr-Sanders (1955) sugeriu que «havia 4 tipos de profissões:

1. as profissões estabelecidas (direito, medicina e clero), cuja prática é baseada em estudo teórico, e os membros da profissão seguem um certo código moral de comportamento,
2. as novas profissões baseadas em estudos fundamentais, por exemplo a engenharia, a química, e as ciências naturais e sociais;
3. as semi-profissões que eram baseadas na aquisição de técnicas por exemplo a enfermagem, farmácia, e os serviços sociais;
4. as quasi (would-be) - profissões eram as ocupações que não necessitavam de estudo teórico, nem a aquisição de técnicas exactas, mas que podiam usar facilmente práticas modernas de administração por exemplo gerentes hospitalares» (citado por Abbott e Meerabeau,1998:3).

De acordo com as teorias de peculiaridades / diferenças da personalidade (trait theories) as "profissões são caracterizadas por certas formas de 'expertise', onde há a construção de certas barreiras, e em volta destas criam-se situações para entrar, como por exemplo, através de treino longo e uma ideologia de serviço público e altruísmo". Esta é a forma como tentam, argumentando, servir pontos mais altos do que os "meros interesses económicos de auto-interesse" (Abbott e Meerabeau,1998:3). Esta autonomia profissional é justificada pelos "mecanismos de auto-policiamento, construindo os seus critérios internos de standards mantidos pela própria profissão" (Abbott e Meerabeau,1998:3). Uma consequência destes mecanismos "providenciam as bases para o poder político no mercado laboral, permitindo aos membros da profissão comandar um mais alto status e mais elevadas remunerações para os seus serviços" (Abbott e Meerabeau,1998:3).

Críticos têm apontado que as “profissões não podem necessariamente ser elas com eficácia, os polícias, nem actuar ao mesmo tempo no interesse Público” (Abbott e Meerabeau,1998:3-4). Para além disto, “praticamente nenhuma ocupação chamando-se a si de profissão, consegue inserir-se nestes critérios” (Abbott e Meerabeau,1998:4). Na generalidade a abordagem em listar as “características das profissões para medir o quanto têm em comum com as ocupações, tem sido considerado de pouco interesse”. Isto pela simples razão que, delinear uma profissão tem sido baseado no arquétipo das profissões de medicina e direito. Argumenta-se que estas últimas têm uma “tendência para obscurecer a natureza de códigos de ética de classe média e, na maneira como as profissões actuam como agentes de controlo social” (Abbott e Meerabeau,1998:4). Também, segundo Ben-Davis (1963) “não explicam como uma ocupação se tornou numa profissão, também dão ênfase ao altruísmo em vez de apresentarem os benefícios sociais e económicos de ser um profissional”. Assim argumentam que esta abordagem não nos informa muito, pois “somente nos elucida sobre o que as profissões dizem querer fazer” (Abbott e Meerabeau,1998:4).

O sociólogo alemão Max Weber disse (citado por Parry et al.1979:73): - «quando ouvimos de vários lados a necessidade para uma introdução dum currículo regular e exames especiais, a razão por detrás disto é sem dúvida, não uma sede de educação mas sim, um desejo de restringir o suprimento destas posições e a sua monopolização pelos donos dos certificados de educação» (citado em Abbott e Meerabeau,1998:4).

Levanta-se mais uma vez o que é mais útil, se será mais conveniente considerar a ideia de “profissionalismo” como é usado na prática (Freidson 1986); enquanto Becker (1971) sugeriu que profissionalismo é um símbolo social, que as pessoas colocam numas ocupações, mas não noutras.

Parry e Parry (1976) acharam que a questão fundamental é mais, como os grupos ocupacionais chegam ao seu estatuto profissional, e que no processo ganham mais ascendência em relação a outros grupos ocupacionais. Neste sentido, as profissões tradicionais chegaram a um estatuto de alta remuneração para com os seus membros, desenvolveram conselhos poderosos que definem as profissões, controlam o acesso a elas e políam os seus standards. Ainda assim, o problema da definição mantém-se, mesmo sendo reconhecido como problemático.

Neste contexto, Friedson (1994:9-10) afirmou: «tenho usado a palavra ‘profissão’ referindo-me a uma ocupação que controla o seu próprio trabalho, organizada num conjunto especial de instituições que assentam numa ideologia de ‘experts’ e serviços. Uso a palavra ‘profissionalismo’ para me referir a uma ideologia, e a um conjunto especial de instituições» (citado por Abbott e Meerabeau,1998:5-6).

À luz de questões práticas, coloca a questão, quais as alternativas ao profissionalismo? Conclui, segundo a avaliação tradicional de Tawney, Carr-Saunders e Marshall, mantém-se o argumento que o profissionalismo é necessário e desejável, numa sociedade decente (Abbott e Meerabeau,1998:5-6).

Abbott e Meerabeau mais informam que Johnson (1972) argumentou também que as profissões vistas dentro da perspectiva marxista tomam uma “forma institucionalizada de

controlo de clientes, o seu estatuto profissional verifica-se na ignorância assumida do cliente contra o conhecimento especialista ficando assim os clientes sem qualquer outro recurso; enquanto a crítica marxista vê os profissionais como agentes do capitalismo, os de Direita e Feministas também têm sido críticos em como os profissionais exercem o poder” (1998:5).

Illich et al. (1977) disseram que “as profissões são constrangedoras, que tiram a capacidade às pessoas para poderem olhar por si mesmas”, ou seja, serem auto-suficientes. Enquanto, isto segundo Minford (1987), a “nova Direita tem atacado as práticas monopolistas e o poder político das profissões”, pese embora, “não tem questionado a capacidade para providenciar um serviço necessário, mas tem questionado a necessidade das profissões sociais, especialmente as dos serviços sociais, argumentando que, os indivíduos acabam por se escudar nestas, em vez de resolver os seus problemas” (Abbott e Meerabeau, 1998:5-6).

Os feministas, segundo Abbott and Wallace (1996) criticam a forma como as “profissões usam a ideologia patriarca para reforçar o estádio de subordinação das mulheres, por exemplo no argumento que as mulheres devem sempre colocar acima de tudo as necessidades dos maridos e filhos acima dos seus” (Abbott e Meerabeau,1998:6).

Abbott e Meerabeau também esclarecem que Stacey (1992), na mesma similitude argumentou para um novo ‘profissionalismo’ que os “médicos colectivamente colocaram os seus interesses acima dos do Público dentro duma insistência de conhecimento exclusivo e próprio de unidade profissional e promoção do seu estatuto”. Ela insistia que os médicos deviam centrar-se noutros, especialmente nos Pacientes, na saúde, e ainda deviam ajustar e alterar a ideia de autonomia clínica, no que concerne o controlo sobre as “profissões aliadas à Medicina” e ainda, quanto “ao interesse de médicos sempre, única e exclusivamente poderem ser somente eles a julgarem outros médicos” (1998:7).

Neste sentido Hugman (1991) achou que devia “passar a existir um profissionalismo democrático ou seja, uma sociedade entre utentes e profissionais” (Abbott e Meerabeau,1998:7). Por outras palavras Jan Williams (1993:11-12) informou que «devia-se mudar duma posição de controlo, para uma de apoio e permissão ajudando os utentes a pensar nas suas experiências, reflectindo e, usar ao mesmo tempo o conhecimento de ‘expert’ para os ajudar a compreender as situações» (citado por Abbott e Meerabeau,1998:7).

Noutra medida ainda segundo Abbott e Meerabeau, Etzioni (1969) sugeriu que “grupos ocupacionais deveriam ser categorizados como semi-profissões porque o seu treino é curto, seu direito à comunicação privilegiada está menos estabelecido, há muito menos dum corpo de conhecimento e têm muito menos autonomia de supervisão ou controlo do que as profissões”. Por exemplo Brewer e Lait (1980) disseram que um “certo cepticismo tem existido quanto à necessidade ou não da enfermagem ou dos serviços de assistência social necessitarem de treino especializado, conhecimento e técnicas”. Por exemplo o trabalho que é executado pelos profissionais de cuidados, é

muitas vezes visto como uma “extensão do trabalho que as mulheres devem fazer na esfera doméstica e como tal, é trabalho que naturalmente podem executar” (Abbott e Meerabeau,1998:7-8).

Argumenta-se, que os elementos chave para um estatuto profissional são a autonomia ou o controlo sobre o trabalho, um monopólio claramente demarcado sobre uma área de trabalho e, uma base de trabalho. Enquanto medicina é considerada uma profissão masculina, estes grupos ocupacionais ‘femininos’ têm aspirado ao estatuto profissional através de chamarem a si uma área de ‘expertise’ e por “aumentarem a educação e o treino para se qualificarem. Verificou-se no Séc.XX com o professorado, serviços sociais e enfermagem”, por exemplo, “todos aumentaram o nível de qualificação de entrada para o seu treino, desenvolveram cursos universitários de primeiro nível, argumentaram treino dentro do serviço e desenvolvimento profissional contínuo” ou seja, aprendizagem ao longo da vida. Pese embora, a percepção “duma associação bastante estreita entre os cuidados naturais das mulheres e o controlo exercido pelos gerentes ou membros das profissões dominadas pelo masculino”, tem tornado, a estes grupos ocupacionais, chamarem para si uma base de conhecimento próprio e, uma “expertise” única (Abbott e Meerabeau,1998:9-10).

Rafferty (1996) sugeriu que a “enfermagem tem estado mais interessada com valores morais do que com conhecimento intelectual”; também Dominelli (1997) ainda disse que os “serviços sociais têm estado relacionados com tarefas femininas”, enquanto esta não tem sido dominada da mesma maneira como a enfermagem por outras ocupações na divisão do trabalho; na assistência social, não se estabeleceram como praticantes autónomos (Abbott e Meerabeau, 1998:11).

Sugeriu-se também que a “enfermagem e os serviços sociais tiveram que ocupar o lugar deixado pela medicina”, pese embora, ao desenvolverem uma base de conhecimento excluíram outros, como assim, estes originalmente foram excluídos. Ao adquirirem conhecimento próprio construíram barreiras, mas o “conhecimento está organizado em termos hierárquicos, assim, o conhecimento refere-se à classe, género e raça e, as ocupações que ocupam um alto status do conhecimento são consideradas poderosas” (Abbott e Meerabeau, 1998:12).

Ainda segundo Abbott e Meerabeau, debateu-se quão proveitoso seria verificar o que um “grupo profissional faz como interage com outros grupos profissionais na divisão do trabalho, as estratégias que adopta para melhorar o seu ‘status’, do que meramente categorizar ocupações” (1998:14-15). Nesta maneira poderemos levantar questões sobre a relação com os clientes naquelas que são “centradas no cliente, a divisão de trabalho entre ocupações que usam os mesmos clientes e as estratégias que alguns grupos ocupacionais usam para manter o domínio sobre os clientes e outros grupos ocupacionais” (1998:15). Abbott e Meerabeau também dizem que nas sociedades ocidentais ser “profissional” implica ser aprovado e receber pagamento por capacidades especiais e ser proficiente. Apelidar-se de profissional sugere imediatamente independência, autonomia e controlo sobre o trabalho, (e aqui pode-se dizer que nem os enfermeiros nem os assistentes sociais, não receberam reconhecimento como



ocupações profissionais, em termos financeiros, nem de autonomia sobre o trabalho). Ambos os grupos justificaram as suas estratégias para atingir o estatuto profissional argumentando que tal melhoraria o cuidado dos clientes / pacientes. Realmente “ao atingir o estatuto profissional não fica realmente claro que se atinja tal. As estratégias usadas com sucesso pela profissão médica parecem ser tanto de proteger e levantar o estatuto dos médicos como proteger o público e prestar um melhor serviço possível” (Abbott e Meerabeau,1998:15).

Jane Salvage (1985) “argumentou que se a enfermagem se profissionalizasse, isto levaria os enfermeiros a identificarem-se com os médicos em vez de se identificarem com os assistentes de cuidados e com o pessoal auxiliar, família e amigos dos pacientes”. Tal, sugeriu ela que “formaria barreiras entre enfermeiros e pacientes e criaria barreiras entre trabalhadores, em vez de os encorajar a trabalhar em equipa, para irem ao encontro das necessidades dos pacientes”. Assim conclui, “que as estratégias de profissionalização, são menos de ir ao encontro das necessidades dos pacientes / clientes mas sim um determinado “grupo ocupacional seguir os seus mais estreitos interesses”. Neste sentido ainda se argumenta que quando estes grupos entram em greve não estão a colocar os interesses dos pacientes primeiro; ou seja, para se ser profissional, as “profissões de cuidados não devem ser egoístas, devem sim colocar os interesses de outros acima destes” (1998:15).

O “discurso de profissionalismo” é usado para controlar as acções e o comportamento de certos grupos que aspiram a profissão. A ideia do “profissionalismo” serve funções contraditórias no caso das profissões de cuidados; “duma forma define e promove a natureza destes grupos ocupacionais, na outra forma devido à natureza não específica das bases de conhecimentos destes, que dizem ter, constrange a maneira em como conseguem definir as suas tarefas” e abre-lhes caminho para serem atacados em termos de estrutura de conduta não profissional (1998:15-16).

Dubar diz-nos por suas palavras que Jackson (1970:6), Heilbron (1986:72) e Desmarez (1986:25-27) consideram o aparecimento da Sociologia das Profissões nos Estados Unidos da América, derivando dum manobra diversa em termos da profissionalização dos Sociólogos a pedido do Governo Americano, quando da crise de 1929, para definir estratégias através dum compreensão da evolução social contemporânea.

Muitos Sociólogos Britânicos consideram como referência, um pequeno ensaio muito sucinto de Carr-Saunders de 1928, embora a obra principal seja “The Professions” de Carr-Saunders e Wilson publicada em 1933. Este trabalho analisa “uma definição de profissão que se tornou clássica”, dizem-nos que «uma profissão emerge quando um número definido de pessoas começa a praticar uma técnica definida, baseada numa formação especializada» onde há um continuum com “os ofícios manuais qualificados” (citado por Dubar,1997a:128).

Ainda se analisa a evolução dos trabalhos e empregos em profissionalização:

1. “especialização de serviços que permite aumentar a satisfação da clientela”;

2. de criação de associações profissionais que obtêm para os seus membros protecção e exclusividade dos clientes e de quem os emprega e requerem os seus préstimos, assim formando uma divisão entre estes e os não qualificados, aumentando o seu prestígio, que a título de exemplo pode-se dar “o caso dos cirurgiões Ingleses que se demarcaram dos barbeiros em 1844 é sistematicamente citado”, desta forma vão delinear e controlar as regras deontológicas e éticas através dum código de conduta profissional;
3. considerando aqui o ponto mais interessante e de maior interesse a formação destes baseada num “corpo sistemático de teoria” que se torna pertinente na assimilação duma cultura profissional;
4. refere que um verdadeiro profissional nada tem a ver com um empresário, pois este releva-se e revela-se uma alternativa ao único interesse que é o ganho monetário e também se apresenta como solução a determinados problemas de organização comercial;
5. assim, descreve-se que as profissões verificam o ideal na prestação dum serviço baseado na qualificação adequada, própria e especializada, que se revela num verdadeiro progresso para a democracia (Dubar,1997a:128-129).

Em Portugal, também, Freire afirma convicto que profissionalismo, profissão e profissional são termos homogéneos que reflectem um imediato reconhecimento social, “não suscitam dúvidas quanto à sua compreensão, na representação mental que deles faz a generalidade das pessoas; um cirurgião será sempre considerado um profissional; um varredor de ruas dificilmente o será” (2002:320).

Ainda nos diz em consonância com cientistas da matéria, tais como Carr-Saunders, Parsons, E.Hughs, T.Johnson, M.Larson, M.Maurice entre muitos outros, que uma profissão distingue-se das demais ocupações pelos seguintes factos e características:

- “uma formação escolar pós-básica prolongada e exigente;
- uma especialização aprofundada do conhecimento e o domínio técnico da sua aplicabilidade prática;
- a noção de um serviço benéfico prestado à colectividade;
- a faculdade de julgamento individual sobre os actos técnicos específicos da profissão e conseqüente responsabilização legal;
- um acesso restrito e controlado ao exercício da profissão;
- um controlo colegial dos profissionais sobre este acesso e sobre as condições do seu exercício;
- e, finalmente, um reconhecimento oficial, público, da profissão” (Freire,2002:320-321).

É importante realçar que a Sociologia das Profissões não se baseou única e exclusivamente em formas de caracterização das profissões. Várias abordagens paradigmáticas ilustram quadros de conceptualização, assim, passamos a descrever de seguida, as características principais do quadro teórico, dos diversos paradigmas de abordagem da problemática das profissões.

## 2. TEORIA FUNCIONALISTA

Dentro deste paradigma das profissões, Dubar diz-nos que Parsons considerava que as profissões são institucionalizadas por “um equilíbrio das motivações entre a «necessidade» que o cliente tem do profissional e a necessidade que este tem de ter clientes, o que é característico das «profissões liberais»” e, aqui o papel do Estado “regulador” verifica-se no controlo, pese embora, “com a participação dos próprios «profissionais»” assim reconhecidos, por esta “dinâmica de legitimação que pode apoiar-se neste ajustamento dos papéis para definir um corpo de saberes independente dos indivíduos que desempenham o papel e susceptível de ser ensinado, testado, controlado (...)”(1997a:130).

No seguimento deste raciocínio, Dubar (1997a) diz que dos mais conhecidos autores Britânicos tais como: Greenwood, Cogan, Flexner, Carr-Saunders, Wilensky, Barber e Moore, entre outros, somente concordavam com a especialização do saber, entre os critérios mais usados, para comparar as características das profissões, pese embora, alguns concordaram com a formação intelectual e o ideal de tarefas.

Neste sentido, segundo Rodrigues, Chapoulie (1973) achava que o «tipo ideal profissional», independentemente do tipo de análise, “mesmo que abordado sob diferentes ângulos”, quer pela conduta, organização, monopólio ou categoria, descreveria a maior parte das vezes o exercício e a conduta profissional (2002,13). Sendo esta assente “na aceitação e na utilização de um código de ética que regula o exercício da actividade profissional”, baseado “numa competência técnica e cientificamente fundamentada” (Dubar,1997a:130).

Chapoulie ainda considerava idealmente:

- uma formação especializada em estruturas dedicadas e de longa duração, como também;
- o «controlo técnico e ético das actividades exercidas» será devidamente feito pelos colegas devidamente formados, «considerados como os únicos competentes»;
- uma legalidade quanto ao exercício, reconhecida pelo Estado, e também;
- um corpo profissional legitimado e composto por todos os que partilham a mesma identidade e interesses; finalmente informa que,
- há um sentido de poder, através dum tipo de domínio adquirido, que dá rendimentos de prestígio «às fracções superiores das camadas médias» (citado por Dubar,1997a:130-131).

Conceituados autores “para além de Goode, procuraram uma definição do conceito de profissão recorrendo à identificação de traços ou características”, tais como: Cogan (1955), Greenwood (1957), Kornhauser (1963), Willensky (1964), Millerson (1964), Moore (1970), Maurice (1972) e Chapoulie (1973). Este último, “defende que, apesar da extensão dos atributos identificados e da disparidade de critérios, é evidente um largo acordo entre os autores sobre o tipo-ideal profissional, mesmo que abordado sob diferentes ângulos, (segundo este, mais do que o consenso, tem particular importância a extensão das diferentes definições de profissão, que permitiu, nuns casos, abranger um largo conjunto de grupos ocupacionais, à procura de reconhecimento; e,

noutros, tornar o conceito restritivo e reservado a algumas categorias de intelectuais com a frequência de estudos superiores e organizados de forma a manter e consolidar o monopólio de actividades)” (Rodrigues,2002:13).

Todos estes consideram que a abordagem funcionalista verifica-se em “três pressupostos definidores do conceito de profissão” que são:

1. o estatuto profissional atinge-se numa corporização de comunidades que resultam dum conjunto envolvente dum corpo de saber, “resultante do saber científico, prático e do ideal de serviço” dentro dos mesmos valores de prestação e de ética;
2. baseando-se “sobre uma formação longa”, fundamentando-se assim a competência e o reconhecimento social;
3. formação de instituições, permitindo o bom funcionamento social, “contribuindo para a regulação e o controlo social”, sediando-se e “ocupando uma posição de charneira entre as necessidades individuais e as necessidades sociais” (Rodrigues,2002:13).

Neste sentido ainda nos diz que várias formações de estrutura ou de organização institucional formam os grupos profissionais em:

1. estruturas de formação superior, tais como escolas, que colocam em desenvolvimento e transmitem o conhecimento, contribuindo para uma forte socialização destes profissionais;
2. associativismo profissional desenvolvendo a autonomia e o poderio profissional através da promoção de valores de orientação;
3. licenciamento assegurando o controlo social e ao mesmo tempo protege o prestígio e a autoridade profissional.

Dando alguma ênfase ainda nos afirma Rodrigues, que “Merton dá um impulso importante à teoria funcionalista das profissões”. Introduziu alguma clarificação, evidenciou entre reprodução de grupo, ou seja, funções latentes e, entre a realização dum ideal de serviço, em funções manifestas no que respeita a formação e suas políticas. Também ainda, na relação pela qual uma profissão se transforma em organização fechada, provocando um mal-estar social em termos “de segregação e burocratização das carreiras”. Mais considera, segundo Rodrigues, que “as profissões estão enraizadas numa tríada de valores humanos” que são o ajudar, o saber e o fazer (2002:13-14).

No entanto Merton (1982:119) ainda considera que os profissionais actuam altruisticamente, embora possam não sentir o altruísmo, é aqui que o afasta dos outros funcionalistas, isto é, não põe em causa nenhum dos três principais pressupostos definidos, diz-nos este: «...na perspectiva da análise estrutural, não é obrigatório que os membros individuais de uma profissão estejam uniformemente motivados por sentimentos altruístas, embora tal motivação lhes torne mais fácil agir segundo a norma de altruísmo que é espectacular» (citado por Rodrigues,2002:14).

### 3. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Dentro da Sociologia das Profissões, novos estudos desenvolveram este paradigma. Everett Hughes na colecção chamada “Men and their work (1958) analisa por várias ocasiões a relação entre o ‘profissional’ e o seu cliente no que se refere à relação entre o sagrado e o profano, o clero e o laico, o iniciado e o não-iniciado”. Argumenta que o termo profissional deve ser visto como “um julgamento de valor e prestígio” (Dubar,1997a:132).

Hughes via a análise sociológica do trabalho como uma actividade a ser vista dentro dum conjunto de requisitos sociais de actividade, nunca podendo separar uma análise do contexto onde esta se insere e que «o ponto de partida de qualquer análise sociológica do trabalho humano é a divisão do trabalho» (citado por Dubar,1997a:133).

Ainda diz que Hughes adoptou como descrição fenomenológica de “profissional” duas designações: “munidos de um diploma e de um mandato” (Dubar,1997a:133). O mandato tem a ver com a “obrigação de assegurar uma função específica”, o diploma (também conhecido por ‘licença’) tem a ver com a autorização legal que outros não podem exercer no domínio das várias actividades ou seja uma “autorização legal de exercício de certas actividades interditas a outros” (Rodrigues,2002:15). Assim verificam-se duas situações que têm a ver com selecção profissional, a licença separa-os dos outros, o mandato confia-lhes uma missão.

Portanto Hughes, estabelece estes dois atributos aos “profissionais”: um mandato e um diploma. O diploma tem a ver com um saber que estabelece a relação entre o cliente e o profissional, caracterizado por um conhecimento sigiloso, de algo que pode ser de carácter muito sério, até mesmo perigoso, preocupante ou íntimo, como é o caso do médico ou do advogado, respectivamente quanto à doença ou ao crime. Hughes, ainda afirma que esta situação se pode alargar a outras actividades, desde que estas tenham sido consideradas como “sagradas” no sentido da importância do segredo, como factor estratégico e de significado alargado em relação à missão que lhes é confiada. Dubar argumenta mais, dizendo que a justificação científica é um mero semblante pois trata-se dum “segredo social confiado pela autoridade a um grupo específico, que o autoriza e o mandata, para trocar sinais de transgressão pelas marcas de reintegração social e de reabilitação moral” (1997a:134).

Finalmente, na análise de Hughes sobre a definição de profissão como carreira e enquanto meio de socialização (identidade) afirma este que «aquele que reivindica o mandato de seleccionar, formar, iniciar e disciplinar os seus próprios membros e definir a natureza dos serviços que deve realizar, e os termos nos quais devem ser feitos (...) certas funções sagradas que implicam o segredo» (citado por Dubar,1997a:134). Neste sentido o mandato deve implicar uma filosofia própria e uma “visão do mundo” incluindo valores relacionados com o trabalho (Dubar,1997a:134).

Dubar ainda sedimenta estas afirmações, que o mandato pode ir até ao monopólio, assim excluindo todo o não membro, exclui todos o que não sabem manter esse segredo. Desta forma, qualquer profissão forma-se seguindo um código informal no sentido em que estabelece regras de selecção, de interesses, uma linguagem própria “e

a segregar estereótipos profissionais que excluem, realmente, os que não lhe são conformes” (1997a:135).

Rodrigues reafirma-nos que Hughes coloca esta análise no quadro da análise sociológica da divisão do trabalho, ou seja “a análise dos procedimentos de distribuição social de actividades” (2002:15).

As condições de exercício, para estes, têm a ver com a comparação com outras actividades ou ocupações em situações de trabalho de profissionais, assim indica-nos que tem a ver com:

- “existência de autorização e mandato sobre saberes ‘sagrados’ e secretos, confiados pela autoridade;
- existência de instituições destinadas a proteger o diploma e a manter o mandato, intermediárias entre o Estado e os profissionais, e entre estes e o Público;
- existência de carreiras, isto é, espaços de diferenciação / hierarquização interna (nos quais o essencial do mandato é reservado aos profissionais dotados dos traços conforme ao estereótipo dominante) e de socialização (uma vez que às licenças e mandatos estão necessariamente associadas a uma filosofia e uma visão do mundo)” (Rodrigues,2002:16).

Também visto em Rodrigues, Hughes considerou o mais importante, verificar como uma ocupação se transforma em profissão, em vez de definir o que é. Considera os estabelecimentos de ensino e o corpo docente como o mais importante nos processos de profissionalização, visando sempre a institucionalização e “o aumento dos níveis de qualificação e a instituição de currículo”. Verifica-se assim, como sendo o mais evidente expediente quando de qualquer alteração ou contenda, isto sobre áreas de trabalho entre grupos ocupacionais (2002:17).

Hughes (1958:135) diz-nos que «esta evolução produz, inevitavelmente, uma campanha para separar o trigo do joio, para estabelecer uma categoria dos verdadeiros profissionais e outros menos que profissionais» (citado por Rodrigues,2002:17).

Rodrigues argumenta ainda, informando que Hughes, verifica a formação como um caminho próprio ou um meio, e não uma condição ou característica, constata-se assim uma “perspectiva processual e relacional (não funcionalista, nem naturalista)” (2002:17).

Este paradigma assenta no processo da transformação das ocupações, nos conflitos, nas acções recíprocas, nas discórdias, bem como o caminho usado no método, lançando atenção ao que se tem direito e aos discursos relacionados com o saber, quando da transformação de ocupação em profissão.

Ainda é de relevar o papel da complementaridade dos dois paradigmas agora descritos, sublinhando Bucher e Strauss (1961:326) com a «...intenção... apresentar passos iniciais na formulação dum modelo baseado no ‘processo’ de estudo das profissões...» evidenciando a possibilidade deste modelo tornar-se como complementar ao modelo funcionalista prevalente (citado por Rodrigues 2002:18).

Desmarez (1986), segundo Rodrigues, considera que o interaccionismo de Hughes “difere da abordagem funcionalista ao nível dos ‘objectos’ (escolha de

ocupações que não se encontram nas grandes organizações e que não são tradicionalmente estudadas pelos Sociólogos das profissões, como, por exemplo, pugilistas, músicos de jazz, etc.), da «metodologia» que tinha a ver com o estudar as situações como elas são apresentadas e, ‘técnicas’ que refere às “histórias de vida e observação participante” (2002:18).

Estes autores, no entanto, consideram diferenças marcantes do Paradigma Funcionalista, argumentam que as profissões apresentam alguma heterogenia, isto é, os membros estão longe de partilhar uma mesma identidade, interesses ou valores, resultado dos processos de socialização obtidos nas instituições de formação.

Rodrigues indica que Wilensky (1964) ao tempo formou dentro duma grande abrangência, o trabalho mais sintético, dos paradigmas funcionalista e interaccionista. Definiu profissão como uma ocupação que convence o Público com os seus serviços como os “únicos aceitáveis”, tendo uma “área de actividade e formação ou conhecimento, exercendo autoridade e jurisdição exclusiva”, ainda distinguiu “o conhecimento técnico de conhecimento científico” (2002:20). Também criticou o abuso do termo profissionalização, mais frequentemente usado por aqueles que aspiram a esse estatuto, relevando uma cultura, mais assente na “ideia de profissionalismo do que pela sua substância”. Formou uma “definição do conceito de profissionalização, largamente tributária da perspectiva interaccionista, atribuindo-lhe um novo sentido: sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até ao estágio do profissionalismo” (Rodrigues,2002:21).

Pese embora, o conceito de profissionalização não esteja assente, Wilensky, aluno de Hughes, descreveu um conceito de profissão, que ainda hoje é o mais frequentemente citado. Seguindo a perspectiva interaccionista, verificou estas características e sucessão comuns, em estudos de dezoito ocupações que passaram a profissões:

1. “passagem de actividade amadora a ocupação a tempo inteiro;
2. estabelecimento do controlo sobre a formação;
3. criação de associação profissional, cujas principais funções são a definição de tarefas essenciais, a gestão de conflitos internos entre membros com diferentes recursos de formação e a gestão de conflitos com outros grupos, que desenvolvem actividade semelhante;
4. definição do código de ética” (Rodrigues 2002:21-22).

Reflectindo sobre a “análise das etapas de evolução de diferentes grupos profissionais”, Abbott (1991) criticou este conceito de profissionalização de Wilensky, “a partir da realização de um trabalho de investigação semelhante” concluindo empiricamente, que muitas das profissões evoluem em formas e estratégias diferentes, tanto regionalmente como a nível das nações. Achou não fazer sentido “os pólos do continuum profissionalização / desprofissionalização” (Rodrigues,2002:22).

#### 4. PARADIGMA DO PODER PROFISSIONAL

O paradigma funcionalista assenta dentro da legitimidade social; o paradigma interaccionista baseia-se nas negociações e conflitos das ocupações. Segundo Rodrigues, a perspectiva da capacitação de agir sobre algo, da autoridade, do domínio, força, de influência, dos recursos e dos meios, ou seja, são os “critérios relacionados com o poder: o poder profissional, económico, social e político dos próprios grupos” (Rodrigues,2002:47).

Johnson (1972:37), foi o primeiro autor a levantar a hipótese de localizar a reflexão em relações de poder «sublinhar os valores funcionais da actividade profissional em todos os grupos e classes (...) exclui da análise a dimensão do poder, a qual, por sua vez, explica variações nas formas institucionais de controlo das actividades ocupacionais» (citado por Rodrigues,2002:47).

Freidson, argumenta como Habermas observou, que as decisões políticas são apresentadas como decisões «técnicas», “não são sujeitas a debate público”, como também “o conhecimento racional pode ser usado como um falso, embora politicamente eficiente justificação, para o exercício não democrático do poder” contrapondo com “decisões práticas em situações concretas”. Assim como o conhecimento formal cresce em magnitude e complexidade e desenvolve-se em disciplinas, num cada vez maior número de situações da vida humana. Verifica-se um maior monopólio assente na técnica e não no debate público, portanto haverá uma cada vez maior tendência para sair da democracia para uma tecnocracia. As decisões políticas não são sujeitas a debate Público mas sim, apresentadas como decisões técnicas. Desta forma as pessoas não podem escolher alternativas, apresenta-se a problemática como sendo técnica, e assim argumentam que, é o melhor método escolhido (Freidson,1988:8).

Rodrigues informa que Johnson redefine o profissionalismo como um “peculiar tipo de controlo ocupacional, não como um tipo de ocupação ou uma expressão da natureza de particulares ocupações”, define três tipos, que sucintamente descrevemos:

- “colegial” - a capacidade de definir as necessidades do consumidor;
- “patrocinato” - determina-se por ser o consumidor a definir as suas necessidades e como resolvê-las;
- “mediado” – verifica-se onde a relação produção - consumo é mediada, definindo várias formas e por vezes com a intervenção do Estado (2002:49).

Segundo vários autores, Freidson “consolida o paradigma do poder, com muitos dos seus trabalhos a serem publicados desde 1970” (Rodrigues,2002:50).

Rodrigues descreve-nos que para Freidson, profissionalização definia-se como uma ocupação que estaria ou não formalmente organizada através da confirmação das suas competências, dos benefícios e da qualidade do trabalho. Neste sentido adquire a capacidade para realizar trabalho, tem direitos exclusivos sobre o acesso, e formação à Profissão. Também tem o direito para avaliar em como se realiza o trabalho, identificando a profissão como “um princípio ocupacional de organização do trabalho” (2002:51).



O poder profissional existe para Freidson centrando-se “na autonomia (Professional autonomy), sobre o próprio trabalho”, no controlo da entrada (“gatekeeping” ou credencialismo) e ainda no “monopólio do conhecimento (expertise)”, assim cria-se o básico neste paradigma do Poder que tem a ver com capacidades para estabelecer como se deve trabalhar. Com o que agora foi descrito, em termos de conceitos, consegue-se identificar e definir o poder das Profissões (Rodrigues,2002:51).

Neste sentido, e ainda segundo Rodrigues corrobora-se numa exposição clara:

1. “o princípio ocupacional” onde os membros das ocupações com o apoio do Estado, cujo, “aprova licenças e jurisdições exclusivas”, verifica-se no exercício autoritário;
2. “autoridade imputada ao expert” e persuasão sobre competências;
3. autonomia comum nos assalariados e independentes “estabelecida por processos sociais e políticos”;
4. “o conhecimento, cuja existência concreta se expressa em actividades humanas de criação” ou seja, o poder conferido pelo facto que se controla em exclusivo a formação, o recrutamento, a divulgação, a aplicação do conhecimento e a realização e formação do trabalho;
5. através do poder do Estado e dos profissionais, implicando formalmente uma interacção activa com o processo político, assim garante-se o uso de certos privilégios relacionados com o conhecimento abstracto, adquirido “em instituições formais de educação superior”;
6. crença “imperialista que pode ser analisada nos conflitos com outras ocupações”, dentro duma ideologia relacionada com um “conjunto de crenças sobre qual a melhor maneira de resolver os problemas”, baseando-se que “as profissões transportam uma dimensão ideológica” (2002:51-52).

As profissões baseiam-se na conexão dos trabalhos, para com os quais existe necessidade do seu uso, cuja formação é dada pelas instituições de ensino educativo, dando origem a um “acesso privilegiado” a esses que podem desempenhar tal, porque têm formação.

Verifica-se uma formação que dá origem a uma credenciação obtida em instituições de ensino, cuja, confere a possibilidade do acesso ao mercado de trabalho protegido, institucionalizando-se “a relação entre sistema de ensino superior e o mercado do trabalho” (Rodrigues,2002:52).

Há duas formas de credenciar, são estas de ordem:

1. ocupacional, tem a ver com licenças, graus, certificados ou diplomas “para permitir o acesso ao mercado” ou
2. institucional, é dado “por instituições de acreditação de educação superior e outras instituições profissionais”, onde se adquire o conhecimento teórico ou prático (Rodrigues,2002:53).

Ainda nos informa Rodrigues que existe uma forte negociação para com o acesso ao trabalho protegido, que são:

1. necessidade de “definição como essencial” de uma tarefa ou actividade no mercado do trabalho;
2. consideração que só quem tem formação adequada (“expertise”) pode realizar correctamente certas tarefas;
3. acerto com profissões similares onde se define uma situação de “zonas de fronteira ou sobreposição” das tarefas onde se estabelecem relações e campos de acção;
4. dentro das instituições, verificar-se o aparecimento “de estruturas formais” que dão “formação e credenciação” (2002:53).

Alguns anos mais tarde a Freidson, Larson (1977) na sua análise sobre as profissões, verifica-as como grupos de interesses (segundo as teses marxistas e weberianas) com conexão às classes capitalistas, onde argumenta este, que “as ocupações tentam conseguir não apenas posições económicas mas também estatuto social e prestígio” (Rodrigues,2002:54).

Releva que para além duma subcultura subjacente, verificada pelas comunidades profissionais estabelecida em locais de aprendizagem, consegue-se assim um monopólio quanto à prestação dos serviços profissionais. Verifica-se tal pelo sistema de licenças imposto e, pelo controlo de acesso à profissão, através do sistema de ensino.

Portanto, Larson releva os monopólios de mercado, “destaca os mecanismos de diferenciação e exclusão social” enquanto Freidson pondera mais para com “os mecanismos de aquisição de autonomia e poder alternativo” (Rodrigues,2002:57).

Larson (1977:93) entre outros autores como Johnson, verificam dentro do “capitalismo avançado” a relação entre o monopólio jogando com as estruturas sociais e as competências.

Neste sentido verificam que há uma tentativa da padronização da formação igualando o número de anos de escolaridade com as competências e a credenciação formal, diz-nos Larson (1977:93): - «os anos de escolaridade funcionam mais como uma justificação ideológica para o preço da mercadoria profissional do que como determinante do seu valor no mercado» (citado por Rodrigues 2002:60).

Verificamos assim numa unidade organizacional, que Larson tentou responder, questionando: como é que as profissões, embora subordinadas, realizam acções comuns ao “controlo do mercado contra competidores externos e clientes?” Informa-nos ainda Larson (1977:95), que «também neste caso as profissões seguem a ideologia dominante: os profissionais interiorizam o valor intrínseco do trabalho durante a sua continuada socialização; entendem a profissão como uma vocação (...) ao contrário da maioria dos trabalhadores, (...) despendem considerável esforço para a obter; vêem o trabalho como uma carreira que lhes trará benefícios contínuos, cumulativos e previsíveis; aprenderam a aceitar a hierarquia, a deferência e a subordinação como consequências inevitáveis do profissionalismo (...) são recompensados por assim procederem pela sua extraordinária autoridade sobre os leigos» (citado por Rodrigues, 2002:61).

Dentro dum raciocínio lógico, Rodrigues enfatiza que “(...) se todos estes autores, defendendo a expansão da profissionalização, da emergência duma classe profissional ou de uma nova classe operária, têm em comum o facto de reconhecer o poder das profissões, nem todos valorizam positivamente tal poder; alguns autores (...) na linha de Torraine, que alerta para a ameaça tecnocrática, destacam os efeitos negativos de tal dominação. Ivan Illich (1975) (...) salienta o efeito de expropriação de saberes provocado pela concentração / monopólio do conhecimento do domínio particular da saúde e dos médicos; (...) enquanto classificação oficial, o sistema de profissões fixa hierarquias (...) sanciona e consagra uma relação de forças entre os agentes a respeito das normas de profissão e de ofício, componente essencial da identidade social. (...) o sistema de profissões constitui um campo de poder simbólico, estruturado e estruturante, que cumpre a função política de legitimação da dominação, contribuindo para assegurar a dominação de uma classe sobre outra” (2002:68).

Larson, ainda se envolveu noutros “debates de teses do declínio do poder profissional”, onde verifica este que se assiste a uma alternância ou seja, mudança do “profissional livre” para aquele “especialista assalariado em grandes organizações”, mantendo o “conceito de profissão para designar grupos ocupacionais nestas novas condições” (Rodrigues 2002:59).

#### **4.1 Desprofissionalização**

Rodrigues diz que vários autores têm questionado o poder das Profissões, dois autores de renome Haug (1973) e Oppenheimer (1973) lançaram o debate ao publicarem as teses da desprofissionalização.

Haug (1973;1975 e 1977) declarou que fenómenos tais como a maior escolaridade e formação, a divisão do trabalho com mais situações de rotina e também criando-se situações com os consumidores mais activos e mais informados, levou “a uma perda, por parte dos profissionais, da confiança dos clientes” gerada pela perda do poder, da autonomia e da autoridade, portanto concebendo “uma tendência para a desprofissionalização” (Rodrigues,2002:69).

Neste sentido somos levados a indagar: o que é a desprofissionalização?

Diz-nos Haug (1973:197) que a desprofissionalização é «a perda pelas ocupações profissionais, das suas qualidades únicas, particularmente do seu monopólio do conhecimento, da crença pública no Ethos de serviço e, das expectativas de autonomia no trabalho e de autoridade sobre o cliente» (citado por Rodrigues,2002:69).

Haug tenta demonstrar que a desprofissionalização assenta:

- na “erosão do monopólio do conhecimento;
- na desconfiança do “ethos humanitário dos profissionais”;
- “a perda de autonomia e autoridade bem como do respectivo estatuto” (Rodrigues,2002:70).

Haug (1977) considera que o desaparecimento das profissões não dá origem ao desaparecimento dos ‘experts’. Isto no sentido de que o ‘expert’ dá a sua opinião, as recomendações ou o seu parecer, e depois decide-se ou não. Enquanto, perante o

profissional, socialmente há uma tendência para aceitar, como sendo a última palavra. Assim, afirma-nos que com o tempo haverá uma maior tendência para os clientes poderem seleccionar possibilidades várias, sendo estes vistos, não como pacientes ou clientes passivos, mas sim como consumidores.

Também há vários autores a fundamentar críticas às teses de Desprofissionalização e a Haug.

Chauvenet (1988) argumenta que os efeitos dos fenómenos que afectam a organização do trabalho são a hierarquização no grupo profissional “e não a desqualificação e a desprofissionalização” (Rodrigues 2002:72).

Também, ainda nos anos oitenta Greer (1982) e Couture (1988) levantam que a desqualificação, mas também a sobre-qualificação correspondem ao mesmo problema.

Numa outra forma Rodrigues ainda nos diz que Bourdieu (1989:235) alvitrou que a vulgarização do conhecimento tende (impulsionados pela lógica da concorrência) a aumentar o saber científico. Isto para evitar socialmente qualquer tipo de desvalorização, como também tendem a reforçar a autonomia assim aumentando a “tecnicidade das suas intervenções” (2002:72).

Freidson também forma fortes críticas às teses de Haug, alvitando que a autora enfatiza a importância dos consumidores, ignora factores organizacionais e económicos, mencionando somente os políticos e culturais, tentando manter a realidade dos anos setenta. Na realidade mantém-se numa grande distância entre leigos, os consumidores e os profissionais, se o conhecimento dos primeiros aumentou, também o mesmo sucedeu aos profissionais que aumentaram os conhecimentos especializados.

## **4.2 Proletarização**

Oppenheimer (1973:214) colocou os profissionais num novo proletariado, ou seja como assalariados, implicando a perda de valores e comportamento ou seja, a perda de privilégios. Descreve-nos o profissional como o oposto ao trabalho proletarizado, isto é, “o outro pólo do continuum com características opostas à do trabalho proletarizado” sendo o «trabalho profissional aquele no qual há discrição e julgamento pelo trabalhador, que não é facilmente padronizado e para o qual são requeridos elevados níveis de formação...». Neste sentido, as profissões dominantes tais como engenheiros, médicos e advogados, incluindo semiprofissões tais como a dos enfermeiros, devido à burocratização estão a ficar proletarizadas (citado por Rodrigues,2002:73).

Scambler, diz-nos que é possível a “autonomia da profissão médica ser cada vez mais limitada, pelas tentativas de controlo de custos, pelos investidores a tentarem mais proveitos e, pelos pacientes a desenharem os seus próprios cuidados. Tais mudanças segundo Light & Levine (1988), podem-se verificar nos Estados Unidos da América onde as tentativas de controlo de custos parecem ter o maior impacto” (1995:230-231).

Rodrigues afirma que algum contexto existe induzindo a tal, como é o caso “do crescimento do aparelho de Estado” ao empregar estes profissionais. Portanto, o seu próprio crescimento induz a este processo de proletarização, como bem assim,

relacionado com a mão-de-obra “a excessiva oferta e a massificação do ensino” (2002:73).

No contexto da desprofissionalização, os processos internos de especialização, a evolução tecnológica e a acção dos consumidores, argumenta que, a Proletarização aumenta o declínio de competências e qualificações, como incrementa “a diminuição da autonomia do trabalho dos profissionais” (Rodrigues,2002:74).

Braverman (1974) defende as teses de proletarização, acentuando-se na desqualificação, fragmentação e na rotina, relacionada com o chamado “poder burocrático-administrativo” capitalista dando azo à incapacidade de poder escolher tarefas, trabalhando dentro de padrões institucionalizados (Rodrigues 2002:74). Tudo isto resulta na alienação do trabalho tendo as sociedades modernas e capitalistas degradado a dignidade das tarefas, a identidade e autonomia sendo o controlo do trabalho recolocado nas máquinas, estabelecendo uma conexão entre os operários de ofício dos princípios do século XX.

Assim considera lógica, os processos de organização baseados no capitalismo tais como: o aumento da produção, o máximo de controlo sobre os trabalhadores e, tentando baixar os custos do trabalho complexo, tentando colocar rotinas e simplificando tais tarefas.

Pese embora, Boreham (1983), segundo Rodrigues, argumenta que tanto o número como a influência das profissões não é mais do que uma questão estatística de emprego, com categorização e manipulação de números, neste sentido dá o exemplo dos engenheiros em que “o sucesso profissional depende mais das carreiras burocráticas do que de carreiras ou da realização de trabalho técnico” (2002:78).

No entanto Freidson (1994) contesta as teses “do declínio profissional” ou seja, a desprofissionalização e a proletarização, como as teses da “dominância que desvalorizam e avaliam negativamente esse poder,” pois afirma que tanto as “instituições de formação, as condições de actividade, como a natureza do poder profissional mantêm-se intactas e que a natureza do poder profissional não foi grandemente afectada”. Também a integração dos profissionais como assalariados em grandes organizações condiciona o exercício independente de maneira diferente nas várias profissões (Rodrigues,2002:79).

Portanto há vários quadros que são complexos e não lineares para poderem ser interpretados numa forma singela. Assim o facto de se ser assalariado ou independente não pode ser considerada uma medida do poder profissional, nem do controlo do trabalho, ou seja o auto-emprego não é singelamente uma medida para avaliar os termos, os objectivos do trabalho, nem as condições.

Freidson (1994) considera que as profissões têm capacidade para influenciar decisões de investimento, e mais do que o poder das profissões, o que pode ser afectado, é a sua relação e o lugar no mercado e, a importância dada aos produtos ou serviços que estes produzem que serão afectados pela economia em geral, mas também pela parte económica, ou seja, “pelas decisões do Estado ou da economia privada” (Rodrigues 2002:80).

Rodrigues continua dizendo, que se verifica uma tendência para a qual há algumas teses, Derber e Schwartz (1988; 1992) “realizaram estudos empíricos em profissionais integrados em organizações, destinados a medir certos parâmetros de profissionalização”, tais como autoridade, satisfação no trabalho, autonomia, o conflito e a identificação com os objectivos da organização; o estudo não detectou perdas importantes de autoridade e autonomia (tais como controlo da selecção de casos, procedimentos, técnicas empregues, horas e ritmo de trabalho) mas, verificaram-se perdas na avaliação e rendimento do trabalho, como “também o número de tarefas e tempo de realização” (2002:82).

Mckinlay e Arches (1985) tentaram “comprovar as teses de proletarização analisando o caso excepcional da profissão médica que através do uso duma grande variedade de tácticas ao dispor de alguns grupos de elite”, evitou até agora o processo de proletarização. Mas com o desenvolver da burocratização, devido à expansão capitalista, estão reduzidos a funções proletárias e subordinados a situações, onde impera o lucro da produção assente no trabalho do médico (Rodrigues:84-85).

Os privilégios perdidos, segundo Rodrigues, são:

1. capacidade em “controlo sobre os critérios de recrutamento ou entrada na profissão (...) como o conteúdo de formação”;
2. autonomia conectada com os objectos, instrumentos, meios de trabalho, e “níveis de remuneração” (2002:85).

Rodrigues por suas palavras diz-nos ainda que Mckinlay e Arches (1985:164) afirmaram que esta proletarização está relacionada com a burocratização, que tem a ver “com uma manifestação da presença de interesses do capitalismo em certas áreas de actividade” (2002:85).

Ainda acham que no caso dos médicos a proletarização tem início na actividade do Estado, pelas intervenções que vão do tipo e natureza da formação, à forma como funciona a actividade e o exercício da profissão. Concordam com alguma ocorrência que Haug anuncia, quanto à desprofissionalização, com o aumento dos conhecimentos da população em geral, a introdução de novas tecnologias, embora considerem que o poder de controlo seja mais pelo capitalismo, do que pelos consumidores informados. Freidson (1986) in Professional Powers evidenciou a distância entre os profissionais das organizações em relação aos proletários tais como os “salários, controlo do acesso à profissão, valores adquiridos com a formação universitária, posição de privilégio nas negociações e relações industriais” (Rodrigues 2002:86).

Também Forsyth e Danisiewicz (1985) consideram o poder profissional central ao conceito de profissão, colocando a autonomia em relação à entidade que os emprega e ao cliente.

Couture (1988a) com um trabalho de investigação empírica “contesta as teses de desprofissionalização, proletarização ou desqualificação dos profissionais”, analisou as novas tecnologias relacionando as práticas do médico em relação ao estatuto do grupo profissional e a qualificação. “Considera que as profissões estão numa situação particular no que respeita às inovações técnicas. Estas são objecto de negociação e a

seu propósito os diversos grupos e segmentos dentro dum mesmo grupo desenvolvem relações dinâmicas que lhes permite reposicionarem-se” (Rodrigues,2002:86).

### **4.3 Poder das Profissões, o poder médico e o Hospital**

O poder profissional no campo da Saúde aparece numa simbiose fidedigna com a profissão médica.

Segundo o que é dito por Schraiber, a autonomia profissional manifesta-se como um valor de trabalho, maximizando o carácter científico desse trabalho, como que uma “crença científicada”, faz-se representar no pensamento médico como um ganho positivo da história da medicina (Schraiber,1995:6).

A passagem do carácter onde o médico privado era assim visto, para um mais público, o da técnica, permite uma interacção com outros sujeitos “(...) já não se representa com o mesmo valor positivo que é atribuído à científicização do ato técnico” (Schraiber,1995:6). Neste sentido, “parecerá aos médicos a ‘evolução natural’ da prática, sem sequer representar uma transformação histórica”, pese embora, põe em risco os aspectos históricos anteriormente conquistados (Schraiber,1995:6).

Desta forma alguns estudos sobre a autonomia dos médicos (Donnangelo,1975; Campos,1988; e Medici,1988), situando-se no âmbito das relações institucionais de trabalho e/ou no âmbito das relações sociais de produção, mostram-nos que a situação de autonomia de trabalho do médico, baseia-se na “posse exclusiva e pessoal dos instrumentos de trabalho ou da clientela e, sua capacidade de fixação pessoal de preços ou remuneração do trabalho, em autonomia mercantil” (Schraiber,1995:6).

A autonomia pode-se conectar directamente com a execução dos trabalhos e o seu controlo, tanto no plano da produção dos serviços, como no plano corporativo-profissional, representando interesses colectivos perante as políticas governamentais da Saúde, que neste âmbito dão possibilidades, ao que na prática se verifica em reduções à anterior autonomia profissional.

Outros estudos (Donnangelo & Pereira, 1976; Freidson, 1970), levam-nos a outras verificações na relação do médico com o saber. Diz-nos que: “define a instância intelectual do processo de trabalho e diz respeito à apropriação/controlo do projecto do trabalho. Remete, no plano da produção dos serviços, à qualificação do médico, de mentor do trabalho, denotando-lhe a especificidade de sujeito da acção enquanto agente da técnica. Já no plano corporativo-profissional, dirá respeito ao monopólio de saber e prática, enquanto for o médico, sujeito colectivo, o exclusivo detentor de autoridade no campo da saúde” (Schraiber,1995:7).

Dentro da esfera do trabalho, Ribeiro & Schraiber (1994) dizem que a relação do médico com o saber pode-se denominar de autonomia técnica, a autonomia que se dá aos trabalhos individualizados ou seja, para as tarefas especializadas nos diversos departamentos do trabalho médico colectivo, no plano institucional do trabalho, em que

“se faz passar por uma hierarquia de autoridades técnicas e institucionais”, podendo-se apelidar de autonomia hierárquica. Tudo isto tem a ver com o plano tecnológico, sem se ponderar no plano social, com as suas denominações políticas, ideológicas e culturais. Ancorada no conceito de “re-produção” (Lefebvre, 1973), visualizamos planos individualizados de trabalho à produção social, para de seguida nos centrarmos na “internalidade da técnica, o plano social em que a sociedade se reproduz, enquanto especificidades técnicas” (Schraiber,1995:7).

Articulando no acto técnico e no social, a relação médico-paciente, vista dentro duma acção médica directa, localizando-se na dimensão da acção moral, revelando assim a autonomia neste caso, como uma técnica moral subjacente. Portanto, a autonomia mostra-se como valor ético e como um comportamento moral.

A autonomia, evidencia-se como uma luta técnico-política destes profissionais tentando salvaguardar o prestígio, as elevadas remunerações, subjacentes ao monopólio corporativo da prática, que ao longo dos anos “permitiu a elitização desses trabalhadores”, numa luta em que se sabe estar “em jogo a própria autoridade técnico-científica, pela situação crítica a que é levada a acção médica por seus tensionamentos internos, em especial quando se refere à autonomia do agir técnico”. Verifica-se que a autonomia é um processo vital para a profissão e as questões que se relacionam com a autonomia, verificando-se uma valiosa e necessária preservação dos requisitos apensos às condições de trabalho, ou subjacente a este; portanto “preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de ‘Ordem’, disciplina da vida social e projecto social de vida” (Schraiber,1995:7-8).

Ainda neste sentido da autonomia, tenta-se manter uma acção moral requalificada que suporta o acto técnico, uma vez que, se na medicina, tida como profissão liberal, a prática mantém-se numa técnica moral dependente, a medicina tecnológica dá-nos a ideia de alterar tais valores. Colocando-se assim numa “acção de ciência”, uma medicina radicaliza na prática, a dimensão técnica, distante da dimensão humana. “Verificamos um aumento da base tecnológica e diminuindo a pessoal da acção médica actual o que predispõe a técnica moral dependente, reformular-se numa nova intervenção. Nesta, a moral é que lhe será subordinada (moral técnica dependente), transmutando seus antigos valores: do rigor moral na acção e código ético bem-estruturado para a perícia técnica e a habilidade instrumental; do dom ou vocação do homem na profissão para os equipamentos e medicamentos e seus ‘dons’, enaltecendo a inovação tecnológica; da autoridade fundada no conhecimento científico, mas precedido pelo conhecimento humanístico, para a autoridade do saber complexo do conhecimento especializado...” (Schraiber,1995:8).

Dentro deste âmbito, Carapinheiro (1993) formula a sua investigação no campo hospitalar em “Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares”, verifica-se uma interdependência entre vários profissionais de saúde e doentes, relevando assim a sua importância e interesse.

Weber (1968) definiu poder como a possibilidade que um indivíduo pode adquirir numa relação social segundo a sua vontade, mesmo contra a resistência de outros.



Porque poder é muito amplo, Weber sugeriu-nos que domínio será uma alternativa. Define domínio como tendo a probabilidade de que “certos comandos (ou todos os comandos) serão obedecidos por um certo grupo de pessoas” (1968:212). Relaciona-se com domínio a obediência, o interesse, o acreditar e a regularidade. Assim Weber informa-nos que qualquer forma de domínio genuíno implica responder afirmativa e voluntariamente em que há um interesse baseado em motivos de aceitação genuína e de obediência.

Segundo Carapinheiro, Smith considera que os médicos usam uma autoridade baseando-se no conhecimento destes possuírem “o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital” (Carapinheiro,1993:46-47).

Perrow identificou objectivos diferentes, afirmou que a meta oficial do hospital é promover a Saúde da comunidade através de curar os enfermos, ensinar e proporcionar investigação. Organizações similares, disse este, poderão ter objectivos diferentes mas igualmente aceites em termos Públicos. Ainda afirmou que este nível de análise é inadequado para que haja um entendimento completo dum comportamento organizacional. Denominou de ‘official goals’/objectivos oficiais, os objectivos que “são vagos e generalistas, que não indicam os dois factores que influenciam o comportamento organizacional, isto é, por um lado o conjunto de decisões que devem ser feitas nos caminhos alternativos para chegar aos ‘official goals’ e à prioridade de objectivos múltiplos; por outro, os objectivos não oficiais seguidos por grupos dentro da organização”. Denominou de ‘operative goals’/objectivos operativos os que designam “os fins sobre os quais as politicas operativas da organização correm, o que a organização tenta fazer, não prestando atenção ao que os objectivos oficiais possam dizer, isto é, quais são os objectivos” (Perrow,1961:855).

Diz-nos que onde os objectivos ‘operativos’ dão conteúdo específico para com os objectivos ‘oficiais’, reflectem possibilidades e variâncias de valores competitivos. Podem justificar-se nas bases dum ‘official goal’, embora, possam subverter num outro ‘official goal’.

Carapinheiro, também informa que Perrow (1963:113) verifica que numa maior constância os que detêm mais qualificações e fazem as tarefas não rotineiras, que são as mais difíceis e complicadas, cujas, “nem podem ser atribuídas a pessoas com baixos níveis de qualificação” numa determinada organização, são quem normalmente controla a organização numa determinada altura. Por outro lado, há assim, um conjunto de tarefas consideradas as mais relevantes e críticas, “são as que representam o problema mais importante que a organização enfrenta num determinado estágio do seu desenvolvimento” (1993:59).

Perrow afirma que o domínio administrativo “baseia-se na necessidade de controlar cada vez mais complexas funções de não rotina que os Hospitais detêm, há um cada vez maior número de pessoas que os médicos não controlam e não dirigem”. Grupos de

médicos, de 'trustees', de pré-pagamento com uma mais eficiente operação económica dão ao administrador mais poder" (1961:860).

O Administrador também fica em posição, com poder para controlar situações que têm a ver com deferência, 'status' e outras conveniências. Assim os Administradores ao apoiarem conflitos, ao promover em bases de independência, dos empregados, podem dentro dum certo grau, sobrepor-se ao comando de autoridade funcional que os médicos detêm.

Carapinheiro identificou os médicos e os administradores na organização hospitalar portuguesa "como sendo os que detêm as tarefas difíceis e críticas". Definindo 'operative goals' de poder para os primeiros, desenvolvendo assim "projectos de especialização médica e técnica"; para os segundos, verificando-se em "projectos de controlo e de coordenação da gestão do hospital". Portanto diz-nos que são estas as prerrogativas de que, quem detêm as tarefas mais difíceis, determinam os 'official goals' ou seja, os objectivos da organização (1993:59-60).

Nesta sequência, Moliani diz-nos com um exemplo que "ideia de negociação e poder nas organizações, observa-se que a compartimentalização de funções e a definição prévia dos espaços podem ser disfuncionais em termos administrativos, devido às contingências do tipo de trabalho realizado no hospital. A existência de duas linhas de autoridade (a médica e a administrativa) e da disputa constante dos agentes por espaço, dentro da organização dificulta o estabelecimento de um processo de trabalho em que diariamente fosse necessário montar um expediente de forma a otimizar a utilização do centro cirúrgico. Apenas os médicos detêm o saber que permite julgar a urgência ou necessidade de seus pacientes. Ademais, a especialização do saber médico não permite nem mesmo que médicos de outras disciplinas tenham condições de julgar os procedimentos dos colegas" (2000:70).

Carapinheiro afirma que existem dois tipos de autoridades, a do estatuto administrativo e, a de origem no poder profissional e no conhecimento técnico. Estes segundos, conseguem dominar mais que a autoridade administrativa, pelo facto de terem maior cariz de elevado estatuto social e profissional ou seja, até mesmo isso se verifica na "posição privilegiada de angariação de recursos (...) com o monopólio dos conhecimentos relevantes e estratégias para a organização atribuí-lhes um 'poder interpessoal com os clientes' (...) como é o caso dos hospitais, os profissionais podem influenciar ou até interferir decisivamente nas políticas da organização, através da centralização dos circuitos de recolha de informações e através da sua manipulação" (1993:53).

Neste sentido do poder, também Freidson, baseando-se em mais de 20 autores, no Capítulo, a Idade do Ouro da Medicina Americana, argumenta que pelos anos 50 do Séc.XX, a "Medicina nos Estados Unidos da América era a profissão mais respeitada, com excepção do Supremo Tribunal de Justiça" e com maior domínio na divisão do trabalho, onde frequentemente levavam a curso e com sucesso a prossecução de outras ocupações, pela sua falta, ou seja, em não deterem uma autorização/licença de prática.

Por exemplo os “Dentistas e Optometrista ficaram confinados a práticas limitadas, outros como os Quiropráticos ficaram restringidos a um estatuto marginal” (2001:182).

Também Wardwell (1979), afirma que a “marginalidade dos Quiropráticos é pelo menos em parte uma subordinação à profissão médica; outros mesmo ainda como os enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de laboratório estavam tão fortemente subordinados que não podiam realizar o seu trabalho sem a autorização dos médicos” (Turner,1995:139).

Assim, segundo Friedson, como “os Médicos eram os únicos que podiam receitar remédios e pedir exames de diagnóstico e ordenar tecnologia para tratamento, ambos os lados, tanto as firmas farmacêuticas como de tecnologia, estavam dependentes da sua boa vontade. Dada tal dependência, as firmas e os hospitais bem como a indústria de seguros eram aliados políticos e apoiavam as posições da profissão médica”. Por exemplo, quaisquer esforços legislativos para estabelecer um “seguro” nacional de Saúde foram derrotados pela resistência fortemente financiada da American Medical Association (Freidson,2001:182-183).

Carapineiro diz que só os médicos são a única profissão que se pode considerar totalmente autónoma e independente, informa-nos que segundo Freidson (1970), como já mencionado anteriormente, estes verificam e prescrevem o trabalho das outras profissões na saúde. “Desenvolve esta perspectiva, salientando, por um lado a sua dominância profissional na divisão do trabalho médico, (...) e, por outro lado, o seu poder monopolístico, subordinando todas as profissões que lhe estão relacionadas ou que lhe são adjacentes, mantendo-as no estatuto de grupos paramédicos. (...) Pode-se aplicar à profissão médica a perspectiva de Larson (1980) sobre o poder das profissões e sobre o respectivo processo de profissionalização (...) depende em desenvolver uma estratégia de mercado, apoiada na posse de credenciais obtidas através da educação universitária (...) é um processo de constituição de um monopólio de saberes e competências e de um mercado de clientela para sua aplicação, requerendo o apoio e a protecção do Estado (...) interliga-se o exercício da dominação sobre todas as categorias profissionais concorrentes (...). Perkin (1979) refere que o uso que as profissões fazem das estratégias de exclusão, através da exigência dos requisitos educacionais que, na maioria das vezes, não têm correspondência com as dificuldades do trabalho profissional, servem para restringir o acesso às profissões e aos privilégios (...). A possibilidade destas estratégias é garantida pelo Estado, no direito atribuído às profissões de conceder licenças profissionais” (Carapineiro,1993:71-72).

Turner, acrescentou que é possível verificar três tipos de domínio da classe médica em relação às ‘allied professions’ (profissões associadas) que é (1995:138):

- subordinação, onde Carapineiro dá o exemplo “dos profissionais de enfermagem” porque esta revela-se em relação às tarefas médicas “numa situação de subordinação” (1993:73);
- exclusão, “onde às práticas alternativas é negada legitimação”; e mais, Carapineiro também informa que engloba tudo o que pode ser uma alternativa à medicina convencional, “é um modo de dominação que se exerce sobre todas

as práticas médicas que se definem e se praticam como alternativas à medicina oficial. É o peso político e económico e a influência profissional dos médicos que determina a situação de marginalidade e ilegalidade de várias formas de produzir cuidados médicos que fazem a aplicação de conhecimentos e procedimentos tradicionais e arcanos, rejeitados pelo corpo legítimo das ciências médicas. Em todas estas perspectivas ressalta o exercício do espírito corporativo dos médicos, a conservação da sua autonomia profissional e social e o desenvolvimento de um corpo sistemático de conhecimentos, revestido de uma base hermenêutica que mantenha os doentes com o seu saber nativo e os conserve numa situação de dependência e, simultaneamente, de distância social” (Carapinheiro,1993:73);

- limitação, segundo Turner (1995:138), é ilustrado “pela ‘dentisteria’ (medicina dentária), optometria e farmácia, envolve uma contenção por exemplo relacionado com uma área do corpo (caso da medicina dentária) ou a um método terapêutico específico”. Melhor dizendo, segundo Carapinheiro a limitação é usada para conter certos grupos profissionais, (que traduziu esta para Português) como os odontologistas e oculistas que rivalizam com os formados em medicina, pese embora, têm estes grupos as mesmas competências, mas não detêm os conhecimentos da medicina, assim verifica-se na prática que contribui “para limitar e conter a sua concorrência na angariação de clientelas” (Carapinheiro,1993:73).

Scambler, diz-nos que “há um importante factor nos hospitais, diferente de outras organizações, muitos daqueles que fazem parte do pessoal hospitalar gozam duma autonomia considerável, os médicos”. Por vezes criam-se dificuldades entre estes e a gerência, pois esta, tem que negociar muitas situações tais como espaço nas enfermarias, melhor dizendo, tudo o que tem a ver com gerir. Para “reduzir esta problemática no Reino Unido, houve nos últimos anos, vários diplomas legais onde se tenta introduzir uma certa estrutura chegando-se à situação de dar aos médicos uma maior responsabilidade nos orçamentos” (1995:66). Podemos ainda realçar que segundo Scambler, foi sugerido que “a profissionalização da medicina teve sucesso porque foi a primeira profissão a desenvolver-se no Séc.XIX no sector da Saúde em rápida expansão, e que a subsequente profissionalização de outras ocupações dentro do sector, foi limitada devido ao domínio já estabelecido pela medicina”, dita convencional / alopática, ou seja, com a passagem de Leis em seu favor (Scambler,1995:228).

Reiterando e citando Lopes, diz-nos que, «numa perspectiva sociológica qualquer análise sobre a enfermagem requer, necessariamente, que se atenda ao lugar que este grupo ocupa na divisão social do trabalho de produção de cuidados de saúde. Considerando que a produção de cuidados de saúde tem sido historicamente organizada em torno da posição central da profissão médica, e que esta representa uma ‘profissão dominante’, entendida a noção no sentido que lhe é atribuído por Freidson (1970), resulta, então, que o lugar da enfermagem é caracterizado pelo que Turner (1987)

caracteriza como um lugar de 'subordinação' técnica e social à profissão médica. Esta estrutural subordinação foi circunscrevendo a natureza do trabalho de enfermagem à categoria de 'trabalho de execução', funcionando esta categoria como dicotômica do 'trabalho de concepção' à qual foi sendo associada a natureza do trabalho médico.

A dicotomia entre 'trabalho de execução' e 'trabalho de concepção', que se insere no quadro Taylorista de organização do trabalho, retraduziu-se, ao nível dos saberes profissionais, na dicotomia entre 'saberes-práticos' ou 'saberes-fazer' e 'saberes indeterminados' ou 'saberes interpretativos', estes últimos associados ao saber científico e teórico-formal, como explicita Turner (1987). A matriz de saberes da enfermagem foi, assim, historicamente estruturada na categoria de 'saberes-práticos', funcionando estes como saberes centrais na produção das competências requeridas para a execução das decisões médicas, sendo que as restantes competências da profissão, designadamente no domínio da relação com o doente, se inscreveram no plano dos atributos morais. Este quadro estruturante da natureza dos saberes de enfermagem e do seu confinamento aos 'saberes-práticos', convertendo-os no que Carapinheiro (1993) conceptualizou como "saberes periféricos" na produção de cuidados de saúde, foi consolidado e reproduzido, também, através da matriz ideológica e identitária da profissão. Nessa matriz a noção de 'cuidar' tem funcionado como operador central das referências da enfermagem, numa relação historicamente ambígua, ora de demarcação, ora de complementaridade, com a noção de 'tratar/curar' associada à medicina. A ideia de 'vocação' constituiu o vector unificador do seu universo simbólico, em que a função de cuidar se materializa, por um lado, na função técnica de 'auxiliar do médico' e, por outro lado, na 'missão humanitária' de apoio moral e conforto do doente. Neste universo simbólico, e na sua materialização, as qualidades pessoais prevalecem sobre as qualificações profissionais, legitimando, assim, a subordinação da enfermagem aos critérios técnicos gerados no campo médico.

Por outro lado, esta matriz ideológica e identitária construída em torno da 'vocação' cristalizou-se na estrutura ideológica hospitalar, dando lugar ao que Chauvenet (1973) caracteriza como uma estrutura dualizada em torno da 'ideologia da humanização' e da 'ideologia da ciência', institucionalizadas como duas formas complementares de "servir o doente", estando a primeira associada à enfermagem e a segunda associada à medicina. Identificados estes traços sociológicos axiais da profissão estão reunidas as condições para a discussão das formas de recomposição que actualmente se desenvolvem no seu interior, e que estão a ser impulsionadas pelas mudanças que nas últimas décadas vêm ocorrendo no campo da saúde. São mudanças que passam, tanto pela crescente especialização da produção de cuidados como pela multiplicação de modelos terapêuticos em que a ênfase na prevenção se torna dominante» (Lopes, 1996:1-2).

Assim, com todos estes tipos de dominação verificamos que há uma capacidade corporativa, tendencial para com a conservação da autonomia, e instigação à dependência dos pacientes, ao mesmo tempo mantendo um certo e determinado conhecimento.

Dentro da mesma aparência, Saks diz que, segundo McKee, (1988), “pondo de parte os interesses financeiros duma minoria de doutores (‘médicos alopatas’) que praticam terapias não convencionais – cujos, estão normalmente menos bem preparados neste campo – aparenta à primeira vista, que a profissionalização da medicina alternativa só pode ser prejudicial ao domínio da medicina ortodoxa. A filosofia holística de muitos dos profissionais não-médicos alternativos, acima de tudo, vai contra a predominância da ênfase biomédica da separação corpo e psíquico” (1999:134).

Carapinheiro leva-nos ainda a M. Foucault, este dissertou sobre o “regime do saber” na relação que existe com o poder, onde diz que não é linear a interpretação do poder na história das Sociedades. Informa-nos que “é uma maneira como funcionam as tecnologias políticas na sociedade, através de rituais que segregam relações desiguais e assimétricas” (1993: 76-78).

Poder e saber estão intrinsecamente conectados. Encontra-se assim, que um conjunto de conhecimentos científicos, institui-se para a razão do poder nas profissões. Carapinheiro descreve “o poder médico como um poder-saber”, com vários poderes (1993:75). Este poder existe “restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um sub-poder”, estes estão dependentes das condições de “alcance, condições de exercício e estratégias do poder médico”, ou seja, (o saber destes não é de primeira linha) dependendo os enfermeiros dos saberes e poder médico (1993:79).

## **5. ABORDAGEM SISTÉMICA**

Com grande frequência autores vários tais como DiMaggio (1989), Turner (1993), Freidson (1994), Johnson (1994), e MacDonald (1995) consideram “The System of Professions, an essay on the division of expert labour” de Andrew Abbott um facto decisivo pois introduz, “um novo paradigma teórico-metodológico, incorporando os anteriores e ilustra a formulação proposta, com análises empíricas” (Rodrigues (2002:93).

Abbott (1988) formula cinco pressupostos de acordo com a crítica que faz aos conceitos de profissionalização e profissão, que são:

- “ o estudo das profissões deve centrar-se na área de actividade sobre as quais detêm o direito de controlar a prestação de serviços – jurisdições - no tipo de trabalho que desenvolvem e nas condições de exercício da actividade e não apenas nas suas características culturais e organizativas;
- as disputas, os conflitos e a competição em áreas jurisdicionais constituem a dinâmica de desenvolvimento profissional, pelo que a história das profissões é a história das condições e consequências da apresentação, de reclamação de jurisdição pelos grupos ocupacionais, nas áreas ocupacionais que já existem, são criadas ou estão sob o domínio de qualquer grupo;

- as profissões existem no conjunto do sistema ocupacional e não como entidades isoladas, pelo que a sua abordagem deve considerar o sistema de interdependência que caracteriza as relações entre os grupos profissionais;
- o principal recurso na disputa jurisdicional, e a característica que melhor define profissão, é o conhecimento abstracto controlado pelos grupos ocupacionais: a abstracção confere capacidade de sobrevivência no competitivo sistema de profissões, defendendo de intrusos, uma vez que só um sistema de conhecimento governado por abstracção permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas;
- os processos de desenvolvimento profissional são multidireccionais não se podem sustentar as teses de tendência (profissionalização ou desprofissionalização)” (Rodrigues, 2002:94-95).

Rodrigues, diz-nos ainda que, Abbott (1988) desenvolve três níveis de apreciação na sua proposta teórico-metodológica:

1. as pretensões de jurisdição apresentam-se dentro dum “processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção de jurisdição, de que são elementos fundamentais, a natureza do trabalho profissional e as estruturas que suportam as pretensões de jurisdição através das quais estas são apresentadas, avaliadas e estabelecidas” (2002:95).

Neste sentido, Abbott acha que o tipo de trabalho profissional determina a vulnerabilidade das jurisdições, perante interferência de grupos competidores.

A actividade profissional vai de encontro aos problemas humanos, que podem ser resolvidos pelos serviços dos expertos / peritos. Os problemas podem ser individuais ou colectivos, relativos a distúrbios ou perturbações que imperam resolução. Considera ainda Rodrigues que *diagnóstico* (classificação das situações para que possa transmitir a informação), *inferência* (actua quando há dificuldades ente o diagnóstico e o tratamento, excluindo ou construindo) e, *tratamento* para Abbott são, os três actos da prática profissional “cuja sequência corporiza a lógica cultural essencial da prática profissional” (Rodrigues,2002:95-96).

“As tarefas recebem qualidades subjectivas” que corporizam o conhecimento de uma “pretensão jurisdicional” (Rodrigues,2002:96).

Aqui o conhecimento académico é a base padrão, a formalização do conhecimento profissional, o saber-fazer é da consideração dos académicos, “cujo critério não é o da clareza prática e da eficácia, mas o da consistência lógica e da racionalidade” (Rodrigues,2002:96).

Abbott diz que “(...) no poder e no prestígio está a capacidade duma profissão para manter uma jurisdição, assenta este no seu conhecimento académico. Este prestígio reflecte o erro do Público que está convicto que o conhecimento abstracto profissional, implica trabalho profissional efectivo. O facto é que o verdadeiro uso do conhecimento profissional académico é menos prático que simbólico. O conhecimento académico legitima o trabalho profissional através de clarificar os seus fundamentos e levá-los a valores culturais máximos. Nas profissões mais modernas estes têm sido os valores de

racionalidade, lógica e ciência. Os profissionais académicos demonstram rigor, clareza e o carácter lógico científico do trabalho profissional, assim legitimando o trabalho no contexto de valores mais elevados” (Abbott,1988:53-54).

Há uma ênfase no “conhecimento e no grau de abstracção do mesmo”, necessário à competição inter-profissional; embora relativo, pois é baseado no tempo e espaço do sistema das profissões. Para manter uma jurisdição haverá um controlo social e cognitivo da parte da profissão, seguindo valores de base e influenciando “nos campos da opinião pública, legal ou nos locais de trabalho” (Rodrigues,2002:97-99).

2. As profissões diferenciam-se a nível interno, podendo afectar e traduzir-se em “transformações no poder e na legitimidade dessas mesmas profissões”;
3. A análise é feita nas fontes de mudança fora do sistema, dentro dum contexto sociocultural, sobre “as mudanças macro-sociais no conhecimento, na tecnologia, e nas organizações” (Rodrigues,2002:95).

Para estes últimos dois tipos analíticos, subjacentes para com a dinâmica e o equilíbrio do sistema profissional, Abbott considera que há forças internas e forças externas. As primeiras têm a ver com novos conhecimentos ou saberes, fazer e promover mudanças na estrutura social profissional; as segundas implicam alterações provocadas pela tecnologia, situações culturais ou alterações nas organizações. Introduzem assim mudanças que provocam distúrbios, com propagação no sistema até serem absorvidas tanto pela profissionalização como pela desprofissionalização ou absorção de grupos, já existentes nas estruturas internas. Ainda nos diz que, as diferenças internas produzem mecanismos de dinâmica no sistema, sem estas diferenciações internas, no mundo das relações interprofissionais, não podia existir uma ‘décalage’ entre o formal e o informal. Apontam-se quatro grandes tipos de diferenças internas: - nos padrões de carreira, por cliente, organização do trabalho e, estatuto intra-profissional.

Ainda verificamos, segundo Rodrigues que o estatuto intra-profissional conectado com a estratificação dentro da profissão tem a ver com um afastamento das tarefas no espaço público, assim “os profissionais que recebem dos pares mais elevado estatuto são os que trabalham no meio mais puro profissional...” (2002:99).

Também é dito por Rodrigues que “a diferenciação por clientes reforça as diferenças de estatuto intraprofissional” ou seja, quanto mais elevado for o estatuto do cliente assim se reflecte no profissional (2002:100).

Portanto, as situações de trabalho constituem uma forma de diferenciação interna, no sentido do tipo de organização, o estatuto jurídico estabelecido e, por exemplo na dimensão da organização.

No entanto, Abbott realça que o mais importante na situação do trabalho é o grau da divisão do trabalho na actividade profissional, e não, a dimensão da organização ou o controlo. Assim esta forma de divisão do trabalho, pode verificar forças de mais elevado “estatuto intraprofissional” deixando certas actividades consideradas “impuras” para certos segmentos da profissão, configurando certas actividades “de rotina e elementos



de não rotina” levando a uma bipartição do grupo profissional, com diferentes posicionamentos hierárquicos e de poder (Rodrigues,2002:101).

Os padrões de carreira, uma outra forma de diferenciação interna. Há carreiras tipificadas, há carreiras oficiais e não oficiais, podendo conduzir a uma necessidade de maior ou menor formação cujas direcções para diferentes estatutos.

Abbott concebeu uma “abordagem dinâmica” na compreensão das profissões. Afirma-se que dentro de cada vez maior especialização e divisão do trabalho, a relação entre as ocupações é vista como factor importante nesta análise, aparentemente há um equilíbrio e uma calma no sentido em que cada ocupação realiza um conjunto de tarefas específicas, individualizadas, complementando-se. Consta-se ‘in situ’ que ocorrem muitos conflitos pelas várias áreas de actividade, verificando-se na resolução de conflitos uma redefinição das relações entre as várias ocupações (Rodrigues,2002:103).

Neste sentido, haverá uma identificação de condições e recursos usados nas tentativas de mudança jurisdicional. Assim propõe este, um modelo para estabelecimento e manutenção das condições das áreas jurisdicionais:

1. “a natureza das tarefas (diagnóstico, tratamento e inferência) e a estrutura intelectual que articula diagnóstico e tratamento, que é o centro da aprendizagem profissional;
2. as estruturas que suportam as reclamações e através das quais são avançadas ou desenvolvidas, avaliadas e fixadas as jurisdições”;
3. situações culturais e históricas, que podem provocar alterações nas “características do sistema ocupacional e afectar a extensão da competição” (Rodrigues,2002:103-104).

Ainda analisa fontes de mudança no sistema através:

- dum diferenciação interna, provocado por mudanças tecnológicas e organizacionais, criando e destruindo novas actividades às quais as profissões tentam controlar;
- mudanças na cultura, determinando como a pretensão jurisdicional avança, e é legitimada.

Em síntese, esta abordagem íntegra vários paradigmas Sociológicos das Profissões, pese embora, Abbott incide mais sobre o Interaccionismo simbólico de Hughes. Para além do que é reconhecido, ainda usa conceitos de segmentação intraprofissional, para compreender a base social dos conflitos interprofissionais. Neste sentido, ainda se verifica que “as clivagens e segmentações intraprofissionais” levam a estratégias de alargamento de influência por parte de áreas que se acham com recursos para tal, invadindo fronteiras e limites que os separam de outros grupos. Nota-se todavia uma clara influência da teoria funcionalista, centralizando-se no conhecimento como atributo característico das profissões. Avaliam o conhecimento como elemento de estabelecimento das jurisdições, naquilo que tem a ver com manutenção, fortalecimento e fixação. Ainda analisa os processos de rotina e codificação como factores que facilitam o acesso de outros grupos ao conhecimento de base de determinado grupo dominante. Verifica-se com mudanças nos currículos, nos sistemas de ensino; permitem-se usar,

possuindo conhecimentos de base, assim argumentando para justificar a invasão de outras jurisdições (Rodrigues,2002:105).

Finalmente “a questão do poder, no modelo de Abbott,” dentro desta abordagem sistémica e comparativa, verifica o próprio conceito, de auto interesse e de acção política para a resolução de conflitos, “torna-se mais evidente na análise da fixação de jurisdição nas arenas pública e legal; nestes níveis, os atributos possuídos pelas profissões, tal como o conhecimento para realizar certas tarefas competentemente podem ou não ser um facto”, portanto, podem não ser verdade; baseando-se, que “o que é importante é que a elite social, bem como os legisladores, esteja convencida da realidade de tais atributos” (Rodrigues,2002:105).

## **6. IDENTIDADE PROFISSIONAL:**

Abreu, seguindo Dubar (1991), diz este que o conceito de identidade em Sociologia baseia-se no argumento substantivo de sujeito / sociedade onde a construção identitária tem a ver com “o percurso de vida do indivíduo” e não somente pertencer a um determinado grupo. Tal ocorre através de negociações sucessivas com outros, podendo ser atribuída uma identidade fictícia que se constrói e modela (2001:82).

A identidade conceptualizada por Dubar, leva-nos a uma noção e simbiose entre o grupo a que o indivíduo pertence dentro duma “imbricação de processos psicológicos e sociais estruturantes do eu” numa miscelânea de processos psicológicos e individuais (Abreu,2001:245).

Zavalloni na sua descrição de identificação identitária, aponta-nos para as representações que estes detêm do seu grupo e não somente, as que possui como indivíduo.

Dentro da perspectiva sociológica da teoria da identidade social, segundo Correia (1997), “quanto ao processo de formação (...) existe a necessidade, ao recurso de instrumentos de análise centrados no exercício do trabalho” (Abreu,2001:19).

No caso dos enfermeiros refere ainda Abreu que no processo de formação destes, aparentam ter lugar de especial destaque noções de identidade, competência e profissionalidade. Quanto à competência Le Boterf (1995) diz que é saber agir em qualquer caso. Courtois et al (1994) argumenta que qualquer situação de mudança nas condições do trabalho condiciona qualquer situação de transformação de competências, desde o plano cognitivo e social, à esfera relacional. Quanto à profissionalidade, informamos que Weiss (1983) implica dinâmica, complexidade, articulação de competências e, de capacidades. Condicionam estas a actividade produtiva nos parâmetros colectivos e individuais. “Reflecte as descontinuidades e heterogeneidades e designa uma identidade profissional estruturalmente instável” (2001:19-20).

Quanto à “formatividade”, descreve a produção de saberes como bem assim a sua transformação colectiva que são necessários, para com uma determinada mudança

nas várias dimensões desde o indivíduo e seus pares, como do mundo objectivo e subjectivo. Finalmente a identidade profissional constitui-se, segundo Morley (1982) na imagem que individualmente cada um tem de si. Referenciando Dubar (1989), à forma como se apresenta por referência ao grupo do qual faz parte, assim o espaço de trabalho traduz-se numa possibilidade baseada nas dimensões individuais e sociais dessa mesma identidade. Sainsaulieu (1977), referiu que, a identidade baseia-se numa base de relação de práticas de trabalho e de saberes, “no decurso do qual, segundo Dubar (1997), registam-se transacções (biográficas e relacionais) entre o indivíduo e a sociedade” (Abreu,2001:20).

Argumenta Abreu que, Henri Tajfel e John Turner nos anos setenta do Séc.XX formularam a teoria da identidade social, como sendo a referência básica e mais importante para a compreensão naquilo a que se refere a construção identitária e sua compreensão. É composta por “três ideias centrais: categorização, identificação e comparação social” (2001:21).

Segundo Dubar (1991), o conceito de identidade numa dialéctica de sujeito sociedade, refere-se a uma reinterpretação onde a construção identitária não é só uma questão de pertença a um grupo em termos individuais mas sim, uma trajectória do indivíduo onde ocorrem negociações sucessivas com outros, que até poderá não ser a real, mas sim, uma construção e personificação baseada na negociação e assim será uma identidade virtual. Berger e Luckmann (1994) ainda disseram mais que a identidade será construída a partir duma estrutura social dentro duma realidade subjectiva “que emerge das interacções entre o indivíduo e a sociedade, (...) construídas no interior do universo simbólico das suas legitimidades teóricas, variando conforme a natureza destas últimas” (Abreu, 2001:82).

Canário (1997) refere que houve uma mudança no paradigma nas profissões da saúde nos finais do Séc.XX, uma preocupação para com a identidade, havendo uma maior ênfase sobre tudo isto na sociedade da informação. Baseia-se esta nova forma de estar em realidades e estratégias sócio-formativas, numa referenciação à profissão médica, tanto num enriquecimento dos quadros, num conjunto de situações de organização sócio-profissionais, como dum desenvolvimento ao longo da vida, com programas vários de desenvolvimento profissional contínuo. “A este processo de recomposição e qualificação dos grupos profissionais na área da saúde não seria alheia, sublinha Canário (1997), a acção da própria universidade, a qual facilitou a criação de espaços de reflexão e partilha entre os diversos profissionais da área da saúde e foi tributária dum enriquecimento paulatino dos processos de investigação, desenvolvidos por estes actores” (Abreu, 2001:31-32)

Argumenta-se que “o indivíduo antes de adquirir uma determinada habilitação profissional, possui já uma identidade: étnica, religiosa, sexual, de classe” (Abreu,2001:83).

Toda esta identidade será condicionada pelas várias experiências e situações sociais pré-existentes. Desta forma o jovem obriga-se e empenha-se perante o mercado do trabalho a adquirir certificados, tenta construir estratégias identitárias dentro duma

triangulação, onde tenta, construir um conhecimento sobre as suas capacidades, a sua imagem e, os seus desejos.

Dubar (1992) diz que, para uma construção identitária profissional que implica social, desenvolve relações laborais com os seus pares, participa em actividades nas organizações intervindo “duma forma ou de outra nos jogos dos actores” (Abreu,2001:84).

Dubar (1997b), diz que a “(...) lógica de ‘ofício’ já não é seguida pelos jovens diplomados que se definem a partir do ‘diploma’ e não do seu trabalho. Este é tido como provisório e, que estes se consideram “superiores ao emprego que têm”. Desejam poder mudar para fora da empresa onde trabalham, e irão procurar trabalho noutra sítio devido ao conhecimento adquirido e que eles também construíram. Assim há uma identidade de “rede” que “privilegia as relações de afinidades fora de qualquer quadro sindical ou empresarial”. Portanto, para estes, o trabalho é uma forma de se projectarem na sociedade, por já terem sido desclassificados socialmente (Canário et al,1997:48).

Para Abreu, Sainsaulieu (1977) conclui “que a identidade é a forma como os diferentes grupos de trabalho se identificam com os pares, com os chefes, e com os outros grupos” profissionais em situações representativas diferentes que em contrapartida “condicionam a definição dos actores e do sistema social da empresa” (2001:84).

Abreu ainda diz que o interaccionismo simbólico informa-nos com importância para a análise das identidades profissionais. Lopes e Ribeiro (1996) descreveram o interaccionismo simbólico, verificando o actor como, construindo situações cognitivas, interagindo e “assegura a acção colectiva e as negociações múltiplas com vista à atribuição de significações” (2001:84).

Considera-se George Mead (1962) como sendo o fundador do interaccionismo, “(...) foi um dos primeiros autores a defender que a pessoa humana é o produto das interacções sociais, nomeadamente das que se produzem a partir da linguagem e do jogo (...)” em que as necessidades fundamentais (biológicas / fisiológicas) estão na génese do comportamento individual (de identidade) as quais implicam relações sociais tais como, a reprodução e a nutrição, como exemplo (Abreu,2001:84).

No entanto Lipianski (1992), refere-se a um paradoxo na questão da identidade, pois tem a ver com o que “é idêntico, de seres ou objectos idênticos apesar de serem distintos”, mas neste caso a identidade está conectada com semelhanças, naquilo em que nos distingue de outros por ser único, assim, verificamos “um paradoxo de ser simultaneamente o que parece idêntico e diferente, único ou aproximado dos outros”. No sentido de definição, ao mesmo tempo, revela-as pelo que é distinto, embora aproximado, e do que é diferente e idêntico duns para outros. Neste sentido verifica-se, na literatura existente uma total heterogeneidade tanto do ponto de vista metodológico e teórico, com muita e variada terminologia, o que implica a maior divergência na dita conceptualização terminológica (Abreu 2001:85).

Sainsaulieu (1977) verifica o trabalho como sendo o constructo mais importante na formação identitária que implica a entrada para com uma dinâmica racional,

clarificando-se numa tentativa de aquisição “à dinâmica estratégica de luta por uma identidade positiva” (Abreu,2001:253).

A situação de trabalho é condicionante num processo representacional, onde estilos formativos, e competências são “(...) capaz de condicionar o processo de percepção de si, representação das interações com o grupo de pertença e transformação do contexto envolvente (...) as configurações identitárias são condicionadas pelos contextos de acção empírica com os processos sócio-culturais e constelações de competências que aí se desenvolveram e articulam”, como Kolb (1984), Dubar (1992) e Schön (1993) concluíram (Abreu,2001:254).

A Identidade é colocada em primeiro plano, nos processos de mudança e de socialização profissional. Zoll (1992) situou a identidade no centro e como forma de compreensão dos aspectos objectivos e subjectivos, dos fenómenos da sociedade. Zavalloni (1973) argumenta sobre a existência dos processos de formação na construção identitária, modulando referências quanto aos conceitos, e juízos, referentes ao indivíduo e ao mundo. Assim “(...) as mudanças a nível simbólico, designadamente aos níveis identitário e representacional, colocam a formação no centro do debate”, que segundo Festinger (1954) “a recursividade entre as identidades e as representações dá visibilidade a uma outra vertente da formação”, coloca todo este processo da formação no “de acompanhar o processo de comparação social” (Abreu,2001:264-265).

Dubet (1994) enfatiza um processo de socialização como sendo composto por várias dinâmicas de referência a formação, competências, qualidade na prestação de cuidados, metodologia e relações interprofissionais, dentro duma simbiose de referência para e com os seus pares.

Dubar argumentou que a identidade social num todo era informada pela interacção da “identidade individual e identidade colectiva, segundo um processo de dupla transacção” num processo entre o próprio indivíduo e as instituições sociais, com as quais este se inter-relaciona (Abreu,2001:271).

Madureira Pinto (1991) referiu que, para se bem compreender a formação de identidades, neste caso dos enfermeiros, há que verificar os processos de:

- identização, onde os actores, diferenciam-se e autonomizam-se socialmente “fixando em relação aos outros distâncias e fronteiras” ou seja, a distinção que os actores fazem em relação a outros, assim verifica-se um montante de referenciação nas práticas sociais, havendo desta forma uma distância, tanto na intervenção em termos de distanciamento de outras profissões e “ideologias subjacentes à assistência”, na forma mais directa, própria e única da prestação de cuidados, como também na ideologia e seus valores; e também de,

- identificação, “(...) refere-se ao processo através do qual se integram em conjuntos mais vastos (...)” que é um conjunto amplo de pertença, de referenciação ou seja um conjunto de processo, de regras, de saberes, normas e valores (Abreu,2001:271-275).

Canário (1992) diz-nos que todas as dimensões da identização e identificação fazem parte dum todo, nunca dissociável “do processo de formação pessoal e

profissional”. Finger (1984) disse que a formação identitária, neste caso, dos enfermeiros, cria “uma consciência crítica” situando-se num quadro generalista (Abreu,2001:281-282).

Dubar (1992) refere que, a identidade cria processos pelos quais, no campo profissional, se dá origem a novas definições. No caso dos enfermeiros, argumenta Abreu, que há três formas identitárias: a médica de orientação tecnicista, a psicossocial, e a médica de orientação humanista, “opção para que apontam igualmente estudos diversos no seio das ciências da saúde” (Abreu,2001:284).

Assim, neste sentido, acaba-se por criar situações de maior relevância relacionadas com o tratar (modelo biomédico) e o cuidar (modelo humanista), que segundo Lisete Ribeiro (1995) a primeira de cariz cartesiano, tem a ver com o tratar segundo procedimentos terapêuticos e técnicos de cariz instrumental, visando a cura enquanto a segunda, de orientação holística vocacionada para o bem-estar do paciente.

Canário (1997) “numa reflexão sobre a articulação entre a formação e a produção de mudanças no campo das políticas e práticas de saúde”, relevou que as práticas de saúde constitui-se num domínio social, profissional e formativo estando em “plena expansão e diversificação” (Abreu,2001:303).

Abreu informa-nos ainda que, as formas identitárias relevam estruturas de legitimação não somente para com a profissão, “que estas se exteriorizam face à lógica interna da profissão”, verificando-se no contexto da Saúde (2001:305).

Constatando a importância desta matéria, Tavares diz-nos que as identidades “constituíram-se em objecto de estudo privilegiado das ciências sociais a partir da década de 80” do Séc.XX. (2007:23).

Dubar (1997a:110) considera as diversas premissas sobre os quais os vários grupos profissionais são identificados, a identidade «para si», designa por processo «identitário biográfico», a identidade para o «outro» designa por «processo identitário relacional / comunicacional / sistemático», dando relevância em especial que «as categorias particulares que servem para identificar os outros e para se identificar a si mesmo são variáveis de acordo com os espaços sociais» (citado por Tavares,2007:30).

Dentro duma lógica Tavares afirma peremptoriamente que, as “identidades sociais não são produtos acabados”, tem sim a ver com um processo em permanente estado de construção, reprodução, transformação, produção, com um movimento muito próprio. Segundo este, Manuel Castells (2003b) disse, que a construção das identidades deve ser vista dentro dum contexto histórico, e está subjacente a um determinado contexto social, assim, não pode ser vista em termos generalistas nem em abstracto (2007:30).

É pertinente agora, abordarmos Dubar, no que refere ao Processo Identitário Biográfico “não se devem reduzir identidades sociais a estatutos de emprego e a níveis de formação”; antes de mais, duma identificação com um grupo profissional ou de diplomados, um indivíduo desde pequeno herdou dos seus pais uma identidade étnica, de classe social e sexual (1997a:112). Diz-nos ainda Dubar, baseando-se em Isambert-Jamati (1984), que a escola primária é considerada como um ponto para uma primeira

construção da identidade social, embora muitas vezes bastante disforme “de qualquer universo profissional”. Havendo uma dualidade entre a nossa identidade para outro conferida e, a nossa identidade para nós construída, embora tenhamos “nossa identidade social herdada e a nossa identidade escolar visada”, existe um vasto campo de possibilidades onde se desenvolvem “todas as nossas estratégias identitárias” (Dubar,1997a:113). Constitui um momento essencial para com a construção da identidade autónoma, entre os acontecimentos mais importantes para a identidade social, a saída do sistema escolar e o confronto com o mercado do trabalho. Dependendo dos Países, dos níveis Sociais e Escolares, este confronto assume formas sociais diversas e significativas (Dubar 1997a). Assim este afrontamento está relacionado para com todos os grupos etários, emigrados, ou autóctones, independente do género, sem diploma ou estudantes.

Isto “acontece em condições históricas particulares (Baudelot, 1988): uma alta taxa de desemprego que afecta duma forma diferenciada os que entram no mercado do trabalho segundo os Países, os níveis escolares, as origens sociais e o sexo; um processo rápido de modernização tecnológica, e de mudanças organizacionais nas empresas, administrações, serviços; um prolongamento da transição entre a saída da escola e o acesso a um emprego cada vez menos considerado estável («perpétuo»)“ (Dubar, 1997a:114).

Quanto ao Processo Identitário relacional / comunicacional / sistémico, para Dubar (1997a) esta definição situa-se na identidade de “experiência relacional e social do poder”, considerando por isso, que as relações de trabalho são o sítio onde se experimenta o “confronto dos desejos de reconhecimento num contexto de acesso desigual, movediço e complexo” (Dubar,1997a:115). Segundo Dubar (1997a), Sainsaulieu, considera a identidade mais do que um processo biográfico de construção egocêntrica, mas sim um processo relacional de investimento do eu; remetendo desta forma para um processo duradouro, um investimento essencial, onde se põem em causa o reconhecimento recíproco dos parceiros. Portanto, verifica-se facilmente na análise dos sistemas sociais de empresa, e das situações do trabalho. Desta transacção dependem as identidades das partes envolvidas e envolventes.

Neste seguimento, verificamos que há a partir de R.Sainsaulieu (1985:392), modalidades constitutivas das identidades no trabalho, com os indicadores que nos permitem identificá-las, são:

1. “o campo de investimento (‘acesso ao poder’), permite distinguir” investimento no trabalho “(tipo negociador e promocional)”, e do tipo que caracteriza acesso ao poder fora do trabalho “(modelo de refúgio)” e do tipo conectado, com um não acesso a qualquer um destes dois campos (modelo de fusão);
2. “as normas de comportamento relacional são designadas da seguinte forma: individualismo (modelo de ‘refúgio’), unanimismo (modelo ‘de fusão’), solidariedade e rivalidade democrática (modelo ‘negociador’), separatismo (modelo ‘de afinidade’) e integração e submissão (modelo ‘promocional’);

3. os valores provindos do trabalho são os seguintes: económico (a pessoa dos chefes), para os 'de refúgio', estatutário (a regra e também a massa), para os 'de fusão', a criatividade (a profissão mas também o perito) para os 'negociadores', as pessoas (do chefe e dos colegas) para os de afinidade e um misto dos valores precedentes (a regra e a pessoa dos chefes) para os promovidos" (Dubar,1997a:116).

Ainda "distingue cinco 'produtos culturais do trabalho organizado' designados através de cinco categorias associadas a grupos profissionais":

1. os operários especializados, mulheres, emigrados, empregados jovens "são associados à norma de refúgio, e ao valor económico dominante (o salário)";
2. os operários especializados, homens, velhos, empregados antigos são referenciados aos valores de massa, da regra e do estatuto, em consonância com o modelo de fusão;
3. os "operários profissionais, quadros médios e superiores são associados às normas democráticas e aos valores do ofício ou da criação (quadros superiores), em conformidade com o modelo da negociação";
4. os "operários novos profissionais, agentes técnicos e o pessoal não estável são identificados com as normas e valores do modelo de afinidade";
5. "os mestres e os quadros subalternos são definidos pela norma integração / submissão", partilhando "uma parte dos valores do modelo de fusão (a regra) e um aparte dos valores do modelo de refúgio (a pessoa dos chefes)" (Dubar,1997a:116).

Neste sentido constata-se uma grande coerência na construção do quadro identidades típicas no trabalho, há uma grande conformidade entre lógica de actores no trabalho, e normas relacionais no seio da empresa.

Assim corroboramos, segundo Dubar, que há uma verificação estruturada na dupla oposição individual / colectivo e oposição / aliança:

- a identidade "de refúgio" combina a preferência individual com a estratégia oposta;
- a identidade "de fusão" combina a preferência colectiva com a estratégia de aliança;
- a identidade "negociadora" alia a polarização no colectivo com uma estratégia oposta;
- a identidade de "afinidade" alia a preferência individual com uma estratégia de aliança (Dubar,1997a:117).

Portanto, estes novos desenvolvimentos teóricos já não aliam com modelos identitários e categoria profissionais contemporâneas, "em que as mesmas posições identitárias podem ser agora investidas pelos membros das diversas categorias profissionais", estabelecendo-se na empresa, cuja função identitária se torna, segundo estes autores, cada vez mais central. Dubar seguindo esta linha, conclui que as formas



identitárias podem ser interpretadas a partir de transacções objectivas e subjectivas, resultando de compromissos “interiores” entre a identidade visada e herdada, e também de negociações “exteriores” entre identidade atribuída por outro e identidade incorporada por si mesmo. “As identidades construídas no modo da continuidade implicam um espaço potencialmente unificado de realização, um sistema de emprego (...)” em que dentro deste se desenvolvem percursos completos (Dubar,1997:235).

Ainda nos diz que este modelo pode ser do tipo organizacional (do tipo modelo geral da burocracia ou da empresa) ou ainda profissional (modelo geral de ofício). “As identidades construídas no modelo da ruptura implicam (...) uma dualidade entre dois espaços e uma impossibilidade de se construir uma identidade de futuro” dentro do espaço, onde se produziu uma “identidade passada” (Dubar,1997a:235).

A transacção pode ser valorizada ou desvalorizada, onde poderá haver “um reconhecimento social ou a um não-reconhecimento” (Dubar,1997a:236)

“As configurações identitárias típicas” em termos de identidade “poderiam ser abstractamente associadas a ‘momentos’ privilegiados” que corresponde tradicionalmente à formação inicial (Dubar,1997a:237).

Dubar (1997a) ainda considera que o espaço social das identidades ultrapassa a amplitude do trabalho, “englobando a do fora-do-trabalho”, estando cada configuração identitária relacionada com o espaço social e verificando uma redistribuição dos sub-espaços estruturantes.

Neste sentido ainda nos diz, que os espaços constituem sistemas de emprego, ao longo dos quais os indivíduos desenvolvem trajectos ao longo de vias reais ou virtuais que são:

- vias de empresa;
- vias de ofício;
- vias de rede;
- vias de exclusão (fora do trabalho).

Se houver um cruzamento entre “temporalidades estruturantes” e “espaços privilegiados” chega-se a “quatro espaços-tempos realçados empiricamente combinam o tipo de carreiras e os ‘momentos’ (...):

- o espaço da formação, está associado à construção incerta da identidade;
- o espaço do ofício está ligado à consolidação e bloqueamento duma identidade especializada;
- o espaço da empresa onde se desenha o reconhecimento duma identidade já confirmada;
- o espaço fora do trabalho é aquele onde se (des)estrutura uma identidade de exclusão” (Dubar,1997a:238).

Cada configuração elementar reveste-se duma tipicidade associando-se a um determinado tipo de saber, que releva o nível salarial dentro duma determinada lógica, e estrutura a própria identidade:

- Os saberes práticos vêm directamente da experiência do trabalho, assim associados a uma lógica do trabalho para com o salário (TER);
- os saberes profissionais que implicam uma articulação entre os saberes práticos e técnicos, está associado a uma lógica de qualificação no trabalho (FAZER);
- os saberes de organização aqui “entre os saberes práticos e teóricos estruturam a identidade da empresa, que implica mobilização e reconhecimento” (SER) ligado a um grau de responsabilidade, embora dependente das estratégias organizativas, é valorizada pela lógica da competência;
- “os saberes teóricos não ligados a saberes práticos ou profissionais”, verificam um determinado tipo de identidade ligada à autonomia, mas também pela incerteza e instabilidade e para um acumular de distinções culturais (SABER), esta está ligada a uma lógica de reconversão permanente é alvo de incitações à mobilidade [que muito sucede actualmente nas empresas e administrações] (Dubar,1997a:238).

As Identidades estão numa constante reestruturação / desestruturação assim, verificando-se a “crise de identidades”; cada forma identitária tem uma mistura onde a forma da antiga identidade entra “por vezes, em conflito com novas tentativas de racionalização económica e social”, onde estas novas lógicas e “exigências de produção” com frequência, combinam-se ou entram em conflito com “as antigas lógicas que perduram” (Dubar,1997a:239).

Verificamos que “as identidades profissionais começam a construir-se no contexto escolar”, para mais tarde se redefinirem «a partir dos recursos cognitivos e simbólicos que (os actores) mobilizam na concretização e na atribuição de sentido às suas práticas e interacções quotidianas, nos particulares contextos de trabalho» (Lopes 2001<sup>a</sup>:175), assim verifica-se na interacção das dimensões profissionais e organizacionais, “cuja diferenciação implica normalmente, a formação de diferentes formas identitárias” (citado por Tavares,2007:38).

## **7. AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS CONTEMPORÂNEAS E AS IDENTIDADES PROFISSIONAIS**

Daniel Bell (1977) diz-nos que as mudanças sociais estão directamente ligadas à era pós-industrial onde a produção de bens dá origem à produção de serviços, e na área ocupacional verifica-se na classe profissional e técnica, exigindo habilitações literárias cada vez mais elevadas ao nível do ensino superior. “Bell (1977:29), considera ser esta «a mudança mais impressionante», ao nível da tomada de decisões destaca a criação duma nova tecnologia intelectual, e, em termos de orientação futura, salienta o controlo da tecnologia e da distribuição tecnológica”. Assim a teoria sobrepõe-se ao empirismo.

As instituições de ensino superior influenciam os processos de alteração social, especialmente nos de cariz profissional e organizacional (citado por Tavares,2007:40).

Machado e Da Costa, dizem que “as transformações espaciais, demográficas e socioprofissionais ocorridas na sociedade portuguesa ao longo das últimas décadas, alteraram de tal modo a configuração do país que tomando como ponto de partida os anos 60, se pode falar de trinta anos de mudança estrutural”. Dá-se assim o exemplo, segundo Ferrão (1996:165-190), dizendo-nos ainda Machado e Da Costa que, “os números da natalidade, da fecundidade, e do envelhecimento estão hoje na média Europeia, na sequência duma evolução rápida já designada como última fase do período moderno da demografia portuguesa” (Viegas e Da Costa,1998:17).

Em Portugal também se verificaram outros declínios, “(...) as transformações estruturais nos sectores de actividade económica, tanto pelo lado da redução, apesar de tudo muito acentuada dos activos agrícolas, como pelo lado da terciarização, traduziram-se na considerável recomposição da estrutura de classes da sociedade portuguesa (...)” sendo o principal verificado na agricultura, comparando os números de 1960 com 42,4% no contexto europeu cai em 1991 para cerca de 10%, “devido basicamente à enorme quebra da componente assalariada”. Também se constata que os operários industriais, atingiram o máximo percentual em 1981, aparentemente, entretanto começaram a entrar em declínio, o que corresponde a um cenário parecido com os Países mais economicamente desenvolvidos. Os serviços, empregados executantes e comércio, “atingem, em 1991, expressão dupla da que tinham 30 anos antes” (Viegas e Da Costa,1998:33-35).

Também os trabalhadores independentes duplicaram os seus números entre 1960 e 1970, com algumas flutuações, o seu crescimento parece agora ser constante e estável. Aqui incluem-se os por conta própria, dos serviços, comércio e indústria. Também os empresários e dirigentes e os profissionais técnicos e de enquadramento, mantêm-se com um forte crescimento desde 1980, para os primeiros e para os segundos desde 1960.

Verifica-se na sociedade portuguesa que “pelo lado dos fluxos de mobilidade, (...) as últimas décadas foram de grande transformação estrutural” verificado pelo aumento do número de profissionais técnicos, de enquadramento e, dos empregados executantes, estes são os que apresentam mais notoriedade, em contrapartida houve, como já dito, uma “grande diminuição das fracções ligadas à agricultura (...)” (Viegas e Da Costa,1998:39).

Carapineiro e Rodrigues também nos informam que “na estrutura ocupacional em Portugal regista-se nas últimas décadas o aumento do peso relativo das profissões científicas e técnicas bem como de directores e quadros superiores” (Viegas e Da Costa, 1998:147).

Citado por Carapineiro e Rodrigues, Parsons (1939:4) diz que «o desenvolvimento e aumento da importância estratégica das profissões constitui provavelmente a mais importante mudança ocorrida no sistema ocupacional das sociedades modernas» (Viegas e Da Costa,1998:147). Ainda afirmam que “às profissões

é atribuído um valor positivo, pelo facto de terem na base o conhecimento científico”, predispondo vários tipos de organização e legitimação elevadas, baseadas na herança, no saber, no costume e na tradição.

Embora o poder dos profissionais não se aceita sem ponderar sobre a sua autoridade, o que é certo; o modelo associado ao profissionalismo é conectado com o que é positivo, é tido como oposto ao amadorismo, aos assalariados ao funcionalismo, entre outros.

Neste sentido tem-se a profissionalização como uma aspiração de muitos grupos profissionais pelo poder; a autonomia e o prestígio estão conectados com tal.

Pode-se analisar dentro dum “quadro dos processos de mudança social que ocorreram na sociedade portuguesa, e que resultaram não só da especificidade da sua história recente, mas também da sua integração na comunidade europeia desde 1986”, desta forma podemos numerar várias situações que este panorama deu realce:

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

Neste sentido podemos verificar numa perspectiva sócio-demográfica em que as razões deste crescimento verificam-se com a queda dum regime ditatorial, e a instalação duma democracia, após a revolução de 25 de Abril de 1974. Assim, numa sociedade democrática apareceram novas posições tanto “económicas, como políticas e sociais, que favoreceram a modernização da economia, o alargamento e diversificação dos mercados do trabalho e do emprego”, houve uma recomposição da estrutura socioprofissional, definiram-se novas políticas sociais universais, democratizou-se o ensino, mais direitos sociais assentes na “generalidade e gratuidade no acesso”, por exemplo o “direito à Saúde e à segurança social” (Viegas e Da Costa, 1998:149).

Devemos realçar e estar conscientes que em Portugal faltam os estudos sobre muitas profissões, no que concerne a sua institucionalização, falando das mais antigas, tais como advogados, farmacêuticos e médicos, como exemplo. Faltam os estudos sócio-históricos sobre a génese do ensino e formação, no que tem a ver com o seu desenvolvimento, “faltam estudos que esclareçam o contributo dos grupos profissionais

para a construção do Estado, e as relações com o poder político e as elites; faltam estudos sobre as estratégias de profissionalização desenvolvidas pelos grupos profissionais” (Viegas e Da Costa 1998:156).

Muitos grupos profissionais aspiram à institucionalização e desenvolvem estratégias com esse objectivo, tanto partindo de instituições de ensino, das organizações profissionais, nas suas relações com o Estado, ou com outros grupos ocupacionais. É sabido e é de consenso geral que “a Sociologia das Profissões não tem qualquer tradição em Portugal, tanto a nível dos programas de ensino, como do desenvolvimento da investigação científica” (Viegas e Da Costa,1998:156).

É de mencionar que no estudo das profissões com frequência se verificam duas abordagens diferentes tanto nos temas, como nos problemas, como nos objectivos e metodologias, o que contrasta porque muitas vezes se opõem e ignoram, “são as abordagens centradas na estrutura, por um lado; e, por outro, as que colocam a ênfase no processo” (Viegas e Da Costa,1998:157).

Neste sentido, verifica-se no quadro das profissões médicas, e consegue-se analisar o processo onde se gera uma transformação de saberes formais em poderes profissionais. Freidson (1986) em ‘Professional Powers’ no uso dos ‘poderes’, verifica todos os pressupostos da abordagem em que nas profissões, não se pode aplicar no seu estudo, noções como hegemonia; não são um poder monolítico, nem se pode aplicar dominação e monopólio de discurso. Também não se trata duma classe dentro duma versão “no sentido de possessão de um conjunto de interesses comuns” (Viegas e Da Costa,1998:158). As profissões formam grupos heterogéneos estratificados, exercendo “poderes concretos e específicos que, não sendo ilimitados, são historicamente variáveis, estruturalmente dispersos e necessitam de ser delineados em termos das instituições que os possibilitam” (Viegas e Da Costa,1998:158).

Ao estudar as profissões mais antigas, e a apresentação sob uma variável, os estudos sociológicos, usando ajudas teóricas da Sociologia das Profissões, verificamos que a modernidade da sociedade em Portugal está cada vez mais debaixo de processos de regulação Internacional. Interpõe-se tal a partir da temática das complexidades estruturais do sistema profissional e, da dinâmica de estratificação interna, a cada uma das profissões que o constituem.

Como resultado, podem-se analisar estes processos nas relações entre diferentes profissões, como mesmo dentro de cada uma das profissões, como entre os diferentes géneros e de entre gerações diferentes, com socializações e formação diversas, realizando actividades parecidas. Nesta análise e enquadramento da problemática das profissões verifica-se segundo estes autores que “é também a partir deste enquadramento analítico da problemática das profissões que será possível compreender as especificidades dos seus protagonismos e a variabilidade das suas estratégias” (Viegas e Da Costa, 1998:164).

Dentro deste desiderato e ensejo, relacionado com a temática da identidade, afigura-se-nos como lógico dissertar a seguir sobre o estágio profissional, como um lugar de socialização profissional ou identitária, e não visto somente como um processo de

natureza económica, mas sim de natureza social, relacionado com o desempenho e exercício duma actividade profissional.

## **8. ESTÁGIO CLÍNICO E FORMAÇÃO / DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTÍNUO (AO LONGO DA VIDA).**

- Relacionando-se com a autonomia profissional, competência, conhecimento e identificação do Osteopata, segundo o “Subject Benchmark Statement” sobre a Osteopatia da “Quality Assurance Agency for Higher Education” do Reino Unido, os estudantes de Osteopatia não devem somente criar conhecimento e compreensão, mas também devem aprender técnicas clínicas e desenvolvê-las, como ainda ter atitudes profissionais próprias.

A Osteopatia coloca o paciente no centro do processo de aprendizagem que integra aprendizagem teórica, com prática das técnicas osteopáticas e técnicas clínicas.

O paciente é considerado “sócio” nos seus cuidados osteopáticos e está no centro do envolvimento, nas decisões relacionadas com a sua saúde. Por esta razão há uma importância, e dá-se uma ênfase na supervisão da experiência dos estudantes, num ambiente clínico osteopático “dedicado” / próprio.

Neste sentido, levanta-se a questão como é em termos generalistas considerado um “estágio”?

A Infopedia (2009) informa-nos que estágio é uma situação transitória, e é um período de trabalho determinado para formação e aprendizagem de uma prática profissional, como também sendo um momento específico dum processo contínuo.

Também a Wikipédia (2009) diz-nos que é uma actividade usada por estudantes (...) visando o “aprimoramento profissional na sua área de estudo”, onde há uma intervenção da instituição de ensino para que tudo seja cumprido na íntegra. (...) O estágio em si tem a ver com o permitir aos estudantes obterem o conhecimento prático das funções profissionais “possibilitando aos estudantes um contacto empírico com as matérias teóricas passadas na sala de aulas”. Segundo estes, é matéria consolidada em que só com teoria, e sem prática, é incompleta, prejudicando o acesso fácil ao mercado de trabalho.

Relacionado com a medicina geral e familiar informa-nos que o estágio hospitalar e de acordo com a portaria nº 425/90 de 11 de Junho, como componente de Formação Específica em Exercício, “tem como finalidade, fundamentalmente permitir a aquisição ou a actualização de procedimentos necessários a um exercício clínico qualificado, e à promoção duma articulação eficaz entre níveis diferentes de cuidados”. Baseia-se no “aprender-fazendo” o que pressupõe uma especial “interacção entre formando, formador e situação de aprendizagem”, exigindo uma elevada componente pessoal (Saúde, Ministério da,1990:37). De acordo com a Resolução do Conselho da Europa, Pelpel (1989:109) verifica o estágio como «uma actividade profissional que se exerce no local

de trabalho e que tem por base uma formação teórica que foi adquirida num estabelecimento de formação (...)), considerando este “o estágio como um período de descoberta e de ensaio sobre as características reais da profissão com o qual os estudantes têm de se confrontar” (citado por Carvalho, 2003:24-25). Os estudantes devem consolidar, verificando, segundo as normas didáticas instituídas, assente nas verdades, e numa lógica produtiva em que se exige eficácia. Ainda segundo esta autora, Espadinha e Reis (1977) mais disseram que, é com os ensinamentos clínicos que o estudante entenderá o “«porquê» de determinados ensinamentos teóricos” que lhe foram dados, baseando-se na experiência que através do estágio “vai adquirindo” (Carvalho,2003:25).

Com o ensino clínico, visto os ensinamentos institucionais / escolares não serem suficientes para só por si dar a capacidade de desenvolver competências, criando auto confiança para a prestação do que é exigido e necessário, só assim com o estágio, um desenvolvimento dum saber contextualizado será atingível.

Amador (1991) também é pela aprendizagem clínica pois argumenta, em relação aos enfermeiros, que dá possibilidades para verificar os conhecimentos socializando-se, e também formar-se nos valores profissionais. Assim, através do ensino clínico, os estudantes aprendem a usar e pronunciar conceitos tidos como abstractos para situações reais. Também Alarcão (1991) baseando-se em Schön, porque cada caso é único, e para entender cada situação é necessário compreender e tomar consciência da problemática em si, neste sentido, noções fundamentais tais como “conhecimentos na acção, reflexão na acção, reflexão sobre a acção e reflexão sobre a reflexão em acção”, leva os estudantes a construir e a desenvolver uma formação própria e pessoal do conhecimento (Carvalho,2003:29).

Estas estratégias encaminham os estudantes (referindo-se aos casos em enfermagem) “a determinar acções futuras, a compreender futuros problemas e a descobrir novas soluções” (Carvalho, 2003:29).

Sucintamente, Boterf (1995) considera a competência seleccionando e mobilizando os saberes, colocando-os numa combinação e integração; classifica vários tipos de saberes para uma aquisição de competência, que são:

- “saber teórico
- saber processual
- saber-fazer processual
- saber-fazer experiencial
- saber-fazer cognitivo
- saber-fazer social”. (Carvalho, 2003:12-13).

Quanto ao saber-fazer experiencial que se usa para uma acção, assim é necessário facilitar e criar experiências baseadas na prática que concretizam o uso dos vários conhecimentos. Tal, adquire-se ao longo do tempo, derivando duma prática em reflexão sobre uma determinada experiência, que dará possibilidades a uma construção e adaptação a outras experiências.

Portanto ainda nos diz, que o saber e a competência não devem ser construídos baseando-se em saberes baseados na teoria, e processuais. A competência remete-se para o saber-ser ou seja, o saber-fazer social, que tem como ponto o conhecimento de locais de trabalho, atitudes, normas, comportamentos padrão, valores e qualidades pessoais que são necessárias ao exercício da profissão. Neste sentido desenvolve-se uma tríada no saber-social que tem a ver com: “comportamentos sociais e profissionais, atitudes relacionais e de comunicação e ainda atitudes éticas” (Carvalho,2003:14). Dentro deste contexto Nyhan (1989, citado por Pires,1994:11) esclarece a atitude para a auto formação, que é o valor base para a Formação ou Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC), depreendendo-se como «a capacidade do indivíduo fazer um exame crítico e compreender o que se passa no seu local de trabalho; esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta todas as outras actividades, baseada na compreensão e no conhecimento prático, que se traduzem num julgamento pessoal» (citado por Carvalho,2003:17).

Analisando nestes parâmetros as competências, do futuro imediato, são: a responsabilidade, flexibilidade, capacitação para decidir, iniciativa, capacidade de planificar, comunicação e cooperar.

Como mencionado, “o saber-fazer social engloba três tipos de conhecimento:

1. dos comportamentos sociais e profissionais;
2. das atitudes relacionais e de comunicação;
3. das atitudes éticas” (Carvalho,2003:14).

- Sobre o Desenvolvimento Profissional Contínuo dos Osteopatas, segundo o General Osteopathic Council (GOsC) no Reino Unido, é tido como uma forma de manter e melhorar o trabalho profissional (2007).

“É uma caminhada para formar conhecimento, como sendo a base dum futuro desenvolvimento e progressão na carreira.

Identificando capacidades e fraquezas o Desenvolvimento Profissional Contínuo, também conhecido como aprendizagem ao longo da vida, tem muito a ver com o dedicar tempo e verificar onde se está, onde se quer estar, e como se vai chegar lá.

É uma importante parte da vida profissional, continuar a aprender e desenvolver, para manter e melhorar para níveis desejáveis de prática clínica. Isto é particularmente importante para profissionais de saúde cujas acções podem ter consequências directas nos pacientes. Neste sentido o General Osteopathic Council (GOsC) introduziu desenvolvimento profissional contínuo obrigatório para todos os Osteopatas registados / oficialmente inscritos no Reino Unido.

O Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) para os Osteopatas foi desenvolvido ao longo dos anos em consulta com outras profissões, incluindo as da saúde.

Neste propósito, o termo é usado para descrever actividades que vão manter, melhorar e desenvolver conhecimento e capacidades, no seguimento dum qualificação profissional.



Define-se para este propósito segundo o GOsC que DPC é tido como qualquer actividade de aprendizagem que o Osteopata usa tais como aulas, seminários, cursos, sessões práticas, estudo individual ou outras actividades, que razoavelmente se espera que desenvolvam ou contribuam tanto para o seu desenvolvimento profissional pessoal, como da Osteopatia.

Um aspecto importante, é que a aprendizagem deve ser aplicada ao trabalho profissional de Osteopata.

É dada oportunidade ao Osteopata para individualmente avaliar quais as suas necessidades, aspirações e objectivos, de curto e longo prazo, e assim desenvolver autonomamente o seu processo de DPC, estabelecendo quais os objectivos e necessidades profissionais. O DPC oferece uma oportunidade na vida profissional, e onde se deseja chegar no futuro, e como se vai chegar a tal.

Neste sentido há benefícios para os Pacientes:

- melhorar a qualidade dos cuidados de saúde osteopáticos, advindo dum melhor e mais vasto conhecimento e capacidades;
- assegurar que o Osteopata mantém-se no nível actual da prática;
- aumentando-se a confiança nas capacidades do profissional, promove-se uma melhoria da relação paciente / profissional.

Os benefícios individuais:

- dará mais 'estima'/consideração à Profissão, aos olhos do Público em geral, e de outros profissionais de Saúde, levando a um aumento do número de Pacientes, ambos por via directa ou referenciados por outros Profissionais de Saúde;
- uma oportunidade para focar e planear a sua carreira;
- evidência de competência contínua e obtenção de resultados chave;
- desenvolvimento de conhecimento chave e capacidades;
- melhores relações com colegas Osteopatas e outros profissionais;
- maior satisfação profissional;
- maior conhecimento dos desenvolvimentos, no campo da Osteopatia.

Benefícios para a Profissão Osteopática:

- maior sentido das capacidades profissionais;
- maior potencial quanto à coesão profissional;
- demonstração ao público que os Osteopatas tomam a sério a melhoria da capacidade e segurança em cuidar dos Pacientes.

Todos os Osteopatas inscritos oficialmente no Reino Unido no GOsC têm que fazer DPC, trabalhem eles a tempo inteiro, parcial, quer estejam no estrangeiro, ou se são não praticantes, tais como, por questões de maternidade, sabáticas ou outras circunstâncias. É necessário manter tal formação todos os anos.

Só estão isentos de DPC os recém graduados nos primeiros dez meses, por razões óbvias, desde que se registem no GOsC nos primeiros três meses após graduação. Sempre que alguém descontinuou o seu registo oficial, para se reinscrever tem que demonstrar que continuamente manteve o seu DPC. Mesmo no caso de suspensão tal é mandatário, excepto tratar pacientes ou aconselhá-los, só se houver autorização prévia do Conselho.

Trinta (30) horas são necessárias anualmente, em que um mínimo de quinze horas, têm que necessariamente ser em aprendizagem com outros” (2007:1-2, 6-11).

Carvalho diz que os “diferentes saberes completam-se, e ao desenvolvê-los em situações de formação, faz sentido quando se apresentam interligados e inter-relacionados num todo coerente e não numa forma estanque e desconectada” (2003:22).

Charlot (citado por Malglaive, 1995:69) disse que «um saber expresso num enunciado adquire a sua pertinência na sua adequação a uma relação real e ou na sua coerência interna» ainda nos elucida que os saberes em acção são validados pelo inerente valor dessa prática, ou seja pela sua capacidade em se atingir os fins pretendidos (citado por Carvalho, 2003:22).

Canário et al., verifica para profissões de Saúde a importância do saber prático, construído na acção, “é um saber de importância capital em Medicina na medida em que o médico, permanentemente confrontado com situações singulares, não pode proceder à aplicação mecânica de procedimentos técnicos estandardizados” (1997:131).

Para mais detalhe sobre esta temática, remetemos para o Anexo II.

## **9. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO, A ORIGEM, A FORMAÇÃO E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS OSTEOPATAS**

Neste ponto contextualizamos a realidade histórica Internacional da Osteopatia / Medicina Osteopática, designando com relevância o caso Português e a formação dos Osteopatas no país.

### **9.1 Origem e evolução da Osteopatia.**

Sobre a origem da Osteopatia / Medicina Osteopática e a sua evolução, sucintamente descreve-se, segundo o conhecimento do autor desta Dissertação, usando fontes do General Osteopathic Council sobre o que é a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia: - nome pelo qual hoje designamos esta realidade clínica, é da responsabilidade do cirurgião Americano Dr. Andrew Taylor Still, e só se firmou no Séc.XIX.

Enquanto prática clínica, apareceu nos Estados Unidos da América (EUA) como reforma da Medicina Convencional ou alopática, por volta do ano de 1870. Nessa época ainda não existiam realidades que hoje são correntes no exercício da medicina, tais como: a anestesia, a cirurgia em condições de esterilização, os anti-sépticos, os antibióticos e os raios X. Foi na "enfermaria / hospital" do Dr. Still que apareceu a 2ª máquina de Raios X a Oeste do Mississípi em 1899.

O Dr. Still originalmente não teve intenção em fundar uma nova Escola de Medicina, fê-lo quando a sua filosofia e descobertas científicas foram rejeitadas sem qualquer avaliação ou ponderação, pelas autoridades médicas da altura, não lhe deixando outra alternativa, pois ele propunha a procura / promoção do estado de Saúde Total, em vez do tratamento específico da doença ou do sintoma.

A Medicina Osteopática, desde sempre, posicionou-se numa vertente diferente da Medicina dita alopática: visava melhorar a Saúde como melhor forma de combater as doenças. Atendia às inaptações do indivíduo, ao meio ambiente, quer numa perspectiva física quer numa perspectiva psicológica.

Depois dos estudos do Dr. Hans Selye (1976) e Speranski (1943) sobre o 'stress', este reconhecido pela Medicina alopática como factor causador de doenças de natureza psicossomática, o seu relevo aumentou e o seu estudo desenvolveu-se, tendo a Osteopatia consideravelmente mais a ver com as 'mal-adaptações' ao stress, do que com disciplinas como a Fisioterapia ou a Ortopedia.

A Osteopatia tenta equilibrar os mecanismos homeostáticos (capacidade inerente e auto-reguladora que os organismos vivos têm para obter o seu bem-estar), através de procedimentos tendentes a aliviar as cargas alostáticas (que vão provocar a doença).

Seguindo os pensamentos de Hipócrates, está presente na Medicina Osteopática uma visão que tem em conta cada organismo como uma unidade total onde se identificou o sistema neuro-músculo-esquelético como a "chave" do elemento de saúde, uma vez que todos os outros sistemas trabalham para este.

Foi reconhecida ao organismo uma capacidade inerente para se curar a si mesmo, desde que como advogava o Dr. Still se prevenissem os desequilíbrios através das técnicas Osteopáticas, conjugadas com alimentação equilibrada e exercício físico.

Pode-se ainda informar generalistamente que a Osteopatia é um sistema autónomo e independente de diagnóstico e tratamento que promove o alívio e a cura dos problemas estruturais e funcionais do corpo humano.

O Osteopata, dando ênfase ao sistema neuro-músculo-esquelético, e integrando todos os sistemas, não trata somente doenças e sintomas específicos, trata a pessoa Humana no seu todo, incluindo o estado mental e emocional do paciente. Os métodos de tratamento têm que estar em acordo harmonioso, perante a biologia do indivíduo e da espécie, ponderando na organização e constituição do organismo, nunca esquecendo a co-relação com o meio ambiente. É dada especial atenção à vida do paciente na sua casa, no seu trabalho e em todas as situações em que intervenham factores que possam afectar a Saúde – o seu equilíbrio homeostáticos.

O Osteopata está mais interessado na etiologia, nos factores de predisposição, de precipitação, de facilitação, de contribuição, nos de manutenção, na fisiopatologia da zona, na biomecânica da área, nos tecidos que causam sintomas, etc., portanto no que condiciona, desequilibra, desorganiza, ou altera o estado normal da pessoa como ser humano, perante uma avaliação seguindo os princípios, os valores, os conceitos, os fundamentos e interesses da ciência e arte Osteopática.

Na Osteopatia não há modelos de tratamento, como sucede com outras práticas mais convencionais, o Osteopata adapta-se ao paciente - é uma Escola de Medicina centrada no paciente e não no praticante.

É deveras importante explicar o seguinte: como foi dito, na Osteopatia não há modelos de tratamento, embora por motivos de introdução à Osteopatia, sua apresentação, e tentando explicar com algum detalhe, podem-se usar modelos demonstrativos, de estrutura – função, como também já mencionado, poderá suceder com outras práticas mais convencionais.

Assim, podemos explicar e falar no modelo biomecânico, no modelo respiratório / circulatório, modelo neurológico, modelo bio-psicossocial e também no modelo bioenergético (em consonância, por conhecimento e envolvimento pessoal directo que tivemos, para com a descrição Oficial da Organização Mundial de Saúde, em relação à Osteopatia).

A primeira escola de Osteopatia na Europa, e actualmente considerada a maior instituição do Continente, foi a British School of Osteopathy (BSO), fundada em 1917 em Londres, por um discípulo do Dr.Andrew Taylor Still, o Dr.John Martin Littlejohn que antes de vir para a Europa também tinha criado o actualmente denominado “Chicago College of Osteopathic Medicine, Midwestern University”, Estados Unidos da América. A BSO é reconhecida por uma Universidade Pública e tem actualmente como Patrona, Sua Alteza Real a Princesa Ana.

## **9.2 Os Osteopatas em Portugal**

### **9.2.1 A formação, evolução e o exercício profissional dos Osteopatas em Portugal**

Em Portugal a Osteopatia apareceu na década de 60 do Séc.XX com uma Osteopata Inglesa, formada pela BSO, a Senhora Dra.Margaret Christine Reynolds Edlmann.

Durante anos foi a única Osteopata a trabalhar em Portugal, até que pela década de 80 começaram a surgir alguns Osteopatas Portugueses. O caso do autor desta Dissertação formou-se em 1983, foi assistente da Dra.Edlmann e foi o primeiro Osteopata Português a formar-se na British School of Osteopathy (BSO) outros, entretanto se seguiram. Também surgiram no mesmo período, profissionais vindos doutros países (onde a Osteopatia não estava, nem ainda agora está regulamentada, nalguns desses países) que começaram a exercer em Portugal. Ao mesmo tempo, estes, tentaram dar formação, baseada nos seus conhecimentos, adquiridos nos países donde vieram!

Assim, a formação dos Osteopatas que se nos apresentam actualmente em Portugal é diversa e variada. Para informar sobre a Natureza da Osteopatia, remetemos para o Anexo I.

É de realçar que muitos dos Osteopatas em Portugal, senão todos, os que exercem e são ao mesmo tempo reconhecidos oficialmente, por um Estado Membro de pleno direito da União Europeia, formaram-se no Reino Unido. Este modelo, como tal, é reconhecido e assim foi oficial e devidamente compreendido pelo Governo Britânico. Como exemplo válido e oficial sobre o ensino, com um exemplo de formação base em Osteopatia / Medicina Osteopática, remetemos para o Anexo III.

Ao longo destes anos, os números que entretanto começaram a aparecer em Portugal de pessoas que se intitulam de Osteopatas, como também a necessidade demonstrada pela população é enorme. Verificou-se, entre outras situações, com uma petição com muitos milhares de assinaturas, entregue ao Senhor Presidente da Assembleia da República, para que a regulamentação se processe em Portugal.

Neste sentido, pelo número dos actuais profissionais existentes em Portugal, pela necessidade de cuidados de saúde Osteopáticos que se verifica na população, justificou-se por motivos de segurança para com o Paciente a aprovação de Diplomas legais, ou seja, duma Resolução e duma Lei em Portugal que ainda aguarda Regulamentação.

Com o máximo de rigor e idoneidade, é deveras pertinente afirmar, nesta fase da investigação, quanto aos factos que se nos deparam, a ausência de regulamentação em Portugal, tanto de profissionais como das actuais escolas. Por esta falta, é imperioso remeter para os Capítulos seguintes no que respeita à recolha e análise dos dados obtidos a partir das entrevistas feitas e conclusões.

Neste Capítulo e fase, deve-se teoricamente abordar ainda a situação do Associativismo em Portugal.

### **9.2.2 O Associativismo em Portugal e sua importância**

É-nos dito por Freire, que “o associativismo (...) oferece um campo interessante de problematização teórica e conceptual, neste caso das profissões: pelo papel que estas desempenham na regulação económica do exercício de determinadas actividades profissionais; pelo impacte social que elas têm sobre a procura; pelas influências exercidas sobre as instituições de formação; pelo papel desempenhado na construção de identidades profissionais específicas; e ainda, em certos casos, pela consagração de áreas de jurisdição profissional atribuídas e garantidas pelo Estado” (2004:2).

Ainda, segundo Freire, “não existe entre nós qualquer rigoroso conceito jurídico sobre o que é uma profissão e como ela se distingue de uma simples ocupação profissional (...) é lógico que também não exista qualquer formalização da figura da associação profissional”, pese embora apontam-se alguns “tópicos para o conceito de profissão:

- nível de qualificação média ou superior, assente em formação inicial correspondente ou em qualificações informais de longa aprendizagem;

- diferenciação e especificidade técnica ou científica permitindo algum grau de autonomia profissional e responsabilidade de enquadramento ou coordenação de actividades no domínio em causa;
- auto-identidade social mínima do grupo em questão;
- reconhecimento formal pelas entidades públicas administrativas, pelo mercado ou pela prática social”.

Para o “conceito de associação profissional:

- associação constituída sobre a base do precedente conceito de profissão;
- acção da associação orientada prioritariamente para o reconhecimento da especificidade do grupo profissional, para o controlo da (sua) suficiente profissionalidade e para a defesa dos seus interesses gerais, perante o Estado, a sociedade, os clientes ou empregadores, etc., sem se imiscuir na determinação concreta das remunerações dos profissionais;
- eventual acção complementar ou secundária da associação em domínios relativos à formação, às condições do exercício profissional, à previdência e socorro social, à coesão e convívio do grupo profissional.” (2004:6-7).

Lousada diz que a “realidade associativa espelha a modernização da economia e da sociedade portuguesa” verificando-se em várias áreas, acções para salvaguardarem os seus interesses (citado por Freire,2004:21).

Freire ainda mais nos informa, que há várias modalidades associativas destacando as associações “profissionais de direito público, as de profissionais de carácter científico, artístico ou técnico, as associações nos termos internacionalmente acordados, as associações sindicais, as associações patronais, as associações ou sociedades de carácter científico e outras que tenham adquirido notoriedade pública”, ainda as há de base profissional tais como de agricultores, de estudantes, mutualistas ou de solidariedade social e de interesses directamente económicos (2004:7).

Lousada verifica várias datas de fundação das associações profissionais em Portugal, sendo estas associações categorizadas sob a forma jurídica em: públicas, de direito privado, sindicais e patronais. Diz-nos que as “associações profissionais de direito privado, cujo número duplicou entre 1974-1980 (...) também o não surgimento de associações públicas (vulgo Ordens) entre 1974-1991 como, a contrário, a criação de nove associações deste tipo na última década e ainda o desejo manifesto recentemente por 20 associações em adquirirem esse estatuto jurídico” (Freire,2004:22-23). Ainda é afirmado que “40% destas associações públicas conheceram contenciosos sobretudo com o governo e com outras associações profissionais (...) aponta para um nível de conflitualidade muito maior do que o verificado tanto nos sindicatos como nas associações de direito privado e nas patronais (...)” (Freire,2004:25).

Freire diz-nos também, que a maioria das Associações existentes em Portugal foram fundadas depois de 1974 e com referência ao início do ano de 2002 foram identificadas “num total de 431 associações (...) já depois de encerrada a base de dados (...) houve conhecimento da existência de mais quatro associações” (2004:10).

Neste sentido, segundo a informação de que se dispõe, há para cima de 19 Associações e Federações de Osteopatas em Portugal, por ser impossível neste momento compilar informação completa sobre tal, como já dito anteriormente, por não haver ainda regulamentação da Osteopatia em Portugal, remete-se mais uma vez para as entrevistas, a análise dos dados obtidos e conclusões.

É um facto que se constata, a debilidade da construção da profissão pode resultar na dificuldade em conhecer as associações existentes, saber o que elas fazem. Existem associações de Osteopatas em Portugal (com o nome de Osteopata ou não, mas que dizem ter osteopatas) que, excluindo melhor informada opinião, algumas são praticamente desconhecidas.

Tendo conhecimento verbal que há neste momento mais Associações em formação em Portugal; há algum tempo atrás, verificavam-se as seguintes (em todas elas, fomos informados que há Osteopatas, entre os seus membros). Esta descrição não é exaustiva, nem alfabética. Foi obtida por via de fontes orais, que demonstram a sua existência:

1. Associação de Medicina Alopática e Naturopática;
2. Associação de Profissionais de Osteopatia;
3. Associação dos Osteopatas do Norte de Portugal;
4. Associação Nacional dos Naturólogos;
5. Associação Portuguesa de Medicinas Tradicionais;
6. Associação Portuguesa de Naturopatia;
7. Associação e Registo dos Osteopatas de Portugal;
8. Associação dos Profissionais Especialistas em Medicina Tradicional;
9. Associação Portuguesa de Osteopatas;
10. Associação Colegial Portuguesa de Osteopatas;
11. Associação Nacional de Osteopatas;
12. Associação – Instituto de Técnicas de Saúde;
13. 'Osteopat' - Associação Portuguesa dos Profissionais em Osteopatia;
14. Associação Portuguesa de Medicina Integrativa;
15. Associação de Osteopatas Diplomados;
16. Câmara Nacional dos Naturologistas - Especialistas das Terapêuticas não Convencionais;
17. Conselho Federativo – Federação de Medicinas Não-convencionais;
18. Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais;
19. Federação Portuguesa de Osteopatas.

As instituições descritas nos números 17, 18 e 19 são consideradas Federações, algumas das associações mencionadas mais em cima, podem ou não, pertencer a estas.

Dentro dum raciocínio lógico, levantam-se de imediato questões que tentaremos responder nos Capítulos seguintes. É considerado, segundo Abbott (1992), Dubar (1997a), e Rodrigues (2002) como passos na Profissionalização, indicando a consolidação: as escolas, os locais de trabalho e as associações (ligações aos pares).

Tentando responder mais adiante, a que conclusões poderemos chegar. Pode-se questionar desde já, sobre este processo, que aparenta ser muito difuso, pela elevada proliferação de Associações e Federações:

- será que é, um sinal de falta de consolidação da profissão?
- poderá ser pela falta de formação, ou por existir formação diversa e variada?
- haverá falhas a nível da formação de identidade e profissionalização?
- será que em Portugal, estamos numa fase incipiente, quer em termos de afirmação de identidade, como de identificação (como os profissionais se vêem)?
- será que se pode garantir uma correcta prática ética, deontológica e profissional?





## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **1 – Razões para a investigação**

Salgueiro (1994) informa-nos que «naturalmente para haver investigação é necessário antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado» (citado por Marques,2007:52).

Assim,

##### **1.1 – A problemática**

Gil diz-nos que pesquisar implica usar um “procedimento racional e sistemático que tem como objectivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Adianta dizendo que na sua génese, a investigação, deve-se verificar quando “não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema” (2002:17).

Também se verifica que “a Sociologia dá interpretações do mundo social em vez de verdades demonstráveis”, como Pawson (1999) diz «a investigação em sociologia será sempre parcial e provisória e nunca uniforme nem universal. Verifico que certezas requerem humildade e que a investigação sociológica somente nos pode ajudar em escolher entre teorias em vez de provar uma. Eu fico satisfeito que boa investigação qualitativa vem com qualificações – as nossas hipóteses funcionarão somente para certas pessoas, em certas circunstâncias, em certas alturas» (citado por Taylor e Field,2003:14).

Bailey, refere-se “ao coração do estudo, tem a ver com o problema exposto a partir dos quais todos os elementos fluirão. Esta é a razão para tomar o estudo, é o problema ou questão que apanhou o interesse em primeira mão – o problema que quer resolver (...)” (1997:25).

O significado ou necessidade para o estudo também é importante, segundo Bailey, “a necessidade elabora-se no que o estudo fará para alterar o problema e porque é que o estudo é importante. Diz-nos quais serão os propósitos a prosseguir” (1997:27).

Assim, neste sentido depara-se o porquê em fazer investigação, há muitas e variadas razões que podem classificar-se em “dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática. As primeiras decorrem do desejo de conhecer pela própria satisfação de conhecer. As últimas decorrem do desejo de conhecer com vistas a fazer algo de maneira mais eficiente ou eficaz” (Gil,2002:17).

O trabalho que se nos apresenta verifica-se pela complexidade da questão, numa necessidade de compreender com clareza e precisão o que se passa com os Osteopatas em Portugal, a sua profissionalização e identidade, em comparação com os Países onde a Osteopatia / Medicina Osteopática teve origem, tem tradição e está oficialmente regulamentada, que são os Estados Unidos da América e o Reino Unido.

Levantam-se aspectos importantes no que concerne a vida profissional do Osteopata, directamente relacionado para com a falta de regulamentação e incumprimento do Capítulo V, Artigo 19º da Lei 45 / 2003 de 22 de Agosto. Qual a sua eventual relação (a falta de regulamentação) para com as pessoas que se apelidam de Osteopatas em Portugal. Um número que se admite ser de muitas centenas, ou talvez até milhares. Também, ao mesmo tempo, constata-se a existência de muito mais do que uma dezena de escolas de norte a sul do País, que dizem ‘administrar’ o curso de Osteopatia em Portugal, como já referenciado são inúmeras as Associações e Federações que se dizem de e com Osteopatas.

Ainda neste sentido, é importante constatar que não estamos isolados do Mundo, devemos ponderar nas rápidas mudanças que ocorrem tanto em Portugal como pela Europa, nas últimas décadas.

Dentro desta conjuntura, pela preocupação que verificamos tanto a nível individual como colectivo; pelos vários pontos de vista que se nos deparam constantemente, as perspectivas actuais e futuras, relevaram-se como fundamentais, como estímulo, para este trabalho de investigação.

Gil, enfatiza a formulação da dúvida, a “complexidade da questão, em que o problema deve ser formulado como pergunta; (...) é a maneira mais fácil e directa de formular um problema”, e ainda que “o problema deve ser claro e preciso” (2002:26-27).

## **1.2 – Perguntas de Investigação**

Perante o que se verifica, deparam-se-nos perguntas de partida, que implicam uma tentativa de resposta e compreensão:

- Como surgiu a Osteopatia em Portugal e, quando iniciaram estes profissionais funções e, em que circunstâncias?
- De que forma os Osteopatas percebem a sua profissão em Portugal e no estrangeiro, qual a sua realidade de prática profissional?
- Como é considerado o conhecimento adquirido com o actual exercício profissional, contextualizando Portugal com o estrangeiro?
- Que identificação existe dos actuais profissionais em Portugal, comparando-os com a profissão como ela existe e está regulamentada oficialmente nos Países de origem, que são os Estados Unidos da América e Reino Unido?
- Como se vêem e revêm os Osteopatas com uma identidade própria e que estratégias há de afirmação da sua própria identidade?
- Quando e como se originou uma estrutura de cursos consolidada no País?
- Qual a área ou áreas de intervenção no ‘mercado’, da Osteopatia – em que áreas do saber actuaam?;
- Análise de questões a nível da sua organização colectiva (associações) que tipo de actuação têm, como podem valorizar?
- Qual a intervenção dos profissionais de Osteopatia usando a caracterização do conceito de profissão proposto pelos principais paradigmas de análise das profissões?

- Qual o posicionamento, ou seja, os aspectos que têm a ver com a ligação / relação dos Osteopatas com as outras Profissões e qual a sua ligação com o Estado no que concerne a formação da sua própria identidade – regulamentação e regulação?

## **2 – Objectivos de Investigação**

Fortin diz-nos “(...) o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer (...)” (1999:99).

Neste sentido desenvolveremos:

Objectivos gerais -

- a nível da Sociologia das Profissões e com revisão de literatura, identificar e desenvolver, descrevendo os vários factores que os Osteopatas seleccionados consideram importantes para a construção / formação da profissão;
- caracterizar a situação dos Osteopatas em Portugal e compará-la com a actuação destes profissionais no estrangeiro (realidade da prática profissional dos Osteopatas nos outros Países).

Objectivos específicos –

- verificar os processos através dos quais os Osteopatas constroem a sua identificação enquanto profissionais de saúde (atitudes, valores, representações, processos e regras) e, no que tem a ver com questões da sua formação identitária e de identificação;
- analisar aspectos que se prendem na relação destes profissionais com o Estado e os aspectos mais marcantes da formação / constituição das suas próprias identidades, isto é, analisar as relações específicas que os profissionais mantêm com o Estado no que diz respeito à formação/construção da prática Osteopática em Portugal.

## **3 – Tipo de estudo**

Bessa (1997) diz-nos que «(...) nenhuma bengala anda sozinha; os métodos ou metodologias não são mais do que bengalas de que nos servimos; as bengalas não são todas iguais e muitas vezes há que adaptá-las à situação, às necessidades dos seus utilizadores» (citado por Graça et al 2005:90).

Nesta consequência foi utilizado um estudo, dentro do paradigma qualitativo, de carácter exploratório-descritivo.

Em termos gerais, um paradigma qualitativo define-se, num “conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação”, assim “postula uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista e subjectiva” (Carmo e Ferreira,1998:177).

Deslauriers (1997:294) informa que «a expressão ‘métodos qualitativos’ não tem um sentido preciso em ciências sociais. No melhor dos casos designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, decodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão

mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência» (citado por Guerra, 2008:11).

Sabendo então que a ciência social, é uma ciência subjectiva, Santos diz-nos que "(...) tem de compreender os fenómenos sociais a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem as suas acções" (2002:22).

Ainda Strauss e Corbin, informam que implica "realizar investigação acerca da vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, bem como o funcionamento das organizações, movimentos sociais, fenómenos culturais e interacções entre nações" (1998:11).

Gil, disserta em relação à 'pesquisa exploratória' em que "têm como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses" ou seja "(...) o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições" o planeamento "é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao facto estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e c) análise de exemplos que" segundo Sellitz et.al.(1967:63) «estimulem a compreensão». Ainda nos diz que a maioria usa na investigação exploratória "a forma de pesquisa bibliográfica ou o estudo de caso" (Gil,2002:41). Ainda nos elucida sobre as 'pesquisas descritivas' em que têm como "objectivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. (...) são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objectivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são (...) aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis. Há (...) pesquisas (...) com base nos seus objectivos, acabam (...) para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das exploratórias". Pesquisas descritivas e exploratórias são as normalmente usadas pelos investigadores sociais "preocupados com a actuação prática" (Gil,2002:42).

Dentro deste plano de raciocínio para com o tipo de estudo, devemos agora ter em linha de conta Ponte. Informa-nos Ponte, que um estudo de 'caso exploratório', "é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse" (2006:2).

Como se sabe, não há qualquer estudo Sociológico em Portugal feito aos Osteopatas. Neste sentido, a linha de investigação deve-se debruçar para o que Gil menciona; em que o 'estudo de caso', para além desta utilização num "estudo exploratório e descritivo (...) pode ser importante para fornecer respostas relativas a causas de determinados fenómenos (...) para proporcionar maior nível de profundidade, para transcender ao nível puramente descritivo proporcionado pelo levantamento." (2002:138).

## **4 – Unidades em análise**

Segundo Fortin (1999), uma unidade de análise de um estudo exploratório, pode ser uma família, um indivíduo, um fenómeno, ou até um grupo, uma organização ou ainda uma unidade social. Neste projecto de Investigação Científica, os Osteopatas são a unidade de análise visada. Fortin (1999) ainda nos diz, com o intuito de aprofundar uma investigação, as unidades ou unidade de análise, ainda se podem subdividir. Consideraremos aqui, eventualmente, e a título de exemplo, caso se verifiquem opiniões díspares, Osteopatas que exerçam a tempo inteiro ou não, e Osteopatas que tenham feito ou não, um curso numa escola reconhecida oficialmente por um Estado, como subunidades de análise.

## **5 - Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

Nesta fase será conveniente abordarmos uma plausível definição do que se consideram 'métodos' e, o que se entende por 'técnica'. Grawitz (1993), define métodos como «um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas»; as técnicas, verificam-se em procedimentos que envolvem processos bem definidos, rigorosos, capazes de serem aplicados nas mesmas condições, para com a mesma problemática e causalgia; ainda diz também, que a escolha da técnica implica no objectivo, a que se pretende chegar (citada por Carmo, 1998:175).

Fortin informa-nos que, num estudo exploratório e descritivo, o investigador "(...) visa acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno", neste sentido devem-se escolher as formas ou instrumentos para a recolha dos dados, tais como: as entrevistas semi-estruturadas, a observação, o material de registo, entre outros. (1999:240).

Atendendo aos objectivos que se definiram, a partir das perguntas de investigação, como instrumento de recolha de dados, escolhemos a utilização da entrevista semi-estruturada.

"No processo de recolha de dados, recorre-se a uma das várias técnicas próprias da investigação qualitativa", foi escolhida a entrevista semi-estruturada de entre "o diário de bordo, o relatório e a observação. A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação" (Brunheira, sem data).

Autores conceituados como Quivy e Campenhoudt (1995) designam as entrevistas semi-estruturadas por semi-directivas.

Estrela diz-nos que ao usar uma entrevista semi-estruturada chega-se a "(...) uma orientação semi-directiva, sem prejuízo de uma prévia estruturação da entrevista" (1990:354). Desta forma Bogdan e Biklen dizem que as boas entrevistas obtêm-se se os participantes entrevistados estão e falam à vontade, para que se "produza uma riqueza de dados" (1994:136); ainda dizem, que usando estas entrevistas, haverá uma "certeza de se obter dados comparáveis" entre os vários entrevistados (1994:135). Desde que o

entrevistador seja "(...) detentor, (...) do 'knowhow' requerido para conduzir com êxito (...) e prosseguir assim o fim desejado" (Santos,1982:11).

Através da entrevista consegue-se directa e verbalmente formalizar um meio de comunicação, entre o investigador e entrevistados no estudo. Gil, diz-nos que se consegue numa forma correcta e concisa obter informação "(...) acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram" ainda disse que, perceptivamente contextualiza-se através dos argumentos dados, acerca de "coisas precedentes"(1995:55).

Existem algumas desvantagens, segundo Fortin (1999), disse este que, o número de entrevistas não pode ser muito grande, porque este tipo de entrevista implica usar muito tempo para o investigador e também para o entrevistado. Quivy e Campenhoudt (1995) disseram que devido a este tipo de ferramenta ser muito permissível, o investigador terá dificuldades em trabalhar sem directrizes técnicas precisas. Também numa forma oposta há investigadores que podem pensar que podem interagir na conversação com os entrevistados sem um mínimo de forma. Ainda alertaram para com a demasiada familiaridade entre investigador e entrevistado, tal situação pode induzir a imprecisões e generalizações.

Assim, Silverman diz-nos em relação a alternativas, e das dificuldades que esta técnica implica, pela situação em que, "tentando abandonar as respostas dos entrevistados como sendo potencialmente 'verdadeiros' quadros da 'realidade', nós abrimo-nos para a análise dos métodos culturalmente ricos, através dos quais entrevistadores e entrevistados, consentaneamente vão gerar dados plausíveis do mundo" ou seja, o importante é criar o melhor dos resultados (2003:123).

Dentro desta panorâmica obtiveram-se os dados usando um guião, sob a forma de questionário, seguindo o argumento estabelecido por Polit et al., em que nos diz que a entrevista semi-estruturada deve ser usada "(...) quando o investigador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos" (2004:252).

## **6 - Procedimento**

Para que se maximizasse o tempo da entrevista, foi dito aos entrevistados que poderiam desenvolver as respostas no momento, argumentando e interagindo livremente perante os temas colocados.

Houve algum nível de interacção quando da entrevista, pese embora, tentando-se manter num mínimo, para evitar interromper os raciocínios e o livre desenvolvimento das questões colocadas.

As entrevistas foram marcadas atempadamente pelo telefone pelo investigador que era ao mesmo tempo o entrevistador. Foram feitas individualmente no local de prestação de cuidados de saúde do investigador, em sala definida para esse propósito ou, igualmente no consultório do entrevistado. Ninguém poderia estar a ouvir a entrevista, e esta deveria ser feita ordenadamente, sem interrupções que gerassem alguma falta de concentração.

Foram informados todos os entrevistados do tempo que cada entrevista poderia levar o que foi cerca de 1 a 1 hora e meia a completar, e somente, foram gravadas em áudio digital.

Quando das entrevistas, os entrevistados foram sucintamente apresentados para se poderem reconhecer as gravações, isto, não fazendo parte das transcrições.

Dez entrevistas foram feitas, onde se verificou saturação da informação nas últimas, seguindo o que Morse (1994) disse, quando se verifica haver «repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos» (citada por Streubert e Carpenter,2002:26).

Ainda se apontou aos entrevistados, que era difícil analisar qualquer tipo de expressão e silêncio, por isso seria necessário, sempre e verbalmente, explicitarem as opiniões, falando claramente ou perguntar quando não percebiam as perguntas.

O mesmo texto/guião foi usado em verbatim para cada um dos entrevistados, após o acerto final dado na primeira entrevista e de acordo com o Orientador – Apêndice II, denominado Guião das Entrevistas feitas aos Osteopatas.

Ainda houve uma verificação da eficiência do guião das entrevistas, com a intenção de produzir, legitimar, tornando o guião o mais inteligível e preciso, usou-se a primeira entrevista para prevenir, enriquecer em substância, e ainda verificar o tempo necessário para levar a bom termo as entrevistas; para poder informar os demais entrevistados.

Desta forma informou-se o Orientador, confirmou-se também que a ordem das perguntas e a fraseologia eram facilmente perceptíveis. Houve algumas pequenas alterações e adições. Mais tarde, voltou-se a contactar o primeiro entrevistado para preencher os pontos que necessitaram ser adaptados.

## **7 – Participação e selecção no estudo (critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados)**

Streubert e Carpenter argumentam que o “uso do termo participante ilustra melhor a posição que os investigadores qualitativos subscrevem” (2002.25).

Os participantes a ser entrevistados, como ideia original, deviam ser Osteopatas das mais variadas formações, dadas em estabelecimentos conhecidos, quer oficialmente aprovados ou não, tanto em Portugal como no estrangeiro. Tentou-se neste sentido, para atingir os objectivos propostos para o estudo, usar uma amostragem estratégica de entre os Osteopatas que há em Portugal ou que se intitulam como tal, quer fossem conhecidos pelo investigador ou não.

Contactaram-se vários Osteopatas que trabalham em Portugal, usando os seguintes critérios:

- a) com a maior diversidade possível (incluindo idades, género, e formação)
- b) que fizeram um curso dito de Osteopatia, quer tivessem tido uma outra qualificação profissional anterior, ou não



- c) com um diferente número de anos de experiências profissional ou seja, com mais de vinte anos de formação e com poucos anos de prática e ainda recém-formados
- d) osteopatas que estivessem ligados ao ensino e não.

A diversidade foi tida como importante factor de escolha, e selecção dos candidatos, desenvolvido pelo conhecimento directo, que o investigador detém do terreno.

Todos os candidatos contactados telefonicamente aceitaram de imediato a proposta formulada verbalmente, em virem a ser entrevistados.

Ainda é de realçar que a intenção foi seleccionar oportunistamente indivíduos de ambos os sexos, representando as mais diferentes experiências e formações ditas de Osteopática, tanto a nível Nacional como Internacional.

## **8 – Considerações éticas**

Fortin diz que “ (...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” (1999:116).

Fizeram-se os devidos esclarecimentos sobre a natureza e os objectivos do estudo. Os entrevistados também foram informados do anonimato dos dados obtidos no que concerne, a conexão directa, com a sua identificação. Foi dito a todos que poderiam a qualquer momento interromper a investigação, assim o seu livre direito à auto-determinação estaria sempre mantido.

Consequentemente e atempadamente, foi-lhes enviada por correio electrónico informação detalhada sobre o tipo, e natureza do estudo, e ainda sobre o que se queria analisar, convidando-os (por escrito) a tomar parte. Nesta fase, já chamamos a atenção dos entrevistados, sobre o total sigilo, isto é, que a sua identidade jamais seria revelada em conexão com a informação obtida, para o qual se usou um Consentimento Informado que assinaram antes da entrevista começar (Apêndice I).

Em relação ao Consentimento informado e auto-determinação, devemos mencionar o que, Silverman (2003) disse, que todo o indivíduo considerado pleno das suas funções em competência deve poder discriminar se aceita ou não riscos que lhe possam ser infligidos. Também, Beauchamp e Childress (1994) reconheceram a importância dum conjunto de princípios como actuação base, perante a doutrina da dignidade do ser Humano, que são:

- beneficência
- não-maleficência
- justiça
- respeito pela autonomia
- vulnerabilidade.

Segundo estes autores estes princípios devem ser interpretados segundo a especificidade da situação em apreço.

Ainda foi perguntado a todos os entrevistados se estavam conscientes do acto e, se este era da sua livre vontade, como também que não poderiam, nem beneficiar, nem prejudicar-se, pelo facto de irem ser entrevistados. Ninguém recebeu qualquer tipo de pagamento.

Todos os participantes entrevistados foram elucidados que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação e nada mais, também reiteramos sobre o anonimato das respostas dadas nas entrevistas. Colocou-se a questão a todos os entrevistados se compreendiam a temática e o que esta envolvia; qualquer dúvida em qualquer altura deveria ser colocada.

O Apêndice I contém dados que informam os potenciais entrevistados sobre a natureza e objectivos do projecto, e o que envolve ao aceder tomar parte na Investigação. Este Apêndice também inclui o consentimento informado.

Ficou explícito verbalmente, e também por escrito, o que se queria. Imediatamente antes da entrevista, leu-se todo o conteúdo, dando a informação adequada sobre qualquer dúvida suscitada, para que fosse compreendida a natureza do estudo, e para que não se deixasse por explicar qualquer pormenor.

Repetiu-se que a opinião honesta, seria em absoluto necessária, pois o nome de qualquer entrevistado jamais poderia ser revelado ou conectado, numa relação directa com a informação prestada.

Todos assinaram e dataram o consentimento informado que ficou à guarda sigilosa do investigador.

As gravações áudio ficaram com as necessárias identificações e todas foram transcritas pelo investigador.

Aos entrevistados foi dado um código.

As gravações e transcrições estão guardadas e, sempre estiveram em posse do investigador.

Os nomes dos entrevistados no estudo somente são conhecidos pelo investigador e orientador.

Todas as gravações serão destruídas 6 meses após a publicação.

O desenho do estudo foi para maximizar a riqueza da informação a obter e, minimizar inconveniências aos entrevistados.

## **9 – Material usado**

Usaram-se dois gravadores áudio digitais com microfone integrado e baterias recarregáveis (tentou-se sempre usar material reciclável, tendo em mente a poupança de recursos ambientais).

Uma folha de papel e esferográfica foi usada na primeira entrevista para tomar notas e desenvolver a entrevista.

Usou-se um computador com processamento de texto, para transcrever as entrevistas a partir dos gravadores digitais. Mais tarde imprimiram-se as entrevistas a partir do computador pessoal, com impressora conectada a este.

Em termos de 'software', usou-se 'Microsoft Word' para a análise e transcrição dos dados obtidos, ou seja, sobre o conteúdo das entrevistas e produção de todo o resto.

## **10 – Tratamento dos dados e técnicas de análise**

### **Organização da análise.**

Para o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas usou-se a análise de conteúdo seguindo Bardin. Diz-nos que, a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O factor comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extracção de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência”. Também diz este que a análise de conteúdo, reveste-se num rigor baseado na objectividade, mas também, é fecundo em subjectividade. Ainda nos induz a um raciocínio, em que nos afirma, que “a análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), embora o inverso, prediz os efeitos a partir de factores conhecidos, ainda não esteja ao alcance das nossas capacidades” (Bardin,2008:167).

Sendo um instrumento “polimorfo e polifuncional, (...) para além das suas funções heurísticas e verificativas” (no sentido de obter uma aproximação à solução do problema, que assim se podem verificar) pese embora, alongando temporalmente, entre “as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas”. Não se ficando por aqui, vai mais longe, dizendo que “os processos de análise de conteúdo obrigam à observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reacção interpretativa”, realçando que, se este espaço temporal não for preclusivo, ou seja, for “rico e fértil, então há que recorrer à análise de conteúdo” (Bardin,2008:11).

Também Estrela, refere-se à análise de conteúdo afirmando que é “uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (1990:467).

Vala (1986) diz-nos que «a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicativa, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas. (...) Trata-se da desmontagem dum discurso e da produção dum novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise» (citado por Silva e Pinto,1986:104). Vala ainda nos diz que, a análise de conteúdo «pode ser utilizada (...) em investigação empírica, com a vantagem de em muitos casos funcionar como uma técnica não-obstrutiva. (...) um dos problemas (...) quando se recorre aos indivíduos como fonte de informação, (...) as respostas são afectadas por um certo número de enviesamentos (...) decorrentes da consciência que os sujeitos têm de que estão a ser observados ou testados, dos constrangimentos associados ao papel de entrevistado

(...), da interacção entrevistador-entrevistado. (...) Mas também tem a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre a correspondência, entrevistas abertas, mensagens dos 'mass-media', etc.. fontes de informação preciosas que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente» (citado por Silva e Pinto,1986:106-107).

Tendo descrito situações importantes da análise de conteúdo e no que se aplica ao nosso estudo, levanta-se de imediato: - então como fazer a organização da análise? Bardin, destaca e acentua a necessidade das “diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

- 1- a pré-análise;
- 2- a exploração do material;
- 3- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (2008:121).

Em relação à pré-análise, é a fase organizativa 'per se', no nosso caso concreto, implicou transcrever as gravações áudio para papel através do uso informático, donde foi retirado todo o material que nada tinha a ver com o estudo.

Ao Investigador ou entrevistador denominamos de (I) e, os entrevistados consignamos uma denominação (E) ao qual classificamos com um número consoante a entrevista de 1 a 10. Achamos pertinente exemplificar uma transcrição, que por razões éticas e de sigilo, honrando os compromissos estabelecidos, para com os entrevistados, para não poderem ser directamente identificados, denominamos de E9 (ver Apêndice III). Neste sentido gerou-se a necessidade de estabelecer uma análise estrutural, subdividida esta em unidades de análise (ver Apêndice IV).

Bardin, informa-nos que tendo constituído “um corpus”, através do estabelecimento dos documentos, sobre os quais vamos efectuar a análise; para a sua constituição estabelecemos “escolhas, selecções e regras” que foram seguindo este autor:

- ❖ “regra da exaustividade;
- ❖ regra da representatividade;
- ❖ regra da homogeneidade; e
- ❖ regra da pertinência” (2008:121-124).

Subsequentemente (ver Apêndice V) tivemos que explorar o “corpus” sendo uma “fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, de decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin:2008:127), .

A fase da codificação, segundo Holsti (1969) «a codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo» (citado por Bardin,2008:129). Este autor, estabelece que a codificação, compreende selecções sobre as quais fizemos uso do:

- ❖ “recorte: escolha das unidades”; e da
- ❖ “classificação e agregação: escolha das categorias” (2008:129-130).

As unidades de registo foram estabelecidas pelo recorte, que segundo Vala é conhecido como «a unidade de informação» (citado por Silva e Pinto,1986:114) ou seja,

estabelecemos, “a nível semântico o ‘tema’, (...) é uma unidade de significação que se liberta naturalmente dum texto analisado (...) que serve de guia à leitura (...) o tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.. As respostas a questões abertas, as entrevistas (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base” (Bardin,2008:130-131).

Seguidamente iniciamos a categorização, onde Bardin nos diz que “a maioria dos procedimentos de análise organiza-se, em redor de um processo de categorização” (2008:145).

Vala, acentua que “as categorias são os elementos chave do código do analista”. Ainda diz que Hogenraad (1984) define uma categoria como um certo número de sinais de linguagem que representam uma variável na teoria do analista (...) uma categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”. Vala ainda realça que, «a construção de um sistema de categorias pode ser feita ‘a priori’ (onde o analista opta por categorias definidas) ou ‘a posteriori’ (sem qualquer pressuposto teórico a orientar a elaboração dum plano de categorias), ou ainda através da combinação destes dois processos.» (citado por Silva e Pinto,1986:110-111).

Pela análise do quadro teórico e dos objectivos do estudo, optamos pela construção dum quadro ‘a priori’ de categorização, como nos refere Vala, em que «a interacção entre o quadro teórico de partida do analista, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipóteses permitem a formulação de um sistema de categorias e o que lhe importa é a presença ou ausência dessas categorias no corpus. (...) referências teóricas orientam a (...) exploração do material» (citado por Silva e Pinto,1986:111-112). Pese embora, para além das categorias que foram definidas ‘a priori’, tendo por base os objectivos e o quadro teórico de referência, para análise do tema de investigação, (a partir da análise matéria das entrevistas), ainda surgiram outras categorias, que resultaram da análise dessas mesmas entrevistas.

A seguir o Quadro I contém a descrição resumida deste estudo.

**Quadro I** – Sinopse das entrevistas: Temas, Categorias e Subcategorias.

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	
Aspectos globais da profissão	Ser Osteopata	Caracterizar Explicar	
	Conhecimento e informação do Público sobre a Osteopatia		
	Formação académica e profissional	Relação conhecimentos base com o exercício profissional autónomo / independente, técnica e deontologicamente	
		Estágio profissional	
		Habilitações académicas e seu contributo	
		Licenciatura / Mestrado integrado (duração da formação mínima necessária)	
	Expectativas profissionais		
	Regulamentação		
	Exercício profissional	Área primordial da actuação clínica da Osteopatia	
		Áreas de intervenção e competências no presente	
		Sobreposição na actuação profissional com outras profissões	
		Propósitos de actuação futura	
		Formação não qualificada	
		Implicação do género	
	Trajectória profissional/perfil profissional	Fácil	
Difícil			
Poder profissional	Identificação e entendimento de formas de poder profissional		
	Poder médico		
	Relação com o Estado		
	Poder profissional e regulamentação dos osteopatas		
Reconhecimento profissional	Reconhecimento interprofissional		
	Reconhecimento profissional pelo Público		
	Prática/desempenho profissional	Dificuldades	
Aspectos negativos			

Identidade e Perspectivas profissionais	Identidade profissional	Competências / Comparação da formação entre Portugal e estrangeiro
		Áreas de intervenção clínica
	Título de Dr.	Aceitação
		Rejeição
	Título Profissional de Osteopata e Médico Osteopata	Aceitação / Aspectos positivos
		Importância da alteração do título
		Rejeição / Aspectos negativos
	Associativismo / práticas organizacionais	Indiferença
		Tipo de actuação / panorama associativo
		Actividade Associativa
		Relação inter-associativa
	Perspectivas profissionais futuras	Filiação associativa
		Ideal osteopático
	Intervenções relacionadas com o reconhecimento profissional	Direitos de prática clínica
Evolução e desenvolvimento profissional		
Estratégias de Integração e desenvolvimento em Portugal		
Carreira de Osteopata		
	Informação sobre a profissão	
	Argumentos favoráveis	
	Argumentos desfavoráveis	
	País Europeu de referência	

Após a pré-análise, seguiu-se a análise, a interpretação dos dados e a discussão dos resultados obtidos.

Nesta fase, será conveniente mencionar algumas limitações encontradas durante o trabalho. Várias situações de fundo ocorreram pelo facto do investigador ser osteopata de formação base, e não sociólogo. Sem dúvidas que há uma grande proximidade da parte do investigador em relação aos entrevistados, pese embora, a abordagem do trabalho e tema, isto é, a sua natureza científica e de investigação é sociológica.

Também houve que fazer referência a muitos autores, o que obrigou a um trabalho exaustivo de pesquisa de literatura, tanto nacional como estrangeira.

Constatou-se ainda alguma falta de tempo e pequenas dificuldades técnicas, isto é, nos pequenos detalhes que foram surgindo tais como, na dificuldade que houve em realizar uma entrevista por graves razões de doença dum familiar desta pessoa em questão.

Foi necessário pesquisar, estudar, verificar, avaliar e reflectir, sobre qual a melhor forma para com o tratamento e análise dos dados. Embora facilmente ultrapassadas, verificaram-se ainda mais algumas pequenas limitações de carácter teórico-metodológicas e empíricas na análise e tratamento dos dados.

Vejamos a seguir o tratamento e análise dos dados.





## CAPÍTULO III

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS

Devemos informar, nesta fase, para com a análise do conteúdo que se segue, e quando não há possibilidades de confrontar com qualquer revisão de literatura, a comparação é feita a partir do conhecimento que detemos da realidade externa a Portugal.

Realçamos que obtivemos a maior parte da nossa formação Universitária e Pós-Universitária tanto no Reino Unido como nos Estados Unidos da América, Países onde a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia teve a sua origem, e se encontra em franco desenvolvimento, aí está em pleno oficialmente regulamentada e regulada.

Por conseguinte, este trabalho não é uma análise entre Portugal e o estrangeiro; a todo o momento nesta Dissertação, tentamos articular a análise de conteúdo com os objectivos do estudo e as questões orientadoras da investigação.

#### **1 – Caracterização dos entrevistados**

Para caracterizarmos os entrevistados vamos apresentar a análise sob a forma de leitura e de 'quadros de análise' que, segundo Dunleavy, os "quadros (...) também são pontos a que devemos dar atenção" (2003:90). Blaxter et al, ainda disseram que "é uma boa ideia incluir quadros de análise nos relatórios ou teses (...) os quadros podem ser usados para sumarizar informação (...), indicam as relações entre as diferentes variáveis debaixo de consideração, (...) são uma forma, que é frequentemente usada" (2002:247). Neste sentido, descreveremos a idade, o género, o tipo e a duração da formação profissional, os anos de experiência profissional, o estágio feito, actividade profissional e ainda a actividade associativa.

##### **1.1 - Idade**

No estudo participaram 10 Osteopatas. A idade mínima dos entrevistados era de 24 anos, a máxima de 59 anos. Constatamos que há várias gerações de Osteopatas presentes.

**Quadro II** – Distribuição das idades dos entrevistados neste estudo segundo o género

Masculino	Feminino
24	25
24	41
32	43
38	
40	
45	
59	

Fonte: entrevistas

## 1.2 - Género

Entre todos os entrevistados 3 são mulheres e 7 são homens.

## 1.3 - Formação profissional (tipo)

Dos 10 participantes entrevistados verifica-se uma formação variada e heterogénea.

Assim:

- 3 dos entrevistados fizeram um curso oficialmente reconhecido, em tempo inteiro no Reino Unido, assim detêm absoluto reconhecimento pelo Estado Britânico;
- 2 fizeram o curso, primeiro em Portugal, e depois no Reino Unido, detendo assim também um reconhecimento académico e profissional pelo Estado Britânico;
- 1 entrevistado cujo curso foi dado em Portugal com uma Universidade do Reino Unido (à altura, o curso, não detinha oficialmente reconhecimento profissional), portanto a sua qualificação académica é reconhecida aí, não detém presentemente, qualquer reconhecimento profissional Britânico;
- 1 entrevistado cursou em Portugal, detinha uma formação de base como fisioterapeuta. A escola onde cursou Osteopatia entretanto desapareceu. Tinha sido fundada por um profissional francês em Portugal;
- 2 dos entrevistados estudaram e formaram-se em Portugal, através duma escola portuguesa; e finalmente,
- 1 entrevistado fez o curso em França, foi um curso de seminários, para pessoas que tinham de ter uma formação de base em saúde, já era fisioterapeuta.

## 1.4 – Formação profissional (duração)

**Quadro III** – Distribuição dos entrevistados por género e duração da formação profissional base.

Masculino	Feminino
4 anos a tempo inteiro de 5 a 8 horas por dia, 5 dias por semana, detém grau académico de licenciatura, curso devidamente estruturado e reconhecido oficialmente pelo Governo Britânico.	
4 anos a tempo inteiro de 5 a 8 horas por dia, 5 dias por semana, detém grau académico de licenciatura, curso devidamente estruturado e reconhecido oficialmente pelo Governo Britânico	
Era fisioterapeuta; curso de seminários anuais, de 6 anos, 6 dias de cada vez; outras formações para além do curso principal em Paris (não especificou	Era fisioterapeuta; 6 anos de curso, em Portugal, curso de seminários 6 vezes por ano, 4 dias de cada vez; com outras formações para além do curso principal.

quantos seminários).	
3 anos, curso feito em Portugal em tempo inteiro	3 anos, curso feito em Portugal em tempo inteiro
3 anos de curso em Portugal, em horário pós laboral, curso somente com reconhecimento acadêmico no Reino Unido; mais outro curso de 2 anos no Reino Unido; curso devidamente estruturado e reconhecido oficialmente pelo Governo Britânico – obteve reconhecimento acadêmico e profissional.	3 anos de curso em Portugal, em horário pós laboral, curso somente com reconhecimento acadêmico no Reino Unido; mais outro curso de 2 anos no Reino Unido; curso devidamente estruturado e reconhecido oficialmente pelo Governo Britânico – obteve reconhecimento acadêmico e profissional.
3 anos em Portugal em horário pós laboral, curso somente com reconhecimento acadêmico no Reino Unido, 5 a 6 horas por dia, 5 dias por semana, só com um mês de férias de intervalo; com outras formações para além do curso principal.	
4 anos a tempo inteiro de 5 a 8 horas por dia, 5 dias pró semana, equivalente a licenciatura, curso devidamente estruturado e reconhecido oficiosamente à altura pelo Governo Britânico. Através do preenchimento dum Perfil Profissional e Portfolio obteve reconhecimento profissional no Reino Unido; assim, pode exercer cuidados se saúde osteopático com plenos direitos.	

### 1.5 - Anos de experiência profissional

**Quadro IV** – Distribuição do número de entrevistados por género e anos de experiência profissional.

Masculino	Feminino	Nº de anos de experiência profissional após formação base.
1	1	1
1	1	2
1		3
1		7
	1	9
2		18
1		30

## 1.6 – Estágio profissional

**Quadro V** – Distribuição dos dez Entrevistados em relação ao estágio profissional.

Cursou somente em Portugal, não fez qualquer estágio.
Cursou somente em Portugal não fez estágio osteopático, já tinha uma outra profissão de saúde, fisioterapia.
Cursou primeiro em Portugal, não explicitou outra informação sobre qualquer estágio em Portugal excepto, algumas horas com dois Osteopatas credenciados no Reino Unido, nos seus consultórios particulares, um antes de ir para Inglaterra, e o outro depois de vir, a maior parte do estágio foi feito no Reino Unido, mais de mil horas.
Cursou em Portugal, está a fazer um estágio, mas não é com um osteopata, está à procura de mais estágios.
Cursou em França, não fez estágio excepto uns 'mini-estágios' de um dia.
Cursou no Reino Unido, fez estágio osteopático devida e oficialmente integrado e estruturado no curso que fez em Inglaterra.
Cursou no Reino Unido, teve de estágio, mil cento e poucas horas, oficialmente reconhecido, estruturado e integrado durante o curso.
Cursou primeiro em Portugal (não foi obrigado a fazer estágio, porque já era um profissional de saúde, fisioterapeuta); no Reino Unido teve estágio devida e oficialmente estruturado e integrado.
Cursou em Portugal, somente detém reconhecimento académico no Reino Unido, fez estágio em Portugal em consultórios privados de outros osteopatas.
Cursou no Reino Unido, fez estágio devidamente estruturado e integrado em Inglaterra, embora tivesse sido há mais de 30 anos, o estágio foi integrado ao longo dos anos no curso.

Todos os entrevistados são unânimes e claros, afirmam peremptória e fortemente que o estágio osteopático é em absoluto essencial (a consolidar esta informação mais adiante).

## 1.7 – Actividade Profissional

Todos os entrevistados exercem clínica Osteopática privada em Portugal. Um dos entrevistados (E10) diz que trabalha pouco em Osteopatia, porque não teve estágio e, sente que pode ser um perigo para a saúde pública, disse: "(...) se fosse uma pessoa que não tivesse qualquer tipo de princípios andava a fazer Osteopatia, andava a fazer muitas asneiras" (a consolidar esta informação mais adiante).

## 1.8 - Actividade Associativa

**Quadro VI** – Distribuição do número de Entrevistados por género, em relação à actividade associativa.

Feminino	Masculino
(E10) Não está associada nem nunca esteve em sítio algum, embora tivesse tentado.	(E9) Está associado em Portugal e também no Reino Unido e, ainda está oficialmente inscrito no Reino Unido.
(E6) Pertence a uma Associação em Portugal e a uma Organização Europeia de Osteopatas,	(E8) Está associado em Portugal e, no Reino Unido está só oficialmente inscrito no GOsC. (Não está Associado no Reino Unido).
(E5) Está associada em Portugal e, no Reino Unido está só oficialmente inscrita no GOsC, pertence às mesmas organizações nos dois Países. (Não está Associada no Reino Unido).	(E1) Está associado em Portugal e, no Reino Unido está só oficialmente inscrito no GOsC.
	(E7) Em Portugal pertence a uma Associação e a uma Federação.
	(E4) Não está associado nem nunca esteve.
	(E3) Pertence a uma Associação em Portugal e a uma organização europeia de osteopatas e ainda a uma academia, noutro País.
	(E2) Pertence a uma Associação em Portugal, já esteve inscrito oficialmente no Reino Unido agora não, acha que actualmente não compensa o investimento.

- Os entrevistados E1, E2, E5, E8 e E9 pertencem à mesma Associação em Portugal, pese embora, tiveram percursos de formação diferente, acabaram por chegar todos ao mesmo reconhecimento tanto académico como profissional no Reino Unido.

- E3 e E6 seguiram um percurso de formação diferentes, pertencem a Associações diferentes em relação aos primeiros descritos, a formação foi feita em França ou através da França.

- E4 e E10 não conseguiram até agora associar-se, inclusive (segundo estes) foi-lhes recusado o associativismo, pelo facto, do curso que fizeram ser dado por outra instituição estranha à Associação / Federação em questão.

- E7 pertence a uma Associação e Federação diferentes dos outros mencionados

## 2 – Aspectos Globais da Profissão

A análise do “corpus” levou-nos em definitivo a considerar a temática dos Aspectos Globais da Profissão, para os quais se geraram as categorias descritas. Sempre que possível, usam-se referências teóricas verificadas durante a revisão da literatura; nesta sequência, assim prosseguimos em consentâneo.

**Remetemos para o Quadro I** a consulta do tema: Aspectos globais da profissão e das respectivas Categorias e Subcategorias, pág.75.

### 2.1 - Ser Osteopata

Nesta Categoria **Ser Osteopata**, consideramos duas subcategorias, ponderando para com a sua análise verificamos que:

**2.1.1** na subcategoria **Caracterizar** todos os entrevistados são unânimes em mencionar a parte holística da Osteopatia, um conhecimento profundo de áreas científicas, a maneira própria de pensar, o raciocínio que se faz, usando os princípios, isto é, a filosofia da Osteopatia.

Assim, verifica-se em consonância com os outros entrevistados que, E1 fala da “atenção ao paciente, estar centrado no paciente, saber a anatomia e fisiologia profundamente, saber a sua medicina, isto é, as contra-indicações, saber fazer diagnóstico diferencial (...)”. E2 vai no mesmo sentido, releva a importância para com “a aproximação holística do doente, as técnicas que desenvolvemos para tratar o doente e o raciocínio Osteopático (...)”. E3 ainda informou sobre “uma visão mais natural, menos química, menos agressiva da saúde humana, (...) ajudar o corpo num todo (...)”. E4 baseou a sua argumentação para com o mesmo conjunto de situações falou sobre “o raciocínio (...) o holismo que... nos distingue de outros (...) a nossa capacidade de palpação e de sensibilidade para certas e determinadas práticas que os outros profissionais não desenvolvem porque não faz parte do conhecimento deles (...) se nós temos uma capacidade diferenciada de fazer diagnóstico, de estabelecer correspondências entre sistemas e estruturas (...)”. E5 tocou no mesmo disse que a prática da Osteopatia “é uma filosofia muito própria, holística, que integra o corpo no seu todo (...) portanto é tentar encontrar a disfunção primária (...)”.

E6 disse que o osteopata na sua prática deve “(...) poder fazer um diagnóstico diferencial (...) não ser o médico a dizer que tem uma disfunção (...) porque ele não tem competências para isso, quem tem competências sou eu de avaliar e tratá-la, e não um médico que me vai dizer o que fazer”. E7 também reiterou que “(...) um osteopata é uma pessoa que tem um pensamento holístico (...) vê o corpo como um só, os sistemas como um só, e que interagem todos entre eles (...) grande diferença que há entre a Osteopatia e a medicina convencional (...) não faz sentido nenhuns profissionais de saúde do sistema convencional praticarem a Osteopatia (...) a base com que partimos é diferente, embora tanto dum lado como do outro são assentes em bases científicas (...) só que são sistemas completamente diferentes.

E8 disse que na Osteopatia releva-se “o reconhecimento da relação entre partes do corpo e entre aspectos do ser humano é absolutamente essencial (...) os nossos hábitos de vida ou a nossa profissão tem sobre a nossa estrutura, sobre a função do nosso organismo (...) o estudo desses mecanismos (...) é por isso que é tão fácil que hajam correntes diferentes dentro da Osteopatia, porque não é uma coisa definitiva (...) compreender as relações no corpo entre estas várias componentes, é absolutamente essencial esta globalidade”. E9 ponderou no mesmo sentido em que na Osteopatia vai-se “(...) analisar o paciente numa forma global (...) filosofia própria (...) e fazer o tratamento mas, tentar descobrir qual o tipo de problema e porquê o aparecimento do problema”. E10 reiterou na mesma opinião em que na Osteopatia há “(...) uma maneira de pensar própria (...) rege-se por leis (...) a tal filosofia própria (...) tem que ser autónomo”.

Mckone (2004:2) informa sobre a maneira única de pensar dos Osteopatas, o que vai exactamente ao encontro do que se vê nas unidades de contexto e de registo verificadas ao longo do texto.

Em termos de literatura, verificamos e realçamos ‘in situ’, nesta Dissertação relativo ao conhecimento, Freidson informa-nos sobre as profissões, são “(...) empreendendo aprendizagem, desenvolvendo, e praticando um corpo de conhecimento e técnica especializados” (2001:198).

Abbott e Meerabeau dizem que Carr-Saunders (1928) citou Addison (1711), referindo-se às 3 grandes profissões de ‘divinidade’, leis e ‘phísicos’ (medicina), e que durante o século XIX, o termo “profissão” foi usado para se referir “às profissões superiores, que necessitavam de treino intelectual, tendo um corpo de conhecimento próprio e expedito”, entre outros (1998:3).

Também Goode (1960) numa revisão de literatura argumentou que, a definição de profissão baseava-se:

- a) num corpo de conhecimento,
- b) que os membros dessa profissão tinham técnicas especializadas e competência na aplicação do conhecimento e que,
- c) a conduta profissional era guiada por um código de ética e o foco deste era o serviço para com o cliente.

**2.1.2** na subcategoria **Explicar** verificam-se duas posições, perante as unidades de registo obtidas: nuns entrevistados existe algum grau de dificuldade em explicar ao público o que é a Osteopatia, noutros aparenta alguma facilidade.

Vejamos, E1 diz que “um osteopata é um médico, isto é, é um Doutor de cuidados de saúde primários, que se especializa em olhar para o corpo como um todo neuro-imuno-mecano-socio-emocional (...)” e ainda disse o osteopata contribui para “«desprender» as capacidades de cura / homeostasia do organismo. É um profissional «de muitos officios / conhecimentos» (...) tem que ser proficiente (...) na terapia manual. A profissionalização implica os melhores standards com capacidade e técnica”. E2 na mesma linha diz que “(...) é muito difícil estar a dizer o que é um Osteopata (...) a partir do momento que se segue o raciocínio osteopático e se segue as leis fundamentais da



Osteopatia, pratica-se a Osteopatia (...) o que é preciso é o raciocínio (...). E3 informou que o osteopata "(...) é um artista (...) conhecimento de anatomia, de fisiologia portanto de medicina convencional, o conhecimento mecânico do corpo que realmente na medicina não se estuda, ninguém estuda a mecânica do corpo e as causas da fisiologia (...) o osteopata (...) está interessado (...) sistema causa - efeito e tentar equilibrar o organismo". E4 disse que "consigo facilmente explicar aquilo em, que a Osteopatia faz a diferença (...) as nossas técnicas diferenciadas de diagnóstico, a nossa capacidade de ver o global do ser humano (...) capacidade de entender a inter-relação entre sistemas e estruturas (...) capacidade de palpação (...) está provado (...) que a Osteopatia tem influência em vários sistemas e não só no músculo-esquelético (...) o estado da homeostasia do organismo é o nosso objectivo (...)". E5 no mesmo sentido ainda nos informou que o profissional de Osteopatia é "(...) conselheiro em termos biomecânicos, (...) faz uso das mãos, com base num diagnóstico clínico diferenciado (...) holístico com certeza, com vista a devolver o equilíbrio que aquele corpo perdeu de alguma forma e retirar-lhe a dor". E6 indica-nos que "não é fácil, (...) um osteopata é um profissional de saúde que deve ter independência, que deve saber ser, saber estar, poder dar formação, ser eticamente correcto, ser independente dos outros profissionais de saúde (...) é uma área muito específica (...) deve ter uma boa formação em patologia (...)". E7 consolida a informação dizendo que "(...) é um cidadão que resolve enveredar pela Osteopatia e que tem uma visão holística, aprende a fazer diagnósticos diferenciais e próprios da Osteopatia (...)". E8 diz-nos ao mesmo tempo, que "(...) não consigo explicar facilmente o que é um osteopata, principalmente a uma pessoa que não percebe absolutamente nada do assunto (...) tem uma filosofia própria e é uma filosofia que leva anos, e que vai para além do curso, para compreender toda a sua extensão e profundidade; apesar de ter nascido no Séc.XIX (...) o Dr.Still teve a noção que havia muito para além da própria estrutura e que a estrutura se manifestava duma certa maneira (...)". E9 no mesmo teor diz que o osteopata "tem uma maneira diferente de pensar dos outros (...) apreciação global do paciente, saber fazer um diagnóstico diferencial e chegar a um diagnóstico concreto (...) os osteopatas têm que ter total autonomia para poder trabalhar não só a nível do seu diagnóstico mas também a nível do seu tratamento (...) precisamos que ter essa autonomia para aplicar a filosofia da Osteopatia". Finalmente E10 reiterando no mesmo sentido que outros entrevistados já levantaram, embora noutras palavras, diz que o Osteopata "(...) tem que ter toda a autonomia possível (...) porque todo o trabalho que o osteopata faz não tem coordenação, tem uma forma de pensar própria, não pode vir um Médico Ortopedista dizer-me como devo fazer (...) são formas de corrigir diferentes".

Verificamos, perante a análise das unidades de registo obtidas, que há um discurso consentâneo de grupo, fala-se duma forma generalista nas capacidades únicas de diagnóstico dos osteopatas, nas capacidades para avaliar e tratar, nos conhecimentos adequados e necessários. Também há uma certa 'colagem' para com o modelo do 'médico alopata', onde os osteopatas, confirmam-se num patamar ao mesmo nível, daí explicações baseadas nos médicos. Quanto a conhecimentos necessários, não

são mencionadas quaisquer interacções com outras profissões; mas sim, que o Osteopata para poder exercer adequadamente implica conhecimentos próprios e profundos de certas matérias e uma total independência / autonomia técnica e deontológica. Perante esta constatação, tal vai de encontro ao quadro teórico que encontramos. Tavares afirma "(...) cujo conhecimento tem como suporte teórico principal as ciências médicas, o que se reflecte numa linguagem e num quadro concepcional comum e também em procedimentos técnicos e formas de comportamento comuns" (2007:121).

Ainda neste sentido, é do conhecimento geral, está documentado que a Osteopatia, apareceu na América com um cirurgião, como movimento de reforma da medicina alopática.

Compreende-se pelo conhecimento e raciocínio científico que existe, o 'discurso' e postura profissional, terá muitas similitudes, para com muitos dos aspectos entre estas duas profissões (medicina osteopática e medicina alopática). Deve-se realçar, para ambas as bases são científicas, a razão e a evidência; pese embora, ambas as profissões são, entre si, ou seja, numa relação dualista e na comparação duma para a outra, são estas em absoluto totalmente autónomas / independentes técnica e deontologicamente (AOA,2009; GOsC,2007; Education / QAA,2007).

## **2.2 - Conhecimento e informação do Público sobre a Osteopatia**

Detectamos pontos de vista diferentes, em que se afirma que o Público está mais informado sobre a Osteopatia, e que através desta, se obtêm bons resultados no campo da Saúde.

Existe a mais directa imbricação entre o que é a Osteopatia e o que deve ser o curso de formação base, no que concerne os actuais cursos em Portugal, e a forma como a Osteopatia é ensinada no nosso país; segundo os entrevistados, para cada escola de Osteopatia em Portugal, há uma Osteopatia diversa. Sobre o que muitos dos entrevistados afirmam, colocamos de imediato uma reflexão e análise sociológica, que consideramos pertinente: - segundo Dubar, na sua 'configuração identitária e geração', informa-nos este que os estudantes actuais, nada têm a ver com os estudantes da burguesia, dos anos 60 do Séc.XX, que procuravam o prazer sem levar nada a sério, excepto que "(...) há uma recusa da identidade herdada e a vontade de não atingir qualquer identidade definida: eles estão numa situação de incerteza relativamente à sua identidade social que foi completamente definida por eles numa relação com o saber teórico, constituindo esta relação o único vector aceitável da sua identidade presente" (1997a:229). Podemos constatar (como veremos a seguir pelas unidades de registo expostas) que muitos dos 'auto-intitulados osteopatas' portugueses não procuram as suas origens, nem uma forma consequente de identidade racional, com o que Internacionalmente está oficialmente estabelecido sobre a Osteopatia.

Dizem os entrevistados que o Público, não sabe o que a Osteopatia realmente é, pelas razões que nos dá E9 e, que tem a mesma ideia que E2, este último, disse referindo-se ao tipo de formação que é heterogénea, ou seja "(...) cada pessoa vai

definir em Portugal, cada escola tem uma definição diferente de Osteopatia, logo automaticamente as pessoas ficam um bocado baralhadas... têm lá uma ideia que é... duma pessoa que faz umas técnicas manuais e pronto, basicamente não passará disso". E1 disse que "está mais informado, cada ano que passa está mais informado. As pessoas estão fartas do Sistema Nacional de Saúde que a maior parte das vezes só oferece pílulas ou cirurgia e as pessoas estão cada vez mais a procurar a Osteopatia como alternativa". E4 diz-nos que tem a ver com a falta da regulamentação que "(...) a sociedade em geral está preparada para receber a Osteopatia, o 'feed back' que tenho dos pacientes é que não conseguem perceber o porquê de não estar regulamentado, o porquê das coisas (...) tendo em conta que falo com muitos profissionais da saúde (...) as pessoas quando percebem o porquê das coisas não estarem regulamentadas, nota-se alguma revolta... a nível dos pacientes, porque as pessoas podiam ter acesso a certas e determinadas técnicas e a certos tratamentos (...) muito mais viáveis (...)". E3 constata que "(...) há uma maior informação do público... há dezoito anos atrás (...) muita gente vinha à Osteopatia, nem sabiam o que era (...) normalmente a maior parte das pessoas vem porque um amigo foi tratado, já andava há tantos anos doente, (...) há tanto tempo, não conseguia resolução na medicina convencional e como teve bons resultados aconselha-o a vir (...) outros (...) são profissionais de saúde e aconselham a vir... quer dentro da medicina alopática, como mesmo dentro das medicinas naturais que aconselham a vir (...)" ainda nos informa que também alguns poucos potenciais pacientes procuram na Internet, pois não sabem quem contactar, verifica-se isto, pela discrepância que se verifica na formação dos profissionais.

No outro sentido diz E5 que há uma enorme lacuna na informação: "a maior parte das pessoas não sabe o que é a Osteopatia, para já é uma coisa recente (...) apesar de já haver Osteopatas em Portugal que já praticam há mais de vinte anos, mas... mas acima de tudo é, a falta de informação, faz com que as pessoas não saibam o que é a Osteopatia".

E8 aborda toda esta perspectiva geral e pontos de vista, dizendo que "(...) o público está mais bem informado (...) mas tem a noção que a Osteopatia funciona e que merece a pena tentar mais como uma solução".

E10 diz que sem informação, o Público "(...) se não tiverem conhecimento não podem usufruir".

Observando e analisando as unidades de registo, ou seja, verificando-se numa análise categorial, cuja identificação, segundo Poirier e Valladon (1983:16) afirmam que categoria é «uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso», tal verifica-se "numa dinâmica (...) potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar" (citado por Guerra,2008:80).

Perante esta categoria 'conhecimento e informação do público sobre a Osteopatia', transpomo-nos para a identidade, pela razão que ao ponderar na literatura, esta situação verifica-se na identidade conceptualizada por Dubar, leva-nos assim, a uma concepção e simbiose entre o grupo a que o indivíduo pertence dentro duma "imbricação de processos psicológicos e sociais estruturantes do eu" numa miscelânea

de processos psicológicos e individuais (Abreu,2001:245). Também, Dubar (1997) ainda considera que o espaço social das identidades ultrapassa a amplitude do trabalho, “englobando a do fora-do-trabalho”, estando cada configuração identitária relacionada com o espaço social e verificando uma redistribuição dos sub-espacos estruturantes. A situação de trabalho é condicionante num processo representacional, onde estilos formativos, e competências são “(...) capaz de condicionar o processo de percepção de si, representação das interações com o grupo de pertença e transformação do contexto envolvente (...) as configurações identitárias são condicionadas pelos contextos de acção empírica com os processos sócio-culturais e constelações de competências que aí se desenvolveram e articulam”, como Kolb (1984), Dubar (1992) e Schön (1993) concluíram (Abreu,2001:254).

A Identidade é colocada em primeiro plano, nos processos de mudança e de socialização profissional. Zoll (1992) colocava a identidade no centro e como forma de compreensão dos aspectos objectivos e subjectivos, dos fenómenos da sociedade. Zavalloni (1973) argumenta sobre a existência dos processos de formação na construção identitária, modulando referências quanto aos conceitos, e juízos, referentes ao indivíduo e ao mundo.

Assim “(...) as mudanças a nível simbólico, designadamente aos níveis identitário e representacional, colocam a formação no centro do debate”, que segundo Festinger (1954) “a recursividade entre as identidades e as representações dá visibilidade a uma outra vertente da formação: a de acompanhar o processo de comparação social” (Abreu,2001:264-265).

Podemos ainda mais desenvolver, é sabido que muitos sociólogos britânicos consideram como referência, um pequeno ensaio muito sucinto de Carr-Saunders de 1928, embora a obra principal seja “The Professions” de Carr-Saunders e Wilson publicada em 1933. Este trabalho analisa “uma definição de profissão que se tornou clássica”, dizem-nos que «uma profissão emerge quando um número definido de pessoas começa a praticar uma técnica definida, baseada numa formação especializada» onde há um continuum com “os ofícios manuais qualificados” (citado por Dubar,1997a:128).

Pelo que se referiam e segundo as unidades de registo de alguns dos Entrevistados, sobre o que é que devia ser a Osteopatia em Portugal, ainda se pode analisar a evolução dos trabalhos e empregos em profissionalização, verificando-se numa:

1. “especialização de serviços que permite aumentar a satisfação da clientela”;
2. de criação de associações profissionais que obtêm para os seus membros protecção e exclusividade dos clientes e de quem os emprega e requerem os seus préstimos, assim formando um divisão entre estes e os não qualificados, aumentado o seu prestígio, que a título de exemplo pode-se dar “o caso dos cirurgiões Ingleses que se demarcaram dos barbeiros em 1844 é sistematicamente citado”, ainda desta forma vão delinear e controlar as regras deontológicas e éticas através dum código de conduta profissional;

3. considerando aqui o ponto de maior interesse, a formação destes baseada num “corpo sistemático de teoria”, que se torna pertinente na assimilação duma cultura profissional;
4. ainda se refere, que um verdadeiro profissional nada tem a ver com um empresário, pois este releva-se e revela-se uma alternativa ao único interesse, que é o ganho monetário e, também se apresenta como solução a determinados problemas de organização comercial;
5. assim, descreve-se que as profissões verificam o ideal na prestação dum serviço baseado na qualificação adequada, própria e especializada, e que se revela num verdadeiro progresso para a democracia (Dubar,1997a:128-129).

A análise leva-nos à verificação duma dispersão em relação à formação dos Osteopatas e, no ainda fraco conhecimento do Público sobre o que é a Osteopatia em Portugal. Tal contribui, para a questão verificada, duma forma inversa ao que seria desejável para Portugal, em que a identidade é tanto mais forte quanto mais homogénea for a formação. Também, ainda deveria ser consentâneo, com um corpo de conhecimento adquirido duma forma prolongada, e ainda, os profissionais terem uma opinião unívoca, em relação a todo um processo de relação.

Segundo Dubar (1997), Sainsaulieu, considera a identidade mais do que um processo biográfico de construção egocêntrica, mas sim um processo relacional de investimento do eu; remetendo desta forma para um processo duradouro, um investimento essencial, onde se põem em causa o reconhecimento recíproco dos parceiros. Portanto, verificando-se facilmente numa análise dos sistemas sociais de empresa, e nas situações do trabalho. Dubar ainda nos elucida sobre uma situação que realmente se verifica em Portugal, referiu-se neste sentido, à identidade relacional para si (postura crítica e oportunismo) onde certos profissionais que se auto-intitulam de Osteopatas, sentem-se na necessidade de “(...) beneficiar de formações que atribuem diplomas, aceder a postos que lhes deixam mais autonomia para as iniciativas (...), escapar aos constrangimentos da mobilização colectiva (...) pervertem assim os princípios oficiais que presidem à implementação das inovações para os converterem em instrumentos de realização dos seus próprios objectivos” (1997a:222).

Efectivamente tem-se verificado que muitos dos actualmente ‘auto-intitulados Osteopatas’ em Portugal, tentam adquirir formações, títulos académicos e pós-graduações noutras áreas do conhecimento externos à Osteopatia / Medicina Osteopática. Pese embora, ainda não detêm um reconhecimento profissional conferido pelo Estado, ou seja, não lhes foi dado qualquer tipo de reconhecimento para oficialmente poderem exercer Osteopatia e intitularem-se de Osteopatas, isto se, o que actualmente exercem é realmente Osteopatia. Portanto, se aquilo que praticam, vier a ser reconhecido por esse mesmo Estado, como uma verdadeira Osteopatia.

É importante notar que neste momento, perante a Lei Portuguesa, todos os actuais ‘auto-intitulados Osteopatas’ a trabalharem em Portugal, sem excepção, juridicamente são considerados candidatos a Osteopatas, pese embora, há alguns destes profissionais que ao mesmo tempo são reconhecidos oficialmente noutras jurisdições como

Osteopatas, é o caso dos inscritos oficialmente no Reino Unido. Neste momento em Portugal já há bastantes Osteopatas que detêm desse País o reconhecimento académico (Universitário) e o reconhecimento profissional (inscritos oficialmente no General Osteopathic Council). Estes dois tipos de reconhecimento, ambos ao mesmo tempo, são em absoluto necessários para se poder exercer Osteopatia e intitular-se de Osteopatas nessa jurisdição. Por exemplo, no Reino Unido um profissional do campo da saúde, tais como um médico ou um enfermeiro, podem vir a fazer, de segundo ciclo, um curso de mestrado em Osteopatia, numa das actuais 10 escolas / faculdades de Osteopatia, tais como a British School of Osteopathy, cuja, é acreditada por um a Universidade Pública Britânica. Após ter sido completado com sucesso este plano de formação / estudos, tal não confere a ninguém a possibilidade e competência de poder exercer Osteopatia e intitular-se Osteopata na jurisdição Britânica, o importante é a qualificação base e o reconhecimento profissional pelo GOsC.

Noutras palavras, para Portugal, sem uma forma de identificação baseada numa percepção correcta do que é a Osteopatia, o que os Osteopatas fazem, como cursaram e, em que escola estiveram; com um conjunto de condições por resolver, isto é, com o mais variado tipo de escolas e cursos por verificar, e ainda sem saber o que os actuais Profissionais de Osteopatia são e fazem, (quais são competentes, eficazes, seguros e, se conhecem os seus limites), não é possível desenvolver um processo de profissionalização e identidade reconhecido e idóneo.

Portanto, pela falta da regulamentação e regulação, ao manter esta condição, não cumprindo os prazos explicitamente definidos na Lei 45 / 2003, aprovada por unanimidade na Assembleia da República (e ainda apoiada pela Resolução 64 / 2003 para a Osteopatia), o Público jamais poderá saber, conhecer e usufruir, plenamente da Osteopatia verdadeira e autêntica. Se existe esta dispersão de opiniões em relação à formação dos Osteopatas, e sua identidade, tal vai no sentido oposto ao desejável, que seria verificado numa identidade forte, e a um conceito de profissão devidamente estabelecida, como verificamos nos componentes teóricos descritos.

Quanto mais homogénea for a formação base, verificada por um corpo de conhecimento adquirido numa forma prolongada, mais consistente será a identidade. Normalmente, os profissionais são unívocos em relação a esta situação, cuja, não se verificou!

## **2.3 – Formação académica e profissional**

Nesta categoria, verificamos e estabelecemos como subcategorias:

**2.3.1 Relação conhecimentos base com o exercício profissional autónomo / independente, técnica e deontologicamente:** perante as respostas obtidas, nesta subcategoria as unidades de registo que se nos apresentam levam-nos a verificar que todos os entrevistados são unânimes numa formação base devidamente estruturada a nível mínimo de licenciatura, como diz E1 “(...) é essencial deter uma licenciatura, pelo facto de incidirmos e inter-agirmos com outras profissões, tal como os médicos e os médicos dentistas, vemo-nos nesse tipo de standard e grupo”.

Durante as entrevistas, outros ainda vão mais além, remetem para uma formação mais avançada, e acham que para Portugal também, no mínimo, o nível deve ser de mestrado integrado. Verifica-se numa unidade de registo do E4 em que é explícito e diz “deve ser equivalente aquilo que é praticado no Reino Unido”, onde nos diz E2 “para a prática osteopática (...) o mínimo será (...) um Mestrado integrado (...). Porque além dum estudo teórico igual nas partes da anatomia, fisiologia, biologia, etc., tirando a farmácia e cirurgia, será igual à medicina alopática (...) vendo como são leccionados os cursos em Portugal, até os cursos do Estado, 4 anos será pouco, 5 anos, se calhar será um curso mais para Portugal”. Alguns entrevistados incidem sobre a duração do curso, verifica-se nas unidades de registo que o curso base, segundo estes, deve ir mais além, no Reino Unido o curso há décadas que é de quatro anos, para Portugal, dizem que deve ter uma carga horária maior, ou seja, como diz E3, E6, E7, E8 com um mínimo dos mínimos de 4 anos como sucede no Reino Unido, até um máximo de 6 anos ‘full time’, sendo o último período de tempo, ou seja de 5 a 6 anos, o mais indicado para Portugal. E5 reitera o mesmo e vai mais além, dizendo que “ (...) de acordo com o Acordo de Bolonha (...)” tem que ter “(...) prática clínica integrada”. E6 incide na sua argumentação com uma unidade de registo onde diz que deve ser um Mestrado Integrado porque “é uma profissão difícil, complicada, não é uma profissão alopática, eu não trato um estômago, eu não trato um fígado, eu trato a pessoa nisto incluindo a parte afectiva (...)”, querendo dizer que implica um raciocínio com reflexão, conhecimento próprio e desenvolvido dentro desta área do saber, como Mckone (2004:2) informa que a “operação mental do osteopata, é que é importante”. E8 diz que 4 anos “(...) é mesmo o mínimo necessário para dar os conhecimentos e forjar a forma de pensar osteopática”. E9 incide que se for Mestrado integrado para Portugal deve ser 5 anos. Diz, como se formou no Reino Unido “(...) eu fiz em 4 anos, mas sinto que mesmo assim foi muito para 4 anos (...)”. E10 verifica argumentando que “(...) é a tal licenciatura que nos dá a tal autonomia para trabalhar, portanto poderia ser 4 anos mais estágio... mais um ano de estágio...depois seria o mestrado.”

Todos os entrevistados são consentâneos para com o que se verifica oficialmente instituído a nível Internacional, por exemplo na Austrália os cursos de Medicina Osteopática são desde há longo, dados em termos de formação Universitária base, a nível de Mestrado. O mesmo sucede em muitos outros Países, tais como a Nova Zelândia. A nível Europeu, por exemplo, o mesmo está-se a passar com o Reino Unido, baseado nos acordos de Bolonha, uma formação base de Mestrado Integrado para com os cursos reconhecidos nas actuais dez Universidade Públicas Britânicas com o curso de Osteopatia / Medicina Osteopática. Também nos Estados Unidos da América para se ingressar num curso de Medicina Osteopática e Cirurgia numa das mais de vinte e cinco Escolas / Faculdades actualmente existentes, o candidato tem que já ter uma formação Universitária denominada, “pre-professional qualifications/requirements” por exemplo em Biologia ou Química de pelo menos três anos; formação adquirida, após ter-se terminado o ensino secundário.

### 2.3.2 Estágio profissional

Pela análise das unidades de registo, em relação à subcategoria anterior verificamos com esta, uma sobreposição de raciocínios, visto tal estar directamente intrincado e relacionado com um todo que é o curso de Osteopatia. Existe consonância, como ela é nos países de origem, ou seja, onde está oficialmente regulamentada.

Tal como em Education/QAA (2007), ver o Anexo III, todos os entrevistados são em absoluto unívocos que o estágio é necessário e fundamental, pese embora, alguns dos que estudaram em Portugal dizem que não o fizeram. Ainda podemos ilustrar sobre a importância do estágio no que alguns autores relevam, assim, Amador (1991) também é pela aprendizagem clínica. Argumenta no caso dos enfermeiros, que dá possibilidades para verificar os conhecimentos, socializando-se, e também formar-se nos valores profissionais. Através do ensino clínico, os estudantes aprendem a usar e a pronunciar conceitos tidos como abstractos, para situações reais. Também Alarcão (1991) baseando-se em Schön, porque cada caso é único, e para entender cada situação é necessário compreender e tomar consciência da problemática em si, neste sentido, noções fundamentais tais como “conhecimentos na acção, reflexão na acção, reflexão sobre a acção e reflexão sobre a reflexão em acção”, leva os estudante a construir e a desenvolver uma formação própria e pessoal do conhecimento (Carvalho,2003:29).

Estas estratégias ajudam os estudantes (ainda referindo-se aos casos em enfermagem como poderia ser de médicos) “a determinar acções futuras, a compreender futuros problemas e a descobrir novas soluções” (Carvalho, 2003:29).

Transcrevendo as unidades de registo alocadas a esta subcategoria, afirmam E3, E6 e E10, formaram-se em Portugal, que não tiveram estágio, dizem que foi uma grande lacuna. Citando E10 “(...) acho, acho fundamental (...) a prática clínica é fundamental” e ainda informa que exerce pouco na área da Osteopatia, pela mesma razão, a da falta de estágio, diz esta: “(...) exactamente por isso, por não ter tido estágio, se fosse uma pessoa que não tivesse qualquer tipo de princípios andava a fazer Osteopatia, andava a fazer muitas asneiras”. E5 e E8 estudaram em Portugal, não fizeram estágio no nosso País, foram para Inglaterra concluir o curso e aí tiveram um estágio longo de mais de 1000 horas. E8 diz que o curso em Portugal “(...) não tinha nada de Osteopatia, a não ser no título, e foi uma coisa que só me comecei a aperceber no final do curso, não tinha nada da identidade da profissão (...)”, não fez qualquer tipo de estágio em Portugal relacionado com a Osteopatia. E1, E2, tal como E9 que se formou em Inglaterra, fez um estágio devidamente estruturado e oficial disse: “(...) acho absolutamente fundamental”. E7 diz que fez um estágio de 500 horas em Portugal, pese embora, citando, “(...) já era profissional de Osteopatia, e estava dentro da área (...) e foi em consultório de alguns Colegas (...)”, não disse com quem, nem como. E4 diz que a falta de “(...) estágio integrado, é uma das maiores lacunas que existe nos cursos em Portugal e deve ser colmatado o mais rápido possível (...)” e que tem estado a fazer um estágio: “(...) o estágio que estou a fazer, não é com um osteopata, é com um profissional de saúde dentro da área da medicina estética, (...) é um profissional que ... que ... é um profissional que faz medicina ortomolecular e estética, faz mesoterapia



injectável, faz homeopatia... e várias coisas. (...) é um estágio que não vai de certeza absoluta colmatar as minhas dificuldades a nível de técnicas”, referindo-se à Osteopatia e sua prática. Remetemos ainda estes considerandos para o Quadro V.

### **2.3.3 Habilitações académicas e seu contributo**

Como já mencionado anteriormente, todos foram unânimes para com a necessidade dum licenciatura, como formação mínima, pese embora, o ideal para muitos é curso de mestrado integrado.

Como exemplo, na literatura existente, Mendes e Mantovani (2009) dizem sobre a Enfermagem, que “(...) com a criação da Ordem dos Enfermeiros, a enfermagem e o ensino ganharam estatuto e foram-se autonomizando do poder médico. Um outro passo decisivo nessa direcção foi dado em 1999 quando o ensino de enfermagem se tornou, definitivamente, de nível superior”. Abbott realça que o conhecimento académico legitima o trabalho profissional “clarifica os seus fundamentos” e capacita o poder e prestígio (1988:53-54).

Dos entrevistados E1 formou-se há 30 anos no Reino Unido, aí obteve um reconhecimento profissional com o GOsC, fez um curso de quatro anos ‘full time’. E2 e E9 obtiveram uma licenciatura reconhecida oficialmente no Reino Unido, tiveram o mesmo percurso académico, embora em instituições diferentes, reconhecidas pelo Governo Britânico. E3 já era fisioterapeuta, fez um curso de Osteopatia de seminários ao longo de 6 anos, não especificou quantos seminários fez por ano, disse que “(...) com seminários de seis dias”, deixou de exercer fisioterapia, só exerce Osteopatia; também E6 era fisioterapeuta fez o mesmo tipo de curso mas neste caso em Portugal, com seminários de 4 dias, 6 vezes por ano durante 6 anos. Verificamos unidades de registo em que nos informa sobre pós-graduações que fez em Osteopatia e noutras áreas clínicas, tais como homeopatia. E4 e E10 fizeram um curso em Portugal, disse E4 que “(...) informei-me de todos os cursos que havia em Portugal e sem dúvida alguma foi aquele que apresentou um plano curricular mais sustentável para a prática da profissão”. E10 disse em relação ao seu curso que “(...) é um curso de três anos (...) supostamente mais estágio”, que não teve. E5 e E8 fizeram formação em Portugal e mais tarde em Inglaterra donde obtiveram uma licenciatura dum Universidade Pública, isto é, um ‘B.Sc.(Honours)’ assim, diz E5 “(...) no Reino Unido, o que dá o direito de exercer lá (...) e com o Registo no GOsC”. E7 teve um percurso diferente, fez um curso, primeiro em Santiago de Compostela, Espanha, depois fez um outro, que considera o importante, foi em Lisboa que lhe deu um reconhecimento académico no Reino Unido, tais como E5 e E8, pese embora, estes foram para Inglaterra como já explicado, onde fizeram o curso de raiz.

Segundo a informação obtida, todos os entrevistados exercem em Portugal perante os mesmos desígnios e forma, independente do tipo ou grau de formação obtido, compete a cada indivíduo fazer o seu próprio julgamento. Para consolidar esta informação, ver ainda o Quadro III.

### **2.3.4 Licenciatura / Mestrado integrado** (Duração da formação mínima necessária)

Embora aparente haver alguma repetição, devemos informar e realçar baseados na informação detida e sua análise. E7 fala num mínimo que será de 4 anos, faz referência que tem que ser conectado com o número mínimo de horas entre 4000 e 4500 para licenciatura “(...) mais dois anos com o mínimo de duas mil horas de formação, para um grau de mestrado”.

E10 acha que a licenciatura é o mais importante e devia ser de cinco anos “(...) é a tal licenciatura que nos dá a tal autonomia para trabalhar, portanto poderia ser de 4 anos mais estágio (...)”. Das declarações feitas por todos os entrevistados sem qualquer exceção, existe um entendimento para que o curso seja entre os 4 e 5 anos para um máximo de seis.

Este panorama está de acordo com a proposta completa sobre a Caracterização e Perfil Profissional do Osteopata (Saúde,2009 e Education/QAA,2007).

Abbott e Meerabeau (1998) referem que um treino longo evidencia um maior controlo pela profissão (sobre si mesma) e, ao mesmo tempo cria um ‘status’ mais elevado.

Também Rodrigues (2002:51) relevou que Freidson “centra-se nas vantagens (...) e poder sobre o próprio trabalho” através, da autonomia técnica e controlo da forma e realização do trabalho, conferidas pelo monopólio do conhecimento (expertise) e do credencialismo (gatekeeping). Neste sentido a licenciatura como qualificação mínima para poder manter tal situação, revela-se fundamental.

## **2.4 Expectativas profissionais**

Para esta categoria verificaram-se várias perspectivas:

### **2.4.1 Alterar** (em relação às Expectativas profissionais)

E2 diz que as expectativas continuam a ser as mesmas, pese embora, argumenta uma certa alteração constante, baseada numa perspectiva, que é “(...) tratar as pessoas com as melhores técnicas e com o que melhor posso fazer (...)”. E1 revela unidades de registo em que diz que as expectativas alteraram-se desde que se formou, nessa altura “(...) tinha muita pressa em melhorar os pacientes, mas agora, sei que (...) leva tempo, explico (...) tento criar uma ‘parceria’ com os pacientes e interagimos com tal”. E5 noutro sentido refere-se a que deve existir no futuro um maior referenciação em complementaridade “(...) desde o dentista, ao fisiatra, ao reumatologista, ao ortopedista, tudo”.

### **2.4.2 Manter** (em relação às Expectativas profissionais)

Verificam os Entrevistados que as coisas mantêm-se da mesma forma dentro dum determinado ponto de vista, assim, E2 diz que há poderes dentro da própria profissão a evitar o seu desenvolvimento, mais do que fora desta “(...) das várias escolas, pessoas que não têm formação e que acabam por agrupar-se todos debaixo da sombra da Osteopatia (...) acabam por criar muitos grupos, que acabam por fragmentar quando há um processo para tentar legalizar a Osteopatia (...) e acabam, por dispersar

sinergias das pessoas interessadas e que têm o poder para legislar essas...(...)”. E3 como também E6 dizem que “a situação mantém-se”, E3 diz que a Lei devia estar regulamentada “(...) há anos que estou à espera. As minhas perspectivas eram que a Osteopatia devia estar regulamentada, portanto há aí uma falha dos poderes políticos (...)”.

#### **2.4.3 Comparar com o estrangeiro** (em relação às Expectativas profissionais)

É bastante óbvio o que os entrevistados revelem nesta perspectiva, mencionando vários pontos de vista, E1 revela que tem assistido a evoluções no estrangeiro, isto é, “(...) não tanto em Portugal mas mais no Reino Unido e na Europa, os profissionais estão mais virados para a investigação baseada na evidência e os osteopatas estão cada vez mais a embrenhar-se na investigação. Tudo tem melhorado nos últimos dez anos”. E2 está em consonância e, ainda informa sobre o número vasto dos que se dizem osteopatas em Portugal, “(...) não sei se não haverá mais osteopatas que no Reino Unido neste momento, e não há nenhuma escola reconhecida pelo Estado (...)”. E6 refere que se deviam poder pedir os vários exames clínicos necessários à boa prática clínica osteopática, sabendo o que se passa no estrangeiro “(...) devíamos poder prescrever pelo menos um anti-inflamatório”.

Neste sentido, quanto ao direito de prescrever, podemos verificar tal conceito debaixo do paradigma interaccionista, segundo Hughes que recolocou o “(...) fenómeno no quadro da análise sociológica da divisão do trabalho (...) a análise dos procedimentos de distribuição social das actividades”, onde se referiu a que uma “(...) licença é a autorização legal de exercício de certas actividades interditas a outros (...)” (Rodrigues,2002:15).

#### **2.4.4 Influências** (em relação às Expectativas profissionais)

Os entrevistados referem várias influências. E3 no que respeita a influências diz que tem muitos pacientes médicos e seus familiares afirma que há “(...) cada vez mais médicos convencionais a enviar pacientes a virem (...), porque conhecem o meu trabalho (...) continua a haver muitos médicos, porque têm medo, e desaconselham a Osteopatia (...) devido ao grande leque dos profissionais com formação deficiente”. E4 informa que há uma dificuldade: “(...) estes bloqueios serão mais a nível de... das Ordens, da capacidade de influência de certas e determinadas Ordens, a Ordem dos médicos (...) não todos os membros da sua ordem (...) a perda de poder de influenciar as pessoas (...) mas sem dúvida (...) vamos voltar à questão financeira e económica (...) a perda de corrente financeira (...) este tipo de prática influência muito o financeiro da questão”. E7 e E10 mencionam o mesmo que E6, diz este que “(...) os médicos são um grande entrave, há muitos médicos que não gostam da Osteopatia, outros gostam (...) lá está não há uma medicina que cura tudo (...) a grande falha não podemos pedir um raio X, não podemos pedir uma TAC, não podemos pedir uma ressonância (...) não podemos pedir umas análises (...) por causa da (falta da) regulamentação”. E9 é peremptório com E8 que aborda o assunto duma outra forma e diz que há em lugares de destaque nesta profissão “(...) pessoas que têm interesses comerciais, há 3 ou 4 pessoas que têm interesse comercial” e que “a regulamentação nunca mais sai (...) meia

dúzia de pessoas não vão ser suficientes para dar uma ideia ao próprio Estado (...) quanto mais tempo passa sem regulamentação muito mais difícil vai ser ter uma profissão de qualidade”.

Estas perspectivas agora descritas, embora consideradas numa temática dos Aspectos Globais da Profissão, porque o são, tal situação, debaixo duma avaliação e reflexão aprofundada e contextualizada, ou seja, pelo conjunto de circunstâncias em que estes acontecimentos se produzem, leva-nos a ponderar sobre o que Dubar refere, em relação à situação de identidade como espaço-tempo geracional. Diz-nos este, que “a identidade social não é ‘transmitida’ por uma geração à seguinte, ela é construída por cada geração com base em categorias e em posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real eles contribuem” (1997a:118). Há expectativas profissionais fortes mas que, neste momento para Portugal, em consonância com o estrangeiro, verificam-se em dificuldades e entraves tanto para os Profissionais como para com os Pacientes especialmente pela falta da tão desejada regulamentação. Pela sua importância investigamos tal parâmetro mais em detalhe a seguir.

## **2.5 Regulamentação**

Opinião sobre a Lei nº 45/2003 e a Resolução da Assembleia da República para a Osteopatia nº 64/2003.

Todos os entrevistados unanimemente, mantendo posições absolutas, referem sobre a independência profissional, ou seja, que a autonomia técnica e deontológica dos Osteopatas é condição fundamental para um exercício duma Osteopatia genuína e autêntica, nesta área única do conhecimento. No entanto, ainda referem situações de interesse, para além do agora referido.

E10 diz: “é importantíssimo, mas não chega (...) porque falta a regulamentação (...) resolvi ter uma formação alternativa, eu faço a pergunta porquê tal atraso (?), isso faz-me confusão eu cheguei ao 12º e resolvi ter uma formação alternativa e chamo alternativa porque não pude escolher numa faculdade este curso, (...) até mesmo à revelia de toda a gente (...) «agora enlouqueceu, vai tirar Osteopatia»,... eu sinto-me com conhecimentos parecidos a um profissional de saúde, portanto não acho que se tenha menos conhecimentos, apenas não tenho um diploma que diga que sou tal pessoa” E9 refere dizendo que “acho que é muito importante haver uma autonomia técnica e deontológica (...) só com essa autonomia total poderemos ter uma apreciação (...) global e um tratamento holístico, tendo uma filosofia própria (...) a autonomia é necessária para fazer um diagnóstico diferencial, para poder receitar (...) se estamos dependentes de outras pessoas para fazer o diagnóstico não vamos (...) isso não seria Osteopatia (...) seria um terapeuta qualquer que está a seguir indicações de outros”.

E8 está em absoluta consonância com E9 e ainda diz que “se não houver regulamentação eficiente (...) não conseguimos separar o trigo do joio”. E7 está no mesmo patamar, ainda refere que a falta de regulamentação “está a provocar um

problema de saúde pública (...) por esses falsos osteopatas”. E2 comenta da mesma forma, não sabe nem compreende a razão do atraso do processo, diz que “(...) há um crescimento de escolas e o crescimento do número de pessoas que se auto-intitulam de osteopatas... (...) eles não sabem o que é a Osteopatia (...). Como é que eles se podem intitular osteopatas?”

E6 devido à falta de regulamentação acha que os osteopatas estão “(...) no mesmo campo dos bruxos e endireitas (...)”. E5 está em consonância refere que “a falta de regulamentação está a atrasar todo o processo...para já toda a reputação da Osteopatia... (...)” ainda refere que muitas pessoas estão a ser prejudicadas pela falta de acesso pela população em geral, aos cuidados de saúde osteopáticos. E4 vai no mesmo sentido, fala de si e dos seus Colegas, a “descredibilização da nossa profissão (...) temos profissionais mal formados e mal orientados a representar a nossa classe (...) as lutas entre associações não estão a representar a Osteopatia da melhor maneira”. Também E1 diz que a falta de regulamentação está a “provocar é um mau nome à Osteopatia, temos uma série de ‘cowboys’ massagistas que leram um livro à noite e se intitulam osteopatas, o público está a ficar com uma ideia errada que os Osteopatas têm umas técnicas no ‘saco’ e estalam uns ossos para o sítio”. E3 refere que há médicos que fazem comentários sobre a Osteopatia sem qualquer conhecimento, argumentando que “seria o mesmo que dizer a um cirurgião quais as técnicas de cirurgia que ele deve utilizar (...)” ainda menciona o livre direito e escolha pelos pacientes.

Podemos verificar a preocupação que existe para com o livre acesso à Osteopatia e para a regulamentação dum Osteopatia genuína como ela existe no Reino Unido e Estados Unidos da América, pois foram, como já mencionado, os Países onde esta teve origem e está, não parcialmente mas sim oficialmente, num todo, regulamentada e regulada.

## **2.6 Exercício profissional**

Todas estas subcategorias, a seguir, acabam por estar em firme acordo com a literatura Osteopática existente, com o GOsC e com o ‘Subject Benchmark Statement on Osteopathy of the Quality Assurance Agency for Higher Education’ do Reino Unido (Anexo III), assim vejamos.

### **2.6.1 Área primordial da actuação clínica da Osteopatia**

A intervenção Osteopática a nível do sistema neuro músculo-esquelético tem-se apresentado como a área de excelência, é a mais marcante na intervenção e na demarcação da identidade dos osteopatas. Pode-se considerar como a área de maior relevo, isto é, a principal. Relevam-se a seguir várias unidades de registo. E1 informa-nos sobre a história da Osteopatia quando da sua formação “(...) após ter sido fundada pelo Dr.Still, era muito neuro-músculo-esquelética, (...) hoje em dia muitos osteopatas são mais globais e tratam situações tais como endócrinas, intestinais, cardiovasculares (...) também se deve fazer muito mais investigação (...) na Osteopatia intervenções individuais não querem dizer nada, mas quando colocam todas as intervenções em conjunto a Osteopatia é multifactorial em termos de intervenção; a manipulação não é

Osteopatia”. Em absoluta consonância com todos os outros entrevistados, ainda refere E2 sem qualquer dúvida, diz que, a área primordial de actuação é “(...) o sistema neuro-músculo-esquelético (SNME), é onde somos mais conhecidos, embora o nosso campo de acção é extremamente vasto”. Também E3 refere muitas situações do foro neurológico, e da dor, entre outras. E4 para além de toda esta situação agora referida menciona ainda o “diagnóstico osteopático e independente”. E6 ainda refere para além do músculo-esquelético, também que há a parte visceral, craniana, e que “(...) é uma intervenção global”. E8 também menciona como E1 a necessidade de mais investigação, sempre em consonância com o sistema neuro-músculo-esquelético. E9 e E10 realçam exactamente o mesmo em relação ao SNME.

### **2.6.2 Áreas de intervenção e competências no presente**

Os entrevistados mostraram um ponto fundamental, reiterando, para com a necessidade da autonomia no que concerne a competência para avaliar e para com o diagnóstico diferencial.

Para além de situações que detectámos nos textos e transcrevemos, ou sobre as quais referimos a seguir, todas sem excepção, são oficialmente consideradas nos Países onde a Osteopatia / Medicina Osteopática está regulamentada. Todos os Entrevistados, ainda acharam sem qualquer excepção, que se devem deter as capacidades e competências em termos de saber fazer (aptidões, destrezas e habilidades), saber aprender e saber ser (atitudes, comportamentos, condutas – sociais e relacionais), competências éticas e formativas (saber aprender e saber ser).

E2 ainda realçou que “(...) a nível da formação tem que se ter um certo nível, e de muita exigência porque estamos a lidar com a saúde das pessoas e um erro pode levar a consequências desastrosas (...)”. E7 também informou mais que “(...) uma pessoa que seja autónoma e independente na sua profissão tem que ter estas competências, que qualquer osteopata tem que ter e, tem neste momento”.

E8, está ligado a uma Universidade Pública estrangeira e disse que se não tivesse qualquer uma destas competências não poderia ser osteopata, com absoluta convicção relevou “sem dúvida nenhuma, eu estou à vontade para lhe dizer isto pelo seguinte, pela forma como colocou é uma forma digamos que cobre rigorosamente aquilo que um osteopata obtém num País onde a profissão esteja regulamentada ou que deveria ser, não é (!), eu estou à vontade para dizer isso eu dou vários tipos de matérias no curso em que estou ligado e, uma delas tem a ver com a integração dos conhecimentos das várias áreas que se ensinam na Osteopatia e transformam o aluno não num aplicador de técnicas, mas numa pessoa com uma identidade total e isso cobre um vasto leque de componentes, componentes que têm a ver com a ética, o respeito entre si com os seus pares, a noção que é importante promover a profissão através dum alta qualidade sobre si, a pressão que põe sobre si mesmo, numa alta qualidade de serviços que presta, no facto de ter um organismo que zela por si e que contribui que esse organismo seja mais rigoroso e que passe para a opinião pública o que realmente se deve dar ideia dum osteopata; e por causa dessa integração deontológica e ética com eficiência clínica, permite que o osteopata seja... tenha um estatuto e auto confiança

fantásticas, e isso eu noto que se não for numa profissão regulamentada respeitando isto haverá sempre .... um certo coxear, a pessoa acabará por tender sempre a esconder-se de alguma forma”. E8 ainda referiu que a formação adequada, que leva a uma total autonomia / independência do osteopata, permite-lhe, em casos de pacientes “com multi-problemas” que se “(...) possa reencaminhar para outros profissionais mais competentes em determinadas áreas”. Ainda mencionou um “(...) segundo aspecto, que é relevante no caso dum osteopata, é que a compreensão que tem sobre a relação saúde e doença, expande aquela que se tem em termos tradicionais em (...) clínica médica (...)”, assim articulam-se os vários componentes entre a parte psico-emocional, comportamental e de estilos de vida, o que permite “(...) ter uma abordagem muito mais eficiente e eficaz e, isso é reconhecido pelos profissionais médicos e não médicos (...)”.

E10 referiu como todos os outros entrevistados que “(...) é fundamental (...)” e ainda que “(...) a Osteopatia não está dependente de mais nenhuma área (...)”. Noutro sentido, E10 refere toda a capacidade necessária para fazer um historial clínico completo, saber sobre o todo do paciente, incluindo “(...) que medicação é que toma”, a parte holística, também o saber “(...) usar o estetoscópio, o esfigmomanómetro, o oftalmoscópio, o audioscópio”. E9 afirma o mesmo, “(...) a avaliação global do paciente, não só a nível músculo-esquelético, mas psico-emocional”.

Em total acordo, E8 ainda fala na identificação dos vários quadros clínicos, e na actuação em complementaridade. E7 faz uma intervenção interessante ao afirmar como o osteopata procede onde diz que “o osteopata... é aquilo que é a Osteopatia, é um sistema de avaliação e tratamento com uma filosofia própria, que visa estabelecer a função das estruturas e sistemas corporais, agindo através da intervenção manual sobre os tecidos (...) a Osteopatia é algo de diferente de toda a outra medicina (...) que a outra medicina não necessita daquela minuciosidade que nós”. E6 por ter uma qualificação em fisioterapia optou por comparar os osteopatas com os fisioterapeutas informou entre outros aspectos “(...) há muita diferença (...) fazemos um diagnóstico diferencial (...) os Osteopatas (...) vê o corpo num todo (...) na fisioterapia preocupo-me só com a parte muscular e muito pouco com o resto. A Osteopatia é muito mais global”. E5 reitera a competência dos osteopatas para com o diagnóstico diferencial, releva os elevados conhecimentos em biomecânica, em neurologia, necessários para poder exercer Osteopatia, também ainda realçou a capacidade para referenciar o paciente para um outro profissional de saúde. E4 ponderou para com a capacidade de desenhar um plano de tratamento, é claro baseado na capacidade “(...) de fazer o diagnóstico e olhar para a pessoas numa forma holística, na capacidade para avaliar os factores psico-emocionais, nos conhecimentos adequados de patologia. E3 para além de referenciar todo o resto agora descrito, ainda mencionou as capacidades e conhecimentos do osteopata sobre nutrição, e higiene. E2 exactamente mencionou os vários pontos agora mencionados, ainda considerou que os osteopatas são profissionais de cuidados de saúde primários. E1 ainda achou que um conhecimento profundo de anatomia e fisiologia são importantíssimos como também ponderar na diversidade do Ser Humano “(...) o que é saudável numa pessoa pode não ser noutra (...)”.

### **2.6.3 Sobreposição na actuação profissional com outras profissões**

Neste momento, pelo facto de, em Portugal, não existir uma credibilização oficial dos Osteopatas, verificam-se e constata-se situações anómalas de vária ordem.

E1 respondeu ponderando nos médicos de clínica geral, nos fisioterapeutas, nos médicos fisiatras e médicos ortopedistas que, vê-se “como sendo parte do grupo” está a preparar uma apresentação para um hospital em como não pode haver conflitos entre o departamento de ortopedia, o de fisioterapia/fisioterapia e os osteopatas, mas sim colaborar. E2 menciona por outras palavras o que E1 disse e ainda levanta a questão da actuação dos osteopatas nos estados pré-patológicos “(...) ou quase todas as profissões que se referiu anteriormente só vão agir no paciente a partir do momento em que há a manifestação da patologia (...) a Osteopatia vai ser uma medicina preventiva, no aspecto em que vai resolver o problema antes de aparecerem os sintomas”. E9 disse o mesmo que E3, este levanta o ponto da actuação e abordagem clínica do osteopata, diferente em relação a outras profissões de saúde e doença. E4 mencionou a diferença “sem dúvida alguma o salário... o nosso normalmente não está... em termos de horas (...) não estamos tão bem pagos como se diz por aí (...)” ainda falou na diferença que os osteopatas fazem ao ponderar no aspecto psico-somático da patologia. E5 referiu que muitos profissionais de saúde referenciam-lhe pacientes porque verificaram a diferença que a Osteopatia faz. E7 esteve em absoluta consonância com todos os entrevistados quanto às particularidades da Osteopatia, também E6 realçou a diferença que os osteopatas fazem ao terem “(...) uma intervenção muito própria”. E8 disse que em relação aos médicos e fisioterapeutas “(...) eu sei o que eles fazem, mas eles não sabem o que eu faço, eu sei que mais valia eles têm para mim, mas eles não sabem a mais-valia que eu tenho para eles... (...) eles nunca foram expostos ao que nós fazemos e numa forma clara e evidente e por experiência própria, portanto é mais conhecimento de ‘boca a boca’ (...) espero que venha um organismo que promova o que nós fazemos junto desses profissionais, para eles saberem”. E10 ainda disse que “(...) temos diagnósticos e formas de tratar diferentes”.

Ainda pelo conhecimento profundo que detemos do documento sobre a Osteopatia, denominado “Benchmarks for Training in Osteopathy”, publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde, (estamos directamente envolvidos como experto com a própria OMS), os entrevistados revelam o mesmo sentido: - os Osteopatas são profissionais de cuidados de saúde primários ou seja, de primeiro contacto com o paciente (“primary-contact health-care professionals”).

### **2.6.4 Propósitos de actuação futura**

E10 chama a atenção para que deve haver somente uma organização e não várias como se verifica no terreno “(...) dispersam-se todas as informações temos que lutar todos para o mesmo (...) para além da formação básica deve haver mestrados (...) as pessoas têm que fazer reciclagens (...) a Osteopatia devia ser introduzida nos hospitais é uma coisa que seria útil, há ‘n’ casos que podem ser tratados. (...) autonomia e ... credibilização, respeito acima de tudo, respeito pelo nosso trabalho”. E9 abordou exactamente os mesmos pontos e ainda disse que “(...) é essencial haver uma



acreditação dos osteopatas que trabalham em Portugal (...) que isso acontecesse a curto prazo (...)” ainda disse que devido à falta de regulamentação, segundo a Lei vigente, tal devia ter sido processada até 2005 “(...) é péssimo para os pacientes, estão às vezes a ser tratados por pessoas competentes, mas ao mesmo tempo podem apanhar pessoas que não têm qualquer tipo de formação e se intitulam osteopatas, que não têm competências para o ser”. E7 disse que há fisioterapeutas, alguns médicos, electricistas, “(...) são massagistas, são aquilo que são, que não tem a ver com a Osteopatia, e que a praticam porque acham que tem um bom nome (...) por causa desses bons osteopatas que existem em Portugal e que fizeram a sua formação de base convenientemente”. E7 também foi consonante com E8, que tocou nos mesmo pontos, e ainda disse que “(...) a única forma de produzir mais conhecimento (...) é a investigação. (...)” ainda realçou “(...) que a profissão venha a ser regulamentada (...) como nos Países onde ela está regulamentada em pleno, não é parcialmente, é em pleno, estou a falar do Reino Unido, ou dos Estados Unidos ou Austrália. A razão de ser é esta, porque eu tenho vergonha de eu ser confundido/a, e do meu nome poder vir a ser arrastado numa profissão que não me dá garantia nenhuma dum serviço bem prestado e com pessoas com estatuto que respeitem não só os seus colegas, como os seus parceiros clínicos como o próprio paciente, e portanto eu neste momento estou a sofrer o impacto negativo disso.” E3 mencionou basicamente o mesmo que E6 disse que é necessário “(...) uma boa escola de nível universitário e depois com estágios, é uma coisa que nos falhou”. E1 esteve dentro duma consonância, quanto ao futuro desenvolvimento, reiterou o envolvimento em Portugal com outros profissionais de Osteopatia e também das organizações osteopáticas internacionais, na mesma linha E5 disse que “(...) nós não queremos tirar nenhum lugar à medicina (...) que podemos todos trabalhar em conjunto (...) um objectivo maior, que é o serviço ao paciente”. E4 informou que deve existir “um organismo que (...) consiga realmente fazer uma distinção entre aqueles que são realmente bons na prática da Osteopatia e aqueles que não interessam (...) através da consciencialização a nível global da informação (...) e a aceitação das pessoas e mesmo dos próprios profissionais de saúde na área da medicina, na área da enfermagem e da fisioterapia ou de outro tipo de técnicas. Este tipo de profissionais acabam também hoje em dia por querer fazer formações em Osteopatia, isto quer dizer alguma coisa, quer dizer que as pessoas sentem que existe uma grande lacuna a nível do sistema nacional de saúde e que querem retirar em seu proveito essas formações na área da Osteopatia. Contudo não são formações que eu considero que sejam formações suficientes para que se possam considerar então osteopatas credenciados e licenciados, preparados para aplicar certas e determinadas técnicas”. E2 para além de realçar também a fraca ou negligente formação de muitos ditos osteopatas disse que “(...) há muita gente que anda, que se diz osteopata e, que tem uma formação muito fraca em Osteopatia ou não tem nenhuma em Osteopatia, e isso tudo vai acabar por influenciar a opinião pública, e os maus resultados obtidos por essas pessoas, vão acabar por afastar a população em geral da Osteopatia, que devia ser benéfico não só para a população, como para o sistema nacional de saúde, entre outros”.

Todas estas unidades de análise vão de encontro ao que actualmente se passa noutros Países onde a Osteopatia está regulamentada em pleno, tais como o Reino Unido.

Muitos dos entrevistados mais uma vez reiteraram, e foram explícitos, para com a falta de formação de muitos dos auto intitulados Osteopatas em Portugal, tendo estes outras formações de base noutras profissões de saúde, pese embora, a sua formação em Osteopatia é nenhuma ou negligente.

Dubar referiu-se a esta forma identitária, agora descrita, que se podem interpretar dentro duma articulação entre transacção objectiva e uma outra subjectiva, assim verificamos pelas unidades de análise, uma "(...) identidade forjada pelo indivíduo, encontrando-se, neste caso, o indivíduo num processo de exclusão que origina uma identidade ameaçada, (...)”, pese embora, “quando a transacção subjectiva se estabelece num processo de ruptura, são possíveis duas saídas para a transacção objectiva”, a primeira foi agora descrita, para a segunda, quando “a ruptura é acompanhada por confirmações legítimas pelo outro da identidade para si” verificamos um processo “que origina uma identidade incerta”. Estas duas formas, aplicam-se tanto de dentro da própria profissão como perante o público. Dubar, ainda nos informa que “as identidades construídas no modo de ruptura implicam, pelo contrário, uma dualidade entre dois espaços e uma impossibilidade de se construir uma identidade de futuro no interior do espaço produtor da sua identidade passada” (1997a:235-236).

#### **2.6.5 Formação não qualificada**

Em absoluta concordância, estando o assunto, como podemos constatar em volta da mesma problemática, todos foram consonantes e explícitos: relevaram a preocupação para com a actual formação dada em Portugal.

E10 informou que há cursos de duração diferente “(...) existem cursos dum ano, de 3 anos, cursos de 4 anos. As coisas têm que ser organizadas, não é (...) se calhar a de um ano era melhor, porque não há regras, a tal falta de regulamentação tanto para com o ensino, como para com... para exercer (...)”. E9 e E8, da mesma forma que E7, este/a disse que “(...) é um crime (...) é importante que um osteopata tenha uma base médica segura para poder fazer o seu diagnóstico diferencial que é o que acontece nos Estados Unidos ou em Inglaterra”, todos ainda referem essencialmente o mesmo que E10, como está explícito mais em cima. E6 evidenciou no mesmo sentido, e ainda disse que um senhor vendedor de imóveis foi fazer um curso de Osteopatia “(...) daqueles rápidos que se fazem por aí (...)”. E5 foi consonante e ainda disse, para quem não está devidamente formado pode “(...) matar e pode criar lesões ainda maiores (...) e acaba por deitar por terra a reputação dos outros Osteopatas”. E4 ainda referiu que “(...) é sem dúvida alguma das coisas que mais me tira o sono (...) é preciso ter um conhecimento a nível fisiológico, mas também de patologia (...) existem já vários profissionais (...) com formação devida, reconhecida por organismos internacionais”. E3 na mesma linha ainda disse “(...) sei que já tem havido acidentes de pessoas que se intitulam de osteopatas (...) é que eles não têm formação suficiente e depois ocorrem acidentes (...)”. E2

exactamente referiu que “(...) está a desacreditar a Osteopatia (...)”. Também E1 disse “(...) a maior parte estudaram por um curso de fim-de-semana”.

Em nenhum país onde a Osteopatia está regulamentada, tal discrepância sucede. Havendo Leis já aprovadas nesse sentido, com datas precisas e explícitas, a demora no início do processo de regulação e regulamentação da Profissão, revela-se um verdadeiro problema em Portugal. A situação da formação não qualificada está a piorar de ano para ano, só uma correcta e rápida regulamentação e regulação da Osteopatia poderão colmatar e resolver ‘duma vez por todas’ esta problemática.

#### **2.6.6 Implicação do Género**

Todos acharam que não há qualquer implicação no género para se poder ser um bom Osteopata. É confirmado pela existência de senhoras de pequena estatura nesta profissão. Nunca se verificou qualquer problema, quando das entrevistas para o ingresso no curso, nem durante o curso, nem durante o exercício profissional. Na Osteopatia, não se exige força, a força necessária está no conhecimento que é necessário ter em termos de anatomia para compreender e visualizar como todas as partes do corpo actuam em sintonia e uniformidade. Isto entre muitas outras situações e conhecimento que são necessários ao bom desempenho da prática clínica Osteopática.

### **2.7 Trajectória profissional/perfil profissional**

Identificámos duas subcategorias, que se interligam no dia-a-dia.

Assim,

#### **2.7.1 Fácil**

E8 disse “não sinto qualquer condicionamento da parte de outros profissionais ou outros colegas osteopatas no exercício que faço, não sinto (...)”, mas achou dificuldades noutros assuntos que serão descritos na subcategoria a seguir.

E7 verifica que pela falta de regulamentação não há limites na prática osteopática, somente este limite existe “(...) quando é posta em causa a integridade física do doente...”.

#### **2.7.2 Difícil**

Verifica-se que E10 mencionou, e ponderando para com o total das respostas já dadas, notou-se nessas respostas uma directa consequência com o que este/a disse, que há sérias dificuldades e tentativas de imposição por parte de outras profissões. E9 reiterou a “(...) falta de regulamentação, a falta de capacidade de prescrição não só de medicamentos, mas de exames complementares de diagnóstico (...)” ainda informou para a falta de acordo entre os osteopatas e ainda disse que o padrão a usar como termo de referência deve ser o Reino Unido, ainda se levantou uma outra dificuldade em que disse que “isso é complicado” se, a maior parte dos actuais profissionais que existem em Portugal não estiverem devidamente formados em Osteopatia.

E8 disse-nos anteriormente que não tinha dificuldades num sentido, pese embora, “(...) mas eu tenho limites à minha prática, ...tenho limites no sentido em que não disponho a perder tudo e mais alguma coisa, e entrar em campos, (que não são classicamente), digamos, da formação de base do osteopata, porque acho importante

respeitarmos os nossos limites para podermos ser respeitados por outros profissionais, incomoda-me bastante que haja colegas meus osteopatas, que não tenham qualquer problema em ter métodos invasivos, estar a fazer infiltrações por exemplo, ou que façam técnicas que são tipicamente de outras profissões só pelo simples facto de não quererem perder pacientes”.

E5 foi em absoluto consonante com E6 que também falou nas confusões várias que os diferentes departamentos de Estado fazem quanto ao estatuto da Profissão Osteopática, dizendo que “(...) a tal regulamentação (...)”, verifica na sua falta ser este o problema fundamental. Também E4 referiu-se ao mesmo, e ainda disse que era importante estarmos inseridos no serviço nacional de saúde, tem tudo a ver com os “(...) lobbies das Ordens (...) não nos interessa a nós, não interessa aos pacientes, interessa fundamentalmente a esses lobbies não sermos reconhecidos em termos de competências”, ou seja com o que este inicialmente se expressou, ao responder “a falta de regulamentação (...)”. E3 teve alguma dificuldade em falar que, dentro duma associação dita osteopática, houve tentativas de limitar a prática clínica osteopática, com medo dos médicos “(...) como é tal o poder médico (...)”. Também E2, como E3 informaram o mesmo que já E7 tinha informado, não vêm nenhum limite na prática clínica osteopática, porque está integrado em clínicas, mas se necessita dum exame de diagnóstico já tem que pedir a um médico “(...) porque não é reconhecido pelo sistema nacional de saúde” ou seja como também reafirmou, pela falta de regulamentação. E1 também esteve em sintonia, porque todos sabem que não podem receitar, nem prescrever exames disse que “temos que saber que não curamos tudo, temos que saber quais os nossos limites e, parte de ser osteopata, é saber referenciar os pacientes a outros profissionais. Há dias alguém pediu-me um nome dum bom neurologista; todos os osteopatas deviam ter uma referência com nomes de quem conhecemos, é parte do trabalho do osteopata saber bem referenciar. Direitos de prática completa incluindo o direito à prescrição... trabalhar no Serviço Nacional de Saúde (Portugal)... mesmo assim temos que não ‘perder de vista’ as nossas origens naturais e a ‘sensatez’ do corpo”.

Esta situação apresenta-se em absoluta consonância com uma necessidade social e com a Lei da jurisdição Portuguesa em vigor e aprovada por unanimidade na Assembleia da República, embora disforme perante a vontade expressa do Legislador para com uma regulamentação e regulação, que devia já ter ocorrido em Portugal segundo a Lei 45 / 2003 Capítulo V, artigo 19º e o Despacho Conjunto nº 327 / 2004 artigo nº16. Ainda, no que se reveste do aspecto clínico, na Osteopatia, o conhecimento profundo das várias ciências básicas, de diagnóstico e terapêutica são uma necessidade, para o exercício duma prática clínica Osteopática autêntica. O limite, como é o caso por exemplo, dos Estados Unidos ou do Reino Unido são impostos pela própria profissão que se auto-regula por estatuto e, pelo desenvolvimento científico verificado na época em questão.

No Reino Unido, embora salvaguardado na Lei, “The Health and Social Care Act 2001”, os Osteopatas têm mantido a prática Osteopática terapêutica em muitos aspectos, única e exclusivamente vocacionada para a vertente da medicina osteopática

manipulativa e não química. Tal por se considerar em primazia ser a Osteopatia uma abordagem estrutural à, e na Saúde, pese embora, o exercício e prescrição de outras terapias possa vir a suceder no futuro, após treino apropriado, caso a profissão assim o decida e se justifique. Já existe, sem qualquer exceção, em todos os Estados de União e distritos dos Estados Unidos da América, onde os médicos osteopatas e cirurgiões detêm direitos de prática completos e ilimitados, os mesmos que se verificam na medicina alopática / convencional. A Medicina Osteopática e Cirurgia nos EUA é um sistema completo e autónomo de diagnóstico e tratamento, onde os Osteopatas se formam em escolas que são totalmente independentes da medicina alopática. Nos EUA os Osteopatas exercem desde a obstetrícia à cirurgia, pese embora, nem a sua formação nem a sua prática radicam na medicina alopática ou convencional.

## **2.8 Poder Profissional**

Identificaram-se as seguintes subcategorias:

### **2.8.1 Identificação e entendimento de formas de poder profissional**

Verificam-se vários tipos de unidades de registo e de contexto. E1 informa-nos “que o poder vem da qualidade que apresentamos ao Público, essa qualidade é transparente (...)”, E5 dentro da mesma linha disse que “é a capacidade de mostrar as competências e ser reconhecido”. Também na mesma linha de pensamento, E6 disse o mesmo que os anteriores, e ainda adiantou também que poder profissional implica “(...) definir (...) quais são os deveres (...)”. E2 verificou o poder profissional como “(...) aquilo que exprime os direitos e deveres da profissão (...) que terá a ver com a ética e deontologia e com as capacidades técnicas da profissão (...). E3 deu ênfase ao “(...) poder das profissões (...) como grupo tem um poder político (...) quanto maior for o grupo, quanto maior é a representação, maior é o poder político e ... (...) portanto económico, portanto... que tem nessa sociedade”. E4 esteve em consonância com o entrevistado anterior, diz-nos que “é a capacidade de influência sobre outras profissões, outros técnicos e outras associações como é o caso da ordem dos médicos a capacidade de influência (...) não acho que isso funcione em prol do paciente, do utente; funciona mais a favor dos interesses económicos e financeiros”. E9 disse também que “é o poder não só dum profissional mas dum grupo de profissionais (...) é a capacidade dos outros sobreporem-se aos outros”. E7 informou que não sabe se “(...) isso faz sentido dentro duma profissão, poder profissional em relação a outras profissões (...)” também acha que “(...) é a capacidade que a profissão tem (...) ver os pontos de vista singrarem”. E8 foi muito sucinto e disse que “entendo o poder profissional como um lobby e na nossa cultura as coisas só funcionam por lobbies, e temos a profissão tão espartilhada que não podemos fazer pressão em lado nenhum, isto são apenas, são só tiros no pé”. E10 disse que “(...) é estar autorizado a fazer o que é suposto na nossa área (...)”.

Verificamos pela revisão da literatura, uma consonância com o afirmado pelos entrevistados. Por exemplo o poder profissional existe para Freidson centrando-se “na autonomia (Professional autonomy), sobre o próprio trabalho”, no controlo da entrada

(“gatekeeping” ou credencialismo) e ainda no “monopólio do conhecimento (expertise)”, assim cria-se o básico neste paradigma do Poder que tem a ver com capacidades para estabelecer como se deve trabalhar. Com este constructo, analiticamente verifica-se, o que conseqüentemente nos permite identificar, definindo o poder das Profissões (Rodrigues, 2002:51).

Portanto, Rodrigues, corrobora-se numa exposição clara, com “o princípio ocupacional”, no exercício autoritário, onde os membros das ocupações verificam-se com o apoio do Estado, que credita licenças e jurisdições exclusivas. Existe ainda uma “autoridade imputada ao expert” e persuasão sobre competências. Também há uma autonomia comum nos assalariados e independentes “estabelecida por processos sociais e políticos”. Impera “o conhecimento, cuja existência concreta se expressa em actividades humanas de criação” ou seja, o controlo em exclusivo da formação, no recrutamento, na divulgação, na aplicação do conhecimento e na realização e formação do trabalho. Ainda se verifica através do poder do Estado e dos profissionais, implicando formalmente uma interacção activa com o processo político, garantindo o uso de certos privilégios relacionados com o conhecimento abstracto, adquirido “em instituições formais de educação superior”. Assim ainda se instituem, assentes na crença “imperialista que pode ser analisada nos conflitos com outras ocupações”, ou seja, a ideologia relacionada com a melhor maneira de serem estas “crenças ou seja as profissões que transportam uma dimensão ideológica” para resolver os problemas (2002:51-52).

As profissões baseiam-se na conexão dos trabalhos, para com os quais existe necessidade do seu uso, cuja formação é dada pelas instituições de ensino educativo, dando origem a um “acesso privilegiado” a esses que podem desempenhar tal, porque têm formação.

Verifica-se uma formação que dá origem a uma credenciação obtida em instituições de ensino, cuja, confere a possibilidade do acesso ao mercado de trabalho protegido, institucionalizando-se “a relação entre sistema de ensino superior e o mercado do trabalho” (Rodrigues,2002:52). Ainda segundo Tavares, no campo da sociologia das profissões há vários autores tais como Deamilly, (1987 e 1984), também Mitrani, A. et.al. (1994), que verificam as competências aliadas a uma forma de poder profissional, onde “a noção de competência é entendida como uma capacidade reconhecida socialmente (...) que tem uma relação de causa e efeito com o desempenho numa função ou actividade” (2007:49).

### **2.8.2 Poder médico**

Tavares, informa-nos que na análise sociológica dos grupos profissionais o saber e o poder têm sido dois pilares fundamentais, “(...) em torno dos quais se têm centrado as teses de grande parte dos autores (...) Freidson 1968 e 1984; Turner 1987; Blane 1991; Carapinheiro 1993; Rodrigues 1997; Lopes 2001<sup>a</sup> (...) o poder das profissões (...) incluindo naturalmente o da saúde, é sustentado, em grande parte, pela existência de monopólio sobre um determinado campo de trabalho”. Tavares diz que tal constitui-se legalmente através dum proteccionismo consubstanciando-se “(...) na obrigatoriedade

de sujeição do exercício profissional a um sistema de licenças / credenciais atribuídas pelo Estado ou por Ordens Profissionais com vista a garantir o controlo (...)” sujeitando a prática a somente quem detém uma certa formação.

Verifica-se um monopólio, em relação a uma determinada actividade “(...) no quadro de uma competência especializada que limita a autoridade dos profissionais a um domínio da sua actividade. (...) as profissões distinguem-se pelo monopólio e fechamento sobre um mercado de serviços profissionais conseguidos através do controlo do acesso à profissão (...) do sistema de ensino e da protecção do mercado (...) através de um sistema de licenças (...)”.

Mais nos informa Tavares, citando Lopes (2001a:29), sobre o fechamento com origem em Max Weber, usando a participação de Eliot Freidson, “(...) pode ser definido como faz Noémia Lopes, que disse, «o fechamento social constitui uma etapa (...) que consiste na capacidade de um grupo profissional garantir, tanto o monopólio sobre o mercado de serviços que presta, como o monopólio da selecção, e formação dos praticantes, como ainda, o monopólio da legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade». Por isso, o sucesso das estratégias de profissionalização tem dependido e continua a depender da intervenção do Estado”. Tavares diz mais, baseando-se também em Lopes, realça o fechamento social através dum controlo de termos, de conteúdos com sancionamento jurídico através dum conhecimento teórico substabelecido em conferir diplomas por instituições de ensino superior, assim assegurando um domínio profissional sobre “(...) o seu campo de actividade”. Através destes factores, afirma Tavares, que o domínio profissional faz-se no campo da saúde como é o caso da “(...) dominância médica que, no entanto, tem sido afectada pelo contexto de mudança observável a diversos níveis”. Tavares também cita Tousijn (2000:7) que desde os anos 60 do Séc.XX em vários Países Europeus, verifica-se um «declínio parcial da dominância médica», isto devido a um “(...) menor controlo de todo o processo de trabalho (...) sobre os utentes / doentes, sobre a formação de novos profissionais, sobre a política de saúde, sobre as práticas profissionais e sobre os outros grupos sócio-profissionais do campo da saúde” (2007:56-57).

Neste sentido é importante, agora verificar o que nos é dito nas unidades de análise, assim, E6 afirmou realçando a falta de informação e conhecimento sobre a Osteopatia tal como E10, este acha que o denominado poder Médico afecta o bom desempenho e desenvolvimento da Osteopatia pelo facto de eles, os Médicos “(...) não estarem informados como é que a Osteopatia funciona (...) a maior parte deles não sabem, e os que sabem já... já de facto a reconhecem e dizem baixinho «olhe, não resulta, mas olhe vá ao Osteopata, vá ao Osteopata» (...) o tratamento deles não dá e, portanto vá, vá a outra alternativa que é a Osteopatia (...) tenho pacientes que me dizem: «disse-me mas foi às escondidas, ah! Foi simpático, foi simpático em me dizer» (...)”, noutras situações pessoais informou-nos que há pacientes que por vezes lhe dizem “(...) olhe não disse ao Médico que estou a fazer este tratamento senão fica zangado (...)”. E9 falou da mesma forma e ainda evidenciou questões económicas “(...) que há interesses financeiros da parte deles, dos Médicos” e ainda mencionou que não

compreendem “(...) que a Osteopatia pode trazer grandes benefícios para o paciente em si” ainda disse que os médicos preocupam-se com o facto de haver osteopatas que não estão devidamente formados e esse é que é o cerne da questão, pese embora “(...) é que depois há essa situação financeira da parte dos médicos e, muitos deles (...)” poderão ponderar noutras situações concorrenciais, “(...) se o osteopata estiver a fazer um bom trabalho (...)” ainda informou que “(...) o objectivo é de atingir um estado de saúde e de bem-estar que talvez um médico de clínica geral não se preocupe tanto como nós”.

E8 referiu-se aos médicos e ao poder médico como estrangulador do exercício profissional do osteopata em Portugal, embora dando-lhes razão no sentido em que há muitos ditos osteopatas em, Portugal que não detêm “(...) conhecimentos suficientes para estarmos autónomos (...)”, também ainda informou que há bastantes osteopatas em Portugal devidamente formados, assim em relação aos conhecimentos suficientes para serem autónomos disse: “(...) há outros profissionais dentro da Osteopatia que os têm (...)” pertinentemente ainda informou de algumas diferenças entre Portugal e o Reino Unido, que pela sua importância achamos relevante transcrevermos: - “enquanto as Ordens em Portugal são basicamente associações profissionais encapotadas, portanto, que estão a defender os próprios elementos, no Reino Unido não, são organizações que protegem o consumidor. Garantindo primeiro que a formação do Osteopata é de máxima qualidade e, que o exercício profissional é de máxima qualidade e, a forma como está organizado com membros do público e com membros que não são do público, que são osteopatas, permite que haja um controlo e haja uma abertura perante a sociedade, e mais, há todo o interesse em identificar qualquer caso de má prática pois põe em perigo toda a profissão. Nós tivemos um exemplo recentemente, onde ocorreu este infeliz incidente no Hospital de Sta.Maria com uma série de pacientes que cegaram, não se sabem ainda bem porquê, por questão dum produto que ainda não se descobriu o que é que é, e a primeira coisa que aparece é a Ordem dos Farmacêuticos e dos Médicos a livrar os médicos e os farmacêuticos, sem sequer se fazer nenhuma investigação. Se fosse no Reino Unido, a profissão Osteopatia, teria todo o interesse vir à frente de dizer assim, nós não sabemos, vamos tentar saber, se realmente for a nossa culpa essas pessoas vão pagar o preço, por isso é que a profissão tem ganho tanto estatuto, e continua a merecer a exclusividade de ter uma ‘ordem’ só para si, e por isso fazem auto controlo (...) foi o primeiro organismo a ser criado de auto regulação duma profissão, e que deixou a possibilidade durante vários anos não só de promover essa auto regulamentação, como definir os critérios de avaliação dos profissionais, definir os currículos que os cursos têm que respeitar, e que continua a exercer esse poder anualmente, controlando a qualidade dos cursos, controlando a qualidade do exame de competência clínica no final dos cursos, e garantindo que o exercício profissional ao longo da carreira continua a ser de alta qualidade, e publica regularmente os casos mais simbólicos de má prática, para que todos utilizem isso como um exemplo. Portanto a própria profissão ao se auto-regular, auto-controlar-se, auto-



mantém e preserva a qualidade do exercício”. E8 concordou que tudo isto implica: o regular, desenvolver e promover a Osteopatia.

E7 achou que há vários poderes em Portugal a afectar a Osteopatia, não só o médico, informou que há desde o poder dos fisioterapeutas aos enfermeiros e que, é por causa destes poderes todos que a Osteopatia não está regulamentada, e diz ainda, que já lá vão mais de cinco anos desde a passagem da Lei 45 / 2003. E5 entrou na mesma linha de conta, onde incluiu, que nós não queremos trabalhar como médicos mas sim com os médicos “(...) em prol e em benefício do paciente”. E4 ponderou para com a situação em que para se poder trabalhar em Portugal “(...) precisa que a sua profissão seja reconhecida pela ordem dos médicos isto dá-lhes um poder de cartelização (...) o financeiro é posto acima da qualidade do tratamento e (...) capacidade de resposta do serviço nacional de saúde”. E3 esteve na mesma tendência e ainda disse “(...) nem é preciso falar, toda a gente sabe que um médico era quase um Deus em Portugal, era o Senhor Doutor e... mantém-se um bocado (...) ninguém toca na classe médica e se tentam.... caiem!”. E2 foi ao mesmo ponto enfatizando o poder médico desconfia de todo e qualquer que se diga osteopata ou fale de Osteopatia, porque “(...) ela não está (...) regularizada, não está uniformizada em Portugal”. Reforçando a ideia sobre o poder médico, ainda disse: que as Associações em Portugal “acabam por fazer o trabalho por eles, acabam por aniquilarem-se uns aos outros (...) ao tentarem desacreditar-se umas às outras acabam por desacreditar toda a classe (...)”, ainda disse que há provas científicas para com o trabalho clínico dos osteopatas e, que o desacreditar já não é necessário pelas razões agora expostas. E1 simplesmente disse que é necessário fazer referência a outros Países onde já foi regulamentada a Osteopatia.

Todos os entrevistados consideraram pontos que estão explícitos e claramente patentes na revisão da literatura feita. Estas expressões identificam-se e confundem-se com o que é dito por autores conceituados tais como Freidson (2001), Carapinheiro (1993), Larson (1980), Perkin (1979 e 1961), Turner (1995), Perrow (1961), Moliani (2000), Weber (1968), Schraiber (1995) e ainda por Scambler 1995), entre outros. Não deixa de ser interessante verificar situações idênticas, pese embora, situadas noutra patamar, portanto, extrapolando o afirmado por Carapinheiro, para com outra estrutura organizativa, que “(...) o modelo de racionalidade médica dominava o modelo de racionalidade organizativa (...) predispondo para o lado dos médicos toda uma situação de reforço do seu poder, neste caso particular no hospital em relação às administrações “(...) embora o saldo real dos resultados seja sempre de ganhos para o poder médico e de perdas para o poder administrativo” (1993:282,283).

No entanto, como medida de reflexão sobre o poder médico, impõe-se ainda verificar o que Tavares diz, referindo-se a outras profissões de saúde, nomeadamente aos técnicos de cardiopneumologia, releva que “(...) a crescente especialização e parcelarização do trabalho que se verifica nas áreas médicas e nas diferentes áreas da saúde (...), está na origem da necessidade de delegação das competências médicas noutros profissionais e simultaneamente no aumento do grau de especialização de diversos grupos socioprofissionais do campo da saúde (...)” cujo campo de acção

baseia-se em saberes complexos e do foro científico. Ainda nos diz, que o Médico não consegue acompanhar “(...) com competência a execução (...)” de muitas tarefas, visto toda a actividade da saúde se ter tornado num nível de elevada exigência, e neste sentido, o médico “ (...) não se encontra apetrechado com os conhecimentos nem com a prática necessária” (2007:155).

### **2.8.3 Relação com o Estado**

Para esta subcategoria encontramos várias unidades. E10 diz que achou que os médicos devem desenvolver uma melhor relação, ponderou no juramento destes para com o benefício dos pacientes e, que estamos todos a caminhar para o mesmo lado, que é o benefício do paciente, ainda disse, “(...) é importante que as pessoas saibam o que é a Osteopatia (...)”. E9 também na mesma linha, informa que ainda não se percebeu o que é a Osteopatia, nem quais as mais-valias que esta pode trazer para o Serviço Nacional de Saúde e pacientes; que é uma medicina que actua na prevenção e mais nos estados pré-patológicos. E8 acha que o Estado tem pouco interesse em regulamentar. E7 disse que “(...) Deputados na Assembleia das República são médicos, e aí está o poder médico a querer intervir sobre a outra profissão (...) são políticos, mas são médicos (...)” ainda disse que a Lei era para ser regulamentada até finais de 2005 e já passaram anos “(...) os profissionais cumprem as suas obrigações (...) estão a trabalhar numa forma completamente desorganizada e sem forma (...)”. E6 disse que desconhecia qualquer evolução. E5 também foi para o lado em que a Ordem dos médicos tem um impacto muito forte e que “(...) há médicos que não sabem avaliar a Osteopatia, por falta de conhecimento da própria filosofia (...)”. E4 falou no “(...) ego das pessoas, o facto de não estarem a remar para o mesmo lado e, estarem a remar para o seu umbigo (...)”, ainda referenciou que o bloqueio da regulamentação da Osteopatia vem “(...) da parte das associações e das Ordens e dos tais ‘lobbies’ (...)”. E4 ainda relevou que há uma questão financeira subjacente, também incluindo o ‘lobby’ da indústria farmacêutica em que todos estes, médicos e farmacêuticos argumentam que “(...) as pessoas não têm formação, não têm qualidade para exercer a profissão, mas sem dúvida alguma, as questões financeiras são as de maior relevância”. E3 informou que tudo continua na mesma, efectivamente houve um reconhecimento da Osteopatia, como bem assim das outras medicinas não convencionais, mas desde a passagem da Lei nada se alterou. E2 acha que não há discrepância entre o Estado e os profissionais formados em Inglaterra; portanto, que se formaram e são oficialmente reconhecidos em ambas as situações, (tanto em termos profissionais pelo GOsC como, em termos académicos por uma das actuais 10 Universidades Públicas Britânicas), são reconhecidos no estrangeiro, mas que tem a sensação que “(...) acaba por ser um processo demasiadamente moroso, se calhar muito burocrático como tudo o que é em Portugal”. E1 realça alguns pontos diferentes de todos os outros, em que diz, “a profissão osteopática trabalha em Portugal no que pode ser descrito em termos de Lei Britânica..., isto é, no Reino Unido se alguma coisa não está em termos de Leis proibido ou admitido a outros, pode fazer-se. Contrariamente em França, onde se actua debaixo da Lei Napoleónica, se algo não está descrito, é proibido. A relação da profissão com o Estado tem sido muito fraca excepto,

para com o facto (que individualmente) até membros do Governo incluindo Presidentes e Primeiros-ministros tenham usado Osteopatas para com os seus problemas de algia! Infelizmente, presentemente não existe uma posição diferenciada em sentido legal... um massagista que tenha lido um livro sobre Osteopatia, pode apelidar-se de osteopata debaixo do sistema português e, em sentido legal não é diferente de alguém como eu que fez um curso de estudo reconhecido, e pratica há cerca de 30 anos".

Todos os Entrevistados são consonantes para com o mesmo problema, o poder dos lobbies, e sua influência directa ou indirecta na regulamentação e no Estado.

Abbott e Meerabeau em consonância com as teorias de peculiaridades / diferenças da personalidade (trait theories), dizem que, as "profissões são caracterizadas por certas formas de expertise, onde há a construção de certas barreiras, e em volta destas criam-se situações para entrar, como por exemplo, através de treino longo e uma ideologia de serviço público e altruísmo", estes autores verificaram que através da autonomia profissional adquirida, onde justificam esta pelos, "mecanismos de auto-policiamento, construindo os seus critérios internos de standards mantidos pela própria profissão (...) providenciam as bases para o poder político no mercado laboral, permitindo aos membros da profissão comandar um mais alto status e mais elevadas remunerações para os seus serviços", desta forma os serviços Públicos e o Estado são influenciados. Perante o que se constata no terreno, devemos ainda evidenciar o que muitos críticos têm apontado em que, as "profissões não podem necessariamente ser elas com eficácia, os polícias, nem actuar ao mesmo tempo no interesse Público". Para além disto, "praticamente nenhuma ocupação chamando-se a si de profissão, consegue inserir-se nestes critérios" (1998:3-4). Com margem de segurança, fica assim demonstrado, perante os argumentos agora verificados, a influência que pode ocorrer duma profissão regulamentada sobre o Estado como, sobre o que ainda está por regulamentar e, livremente poder-se desenvolver. Nesta sequência, vejamos a informação obtida na subcategoria seguinte.

#### **2.8.4 Poder profissional e regulamentação dos Osteopatas**

Mais uma vez, E1 e E2 falaram na fraca formação dos Osteopatas e ainda mencionaram que a profissão se encontra muito fragmentada. E3 ainda disse que não sabia o que se passa em países como a França no que toca à regulamentação e que quanto "(...) ao poder instituído da medicina convencional, não interessa concorrência (...)", ainda disse que "(...) nós devíamos ser uma equipa de saúde" e trabalhar em complementaridade. E4 simplesmente informou que a Osteopatia em Portugal é muito diferente da que existe no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. E5 informou-nos que muita confusão existe na informação dada nos cursos de "Osteopatia" que se administram em Portugal, informaram tudo ao contrário sobre o status da profissão Osteopática nos Estados Unidos da América "(...) diziam isso que na América é uma especialidade médica e não sei mais o quê (...) faziam lá pequenas cirurgias", neste sentido ainda nos informou que o poder profissional dos osteopatas é fraco dizendo que "(...) eu acho que é acima de tudo a ... a nossa falta de coesão como profissionais que leva a que não tenhamos ainda uma, ... uma capacidade mais forte de nos podermos

integrar e identificar no mercado e junto de todas as medicinas e... e acredito que seja muito por falta de conhecimento também da nossa apresentação... da nossa falta de apresentação perante o Presidente da Ordem dos Médicos e, da Ordem dos Médicos também, acho que há uma lacuna muito grande de comunicação, há muitos médicos que não sabem o que é a Osteopatia,... não sabem". Ao mesmo tempo interagiu-se com E5 para que nos elucidasse sobre o que achava dos níveis de formação em Portugal serem tão diferentes entre os vários profissionais de Osteopatia, neste sentido disse que "(...) tem que se definir uma ... uma referência, têm que ser pessoas que definem a referência são pessoas que estão devidamente informadas sobre os vários tipos de formação Osteopática no mundo inteiro e tem que se chegar a um consenso... tem que se chegar a um consenso. Inglaterra já provou por A mais B que funciona, e que esta é a forma de trabalhar na Europa, e que é aquela que é homologada pelo Governo que tem já uma tradição, que é muito eficaz em muitas disfunções e a partir daí...". E6 acha também que entre os osteopatas não há consenso. E7 achou que a regulamentação deve ser igual à do Reino Unido e que a Medicina convencional apresenta uma dificuldade "(...) tudo o que venha a fazer frente (...) algo que está instituído (...) é sempre difícil de (...) deixar que se desenvolva" e ainda disse que há questões pontuais dentro da profissão que devem melhorar, pese embora, sem querer especificar quais. E8 acha que a profissão médica no Reino Unido embora muito mais desenvolvida, é muito menos poderosa que em Portugal e que "(...) tem menos sobrançeria, menos tentativa de domínio sobre os outros (...) no sentido de acharem que a exclusividade dos serviços clínicos prestados, têm que ser médicos, todo o resto é complementar e têm que trabalhar sobre a alçada do médico (...) não percebo bem porquê, porque vai haver intervenção do corpo médico na regulamentação da Osteopatia (...) a competência só pode ser reconhecida na formação de base que os profissionais tiverem (...) e como em Portugal a formação de base e a formação a seguir a essa formação de competência é desastrosa, não vamos poder utilizar essa referência". Ainda considera que no processo de regulamentação o ideal seria avaliar caso a caso e a partir daí cada um, ou seja "(...) este individuo tem que ter este conjunto de conhecimentos mas necessita de ter mais isto... (...) a questão é que vai haver essa formação complementar e neste momento não está organizada". E9 disse que há falta de entendimento entre os grupos e as associações de osteopatas e ainda informou que acha que o nível de conhecimentos do osteopata está ao mesmo nível da formação médica alopática, mas que em certas áreas estará mais aprofundado "(...) por exemplo na área músculo-esquelética (...) em termos de conhecimentos base estamos ao mesmo nível (...)". E10 acha que o poder das Ordens dos Médicos e Farmacêuticos e os problemas dentro da profissão Osteopática estão a prejudicar a regulamentação, como também disse que "(...) há o interesse financeiro (...) das escolas, das profissões, do próprio Estado (...)", ainda disse que a Osteopatia poupa muitos recursos ao Estado "(...) poupa e muito (...)".

Verificamos que muito há para fazer em Portugal, um consenso entre os profissionais de Osteopatia é pertinente, a verificação do tipo de formação a nível individual, a consolidação dos cursos revela-se uma prioridade. Portanto o diálogo e o

verificar sobre o que de melhor se faz no Mundo é uma necessidade actual para a Osteopatia em Portugal se queremos qualidade e uniformização dum elevado grau de conhecimentos com uma consequência directa para com a poupança de recursos e dinheiro à Nação, como está demonstrado no Reino Unido (General Council and Register of Osteopaths / Osteopathic Association of Great Britain, 1995).

A análise detalhadas de todas estas unidades, leva-nos ainda a considerar, várias dificuldades com as quais os Osteopatas se debatem, perante os vários poderes instituídos na sociedade.

Dentro deste raciocínio, e debaixo do paradigma do poder das profissões constatamos situações idênticas, segundo as entrevistas e sua análise, para com o que nos dizem autores conceituados, tais como, Freidson (já descrito em **2.8.1**), Larson e Johnson.

Segundo Rodrigues, Johnson considerou “(...) o principal recurso ou fundamento do poder profissional resulta (...) para as funções globais do capital (...) à produção do lucro, à realização do capital e à reprodução das funções sociais que asseguram a manutenção do modo de produção capitalista (...)”. Uma década mais tarde ao início dos trabalhos de Freidson, Larson (1977), ainda “(...) analisa a profissionalização como um projecto de mobilidade colectiva no qual as ocupações tentam conseguir não apenas posições económicas, mas também estatuto social e prestígio (...)”, ainda colocou “(...) em evidência que as comunidades profissionais (...) são sobretudo um elemento essencial de delimitação do mercado de trabalho (...) monopólio e fechamento sobre um mercado de serviços profissionais” (2002:29,54).

Saks também diz que, McKee (1988) informou, excluindo uma minoria de médicos com interesses económicos que exercem medicinas não convencionais cujos, “(...) estão normalmente menos bem preparados neste campo (...)” há fortes indícios “(...) que a profissionalização da medicina alternativa só pode ser prejudicial ao domínio da medicina ortodoxa (...)”. Ainda disse, reiterou uma diferença de base conceptual, como é o caso da Medicina Osteopática em que o holismo de “(...) muitos dos profissionais não-médicos alternativos, acima de tudo, vai contra a predominância da ênfase biomédica da separação corpo e psíquico” (1999:134).

### **3 – Reconhecimento profissional**

**Remetemos para o Quadro I** a consulta do tema: Reconhecimento profissional, das respectivas Categorias e Subcategorias, pág.75.

#### **3.1 Reconhecimento Interprofissional**

Dentro duma perspectiva em que alguns foram mais claros, outros menos, verifica-se uma falta de conhecimento técnico-científico pela parte de muitos dos actuais profissionais de Osteopatia em Portugal, assim o reconhecimento por outros profissionais torna-se deficiente.

Existe uma enorme falta de informação sobre o que a Osteopatia realmente é. Perante a literatura da Sociologia das Profissões, informam-nos Tavares (2007), Abreu

(2001) e Dubar (1997a), entre outros, que é fulcral na formação das identidades uma determinada conjuntura laboral. Segundo Dubar (1997a), a identidade para o outro está integrado no processo de identidade relacional (postura crítica e oportunismo). Neste sentido os entrevistados sempre ponderando nas relações que se pode dizer duma 'identidade visada' mencionaram vários pontos, que podemos a seguir constatar.

Nesta linha, E1 mencionou somente que é importante elevar os conhecimentos dos Osteopatas formados em Portugal, avaliando-os individualmente através dum perfil profissional e dum portfolio. E2 informou que uma grande parte dos osteopatas que exercem em Portugal "(...) têm um estatuto muito baixo (...) não sabem o léxico médico e não sabem comunicar com os outros especialistas na saúde (...) é uma grande falha que temos nos osteopatas aqui em Portugal". E3 informou que "(...) o reconhecimento entre as várias profissões (...) é importante, porque o reconhecer uma profissão é o reconhecer a qualidade do trabalho que esse profissional exerce e esse trabalho é reconhecido (...) as pessoas constatarem a qualidade, a validade, a importância desse trabalho na sociedade".

E4 acha que os profissionais recentemente formados têm uma opinião mais real e "(...) têm uma abertura completamente diferente (...)” ainda informou que já tratou alguns médicos alopatas e dois destes disseram "(...) que também não percebem e não conseguem fundamentar a opinião da ordem que os representa". E5 disse que foi para Inglaterra após ter feito o curso em Portugal, onde estudou vários anos e aí, em Inglaterra, viu a enorme diferença "(...) do conhecimento associado desde o terceiro ao quinto ano (...)". Ainda disse que o curso ministrado em Portugal era fraco "(...) tenho que reconhecer, pois passei pelos dois lados", isto é, por Portugal e Reino Unido. Como também, o existir uma grave lacuna pelo facto do curso ser reconhecido em termos académicos, mas não em termos profissionais "(...) isso é gravíssimo (...) trabalham sem formação profissional, ou seja fazem experiências com os seus primeiros pacientes". E6 achou que "(...) os médicos não nos têm muito em conta (...)” e os fisioterapeutas têm em relação aos osteopatas um pouco de inveja, pese embora "(...) as pessoas achem que nós somos úteis".

E7 disse que já há muitos médicos que se apercebem dos bons osteopatas, que basta chegar a um hospital ou a um centro de saúde. Ainda relevou E7 que a profissão está a ficar "(...) muito mais bem vista do que há uns anos atrás (...)”. E8 disse que há inveja e respeito no sentido em que os osteopatas resolvem problemas que outros não. Assim corporativamente há inveja, mas a nível do médico individualmente há respeito pela Osteopatia. Verificam que há muitos problemas que os osteopatas resolvem e os médicos não. Também disse que muitos pacientes dizem ao médico que só o tratamento osteopático funcionou e não o alopático, nem a fisioterapia prescrita. Também verificou que os médicos sempre quiseram estar no topo da pirâmide e essa situação é tão forte que até há provérbios em relação à medicina, mas que não conhece nenhum em relação a outra profissão incluindo aí também a Osteopatia. Acha que os osteopatas estão também a preencher um vazio deixado pelos médicos a "(...) capacidade de ler o ser humano (...)” por ser tudo à base de exames de diagnóstico 'desvirtuados' do ser

humano. E9 também acha que o osteopata em Portugal “(...) não tem uma grande imagem”. E10 acha o reconhecimento inter-profissional importantíssimo inclusivamente para poder referenciar o paciente a outro profissional, mas que em contrapartida, só “(...) aconselham porque não há alternativa, já não podem fazer nada, «olhe então vá!»”, é o que muitas das vezes é dito.

Houve um consenso para com a regulamentação feita no Reino Unido, considerado um processo dignificante, idóneo e eticamente correcto, pelo qual todos os Osteopatas passaram a nível individual, sem qualquer excepção. Consideraram os entrevistados que, somente usando um processo idêntico em Portugal, a profissão terá um correcto reconhecimento inter-profissional e pelo Estado, e só assim se poderá desenvolver devidamente, para salvaguarda dos Pacientes.

### **3.2 Reconhecimento Profissional pelo Público**

Várias perspectivas foram verificadas, embora todas dentro da mesma linha de pensamento. E1 informou que os osteopatas para terem credibilidade têm que passar exames ou seja “têm que ter uma qualificação académica; uma qualificação clínica (...)”. E2 incidiu sobre um reconhecimento social que existe em relação aos osteopatas competentes pelas pessoas que estes trataram, mas também há um descrédito em relação aos osteopatas que não tiveram formação adequada e assim não apresentam resultados. E5 esteve em absoluta consonância com E3 que acha que somos reconhecidos, pelo facto de que temos pacientes e ainda mais, os médicos referenciam bastantes pacientes porque os que nos conhecem, já estão a ter uma ideia do que é a Osteopatia disse que “(...) se a sociedade não nos reconhecesse, aos osteopatas, nós não tínhamos pacientes (...)”. E4 foi peremptório, disse “sem dúvida alguma as pessoas são reconhecidas pela sua capacidade de trabalho e pelo seu desempenho técnico... contudo existe, como em todas as áreas há bons e maus profissionais... sem dúvida alguma que... se tem verificado, uma crescente exponencial de vontade das pessoas de saberem o que é a Osteopatia, no que é que a Osteopatia os pode ajudar e que existe uma abertura a nível social para a aceitação da Osteopatia quer a nível estrutural e nível associativo, ainda não existe, ou seja, existe uma vontade social para que a Osteopatia seja aprovada e para que a Osteopatia seja disponível para todos os quadrantes da sociedade e... e o que serve para bloqueio a esta vontade social, são as burocracias, as Ordens e as Associações que nos têm constantemente travado o processo de acreditação”. E6 acha que um paciente satisfeito recomenda outro e que são esses pacientes que nos recomendam e não os médicos significativamente, também disse que “(...) já há mais informação sobre a profissão”. E7 acha que devido a várias actividades associativas e ao esforço de muitos, a Osteopatia está cada vez a ter mais prestígio em Portugal. E8 acha que incrivelmente estamos a ser reconhecidos e considerados pelos consumidores de Osteopatia. E9 acha que muitos são reconhecidos pelo mérito que têm. E10 acha que os Osteopatas não estão a ser reconhecidos, e que “(...) toda a gente sabe o que é um estomatologista e não sabe o que é um osteopata”.

Uma formação idónea é o imperativo apresentado pelos entrevistados, como também os interesses duvidosos de alguns, e o poder profissional doutros, apresentam-se como um factor fortemente negativo, inebriado e contraproducente ao desenvolvimento. Há manifestas situações de oposição, a situações socialmente dominantes. Aqui verificamos uma forma de Identidade biográfica (contramobilidade social) a “verdadeira identidade - para si - é a que pretendem adquirir através das formações (...) já encontrada na sua origem”, ou seja onde a profissão tem tradição e, está há muito, oficialmente regulamentada (Dubar, 1997a:221).

### **3.3 Prática / desempenho profissional**

Encontramos duas subcategorias, onde se verifica uma certa interacção e sobreposição quanto às afirmações, tanto em termos de dificuldades, como dos aspectos que são considerados negativos, no que concerne a prática e o desempenho profissional.

#### **3.3.1 Dificuldades**

E1 disse: “(...) ainda não trabalhamos debaixo duma regulamentação oficial por estatuto... quando assim suceder teremos o mesmo estatuto dos médicos”, também como E3, referiram-se ambos à principal dificuldade como sendo a regulamentação. E3 ainda disse mais, que existe uma real dificuldade em pedir exames de diagnóstico ou verificar os que estão no hospital. E4 informou que a ordem dos médicos é uma força de bloqueio, que têm “(...) em sua posse a faca, o queijo, o pão e toda a gente na mão (...)”, ainda disse que temos que poder trabalhar condignamente para o máximo de desempenho; em todo o resto, esteve exactamente na mesma linha de pensamento que E10. Este último achou graves dificuldades quanto à prática e desempenho profissional, referiu-se também à dificuldade em pedir exames de diagnóstico como também afirmou que os conhecimentos que os osteopatas adquirem em Portugal “não são suficientes”. E9 exactamente no mesmo sentido informou que os Osteopatas formados em Portugal apresentam várias dificuldades, para com a gerência dos Pacientes em muitos aspectos achou que “(...) têm muitas limitações não só a nível de interacção com o paciente que é importante, mas também a nível do diagnóstico diferencial e também na aplicação do tratamento, daquilo que tenho visto, é tudo muito generalizado, é tudo uma... um género, ou uma combinação de técnicas que se aplicam a todos os casos, independentemente do problema ou da patologia, e acho que isso mostra que estão a trabalhar dentro de muitas limitações porque não estão a individualizar o tratamento e, a abordagem a cada paciente, que é essencial na Osteopatia”. E8 também disse que a principal dificuldade em Portugal em relação a outras profissões “é a falta de conhecimento”. E7 achou que certos profissionais poderão ver com maus olhos, por questões económicas, o aparecimento de outros profissionais, é importante, na opinião deste, que haja referência do paciente quando o caso não se aplica à profissão em questão, mas sim à Osteopatia e vice-versa. E5 na mesma linha informou que quanto a cursos em Portugal “(...) não há regulamentação e (...)” que são “(...) muito variados”. E2 acha que as instituições que leccionam os cursos de Osteopatia em Portugal, vêm meramente os



lucros, são cursos de três vezes por semana com três ou quatro horas diárias no máximo, o que é absolutamente ao contrário, comparando com o Reino Unido.

Os entrevistados verificam que existe em Portugal uma dificuldade grave, a falta de formação entre os ditos profissionais de Osteopatia, levantam-se questões de ordem formativa, de falta de formação teórica, técnica e de prática clínica osteopática reconhecida. Aparenta haver uma situação económico-financeira, para além da falta de regulamentação, talvez predisposta pelos lobbies que não desejam tal. 'A priori', levantou-se a questão, que poderá co-existir uma falta de investimento nos estabelecimentos de ensino que cursam a Osteopatia.

### **3.3.2 Aspectos negativos**

E10 disse que "(...) não convém muito que nós tenhamos resultados (...) interessa que as pessoas continuem doentes". E9 na mesma linha de argumentos disse que muitas vezes outros profissionais não entendem a abordagem holística da Osteopatia e que muitas vezes se confundem "(...) talvez pela ignorância da parte deles" porque certos problemas podem ter uma origem remota e não no sítio da sintomatologia. E7 foi em absoluto consentâneo com E8 que informou o mesmo (este estudou primeiro em Portugal e depois em Inglaterra), como um aspecto muito negativo, e foi muito explícito dizendo no que se refere aos conhecimentos como planos de estudos dados em Portugal, foi muito explícito dizendo "nem pensar, aquilo que eu adquiri na minha formação em Portugal não confere sequer aproximação daquilo que se considera ser a competência em Osteopatia, nem em termos de identidade nem em termos de intervenção clínica". E5 também disse que fez estudos em Portugal e depois foi para o Reino Unido e aí verificou a lacuna que existia entre Portugal e a Inglaterra "(...) eu cheguei lá, não sabia nada comparado com o resto da turma... os conhecimentos deles eram muito maiores".

E4 informou na mesma linha embora realçasse que, "sem dúvida alguma que existem lacunas bastante graves na formação em Portugal... isto porque ...na formação em Portugal tendo em conta o objectivo que nós temos, ... tendo em conta que o Osteopata tem que estar preparado para trabalhar em várias situações, e não só, no regime privado, e... existem se calhar, não tanto em termos de formação a nível de conhecimento de técnica, ou do conhecimento a nível geral, a nível... ou do conhecimento específico a nível anatómico ou fisiológico ou patológico, mas em termos práticos existe uma grande lacuna, não existe uma estrutura em Portugal capaz de receber os profissionais recém-formados ou os profissionais que concluíram o seu conhecimento teórico, não existe uma estrutura que consiga comportar estes futuros profissionais ou, profissionais que possam realmente fazer um estágio integrado com ... estruturado e pensado, para a boa prática da Osteopatia".

E3 disse que há cursos variados com formação deficiente a começar pela carga horária um curso aos sábados durante um ano e meio para massagistas, médicos e fisioterapeutas disse que "(...) portanto um massagista com o quinto ano, tirava o curso de massagem em 2 ou 3 meses e depois a seguir fazia um curso de Osteopatia num ano e meio aos sábados. Depois sei que realmente esse curso evoluiu para dois anos e sei

que evoluiu e está neste momento em 3 anos pós laboral o que não chega a ser uma carga horária sequer dum curso de fisioterapia, portanto mesmo um curso de fisioterapia tem uma carga horária maior que esse curso, portanto ...portanto a qualidade desse curso não pode ser suficiente, a Osteopatia não é um curso de fisioterapia (...)"

E2 numa linha consonante disse que numa primeira abordagem com qualquer profissional de saúde verifica-se ao princípio uma desconfiança, a partir do momento que usa o seu conhecimento adquirido no estrangeiro e explica usando as bases científicas, essa situação resolve-se.

E1 lamentou o facto da falta de qualidade dos cursos disse saber que muitos estudaram em Instituições Portuguesas e estão a tentar inscrever-se oficialmente no Reino Unido e ainda disse que "(...) o facto de alguns terem feito um curso em Portugal através do Reino Unido isso não chegou, pelo que tenho falado e conhecido, muitos destes têm feito muitos outros estudos extras, fizeram supervisão clínica e documentaram tal (...) têm evoluído, os cursos em Portugal não estão no patamar suficiente. Deve-se olhar para os Documentos do FORE (Forum for Osteopathic Regulation in Europe) e vê-se que não chegam a tal". E6 (é fisioterapeuta de formação base), informou-nos que não conhece a escola do Reino Unido, não faz a mínima ideia, que os colegas que tem fizeram os estudos em França, e que a escola francesa é muito superior à portuguesa têm dissecação de cadáveres e aqui não, informou-nos que "(...) nunca vi uma aponevrose (...) vi (...) quando veio cá aquela exposição do corpo humano, nunca vi um músculo (...)", achou toda esta situação em Portugal duma enorme gravidade comparando com outros países.

A dificuldade na aquisição de competências aparenta ser um muito grave aspecto, cheio de negatividade para com a prática duma verdadeira Osteopatia. Muitos tiram um curso a que alguém resolve chamar de Osteopatia, mas de facto, informam-nos os entrevistados: são massagistas ou fisioterapeutas, que meramente aprenderam algumas técnicas ditas osteopáticas. No mesmo sentido não há interesse pela parte doutros poderes profissionais que a Osteopatia se desenvolva em Portugal.

Verificamos assim que todos estes entrevistados enunciam propósitos que se verificam na revisão da literatura, relacionado com esta categoria da 'Prática / desempenho profissional'.

Por exemplo Donnangelo & Pereira, 1976; Freidson, 1970, levam-nos à relação do médico com o saber, denotando estes, que há uma apropriação do projecto do trabalho.

Ribeiro e Schraiber (1994) dizem que a relação do médico no plano institucional do trabalho, em que faz-se "passar por uma hierarquia de autoridades técnicas e institucionais", que se pode chamar de autonomia hierárquica. Toda esta interacção tem a ver com o plano tecnológico, sem se ponderar no plano social com as suas denominações políticas, ideológicas e culturais. Assente no conceito de "re-produção" (Lefebvre, 1973), visualizamos planos individualizados de trabalho à produção social, para de seguida nos centrarmos na "internalidade da técnica, o plano social em que a sociedade se reproduz, enquanto especificidades técnicas" (Schraiber, 1995:7).

Interagindo no acto técnico e no social, perante a relação do médico-paciente, (vista dentro duma acção médica directa), localizando-se na dimensão de acção moral, revelando a autonomia médica, neste caso, como uma técnica moral subjacente, assim, a autonomia mostra-se como valor ético e um comportamento moral.

A autonomia, evidencia-se como:

- uma luta técnico-política destes profissionais tentando salvaguardar o prestígio,  
- as elevadas remunerações, subjacentes ao monopólio corporativo da prática, que ao longo dos anos “permitiu a elitização desses trabalhadores. Sabe-se que está em jogo a própria autoridade técnico-científica, pela situação crítica, a que é levada, pela forte acção médica por seus tensionamentos internos, em especial quando se refere à autonomia do agir técnico”. Verifica-se que a autonomia é crucial para a profissão e suas questões, é uma valiosa e necessária preservação dos requisitos apensos às condições de trabalho ou subjacente a este; portanto “preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de ‘Ordem’, disciplina da vida social e projecto social de vida” (Schraiber,1995:7-8).

#### **4 - Identidade e Perspectivas profissionais**

**Remetemos para o Quadro I** a consulta do tema: Identidade e Perspectivas profissionais, das respectivas Categorias e Subcategorias, pág.76.

##### **4.1 Identidade Profissional**

Considerando que “as identidades profissionais começam a construir-se no contexto escolar”, para mais tarde se redefinirem «a partir dos recursos cognitivos e simbólicos que (os actores) mobilizam na concretização e na atribuição de sentido às suas práticas e interacções quotidianas, nos particulares contextos de trabalho» (Lopes 2001<sup>a</sup>:175), assim verifica-se na interacção das dimensões profissionais e organizacionais, “cuja diferenciação implica normalmente, a formação de diferentes formas identitárias” (citado por Tavares,2007:38).

Devemos nesta fase mencionar o já descrito anteriormente que, segundo Dubar (1997a), Sainsaulieu, considera a identidade mais do que um processo biográfico de construção egocêntrica, mas sim um processo relacional de investimento do eu. Remete desta forma para um processo duradouro, um investimento essencial, onde se põem em causa o reconhecimento recíproco dos parceiros. Verifica-se facilmente na análise dos sistemas sociais de empresa, e das situações do trabalho.

Dubar (1997a:110) considera as diversas premissas sobre os quais os vários grupos profissionais são identificados, a identidade «para si», designa por processo «identitário biográfico», a identidade para o «outro» designa por «processo identitário relacional / comunicacional / sistemático», dando relevância em especial que «as categorias particulares que servem para identificar os outros e para se identificar a si mesmo são variáveis de acordo com os espaços sociais» (citado por Tavares,2007:30).

Dentro duma lógica, Tavares afirma peremptoriamente que as “identidades sociais não são produtos acabados”, tem sim a ver com um processo em permanente

estado de construção, reprodução, transformação, produção, com um movimento muito próprio. Segundo este, informa-nos que Manuel Castells (2003b) disse, que a construção das identidades deve ser vista dentro dum contexto histórico, e está subjacente a um determinado contexto social, assim, não pode ser vista em termos generalistas, nem em abstracto (2007:30). Dubar (1999) considera que “os segmentos profissionais estão em permanente conflito e em mudança constante (...) não se podem considerar realidades permanentes (...) as identidades profissionais (...) são produtos inacabados em permanente estado de construção, recomposição e transformação que se operam em função dos contextos e da dinâmica dos processos sociais, cruzados transversalmente pelas mudanças sociais” (Tavares,2007:49).

Perante a análise de conteúdo, encontraram-se as seguintes subcategorias em consonância com o agora descrito:

#### **4.1.1 Competências / Comparação da formação entre Portugal e estrangeiro**

E10 informou que se há regulamentação fidedigna no estrangeiro “(...) se é válido lá, porque é que não é cá?” e ao mesmo tempo lamentou a ideia que temos em Portugal de que sabemos sempre mais que os outros, “(...) e de repente a Osteopatia cá não vale nada, mas lá fora já existem médicos osteopatas credenciados (...)”. E9 referiu que em termos de desenvolvimento são necessárias “(...) mais facilidades de investigação (...)” e que em Portugal não se consegue “(...) fazer qualquer tipo de investigação clínica na área da Osteopatia, há grande dificuldade e sem qualquer apoio (...)”. E8 fez formação tanto em Portugal como em Inglaterra e verificou que ao chegar ao Reino Unido quanto a competências “(...) a diferença era abissal e que as coisas não tinham nada a ver, era uma profissão totalmente diferente (...)” ainda disse que há duas grandes falhas em todos os cursos em Portugal, pese embora, alguns sejam mais organizados que outros. Não existe prática clínica, nem treino em clínica geral. Referiu ainda existirem falhas graves quanto aos conhecimentos de patologia, do exame físico clínico, ou seja, falta muito para saberem fazer um historial clínico completo; e assim não podem ser autónomos, como sucede no Reino Unido. Mencionou que ainda há fisioterapeutas a fazerem cursos chamados de ‘Osteopatia’, e que falham igualmente em tudo, desde a falta de estágio clínico, ao treino em clínica geral. Referiu-se ainda a estes fisioterapeutas que tentam fazer cursos de “Osteopatia” em Portugal que somente “(...) eles aprendem é mais e melhor técnicas osteopáticas (...)”. Mais informou, que os Osteopatas têm uma maneira de pensar própria e os Fisioterapeutas que tentam fazer cursos de ‘Osteopatia’ em Portugal, não o fazem, mas sim seguem “(...) protocolos rígidos biomecânicos (...) falta a individualidade (...)”.

E7 mais uma vez como todos os outros entrevistados nesta ou noutras ocasiões referiu-se simplesmente à falta de regulamentação “a diferença é que lá há regulamentação e cá não há (...)”. E6 disse que não sabe muito sobre tal situação onde há mais ou menos competências, disse saber que na França, pela informação que detemos, houve somente uma regulamentação parcial da profissão “(...) nos tiraram poderes (...)”. E5 referiu-se que desde há muito a regulamentação existe no Reino Unido e ir ao Osteopata, aí é o mesmo que ir ao médico convencional ou ir ao dentista “(...) já

faz parte da manutenção da saúde (...) em relação a Portugal como não há regulamentação, muitos podem ser Osteopatas e muitas vezes sem formação adequada com o risco associado”. E4 disse que há lobbies que se assustam por haver pessoas como os Osteopatas devidamente formados que podem fazer a diferença e que esses lobbies não querem que a profissão avance. Ainda informou que o Osteopata pode ajudar em muitas situações, poupando recursos que outros não são capazes, mas imperam as perdas financeiras e económicas para alguns e isso não interessa.

E3 informou que Osteopatia e manipulação são coisas completamente diferentes, e que os cursos em Portugal não têm qualquer qualidade que se assemelhe com o Reino Unido ou os Estados Unidos da América. Mais ainda informou também, que a investigação científica é necessária “(...) para qualquer profissão poder evoluir (...)”.

E2 disse que devido à Regulamentação já existir em Inglaterra e nos EUA, desde há muitos anos, há uma grande tradição, muitos deveres e direitos estatutários e que também há um reconhecimento pelo sistema de Saúde desses Países. E1 disse que o nível de competências dos Osteopatas formados em Portugal é muito baixo comparado com a Inglaterra ou França, a título de exemplo. Também, afirmou que os osteopatas formados em Portugal “(...) acham que a Osteopatia é uma técnica, que usam, assim nem sequer sabem o que é a Osteopatia, pensam que é uma técnica”.

#### **4.1.2 Áreas de Intervenção clínica**

E10 achou que quanto a direitos de prática completos os Osteopatas deviam usufruir de tal, é claro, com treino apropriado. Ainda afirmou que os osteopatas estão supostos deter formação base adequada, ou seja, o grau de conhecimentos que lhes é dado é suficiente para poder evoluir, pese embora, em Portugal como as escolas são todas privadas não há forma de testar a qualidade e o nível de conhecimentos dado e adquirido. Segundo a análise de conteúdo desta entrevista, poderá existir em muitas escolas um sem número de pessoas cujo grau de formação não é o mais adequado, para devidamente leccionarem a unidade curricular em questão, neste sentido disse: “(...) se as pessoas dentro das escolas tiverem interesses em só fazer dinheiro, põem-se calhar qualquer pessoa, não lhes interessa a importância disso (...)”. Em relação ao ideal de Osteopata para Portugal consideraria que deveria ser “(...) o mesmo que um Osteopata, se calhar, em Inglaterra (...)”. E8, E9 foram no mesmo sentido, do ideal de Osteopata e, ainda disse E9 que, por trocas de informação com outros profissionais, o currículo do curso de medicina (alopática) que: ambos “(...) estão no mesmo nível (...) senão em certas áreas mais aprofundado (o curso de Osteopatia), por exemplo na área músculo-esquelético (...)”; ainda realçou que, “(...) o Estado pode beneficiar, como o próprio Osteopata e os Pacientes”. Achou importante poder trabalhar com, ou no serviço nacional de saúde e, tal como E10, reiterou que, facilitaria no pedido de exames de diagnóstico e evidenciaria uma maior rapidez e assim, quem beneficiaria, seriam os Pacientes. Também disse que “(...) provavelmente iria poupar bastante dinheiro em termos de exames complementares, muitas vezes o nosso diagnóstico consegue ser feito através da palpação, através dos testes que fazemos sem precisar de recorrer a exames complementares e aí ir-se-ia poupar bastante dinheiro”.

E8 acha que há conhecimentos comuns no curso de Osteopatia e no de Medicina convencional ou alopática, referindo-se à Osteopatia disse que “(...) tem alguns elementos comuns com qualquer curso de medicina e pela exigência que tem o curso até tem bastantes (...)”. Mas acha que são áreas do conhecimento diferentes “(...) um bom Médico não faz um bom Osteopata, como o bom osteopata não faz o bom médico (...)” ainda diz que o “(...) pensamento osteopático é uma coisa absolutamente lógica (...) é lógico estudar as relações no corpo humano” ainda falou no modo próprio de pensar dos osteopatas explicando que se adquire ao longo de muitos anos de estudo baseado em muitos conhecimentos tais como de anatomia, de fisiologia, de patologia, de diagnóstico. Ainda disse que há médicos alopatas e fisioterapeutas que por vezes apresentam uma forma de pensar parecida com a osteopática. Informou que na Universidade de Oxford um Colega Osteopata foi dar aulas ao curso de Medicina Convencional para explicar o que era a Osteopatia, os alunos do terceiro ano perceberam perfeitamente e acharam fabuloso, enquanto os “(...) finalistas estão de tal maneira conectados com a maneira de pensar alopática que não perceberam nada (...)”. Ainda disse que a Osteopatia não é uma panaceia, explicou o que era o modo de pensar Osteopático “(...) tudo é olhado como um equilíbrio (...)”, mas que também não acha que seja completamente exclusivo da Osteopatia, assim, “(...) se calhar pode-se fazer uma cirurgia numa forma osteopática, não sei como funcionará isso, o que sei é que têm protocolos rígidos, muito deles baseados em estatística (...)”. Finalmente achou que o ideal de Osteopata para Portugal “seria transferirmos todo o sistema Britânico para Portugal”. E7 esteve em absoluta consonância com todos os outros entrevistados e ainda disse que “a formação de base dum osteopata é médica, é de medicina (...)” e nem sequer compreendia o não poder desenvolver toda uma prática clínica com direitos completos, tanto para poder prescrever como vir a realizar cirurgia, é claro após treino apropriado, e que “(...) tendo a Osteopatia um pensamento diferente, uma forma holística de actuar aliás a prática osteopática tem demonstrado a qualidade da intervenção a nível do doente e a resolução muito mais rápida dos problemas, ganha o doente, ganha o Estado porque não paga tantas baixas, ganham os patrões porque têm o ... o funcionário disponível para trabalhar, e ganha o doente porque gasta muito menos dinheiro em tratamentos e tem muito menos dores e está muito menos tempo sem trabalhar”. Também informou que o ideal de osteopata tem que ser um profissional completamente autónomo / independente, caso contrário, tal limitaria a prática osteopática, ainda disse que os benefícios dessa total autonomia serão sempre para o doente, ainda deu exemplos baseados na lógica de independência clínica, em que cada profissional sabe do seu múnus.

E5 e E6 estiveram igualmente de acordo com todos os outros entrevistados, quanto ao desenvolver direitos de prática clínica completos E6 reiterou o termo “(...) o mais possível (...) desde que haja uma boa formação de base numa escola universitária”. Ainda acharam que o osteopata ideal deve estar devidamente enquadrado ou seja integrado na comunidade. E4 também disse exactamente que qualquer restrição não deve existir, quanto à aplicação de qualquer terapia, desde que o profissional seja

devidamente formado “(...) e quando realmente as coisas são fundamentadas (...)”. Achou que o ideal de osteopata para Portugal seria uma formação mais baseada nos Estados Unidos da América “(...) o facto é que uma boa formação, uma formação consolidada reduz a percentagem... a probabilidade de actos negligentes”.

E3 disse que se deveria desenvolver a prática clínica porque quem beneficiaria seriam os pacientes disse “(...) estou a pensar melhor, o médico não é qualquer médico que exerce cirurgia, tem que fazer a especialidade de... de cirurgia para poder exercer a cirurgia, portanto um médico, um osteopata poderia realmente fazer uma especialidade de cirurgia e dedicar-se à cirurgia, já ter uma visão osteopática da cirurgia, portanto, agora o Osteopata normalmente, como o Médico de clínica geral, o Médico de medicina interna, não vai exercer a Cirurgia”. Acha um entrave o não poder exercer num hospital e as “(...) consultas não serem comparticipadas pela segurança social, pelas companhias de seguros (...)”, sente-se limitado no que faz. E2 informou no mesmo sentido elucidando que “(...) se uma pessoa tem um bom conhecimento osteopático (...), por norma digo eu, não vai receitar medicação logo quando o fará só se for estritamente necessário, e aí sim, tendo toda a filosofia e todo o raciocínio osteopático atrás, ter a nível de formação cirúrgica, penso que sim, porque os osteopatas que têm que ter um grande nível de anatomia de superfície e de anatomia geral, têm que ter um bom nível de anatomia e logo por isso para praticar cirurgias penso que eles estarão muito bem adaptados para isso, terão os conhecimentos básicos, para pelo menos entrar a nível como sabem, com cursos de pequenas cirurgias ou até cirurgias mais avançadas; penso que nos Estados Unidos, os osteopatas têm preferência por ortopedia e neurocirurgia”. No sentido do ideal do Osteopata em Portugal informou sobre a “(...) excelência, como o nível inglês (...)”, ainda reiterou a importância da uniformização da profissão e ainda falou na máxima importância do diagnóstico, em que os Osteopatas têm que ser proficientes. E1 mais uma vez reiterou a importância dos documentos do FORE e que se deve chegar em Portugal a um elevado nível como sucede em termos Internacionais.

Todos os entrevistados falaram no mesmo sentido, como se constata em cima, abordando os assuntos que acharam mais pertinentes. Pelo conhecimento que detemos da Osteopatia / Medicina Osteopática no Mundo e, segundo o pensamento osteopático, prescrever um remédio ou exercer uma cirurgia, implica um raciocínio lógico e uma abordagem diferente doutros paradigmas, pese embora, por vezes em certas situações, pontualmente, certos protocolos têm que ser seguidos. Existem variadas situações, como por exemplo, está demonstrado no Reino Unido, a nível do serviço nacional de saúde que, devido à intervenção osteopática o número de anti-álgicos prescritos, diminuiu drasticamente, e que os pacientes regressam mais rapidamente ao trabalho (GCRO/OAGB,1995).

Perante as unidades de registo e sua análise verificam-se situações de jurisdição inacabadas, pela indefinição da legislação inexistente ou deficiente. Neste sentido, esta situação identifica-se com Abbott, pois este revela-se no Interaccionismo simbólico de Hughes, usa conceitos de segmentação intraprofissional, para compreender a base social dos conflitos interprofissionais, também constatamos que “as clivagens e

segmentações intraprofissionais” levam a estratégias de alargamento de influência por parte de áreas profissionais que se acham com recursos para tal, invadindo fronteiras e limites que deviam ser objecto de posse de outros grupos. Há aqui ainda uma não incipiente influência da teoria funcionalista, que se verificam no conhecimento como atributo característico das profissões, também ainda avaliam o conhecimento como elemento de estabelecimento das jurisdições. Perante uma manutenção, fortalecimento e fixação, verifica-se uma análise dos processos de rotina e codificação como factores que facilitam o acesso de outros grupos ao conhecimento de base de determinado grupo dominante, verifica-se com mudanças nos currículos, nos sistemas de ensino; permitem-se usar, possuindo conhecimentos de base, assim argumentando para justificar a invasão de demais jurisdições (Rodrigues,2002:105).

## **4.2 Título de Dr.**

Após a análise das entrevistas verificamos para a categoria descrita em epígrafe, duas subcategorias: aceitação e rejeição. Todos os entrevistados informaram que detendo uma formação adequada e reconhecida, deve-se usar o título de Dr. em Portugal, mas só nessa condição foram unânimes e tido como consentâneo.

### **4.2.1 Aceitação**

E10 acha que se deve usar o título de Dr., acha que não somos tão diferentes dos outros “(...) profissionais médicos”. Também E9 informou sobre o mesmo, “(...) qualquer (...) que tenha a ver com a medicina, acredito que devia ter também o título de Dr. antes do seu próprio nome (...) talvez seja pela tradição”. E8 argumentou que sim pelo facto de se ter uma licenciatura, e que é um título “(...) bastante aceite (...) tem alguma excelência e respeitabilidade”. E7 exactamente no mesmo sentido “(...) porque inserem-se num ramo da medicina e estão ao nível de todos os outros que fizeram medicina, o curso de medicina normal”. E4 informou que Doutor só os Doutorados, mas no sentido em que outros profissionais de saúde tais como médicos, farmacêuticos, ou biólogos, todos usam o título Dr., neste sentido, sem qualquer hesitação disse que se deve usar esse mesmo título. E3 no mesmo sentido informou que “(...) para já estamos num País de Doutores (...)” dentro duma analogia, se é medicina osteopática e se os advogados, os médicos dentistas e os médicos veterinários usam o título de Dr. “(...) porque é que os Osteopatas não devem usar o título de Dr.?”. E2 referiu-se que “(...) o título de Dr. deve ser usado devido à formação que se tem (...) porque qualquer pessoa licenciada é um Dr.(...) é um facto cultural, não há que dizer nem que sim, nem que não”. E1 evidenciou no mesmo sentido informando que “(...) após um treino tão longo, é justo usar tal título (...)”.

### **4.2.2 Rejeição**

E6 foi totalmente contra o uso do título ‘Dr.’, porque acha que ainda não tem formação suficiente “(...) por enquanto não, porque não está esclarecido (...) eu não tenho formação neste tempo, neste momento para me considerar ‘Dr / Dra.’, toda a formação que eu fiz não está.... (não disse mais)”. E5 informou que, antes de ir para Inglaterra, o curso que fez em Portugal é um Bacharelato, informou que “(...) não acho



bem que usem o título de Dr.; só com uma licenciatura, porque é dentro do regime legal que nós usamos o título de Dr.”.

Fica bastante claro, qualquer tipo de rejeição é vista, pela falta duma formação académica suficiente e adequada. Como mínimo uma licenciatura e, só quem detém tal, deveria poder usar o título de Dr..

### **4.3 Título profissional de Osteopata e Médico Osteopata.**

Nesta Categoria encontramos na análise das entrevistas, quatro subcategorias.

#### **4.3.1 Aceitação / aspectos positivos**

E10 inteiramente aceita que se deve usar o título de médico osteopata, visto que “(...) tem toda a lógica que seja medicina osteopática (...)” ainda diz que existem nesta profissão pessoas com diferentes níveis de formação e que é importante “(...) que a formação seja a mesma (...)”, finalmente disse que quanto a título “(...) penso que médico osteopata (...) nós não somos terapeutas (...) eu não faço massagens, eu trato pessoas (...)”. E9 no mesmo sentido acha que o termo é correcto disse que “(...) não só caracteriza melhor não só o trabalho (...) como também a sua credibilidade, talvez seja a palavra certa para descrever isso (...) porque o termo médico traz uma credibilidade acrescida”. E7 foi na mesma linha de pensamento e informou que “(...) a Osteopatia é um ramo da medicina (...)”, também no mesmo sentido disse que o é a medicina dentária, a medicina veterinária e a medicina alergológica.

#### **4.3.2 Importância da alteração do título**

E4 achou que se deve fazer uma distinção entre os que são licenciados e os técnicos, assim, para uns o título de osteopata ou médico osteopata, para os outros considera E4 os técnicos deviam ser apelidados de técnicos manipulativos “(...) a regulamentação da Osteopatia está a tardar (...) fazendo essa distinção, cria-se uma... uma diferenciação entre a qualidade do profissional”. E2 achou que o título de médico osteopata somente deve ser usado por aqueles que receitam fármacos, e osteopata para aqueles que detêm “ (...) mais a vertente para a terapia manipulativa (...)”. E1 informa que a grande preocupação é se os pacientes se confundem e pensam que estão a consultar um médico alopata e não um osteopata. Acha que se deve usar o termo médico osteopata “(...) não somos médicos convencionais mas sim osteopatas, isto é, médico osteopata (...) o público tem que saber e ter a certeza que não vem a consultar um médico convencional (...)”.

#### **4.3.3 Rejeição / aspectos negativos**

E8 informa que já houve quem marcasse uma consulta para ir a um homeopata e foi a um osteopata e a querer ir a um massagista e foi a osteopata, ainda disse que se devia banir o termo “(...) Medicina associado à Osteopatia (...) porque a profissão médica em termos culturais é muito forte”. E6 acha que devido a não ter tido patologia suficiente no curso que fez em Portugal, acha que não se deve usar o termo, informa que é “(...) profissional de saúde (...)” e que não é médico/a, e que no curso de formação base, faltou muita coisa. E5 na mesma linha de pensamento argumentou que, na Osteopatia há uma outra linha de estudo, neste sentido não concorda com o uso de

médico, mas sim de osteopata porque “(...) fomos muito dedicados ao estudo fisiológico e patológico da parte reumatológica e de todas as doenças sistémicas que têm repercussão a nível músculo-esquelético (...)”

#### **4.3.4 Indiferença**

E3 informa que não existe problema no sentido em que se devem usar os dois termos, fez um julgamento baseado que se diz ir ao dentista ou ao veterinário, mas nem sempre se diz vou ao médico dentista ou ao médico veterinário, portanto considera-se subjacente tal, ainda disse que “ (...) a nossa base de formação, a origem da Osteopatia vem dos Estados Unidos em que a Osteopatia é a Medicina Osteopática, e é uma medicina ... e é uma medicina autónoma, digamos, em que a Osteopatia não é um conjunto de técnicas, mas é uma medicina completa, em que se tratam os doentes dum ponto de vista diferente da medicina alopática, portanto do ponto de vista mecânico mas ela é uma medicina, não é um conjunto de técnicas por isso realmente o ser médico de medicina osteopática ou médico osteopata”.

Da análise destas quatro subcategorias verificamos haver uma discrepância quanto ao uso dos termos, Osteopata e Médico Osteopata assim, quem está devidamente formado, através dum curso estruturado e oficial, e ainda ao mesmo tempo, quem detém uma licenciatura em medicina osteopática, vai de encontro ao uso do termo médico osteopata.

Ainda há quem propõe que se deve discernir sobre quem prescreve fármacos e quem não os prescreve, como se a questão estivesse apenas a uma ‘querela’ do uso ou não, duma determinada terapia. Também se levantou a questão que há técnicos manipulativos, que hoje em dia se dizem de osteopatas. Neste sentido do título profissional, ainda se deu ênfase à área clínica primordial da Osteopatia que se verifica para com o SNME e na sua relação para com o título, achando que nesta linha deveria ser simplesmente de Osteopata.

Os entrevistados mostraram preocupação com a sua identidade perante o Público, não desejam ser confundidos com o médico convencional nem com qualquer outro profissional. Perante estes pontos agora descritos, em ‘latus sensus’ remete-se o assunto para Dubar quando “(...) a ruptura é acompanhada por confirmações legítimas pelo outro da identidade para si e encontramos-nos num processo de conversão que origina uma identidade incerta” (1997a:236).

Quanto aos termos a usar, Tavares disse que “(...) a identificação feita por outros no contexto de um processo relacional inclui igualmente as designações formais feitas pelas instituições, nomeadamente pelo Estado através das designações definidas no âmbito da regulamentação dos estatutos e das carreiras profissionais” (2007:30).

#### **4.4 Associativismo / práticas organizacionais.**

Verificamos as subcategorias que a seguir transcrevemos.

##### **4.4.1 Tipo de actuação / panorama associativo**

E10 demonstrou confusão quanto ao número de associações existentes em Portugal, não sabe quantas há e que “(...) assim ninguém se entende (...) há algumas

peessoas que não lhes convém que a Osteopatia ande para a frente e isso é péssimo e não percebem...é mais rentável (...) a pessoas não podem por no IRS (...) as próprias escolas também ganham muito com isso (...) pagamos balúrdios para depois não sermos reconhecidos em nada”, ainda disse que não notou diferenças ou alterações quanto ao panorama associativo e que já deixou de se preocupar, pese embora, o associativismo seja importante “(...) parece uma máfia para os dois lados... tanto para a parte médica como para a nossa guerra”. E9 achou importante haver uma união e não tantas associações, também esteve na mesma linha de pensamento reiterou os interesses monetários, ainda falou que não lhe compete avaliar ninguém, mas que o padrão a usar deveria ser o Reino Unido, desconhece se o panorama associativo se alterou no nosso País. Tal como E6, que disse “(...) há várias associações que andam às guerras (...)”, também E8, foi ao encontro do mesmo problema e disse que o associativismo em Portugal só tem servido para proteger certos grupos de interesse e não a Osteopatia. Ainda disse que não existe um verdadeiro associativismo para proteger e promover a Osteopatia e que existe esta ou aquela organização que tenta passar para a opinião pública, que é esta que deve ser reconhecida, e não as outras, “(...) o que sucede é que toda a gente tende a defender os seus próprios interesses”, não têm informação sobre o panorama associativo. E7 acha que para além do papel de aglutinação que as associações têm tido, também têm dado formação aos osteopatas porque “(...) quem deveria fazer essa formação deviam ser as escolas, não havendo regulamentação... as associações têm de assumir esse papel e de fazer a formação dos profissionais (...)” acha que o panorama associativo se alterou muito ultimamente porque apareceram nos últimos anos associações que têm trabalhado muito em prol da regulamentação. E4 acha que se deve fazer uma única Associação que englobe todos os profissionais, e que os profissionais devem prestar provas para pertencer a essa Associação e “(...) devem-se ter requisitos mínimos de conhecimentos mínimos (...)” ainda falou sobre o panorama associativo que desconhece, pese embora, fique preocupado com os auto-denominados “pai da Osteopatia em Portugal”, que só descredibilizam a profissão. E5 falou que já ouviu falar num curso de “(...) Osteopatia por correspondência em seis meses” e acha que em termos do panorama associativo como não há coesão, e mais uma vez reitera que, como não há regulamentação, cada associação “(...) lança o seu próprio curso (...)”. E3 relevou uma preocupação com a formação de muitas associações com três ou quatro pessoas, porque saíram duma outra e fundam uma nova, ainda disse sorrindo, não existir grande mudança no panorama, continua a haver mais divisão. E1 foi de encontro ao que E2 disse, não ter verificado um aumento muito grande de associações, desde que está formado há três anos, acha que estabilizou, e que é importante existir “(...) um objectivo igual entre elas (...)”.

É grande a preocupação dos entrevistados, não aparenta existir um objectivo comum entre as associações. Tavares leva-nos a um ponto importante em que é necessário existir consenso, segundo este “(...) às associações profissionais pode caber igualmente um papel relevante nos processos de profissionalização em diferentes medidas e âmbitos consoante o tipo de associação em causa (...) funcionar enquanto

grupo de pressão, como é o caso das associações profissionais não constituídas em Ordens, ou seja, enquanto grupo de interesse”, no sentido em que podem influenciar decisões várias a nível dos órgãos de soberania (2007:52).

Ainda sobre problemas e conflitos, diz-nos Freire que um dos “(...) sectores de actividade profissional onde essa percentagem é mais elevada são os dos médicos (...). O governo (ou organismos governamentais) é, de longe, a entidade com quem as associações têm mais conflitos ou motivos de contencioso” (2004:246).

#### **4.4.2 Actividade Associativa**

E1 refere-se que há uma Associação e uma Federação que contribuíram para uma descrição de competências e desenvolvimento do desempenho profissional. Também E5 relevou que não se pode “(...) ficar estagnado”. E2 levantou que há muitos tipos de associativismo, e que em Portugal, quaisquer uns podem “(...) fazer uma Associação de Osteopatas (...) não é preciso especialmente nada, nem sequer ser osteopata para criar uma Associação de Osteopatia (...)” e que ainda há endireitas e técnicos manipulativos que se intitulam de Osteopatas “(...) acaba por haver uma grande desintegração das Associações e um afastamento (...) de cada uma delas (...) levam a um processo de fragmentação da Osteopatia em geral em Portugal (...)” como, “há uma Federação que é uma Associação (...) de Federação só tem no nome”, depreende-se pelo facto de todos os elementos estarem até há pouco ligados à mesma escola, e articular como se fosse uma Associação. E10 lamentou não haver contribuição associativa em termos de competências “(...) as pessoas que têm formação cá, acabam por tirar o curso fora (...) não se sentem capazes de o fazer cá, e portanto vão fazer fora (...)”. E 8 foi no mesmo sentido em que só com uma Associação forte se conseguirá “(...) defender a profissão como ela existe nos Países onde ela tem o estatuto pleno (...)”. E9 acha que o associativismo é importante, contribui para a formação de competências, no sentido em que dará formação contínua e mais poder de negociação e releva a credibilidade dos profissionais, mas acha que “(...) não é benéfico haver tantas associações (...)”. E5 disse que se estivermos num “consenso” chegar-se-á mais facilmente à regulamentação da Osteopatia. Também E3 e E6, estiveram em total consonância com E7, que achou importantíssimo a regulamentação, porque acha que junta os bons profissionais “(...) é a forma de conseguir separar (...) o trigo do joio (...)” ainda disse que, por vezes, os que têm formação “(...) também são comparáveis ao joio (...) é preciso regulamentação, mas isso na medicina alopática também existe”, ainda nos informa que é de extrema relevância o movimento associativo “(...) para que se consiga desenvolver a Osteopatia”. E2 concorda em absoluto com o associativismo, “(...) seria bom se toda a gente estivesse de acordo (...)”, pese embora, em Portugal aparenta existir para fragmentar “(...) ainda mais as coisas (...) cada um puxar a brasa à sua sardinha”.

Pelo que os entrevistados dizem, devemos interpretar esta situação, em ‘latus sensus’ como um ‘cry out loud’ em que é necessário reforçar a coesão intra e inter associativa, ou seja, um esforço associativo que, a todo o momento deve ser gerado.

Numa abrangência sobre a actividade associativa, nas repercussões e no peso do Estado, no sentido em que E8 fala, também Carapinheiro diz, dentro das 'Formas de hierarquização interna', que Carapinheiro e Rodrigues (1998) informam "(...) sobre as estratégias das profissões em Portugal, em que, sob tutela e iniciativa, total ou parcial do Estado, o crescimento, complexificação e estratificação do sistema de ensino tem originado recomposições dos saberes formais que estão na base de múltiplos processos de segmentação profissional. Os contornos assumidos por estes processos são variáveis entre as profissões, como também o são relativamente às oportunidades de poderem favorecer estratégias de poder profissional e de reforço do mesmo poder" (Freire,2004:57).

Ainda refere a mesma autora que "(...) desde o fim do Séc.XIX e ao longo do Séc.XX, a autoridade do Estado exercida sobre as profissões afectou, não só as jurisdições profissionais e a concorrência inter e intra profissional, como também integrou no seu campo de acção as associações profissionais (...) trata-se de uma visão estritamente limitada ao âmbito nacional, que perfilha um modelo burocrático de organização das actividades profissionais (...) outra importante conclusão (...) é a enorme dependência do Estado no reconhecimento do seu protagonismo social, que revela a fragilidade dos movimentos associativos e a dificuldade de realização de uma acção social organizada segundo uma lógica autónoma da lógica do Estado" (Freire,2004:80-81).

Ainda segundo João Freire, os autores Rodrigues com Carvalho dizem-nos que "(...) cabe ao Estado intervir no sentido de fazer prevalecer o interesse geral (...)", pese embora tal situação, verifica-se noutro sentido que "(...) por parte do Estado, a ausência de clarificação de critérios, de definição de objectivos e de iniciativa própria (respondendo casuisticamente às pressões dos diferentes grupos e não sendo evidente o interesse Público que motivou algumas decisões), poderá criar situações, sem retorno, de perda de controlo do Estado em matérias relacionadas com a regulação das actividades profissionais, mas também situações de conflitos institucionais" (Freire,2004:286-288).

#### **4.4.3 Relação Inter-Associativa**

E3 sorrindo disse que talvez fosse preferível não responder, informou-nos que acha que os profissionais que estão à frente das associações não lutam pelos interesses das associações, mas sim unicamente pelos seus interesses pessoais "(...) e muito menos pela Osteopatia em Portugal e no Mundo" e ainda disse que, até mesmo dentro da sua (própria) Associação, vários colegas "(...) queriam ver mais trabalho (...)". E1 referiu-se que há demasiada diferença na formação dos profissionais em Portugal que é em absoluto essencial que se forme um organismo como em Inglaterra, o GOsC., actualmente não existe nada nesse sentido no País. E2 na mesma linha, verifica existirem muitos conflitos. E4 acha que há mais conflito dentro das próprias pessoas do que em situações inter-associativas, "(...) deixam que o seu ego seja maior que o objectivo da Associação (...)". Também E6 como E5 que disse haver "(...) pouca coesão, porque há formações diferentes e há hierarquias de formação diferentes e de

conhecimento (...). E7 relevou o problema para a falta de formação e que muitos profissionais sem formação se juntam para baixar os níveis, e de certa forma vai contra a formação séria, reiterou só "(...) com formação, formação e mais formação" é que se resolve o problema. E8 diz-nos que há associações sem qualquer fundamento "(...) são só fachada (...) há indivíduos que têm interesses individuais (...) há pessoas que não interessam à profissão, (...) que só estão a fazer mal (...) temos de ir para a frente sem elas (...)". E9 informa que muitos se intitulam de osteopatas e não o são "(...) fazem uma massagem ou outra e manipulam (...). E10 acha que se esquecem dos princípios da Osteopatia "(...) queremos ajudar pessoas, só!".

É óbvio o agora levantado pelos entrevistados, usurpação, falta de qualidade, conflitos de interesses e 'agendas privadas'. Com tão grave situação no terreno, a Osteopatia em Portugal, vai-se verificar numa situação generalizada de contexto, segundo Hugman (1991) e que Carapineiro refere, em termos "(...) das associações de saúde (...) face à formação, concorrência profissional e ao aparecimento de novos cursos e novos profissionais (...) no caso das não sindicais, a estratégia de acção predominante orienta-se para a defesa dos monopólios profissionais, cada vez mais ameaçados por potenciais usurpações resultantes da emergência de novas profissões" (Freire,2004:67-68).

#### **4.4.4 Filiação Associativa**

E5 diz somente estar associada/o e não ter uma ideia concreta do que se passa, porque terminou o curso em Inglaterra "(...) senti a diferença no grau de qualidade e (...) " acabou por ficar conectada/o com Reino Unido, pese embora pertença a uma Associação Portuguesa e ainda ache que os osteopatas deviam ter mais contactos entre eles, do que há neste momento, por exemplo para referir pacientes ou discutir casos clínicos. E4 informa-nos que tentou inscrever-se numa Federação e não conseguiu, porque cursou numa escola que não tem a ver com alguém que dá cursos em Portugal nesta área ligada à dita Federação, e assim, todas as situações lhe têm sido vedadas, até o inscrever-se para poder assistir a certos seminários "(...) realmente está a servir de força de bloqueio de uns aos outros", assim tal como E10 não pertencem a qualquer organismo associativo, embora tivessem tentado, diz-nos que não deu muita importância quando contactou para se inscrever e que fica a aguardar "(...) até as coisas estarem regulamentadas". E1 está associado e acha importante pois é uma organização legal "(...) mesmo que qualquer um possa fazer uma (...)". E2 pertence a uma Associação em Portugal já esteve registado / inscrito oficialmente no Reino Unido, não mantém mais esse registo porque em Portugal, uma outra jurisdição "(...) acaba por não ter nenhum acréscimo". E3 diz pertencer a uma outra Associação em Portugal e a uma Federação Europeia, não nota nenhuma alteração, verifica haver pouco trabalho desenvolvido pelas Associações "(...) é mais o...o querer contribuir (...) a Osteopatia continua por regulamentar (...)". Também E6 pertence ao mesmo conjunto de instituições e informa-nos que é importante estar associado porque acha "(...) importante o osteopata ter uma Associação para o defender por trás, nós sozinhos não somos nada". E7 pertence a uma Associação que por sua vez está Federada, não pertence a qualquer organismo

internacional ou no estrangeiro. E8 faz parte da “(...) única Associação em Portugal que representa e que junta os profissionais que fizeram formação em países onde a profissão está regulamentada (...)” esteve conectado com a formação numa Federação. No estrangeiro disse que não faz parte de nenhuma Associação profissional, mas está oficialmente inscrito num organismo que oficialmente e por estatuto tutela a profissão no Reino Unido que é o General Osteopathic Council. E9 informa que está associado tanto em Portugal como no Reino Unido e, também ainda aí está inscrito oficialmente em Inglaterra.

Toda esta situação vai de encontro ao que Raquel Rego informa, em que “(...) Portugal continua a ser um País de fraco associativismo, quando comparado com os outros estados membros da União Europeia. O facto de o associativismo profissional ser pouco fechado será possivelmente reflexo da fase de florescimento que vivemos neste campo” (Freire,2004:223). Sem dúvida que, no País, o número de associações e federações que dizem ser compostas por osteopatas é vasto! Ainda nos diz esta autora, em termos de associativismo e para com o número de crescimento dos sócios “(...) a participação social associativa pode ser entendida também ao nível dos laços sociais que cria (...) no âmbito de uma função integradora do associativismo (...) importa considerar a oferta aos sócios, ou seja, os «incentivos sociais», como lhe chamou Olson (1998)”, aqui poder-se-ão incluir vários tipos de serviço tais como “(...) de acção social, (...) informação técnica especializada (...) relativa à profissão (...) o serviço de carácter social mais relevante é o apoio jurídico ” (Freire,2004:214).

#### **4.5 Perspectivas profissionais futuras**

Verificamos as seguintes subcategorias.

##### **4.5.1 Ideal Osteopático**

Nesta subcategoria verificaram-se várias intervenções, E1 informou-nos que será importante que a Osteopatia “(...) tenha o seu lugar no campo da saúde (...)” fez uma analogia para com os dentistas em que as pessoas têm que tratar os dentes, prevenindo, para evitar perdê-los cedo, deu-nos um exemplo, referindo-se aos idosos em que é importante tratar da saúde porque, com o passar dos anos, as partes deixam de funcionar em sintonia “(...) assim as pessoas necessitam de cuidados osteopáticos”. E2 considerou que “(...) Portugal é um caso à parte”, acha que a Osteopatia vai-se tornar numa “(...) grande confusão, já temos pessoas formadas em escolas diferentes (...)”, querendo dizer que aparece todo o tipo de «osteopatas», formados por pessoas que “(...) não se sabe muito bem donde é que vieram (...)” e onde cursaram, e que muitos dos que se intitulam osteopatas não sabem o que é a Osteopatia. Também disse que as pessoas em Portugal não podem saber muito bem o que esperar dum Osteopata porque “(...) os osteopatas, hoje em dia, é uma aglomeração de muita gente, desde os endireitas a curiosos e pessoas recentemente formadas (...) não toda a formação que há em Portugal, mas daquela que eu conheço, sim”. E3 foi de encontro ao que se passa por exemplo nos EUA ou Inglaterra, entre outros países, onde os Osteopatas estão equiparados ao nível dos médicos, dos médicos veterinários, dos médicos dentistas,

onde há Ordens independentes. Foi muito claro em afirmar que não se podem colocar os profissionais que foram enganados com o curso que fizeram, não são osteopatas e que na prática “(...) passam a ser massagistas (...)”, devem ser criadas estruturas que possam dar cursos para “(...) que tenham uma formação adequada”. E4 acredita que ainda no seu tempo a profissão osteopática vai ter o seu lugar no serviço nacional de saúde. E5 informando que “(...) somos cidadãos do mundo (...)” espera ver a Osteopatia regulamentada em Portugal “(...) em que é feita uma triagem entre os verdadeiros e os mais ou menos osteopatas (...)”, acredita que temos o máximo de hipóteses. E6 verifica que a profissão osteopática “(...) nunca pode ser nada sem uma escola de nível universitário (...)”. Lamentando disse que, actualmente cursar em Portugal é parecido com a fisioterapia e que “(...) toda a gente tira cursos de três e seis meses, portanto é igual (...)”. E9 acha que a regulamentação deve ser feita baseada no caso exemplar do Reino Unido em que todos devem ser avaliados mas sendo todos considerados “(...) filhos da mesma mãe (...)”, ainda disse, que isso assim é justo. E10 foi peremptório/a informando que, se necessário, está preparada/o a fazer um curso de reciclagem apropriado ao seu caso, após avaliação de um, dois, três e até mesmo de quatro anos, se necessário. Disse ainda que acima de tudo “(...) temos de defender os pacientes (...)” e não só quem trabalha na Osteopatia.

Embora a Osteopatia esteja regulamentada noutros Países, é interessante constatar que os entrevistados na sua esmagadora maioria, mencionam o Reino Unido e os Estados Unidos da América como referências clínicas e como padrão de desenvolvimento. Nestes Países o limite da Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia é o conhecimento e o desenvolvimento, ponderando sempre, para com os melhores interesses dos Pacientes / doentes.

#### **4.5.2 Direitos de Prática Clínica**

E4 acredita que ainda vai poder trabalhar com as capacidades e estar ao mesmo nível doutros Países na Europa. E7 evidenciou que à luz de muitos e novos desenvolvimentos, “(...) à luz da ciência(...)” a lei que nós temos se for bem regulamentada (...)” acredita que se poderá fazer algo melhor que no estrangeiro, porque “(...) há determinados aspectos que podem ser integrados (...)” na regulamentação da Osteopatia, o que fará melhorar a qualidade. E8 disse sentir-se plenamente realizada/o com o que faz em Portugal e no estrangeiro, está a desenvolver-se “a fazer a progressão académica” noutra jurisdição Europeia, aí faz investigação científica. Ao mesmo tempo, tenta influenciar os Osteopatas Portugueses da necessidade de evoluírem, pois será necessário que se apercebam de imediato “como elas ganham quando adquirem (...) mais conhecimento”, como mais tarde a profissão também beneficiará com isso.

#### **4.6 Intervenções relacionadas com o reconhecimento profissional**

Quanto à formação de cursos, E1 disse que tem a ver com a mesma situação do reconhecimento inter-profissional, em que os Osteopatas “(...) têm que ter uma qualificação académica, clínica e serem examinados”. E2 disse que são igualmente



importantes os conhecimentos académicos e científicos e que muita investigação científica está a ser feita “(...) em Inglaterra, nos EUA, na Nova Zelândia, na África do Sul, por isso há o reconhecimento científico (...) também tem que haver o social (...)” pelos benefícios que a Osteopatia dá tanto a nível dos cidadãos como do Serviço Nacional de Saúde e da sociedade em geral. Ainda disse pelo facto de se ter formado em Inglaterra sabe que os médicos reencaminham os pacientes aos osteopatas, porque estes minimizam a necessidade de muitos exames de diagnóstico, e que a Osteopatia é bastante eficaz e baixa por muitas razões as custas ao Estado. E3 informa que a Osteopatia abrange áreas a que a medicina convencional não consegue chegar. Ainda relevou a qualidade de vida e a diminuição nas baixas ao trabalho, que se conseguem com muito êxito pelo uso da Osteopatia. E4 diz que há pessoas que não querem ver os benefícios da Osteopatia e que é de todo importante uma boa formação do profissional porque é o que tem influência “(...) nas tomadas de decisão, do profissional, na sua capacidade de diagnóstico e tratamento (...)”. Tal como E6, também E 5 disse o mesmo em que para se legitimar a Osteopatia é necessário o conhecimento “(...) tanto académico, como prático (...)”, são essenciais. E7 acha que para se legitimar o elevado grau de conhecimento que é necessário na Osteopatia tem mais a ver com o “(...) tipo de diagnóstico que nós temos, a metodologia, a avaliação, a filosofia que é própria (...)”, ainda disse que é isto que legitima o grau de formação dum osteopata. E8 releva que “a formação de base, tem que ser de nível superior (...)” e tem que se progredir tantos em termos profissionais como académicos. E10 esteve em acordo com o que foi dito por E9 que reiterou, tem que haver a “(...) componente académica e teórica (...) é ainda muito importante haver prática clínica durante o curso”.

Perante o exposto pelos entrevistados, e em termos analíticos por poucas palavras, um correcto e consentâneo desenvolvimento dos cursos em Portugal é imperativo e, que não há grande coisa a inventar neste campo. Será seguir os Países considerados desenvolvidos nesta área específica do conhecimento e onde a Osteopatia está devidamente regulamentada. A sociedade em geral, e os pacientes em particular, só têm a beneficiar com o desenvolvimento da Osteopatia, assim é verificado nos Países onde o Estado / Parlamentos e Governos compreenderam o que é a verdadeira Osteopatia e os benefícios inerentes que acarreta uma regulamentação com regulação em pleno.

#### **4.7 Evolução e desenvolvimento profissional**

Quanto ao desenvolvimento profissional contínuo / ao longo da vida, E1 disse que faz actualmente estudos em neurologia “mirror boxes” que pode ajudar em acidentes vasculares cerebrais, também está a estudar sobre síndrome da dor complexa regional, ainda nos informou que a neurologia é importantíssima na Osteopatia. Ainda relevou que o desenvolvimento profissional contínuo é algo demasiado importante, para manter a actualização e poder liderar. E2 no mesmo sentido informou-nos que esteve recentemente num “(...) workshop de técnicas (...) manipulativas (...)”, tem feito leitura científica sobre várias matérias, argumentando que a Osteopatia, como é uma medicina

holística “(...) temos de estar a par de tudo o que acontece e que é (...) recente a nível da medicina, da biologia, da fisiologia (...)”. E3 fez igualmente algumas pós-graduações nos últimos anos, acha o desenvolvimento ao longo da vida uma responsabilidade e uma obrigatoriedade “(...) nós trabalhamos com pessoas devemos dar o melhor de nós e isso exige formação (...)”. E4 informou no mesmo sentido, e ainda disse que tem feito ultimamente estudos na aplicação de exercícios. E5 disse porque está oficialmente inscrito/a em Inglaterra tem que fazer um certo número de horas anuais de desenvolvimento profissional contínuo, tal como os outros entrevistados ainda disse que “(...) a tecnologia e a investigação estão sempre em actualização”. E6 disse que fez formação contínua com médicos osteopatas e cirurgiões norte-americanos, reiterou o mesmo que é importantíssimo manter uma actualização contínua. Tal como E7 nos informou e, ainda disse que fez várias formações a nível da Osteopatia visceral, também a nível da obstetrícia e que vai fazer uma outra em uro-ginecologia osteopática, ainda informou que se está sempre a aprender. Criticou tudo aquilo que não é científico e não baseado na ciência, “ (...) daquelas práticas esquisitas que às vezes aparecem, por pessoas que não têm muita formação e depois vagueiam pelo paranormal (...)”, disse que na Espanha e França se estão a passar coisas dessas com as chamadas “(...) práticas sacro-cranianas (...) coisas estranhas (...)”. E8 fez em termos de DPC uma formação na área da fisioterapia com um formador que “(...) fez o curso de Osteopatia, embora parcialmente”, isto relacionado com estruturas globais e o estabelecimento de compensações, ainda tem estado embrenhado a leccionar módulos relacionados com a clínica médica, relevou a relação directa que isto que tem com a autonomia da profissão osteopática, também verificou a importância do desenvolvimento profissional contínuo onde vê um enorme fascínio em termos de desenvolvimento pessoal ainda mais do que uma situação de “(...) necessidade profissional e sobrevivência económico-financeira”. E9 tem estado em vários seminários num hospital de Londres, na área do diagnóstico diferencial, esteve no mesmo plano de pensamento como todos os outros entrevistados, no que concerne a constante actualização. E10 esteve igualmente no mesmo sentido de todos os entrevistados, verificou a importância da aprendizagem ao longo da vida. Pese embora, ainda disse com alguma preocupação que esteve nalguns seminários, entrou com dificuldade, verificou que há uma guerra entre os chamados “osteopatas”, onde uns podem entrar num sítio, mas depois já não podem no outro, achou uma confusão e uma injustiça “(...) quem quer aprender deve aprender, o ensino não deve ser cortado a ninguém”.

Conclui-se a importância de tal iniciativa, todos os entrevistados foram unânimes para com a realização contínua de mais estudos e dum constante desenvolvimento profissional. A título de exemplo, tanto no Reino Unido como nos EUA, é obrigatório aos Osteopatas / Médicos Osteopatas e Cirurgiões, para manterem a licença de prática em dia, fazerem desenvolvimento profissional contínuo / ao longo da vida com um número de horas mínimo por ano e apresentarem periodicamente um relatório “de reflexão”.

#### 4.8 Estratégias de integração e desenvolvimento em Portugal

Neste sentido, E1 acha que se devem “criar pontes com a profissão médica (...)” e desenvolver um processo de registo dos candidatos a osteopatas, conforme os mais elevados padrões de seriedade e clareza. E2 insistiu numa definição em que todos aceitam sobre o que é a Osteopatia em Portugal, evidenciou, embora estranho, que até mesmo a sua formação poderá estar fora desse quadro aceite, pese embora, tenha-se formado e licenciado por Universidade Pública no Reino Unido. A partir deste quadro, verificar-se-ão em que grau estão estes candidatos e, nesse sentido formar-se-ão cursos de preferência pelo Estado Português para elevar os padrões desses mesmos. Ainda referiu estar a par de negociações que estamos a ter com uma famosa Escola de Osteopatia Inglesa e com uma Universidade Pública no sentido de iniciar algo deveras válido para o País. E3 incidiu sobre aquilo que descreveu como “continuamos a bater na mesma tecla, é a regulamentação da Osteopatia (...) acho que é muito importante, para a saúde, para a qualidade... de saúde que é feita nos hospitais... e para a qualidade da Osteopatia que nós exercemos”. E4 exactamente no mesmo sentido informou da “(...) necessidade de nivelar os conhecimentos dos indivíduos (...) sem dúvida alguma integrar o curso da Osteopatia no modelo mais próximo do Americano, no modelo em que a Osteopatia é mais independente e mais próxima do utente (...)”, verificando sempre e em absoluto uma distinção da medicina osteopática em relação à medicina alopática; e ainda no sentido em que a Osteopatia é uma medicina holística. E5 levanta a questão da falta de conhecimento que há em Portugal, disse que quando foi para Inglaterra tinha o terceiro ano, era abissal o que lhe faltava. Também ainda disse que os cursos têm que se desenvolver num sentido em que também é necessário fazer dissecações de cadáveres, e assistir a cirurgias “(...) é formação acima de tudo (...)”, os osteopatas precisam dessa interacção. E6 acha que não é problema usar o título de osteopata ou de médico osteopata. O grande problema é o tipo de curso base, deve ser um curso Universitário, e que após o 12º ano deve ter mais cinco anos de formação mínima, como licenciatura, ainda realçou a necessidade de poder pedir exames de diagnóstico, nomeou os vários tipos que existem de exames imagiológicos, como também falou nos laboratoriais e de poder receitar algum tipo de medicação. E7 tocou nos mesmos parâmetros falou na necessidade de regulamentação, numa boa formação e na integração dos osteopatas, na linha de atendimento em termos de cuidados de saúde primários (centros de saúde e hospitais). E8 acha que devido à falta de regulamentação, a solução está no “(...) contaminarmos os osteopatas com as ideias dos profissionais regulamentados (...) sim, registados no Reino Unido (...) o ideal era mesmo criar cursos de base (...)” isto mesmo sem a profissão regulamentada tem que ser feito, disse. Pois há em Portugal profissões que ainda não estão regulamentadas e têm os cursos regulamentados. Levantou ainda a questão como estratégia de desenvolvimento sobre o que é que a pessoa faz depois de formada, informou que uma avaliação de competência clínica é igualmente importante de tempos a tempos. E9 falou igualmente na regulamentação e que os osteopatas têm que chegar a um acordo e que é fundamental que se proceda ao processo de regulamentação. Ainda informou que os

osteopatas deviam defender não os seus próprios interesses individuais mas sim os interesses da profissão. E10 vinculou a necessidade dum curso de reciclagem para os “(...) que não são capazes (...)”, falou numa melhor formação, na regulamentação e na protecção dos osteopatas e dos pacientes.

A situação apresentada pelos entrevistados, em termos de ‘Desenvolvimento’ para com a Categoria ‘Estratégias de integração e desenvolvimento em Portugal’ está de acordo com as situações verificadas oficialmente no estrangeiro, tanto nos EUA, como no Reino Unido ou Nova Zelândia, entre outros.

Em relação aos vários tipos de cursos auto-designados de ‘Osteopatia’ que existem em Portugal, podemos debruçarmo-nos sobre Dubar, que fala nas “identidades construídas no modo de continuidade entre a identidade herdada e identidade visada” e nas “identidades construídas no modo de ruptura implicam (...) uma dualidade entre dois espaços e uma impossibilidade de se construir uma identidade de futuro no interior do espaço produtor da sua identidade passada”. Verifica-se assim uma transacção objectiva (entre identidade herdada e identidade visada) “(...) pode levar a um reconhecimento social ou a um não-reconhecimento.” Segundo o paradigma do Interaccionismo simbólico “o reconhecimento é o produto de interacções positivas entre o indivíduo visando a sua identidade real e o outro significativo que lhe confere a sua identidade virtual; o não reconhecimento resulta, pelo contrário, de interacções conflituais, de desacordos entre identidades virtuais e reais.” Mas também perante uma transacção subjectiva (embora as duas transacções “são relativamente independentes mas necessariamente articuláveis”) quando esta “se estabelece na base de ruptura”, embora existam duas saídas para a transacção objectiva, neste caso a ruptura é acompanhada por um conflito entre a identidade atribuída pela instituição e a identidade forjada pelo indivíduo, encontrando-se, neste caso o indivíduo num processo de exclusão que origina uma identidade ameaçada (...).”(1997a:235-236).

## **4.9 Carreira de Osteopata**

Perante a análise de conteúdo verificamos as subcategorias que descrevemos a seguir.

### **4.9.1 Informação sobre a profissão**

E1 disse que um dos amigos era de New York e que era Quiroprático, estudou qual o curso mais conveniente e verificou que o melhor era estudar Medicina Osteopática, achou que em Londres a British School of Osteopathy era o melhor e mais conveniente. E2 disse que a sua família é de França e que teve contactos em Portugal com pessoas que tinham sido tratadas por Osteopatas vindos de Inglaterra, que tiveram excelentes resultados e que achou aí, o Reino Unido, ser o melhor lugar para estudar Osteopatia. E3 teve contacto através duma colega fisioterapeuta que ia começar o curso de Osteopatia. E4 teve um percurso que primeiro começou pela radiologia, depois fez outros cursos que achou que não era aquilo ainda, foi uma professora que o / a inscreveu no curso de Osteopatia, pois nunca tinha ouvido falar de osteopatas, informou que era o que queria, pois começou a verificar o que a Osteopatia pode fazer pela saúde

em geral, pela qualidade de vida. E5 disse que soube dum osteopata formado em Inglaterra e viu-o tratar um amigo, ficou fascinada/o. E6 achou que a fisioterapia não era tudo, soube duma escola que abriu em Portugal, que entretanto já desapareceu, fez aí o curso. E7 disse que foi através dum osteopata estrangeiro a trabalhar em Portugal que teve conhecimento da profissão. E8 disse que foi através duma fisioterapeuta que erroneamente o informou que primeiro tinha que se ser médico ou fisioterapeuta para fazer o curso de Osteopatia. E9 disse que foi tratado por um osteopata em Portugal que lhe disse que o melhor curso seria em Inglaterra, assim o fez, embora antes disso tivesse pensado ir para medicina veterinária, ainda disse sobre a Osteopatia “(...) gostei”. E10 disse que acabou o 12º ano e fez acupunctura, informou que quando pensou ir para Inglaterra, estava no terceiro ano da acupunctura. Relevou que nesta área das medicinas não convencionais, lê-se e informa-se sobre todos os cursos, ainda mais disse que, quando quis ir para Londres, não teve hipóteses monetárias, fez o curso em Portugal, está bastante arrependida por não ter ido.

Quanto à recolha de informação sobre a Osteopatia, verificou-se alguma discrepância que os entrevistados tiveram em Portugal, quando da escolha da sua carreira. Mais tarde ou mais cedo, todos conseguiram adquirir um maior detalhe, mais correcto, sobre esta área do conhecimento.

#### **4.9.2 Argumentos favoráveis**

Todos os entrevistados afirmaram que aconselham a seguir esta profissão com vários tipos de argumentos.

Vejamos, E2 informou que, na Osteopatia tem-se num ponto fundamental, ajudar os outros, “(...) nesse aspecto é uma das mais belas profissões que pode haver, estar a dar saúde aos outros (...)” E3 disse que “(...) a Osteopatia é uma paixão (...) menos química, mais natural (...)”. E4 na mesma linha ainda disse que aconselha as pessoas a formarem-se em sítios credíveis “(...) pessoas mal formadas já existem bastantes (...)”. E5 adora o que faz, vê resultados, nada está regulamentado em Portugal, por isso aconselha a tirar um curso ou nos EUA ou em Inglaterra. E8 aconselha, como todos os outros, a seguir a Osteopatia como profissão, apresentou situações desfavoráveis tais como a falta de qualidade dos cursos actualmente existentes em Portugal, pese embora, como aspecto positivo, ainda lançou a ideia sobre este tipo de Dissertação “(...) acho fantástico o trabalho que está a fazer, o Mestrado em investigação que está a fazer, acho fantástico”, pelo facto que revelará muitas situações com as quais a profissão se debate. E9 relevou ser importante que haja “(...) uma regulamentação e um método de qualificar ou caracterizar quem tem qualificações ou não”, isto tudo é verificado pela heterogenia e pela falta de qualidade que existe neste momento no ensino da Osteopatia em Portugal.

#### **4.9.3 Argumentos desfavoráveis**

E1 disse informar as pessoas que ser Osteopata “(...) é mais difícil do que ser médico (...)” e que muitos recém formados eventualmente mudam de profissão pela dificuldade em encontrar trabalho suficiente. E2 ainda verificou que muitos em Portugal, em vez de “(...) quem tem uma vontade de ajudar o seu próximo, tenha algum altruísmo

(...)” muitos vão para a Osteopatia pelo lado monetário, e até estão a dar um mau nome à profissão, porque nem osteopatas são “(...) acaba por haver muita concorrência desleal (...)” porque se preocupam com o lado monetário e não com os pacientes, neste sentido “(...) acaba por haver uma má fama que se cria à volta dos osteopatas”. E6 só aconselha seguir esta profissão quando se estiver regulamentado, com um estabelecimento de ensino universitário, reconhecido oficialmente, ainda nos disse que “(...) não estamos classificados em lado nenhum (...)”, mais uma vez pela falta de regulamentação. E7 na mesma linha de pensamento disse que só deve seguir esta profissão quem quiser ajudar os outros e não por razões financeiras que venham “(...) pelas pessoas, que tenham amor a esta ciência, a esta arte a esta forma de... de ajudar os doentes”. E8 diz-se em “(...) grande dificuldade e amargura muito grande (...)” porque há grandes dificuldades na formação que se obtém e como se exerce Osteopatia em Portugal. Normalmente aconselha a ir para o Reino Unido que é o País onde os cursos estão melhor estruturados. E9 disse como aspecto negativo, mais uma vez vinculou, a falta de regulamentação, cuja situação, é deveras lamentável. E10 informa que para fazer um curso de Osteopatia com a qualidade necessária, actualmente somente fora de Portugal, sente angústia por ter de dizer tal.

Nesta subcategoria, consideraram-se situações várias, para se ser Osteopata, implica uma boa dose de altruísmo, querer ser útil à sociedade, o que implica uma certa capacidade para o sacrifício. Foi considerado e tido como muito positivo, que é uma “profissão bonita” e que vale a pena ser Osteopata, se for seguido um curso devidamente homologado e oficial, mais uma vez foi realçada a correcta e tão necessária regulamentação da Osteopatia.

#### **4.9.4 País Europeu de referência**

Todos os entrevistados acham o Reino Unido um País de referência, alguns sem demais comentários. Pese embora, E6 dentro do mesmo raciocínio diz o mesmo que E10 que informou que o Reino Unido não é o único, também na França e Suíça já há bons cursos. E2, E3 como E4 informou este que, foi no Reino Unido que se deram há muitos anos “(...) os primeiros passos a nível da Osteopatia (...)” na Europa. Esteve na mesma consonância com E7 tal como E8, que disse que “o Reino Unido é sem dúvida o país de ponta da Europa, e praticamente todos têm recorrido de alguma forma, porque é inultrapassável, não só porque a profissão tem muitos anos de formação, como é extremamente bem organizada, como conseguiu aumentar a qualidade dos profissionais ao longo o tempo. De ano para ano as revisões sucessivas que têm sido feitas à própria necessidade de existência dum organismo autónomo regulador, tem mostrado que realmente merece continuar a profissão a ter um organismo próprio, e a não ser integrado com outras profissões como acontece por exemplo com a fisioterapia e outras profissões de saúde. Portanto sem dúvida nenhuma, no Reino Unido tem-se conseguido puxar o mais possível os profissionais para cima, e por isso é que têm o reconhecimento que têm”. E5 de igual modo considera a Inglaterra como o País de referência, informou que a profissão faz “(...) muitas Dissertações e muitos Mestrados (...)” e que se mantêm muito atentos ao holismo, à investigação e às neurociências. E1 no mesmo sentido,

ainda disse: “é claro o Reino Unido é o standard por toda a Europa (pssst... não diga aos Franceses). Isto é assim, porque para além de ter a mais longa tradição desde Littlejohn até aos nossos dias, trabalhou-se arduamente para criar um estatuto oficial, legal com regulamentação através da Lei (...)”. Ainda disse que se têm verificado elevados níveis de qualidade pelo uso de examinadores externos nas escolas / faculdades Britânicas.

A situação de facto é que o Reino Unido foi o primeiro País na Europa a regulamentar em pleno a Osteopatia. A “Medicina Osteopática está disponível há mais de cem anos no Reino Unido” (GCRO/OAGB,1995). O Parlamento Britânico passou uma Lei, The Osteopaths’ Act 1993, onde estabeleceu o primeiro Conselho (“Ordem”) auto-regulador por Estatuto no Reino Unido. Ainda se verifica que o interesse sobre a Osteopatia no Reino Unido é enorme, até a Família Real patrocina a Profissão.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com esta investigação tentou-se conhecer numa perspectiva sociológica o processo de profissionalização e formação identitária dos Osteopatas em Portugal. Os resultados obtidos integram-se dentro da área científica da Sociologia das Profissões, nomeadamente no paradigma do poder e da identidade na análise das profissões.

A metodologia usada, segue uma perspectiva de natureza qualitativa e descritiva, tendo em conta as especificidades relacionadas com a abordagem do problema em estudo.

Os instrumentos usados foram sobretudo as entrevistas, para a recolha da informação de suporte à investigação.

Perante a organização, a análise e discussão dos resultados obtidos, podemos verificar um conjunto específico de conclusões sobre a realidade profissional dos Osteopatas em Portugal, comparando com os Países onde a Osteopatia está completamente regulamentada. Seguindo o delineado neste trabalho, ponderando para como os objectivos e questões colocadas originalmente, para com a revisão da literatura e, também do conhecimento individual que detemos a nível internacional deste ramo diferente do saber, extraem-se as conclusões que descrevemos a seguir, verificadas pelos resultados obtidos da análise temática deste estudo de carácter exploratório que foram:

- i. Aspectos globais da profissão,
- ii. Reconhecimento profissional,
- iii. Identidade e Perspectivas profissionais, e
- iv. Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.

### **i - Aspectos globais da profissão**

- Na categoria Ser Osteopata, e subcategoria Caracterizar, todos os entrevistados verificaram unanimemente o holismo que tem que existir na Osteopatia, o 'ver o ser Humano num todo'. Falaram na necessidade do conhecimento profundo das áreas científicas a serem estudadas, e na maneira própria e única de pensar, ou seja, o raciocínio que se faz, usando os princípios, isto é, a filosofia da Osteopatia.

Na subcategoria Explicar, os entrevistados colocam os osteopatas num mesmo patamar como o dos médicos convencionais. Há uma necessidade do maior conhecimento possível para chegarem a um bom e eficiente diagnóstico diferencial, para que se obtenham os melhores resultados, em total independência / autonomia técnica e deontológica, já consagrado na Lei Portuguesa nº45 / 2003.

Os entrevistados evidenciam as capacidades únicas de diagnóstico dos osteopatas, nas capacidades para avaliar e tratar, nos conhecimentos que são necessários ter em profundidade. A nível dos conhecimentos necessários, não são evidenciadas interacções com outras profissões, mas sim que o Osteopata para poder



exercer adequadamente implica conhecimentos próprios e profundos de certas matérias e, reiterando, uma total independência / autonomia técnica e deontológica. Consideraram, ser idêntico nas duas profissões (medicina osteopática e medicina alopática) o conhecimento, o raciocínio científico que existe, o 'discurso' e também a postura profissional. Tudo isto verifica-se estar, no mesmo campo de igualdade, em muitos e variados aspectos nestas duas profissões. As bases são científicas, a razão e a evidência, apresentam-se ao mesmo nível em qualquer país onde a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia está devidamente regulamentada, pese embora, ambas as profissões são, uma da outra em absoluto, totalmente autónomas / independentes técnica e deontologicamente.

- Na categoria Conhecimento e informação do Público sobre a Osteopatia surgiram vários pontos de vista diferentes, os entrevistados informaram que o Público está mais conhecedor sobre a Osteopatia, a partir da qual se obtêm bons resultados pelo seu uso na comunidade. Ainda segundo os entrevistados, os actuais cursos em existência em Portugal, diferem no conteúdo e na forma. Em cada escola de Osteopatia em Portugal há uma Osteopatia diversa; e ainda, sobre o que muitos dos actuais profissionais afirmam, tal está em consonância com o que nos diz Dubar, na 'configuração identitária e de geração', dando o exemplo sobre os estudantes. Assim, os estudantes actuais, nada têm a ver com os estudantes burgueses, dos anos 60 do Séc.XX. Nada levavam a sério e procuravam o prazer, não querendo chegar a qualquer tipo de identidade, onde "(...) há recusa da identidade herdada (...)" não desejando chegar "a qualquer identidade definida", e que assim estes, estão numa incerteza quanto à sua identidade social, que foi delineada por eles mesmos numa relação "com o saber teórico", constituindo-se como a única situação aceitável da sua actual identidade (Dubar,1997a:229).

Dentro desta panóplia, podemos constatar que muitos dos actuais 'auto-intitulados osteopatas' em Portugal, não procuram as suas origens, nem uma forma consequente e consentânea de identidade racional, neste caso com o que Internacionalmente está oficialmente estabelecido sobre a Osteopatia. Ainda houve alguns entrevistados, com outro escopo, disseram estes que o Público não sabe o que a Osteopatia realmente é, pelos motivos e causas da formação variada que existe actualmente em Portugal. Pese embora, por várias razões com o passar dos anos o Público vai ficando cada vez mais informado, embora a Osteopatia seja uma coisa recente no País. Assim, consideramos que sem uma intervenção Sócio-Organizacional ajustada para Portugal, verificando-se numa célere regulamentação e regulação, onde a Osteopatia é devidamente identificada, em consonância com o que é internacionalmente reconhecido, verificando-se na exactidão do que os Osteopatas fazem e devem fazer, qual o tipo e grau de formação base e, em que escolas / faculdades cursaram e quem as reconhece, tanto em termos académicos como profissionais. Portanto, perante este vasto conjunto de condições por resolver, não será possível desenvolver um processo de profissionalização e de identidade, reconhecido e idóneo. Ao verificar-se uma dispersão

de opiniões em relação ao que é a Osteopatia, directamente relacionado com a formação e a identidade diversa dos Osteopatas que neste momento existem em Portugal, (os entrevistados foram unívocos em relação a esta situação), assim, tal verifica-se na oposição do desejável, que seria instituído numa identidade forte, e num conceito de profissão rigorosamente estabelecido.

É reconhecido que quanto mais homogénea for a formação base e, fundamentada num corpo de conhecimento adquirido numa forma prolongada, mais consistente será a identidade profissional. Verificou-se sim o oposto, ao que normalmente se deveria constatar, para uma profissão devidamente estabelecida.

- Na categoria Formação académica e profissional verificamos para com a subcategoria Relação conhecimentos base com o exercício profissional autónomo / independente, técnica e deontologicamente, todos os entrevistados foram unânimes numa formação base devidamente estruturada a nível mínimo de licenciatura. Também foram consentâneos para com o que se verifica Oficialmente no caso do Reino Unido, e segundo os acordos de Bolonha, os cursos de Osteopatia estão a passar para o nível de mestrado integrado como primeira graduação-base, o mesmo sucede desde há longa data noutros continentes como é o caso da Austrália com os cursos de Medicina Osteopática.

Quanto à subcategoria Estágio profissional todos os entrevistados concordam que o estágio é necessário, pese embora, vários dos entrevistados que estudaram em Portugal afirmam não o terem feito. Amador (1991) evidenciou a importância do estágio onde informa que a formação adequada também é pela aprendizagem clínica. Carvalho (2003) ainda disse que são estratégias que ajudam os estudantes a evidenciar futuras situações, a verificar problemas e a providenciar soluções.

Na subcategoria Habilitações Académicas e seu contributo os entrevistados concordaram, como já dito, para com a necessidade numa licenciatura, como formação mínima, pese embora, o ideal para muitos é curso de mestrado integrado. Esta situação, consideram-na que está numa razão directa para com o 'status' da Osteopatia cuja, está directamente relacionada com o uso do título. Mendes e Mantovani (2009) informaram-nos que a enfermagem entre outros passos, autonomizou-se do poder médico, quando em 1999 o seu ensino se tornou parte do ensino superior. Ainda se verificou que todos os entrevistados exercem em Portugal perante o mesmo estatuto, independente do tipo ou grau de formação obtido.

Quanto à subcategoria Licenciatura / Mestrado integrado (Duração da formação mínima necessária) os entrevistados evidenciaram para Portugal, um mínimo de 4 até 6 anos, para a formação mínima dos osteopatas. Abbott e Meerabeau (1998) relevaram que uma formação longa gera maior controlo da e na profissão, e sobre outros, evidenciando um estatuto mais elevado. Rodrigues (2002:51) também mencionou Freidson onde este afirmou que há vantagens sobre o poder do próprio trabalho, verificado na autonomia técnica e nesse mesmo poder, através do exercício do monopólio "do conhecimento (expertise) e por 'gatekeeping' (credenciais)". Assim, a

licenciatura como qualificação mínima para poder manter tal situação, revela-se essencial.

- Na categoria Expectativas profissionais, é verificado a todo o momento a falta de regulamentação. Existem dificuldades de vária ordem, dentro dum determinado ponto de vista o profissional de Osteopatia tenta fazer o melhor que pode e sabe. Tenta também manter-se ao corrente da evolução do conhecimento, desenvolvendo a sua base teórica e prática. Noutra sentido existem no País forças antagónicas ao desenvolvimento da profissão tanto a nível colectivo como individual, verificando-se uma falha no cumprimento da Lei. Dentro duma outra situação, comparando com o estrangeiro verifica-se que em países como o Reino Unido há muita investigação científica na área da Osteopatia. Contudo em Portugal, está-se confinado a uma prática restrita. Quanto a influências em relação às Expectativas profissionais dos entrevistados, dizem-nos ainda estes que se verifica haver cada vez mais médicos a confiar nos Osteopatas Portugueses, porque verificam o grau da sua boa formação profissional. Ainda neste sentido somos informados que há outros (auto intitulados osteopatas), e que sobre a sua formação de base, esta apresenta-se duvidosa. Neste sentido, há razões na medicina convencional (profissão regulamentada há muito) para que sejam colocadas muitas 'reticências' sobre os Osteopatas, cuja formação se desconhece. É ainda dito que há Ordens profissionais a dificultarem o processo. Portanto verificam-se expectativas profissionais interessantes, mas com estes entraves Profissionais, em suma, os Pacientes ficam a perder!

- Na categoria Regulamentação verificamos a Opinião sobre a Lei nº 45/2003 e a Resolução da Assembleia da República para a Osteopatia nº 64/2003, todos os entrevistados consideram que a independência / autonomia técnica e deontológica é fundamental, é considerado 'um ponto sagrado'. Pela falta de regulamentação, devido a esta falha é exponencial o número de estudantes e escolas que aparecem de ano para ano em Portugal, sem qualquer forma de regulação e acreditação oficial. Todos se dizem bons, isto dá origem a falta de cuidados próprios em Osteopatia, como no estar a criar e a dar um mau nome à Osteopatia.

- Perante a categoria Exercício profissional, quanto à subcategoria Área primordial da actuação clínica da Osteopatia, a intervenção Osteopática a nível do sistema neuro-músculo-esquelético revela-se a mais marcante e primordial, embora o campo de acção da Osteopatia seja bastante vasto e não somente verificado em actuações no sistema SNME.

Na subcategoria Áreas de intervenção e competências no presente, todos os entrevistados mostraram a necessidade da autonomia no que concerne a competência para avaliar e para com o diagnóstico diferencial, também ainda acharam, que se devem ter as capacidades e competências em termos de saber fazer (aptidões, destrezas e habilidades), saber aprender e saber ser (atitudes, comportamentos, condutas – sociais

e relacionais), competências éticas e formativas (saber aprender e saber ser). Ainda se argumentou a importância dum elevado nível de exigência pois lida-se com Pessoas, onde há muita diversidade, tais como as várias dimensões tanto do Ser Humano, como as necessidades inerentes a uma boa prática clínica osteopática assente nos mais elevados padrões como se pode verificar a nível Internacional. Ainda foi referido que os osteopatas são profissionais de cuidados de saúde primários onde recebem os pacientes directamente, sem qualquer interferência profissional.

Na subcategoria Sobreposição na actuação profissional com outras profissões, somos informados sobre a necessidade de colaboração interprofissional e numa primazia da actuação clínica da Osteopatia que é uma intervenção nos estados pré-patológicos. Ainda realçaram a abordagem diferente das outras profissões, naquilo que concerne a saúde e a doença, como também a verificação de que as outras profissões desconhecem (na sua maioria) as possibilidades da Osteopatia, e sobre o que o osteopata faz.

Na subcategoria Propósitos de actuação futura, há uma tendência para a verificação da credibilização da Osteopatia e acreditação oficial dos seus profissionais, desde o dever de formar uma única organização que represente os osteopatas, como para um desenvolvimento académico conveniente e credível como sucede noutras Jurisdições. Tudo no sentido dos Pacientes, a todo o momento, saberem quem estão a consultar. Constata-se ainda a falta de formação de muitos dos auto intitulados Osteopatas em Portugal, tendo estes outras formações de base, pese embora, a sua formação em Osteopatia é nenhuma ou negligente. Perante esta situação, Dubar referiu-se à forma identitária, que se pode interpretar dentro duma articulação entre transacção objectiva e uma outra subjectiva, uma "(...) identidade forjada pelo indivíduo, encontrando-se, neste caso, o indivíduo num processo de exclusão que origina uma identidade ameaçada, (...)", mas, "quando a transacção subjectiva se estabelece num processo de ruptura, são possíveis duas saídas para a transacção objectiva", isto para a primeira agora descrita, para a segunda, quando "a ruptura é acompanhada por confirmações legítimas pelo outro da identidade para si" constitui-se um processo "que origina uma identidade incerta". Estas duas formas, verificam-se dentro da própria profissão como perante o público. Dubar, também disse que "as identidades construídas no modo de ruptura implicam, pelo contrário, uma dualidade entre dois espaços e uma impossibilidade de se construir uma identidade de futuro no interior do espaço produtor da sua identidade passada" (1997a:235-236).

Na subcategoria Formação não qualificada, todos relevaram (mais uma vez) a preocupação para com a actual e fraca formação dada em Portugal, é constatado que em nenhum País onde a Osteopatia está regulamentada sucede tal. Desconhecem onde foi tão demorado o início dum processo de regulação e regulamentação duma Profissão, havendo já diplomas legais, incluindo a Lei 45/2003 aprovada por unanimidade na Assembleia da República. Reconhece-se que a situação está a piorar de ano para ano, que só uma correcta e rápida regulamentação e regulação da Osteopatia podem colmatar e totalmente resolver tal.

Na subcategoria Implicação do Género, não há problema algum, quanto à formação e ao bom desempenho da prática clínica Osteopática, se é masculino ou feminino.

- Na categoria Trajectória profissional/perfil profissional, verifica-se na subcategoria Fácil, segundo alguns, a nível (da actuação clínica) individual, a ausência de qualquer condicionamento inter ou intra profissional perante o exercício da profissão.

Na subcategoria Difícil, consideram vários dos entrevistados que várias profissões estão a tentar-se impor à Osteopatia, onde se verifica a influência de certas Ordens profissionais, mais uma vez mencionaram a “tal falta de regulamentação” (E10). Também foi mencionado sobre eventuais intervenções clínicas que alguns muito poucos osteopatas possam usar, e que são actualmente (pelo menos), em Portugal consideradas, áreas de outras profissões. Em suma, mencionaram que o próprio Estado não sabe o que é a Osteopatia.

- Na categoria Poder Profissional, e na subcategoria Identificação e entendimento de formas de poder profissional, verificamos vários tipos de poder profissional, uns consagrados na literatura sociológica, outros não. Assim, as formas do poder profissional que são mencionadas pelos entrevistados e, muitas destas estão consagradas na literatura sociológica, referem-se à «qualidade, competências, deveres, à ética e deontologia, capacidades técnicas, grupo / representatividade, capacidade de influência, capacidade económica e financeira, sobreposição, pontos de vista singrarem, autonomia».

Vejamos, são claramente tidas como formas do poder profissional: a autonomia (Tavares,2007; Rodrigues,2002); Johnson refere-se às “funções globais do capital” (Rodrigues,2002:49); Larson verifica a “segmentação monopolista e fechada do mercado do trabalho” (Rodrigues,2002:54); ainda, Larson (1977) “põe em evidência que as comunidades profissionais (...) são um elemento essencial de delimitação do mercado de trabalho. O seu traço característico é o monopólio: monopólio e o fechamento sobre um mercado de serviços profissionais”; e ainda, como Johnson, entre outros “(...) desenvolvem uma análise estrutural da relação das profissões enquanto monopólios de competência e outras estruturas sociais, nomeadamente do capitalismo avançado” (Rodrigues, 2002:60); também Carapinheiro (1993) e Rodrigues (2002) mencionam o corpo de conhecimento e os saberes; Tavares (2007:218) ainda nos fala no “processo de qualificação académica bem como o percurso teórico (...) associado”. Rodrigues (2002:51) também informa que Freidson centrou-se “na autonomia (Professional autonomy), sobre o próprio trabalho”, no controlo da entrada (“gatekeeping” ou credencialismo) e ainda no “monopólio do conhecimento (expertise).

Os entrevistados percebem o poder profissional dos médicos, dos osteopatas e a actual relação com o Estado.

Na subcategoria Poder médico, é reconhecido por todos os entrevistados que os médicos dificultam o desenvolvimento da profissão osteopática. Segundo Tavares, o

saber e o poder têm sido dois pilares fundamentais na análise sociológica dos grupos profissionais, sobre os quais reconhecidos autores na matéria se têm centrado, tais como: Freidson 1968 e 1984; Turner 1987; Blane 1991; Carapinheiro 1993; Rodrigues 1997. Lopes 2001<sup>a</sup> (citado por Tavares,2007:56-57), diz que o poder das profissões no campo da saúde, assenta no monopólio sobre um determinado “campo de trabalho”, claramente dá evidência que tal somente existe pela constituição legal dum proteccionismo, sujeitando tal actividade à atribuição de licenças concedidas pelo Estado ou por Ordens profissionais. Neste sentido, obriga o exercício dessa prática a quem detém uma determinada formação. Os entrevistados claramente informam que os médicos opõem-se à Osteopatia, primeiro pela falta de informação, e segundo, pelos seus mais variados interesses económicos. É reiterado que, para além da parte económica, o cerne da questão tem a ver essencialmente com os osteopatas, isto é, sobre aqueles, cuja formação é duvidosa ou deficiente. Há sem dúvida uma referência ao poder médico como estrangulador do exercício profissional osteopático em Portugal. Mais ainda nos informaram, que há, auto intitulados osteopatas com conhecimentos insuficientes para poderem ser autónomos. Também nos diz um outro entrevistado que há um elevado respeito para com quem trata as doenças: “(...) um médico era quase um Deus em Portugal, era o Senhor Doutor e... mantém-se um bocado (...) ninguém toca na classe médica e se tentam.... caiem!” (E3).

Concluem os entrevistados que é necessário descrever o que deve ser a Osteopatia em Portugal, em conformidade com outros países, onde ela já existe e tem tradição desde há muito. Mais uma vez afirmou-se ser o Reino Unido o país de Excelência na Europa. Também realçaram a falta da regulamentação que é o que está a criar as maiores dificuldades, ou seja, o incumprimento da Lei 45 / 2003.

Tudo o que foi dito pelos entrevistados ‘encaixa’ nas afirmações de autores conhecidos tais como Freidson (2001), Carapinheiro (1993), Perkin (1979 e 1961), Turner (1995), Perrow (1961), Moliani (2000), Weber (1968), Schraiber (1995) e ainda por Scambler 1995), entre outros.

Na subcategoria Relação com o Estado, verifica-se a mesma situação, a existência do poder profissional das outras profissões, e a sua influência tanto na regulamentação como no próprio Estado. Em consonância com as teorias de peculiaridades / diferenças da personalidade (trait theories), dizem que as profissões por várias formas influenciam os serviços Públicos e o Estado. Perante o que se constata no terreno, devemos ainda evidenciar o que muitos críticos têm apontado em que, as “profissões não podem necessariamente ser elas com eficácia, os polícias, nem actuar ao mesmo tempo no interesse Público”. Para além disto, “praticamente nenhuma ocupação chamando-se a si de profissão, consegue inserir-se nestes critérios” (Abbott e Meerabeau, 1998:3-4). Perante os argumentos agora verificados, evidencia-se uma influência que pode ocorrer, dum profissão já regulamentada no Estado, eventualmente dificultando a regulamentação célere e um livre desenvolvimento, neste caso da Osteopatia.

Na subcategoria Poder profissional e regulamentação dos Osteopatas, verifica-se haver uma fraca formação de base nos Osteopatas em Portugal e, ainda mencionaram os entrevistados que a profissão se encontra muito fragmentada. Também existe uma opinião de que a Osteopatia em Portugal é muito diferente da que existe no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, desde os cursos, até à informação sobre o que a profissão realmente é. A aparente falta de coesão é um facto, o que dificulta uma apresentação única duma identidade própria como também da “(...) falta de apresentação perante o Presidente da Ordem dos Médicos e, da Ordem dos Médicos também, (...) há uma lacuna muito grande de comunicação, há muitos médicos que não sabem o que é a Osteopatia (...)” daí muitas posições adversas (E5). Verifica-se que há falta de entendimento entre os grupos e as associações de osteopatas. Ainda fomos informados que o nível de conhecimentos do osteopata está ao mesmo nível da formação médica alopática, mas que em certas áreas estará mais aprofundado “(...) por exemplo na área músculo-esquelética (...) em termos de conhecimentos base estamos ao mesmo nível (...)” (E9). Também é constatado que o poder das Ordens dos Médicos e Farmacêuticos e os problemas dentro da profissão Osteopática estão a prejudicar a regulamentação, como também fomos informados que “(...) há o interesse financeiro (...) das escolas, das profissões, do próprio Estado (...)” ainda disse que a Osteopatia poupa muitos recursos ao Estado “(...) poupa e muito (...)” (E10). Sem dúvida que impera a necessidade dum consenso entre os profissionais de Osteopatia, também a necessidade duma correcta verificação individual sobre o seu tipo de formação, culminando com a consolidação e reconhecimento oficial dos cursos. Todos estes pontos devem estar assentes numa verificação sobre o que de melhor se faz no Mundo, pelo interesse da qualidade e uniformização do mais elevado grau de conhecimentos, que influenciarão a poupança de recursos à Nação.

## **ii - Reconhecimento profissional**

- Na categoria Reconhecimento Interprofissional verifica-se que há uma falta de conhecimento técnico-científico, pela parte de muitos dos actuais profissionais de Osteopatia em Portugal, assim o reconhecimento por outros profissionais torna-se difícil. Também constatamos (e foi reiterado) que existe uma enorme falta de informação sobre o que a Osteopatia realmente é. Tavares (2007), Abreu (2001) e Dubar (1997a), informam que é ponto fundamental na formação das identidades existir uma determinada conjuntura laboral. Segundo Dubar (1997a), a identidade para outro está integrado no processo de identidade relacional (postura crítica e oportunismo). Neste sentido os entrevistados sempre ponderando na relação que se pode dizer duma ‘identidade visada’ mencionaram pontos vários, que pudemos constatar desde a falta de formação, a falta de treino clínico apropriado, desconhecimento do léxico das ciências da saúde e da Osteopatia como tal, entre outros. Foram unânimes para com a regulamentação feita no Reino Unido, foi um processo dignificante, idóneo e eticamente correcto, pelo qual todos

os Osteopatas passaram individualmente, sem qualquer excepção. Consideraram os entrevistados que, somente usando um processo idêntico ao Britânico em Portugal, a profissão terá um correcto reconhecimento inter-profissional e pelo Estado. Só assim se poderá desenvolver devidamente, para salvaguarda dos Pacientes.

- Na categoria Reconhecimento Profissional pelo Público várias perspectivas foram verificadas, embora, todas dentro da mesma linha de pensamento. Uma formação idónea é o imperativo apresentado pelos entrevistados, como também foi levantada a existência dos interesses duvidosos de alguns, e o poder profissional doutros, apresentam-se como um factor fortemente negativo, inebriado e contraproducente ao desenvolvimento. Verificou-se uma forma de Identidade biográfica (contramobilidade social) a “verdadeira identidade - para si - é a que pretendem adquirir através das formações (...) já encontrada na sua origem”, ou seja onde a profissão tem tradição e, está há muito, oficialmente regulamentada (Dubar, 1997a:221).

- Para a categoria Prática / desempenho profissional nas duas subcategorias encontradas, há uma interacção e sobreposição quanto às dificuldades, e também dos aspectos que são considerados negativos, para com a prática e o desempenho profissional.

Na subcategoria Dificuldades, os entrevistados informam que existe em Portugal fraca formação entre os ditos profissionais de Osteopatia. São explícitos e dizem que há falhas na formação teórica, técnica e na prática clínica. Para além (mais uma vez) da falta de regulamentação, talvez predisposta pelos lobbies que dificultam o assunto tal como a ordem dos médicos que, segundo os entrevistados, não deseja tal. Poderá também haver uma falta de investimento nos estabelecimentos de ensino que dão os cursos de Osteopatia.

Na subcategoria Aspectos negativos, dizem-nos que convém que haja doenças e que os osteopatas não tenham resultados e que, outros profissionais não percebem o que é a abordagem holística da Osteopatia. Houve entrevistados que primeiro cursaram em Portugal depois foram para o Reino Unido, disseram que se verifica uma diferença abissal desde a identidade à intervenção clínica. Há cursos neste momento em Portugal a serem dados aos sábados, (com graves deficiências), para médicos e massagistas entre outros, e que até mesmo um curso de fisioterapia tem uma carga horária maior. Segundo os entrevistados o assunto fica resolvido quanto a desconfianças se o osteopata for formado no estrangeiro e usar as bases científicas aí adquiridas. Os cursos em Portugal não estão no patamar adequado em termos de conhecimentos necessários ao bom desempenho que é suposto ter na Osteopatia. A aquisição de competências mostra ser um grave problema, para com a prática duma verdadeira Osteopatia. Resolve-se chamar de Osteopatia a qualquer curso na área da medicina manual, dizem-nos os entrevistados que a situação de facto é que são massagistas ou fisioterapeutas que meramente aprenderam algumas técnicas ditas osteopáticas, faltam-lhes muitos outros conhecimentos base para serem osteopatas, desde um conhecimento profundo



de patologia à ciência de diagnóstico. Também, se verifica que não há qualquer interesse pela parte doutros grupos profissionais para que a Osteopatia se desenvolva em Portugal. Na revisão da literatura Donnangelo & Pereira, 1976; Freidson, 1970, levam-nos à relação do médico com o saber, denotando estes, uma apropriação do projecto do trabalho. Ribeiro e Schraiber (1994). dizem que os médicos institucionalmente relacionam-se com outras profissões num plano que estes chamaram de autonomia hierárquica. Toda esta interacção tem a ver com o plano tecnológico, sem ponderar no plano social e as suas intersecções políticas, ideológicas e culturais. Revelam a autonomia através duma luta técnico-política para que o seu prestígio seja salvaguardado, também, ainda há as elevadas remunerações, baseadas no “monopólio corporativo da sua prática” que lhes enalteceu o seu estatuto, disseram ainda que “preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de ‘Ordem’, disciplina da vida social e projecto social de vida” (Schraiber, 1995:7-8).

### **iii – Identidade e Perspectivas profissionais**

- Na categoria Identidade Profissional, Tavares diz que as “identidades sociais não são produtos acabados”, estão num constante estado de construção, reprodução, transformação, produção, detêm um movimento muito próprio. Dubar (1999) relevou que “os segmentos profissionais estão em permanente conflito e em mudança constante (...) não se podem considerar realidades permanentes (...) as identidades profissionais (...) que se activam em função dos contextos e da dinâmica dos processos sociais (...)” (Tavares, 2007:49). Perante o exposto verificamos duas subcategorias.

Na subcategoria Competências / Comparação de formação entre Portugal e estrangeiro, aqui os entrevistados acharam existir algo anómalo e errado. Se há Portugueses que são osteopatas, estão oficialmente credenciados e reconhecidos noutros países, e muitos da União Europeia; porque não são estes reconhecidos ao mesmo tempo em Portugal? Há dificuldades na área da investigação osteopática. Os entrevistados que cursaram em Portugal e mais tarde foram terminar a sua formação profissional a Inglaterra verificaram existir uma Profissão totalmente diferente. Verifica-se que há alguns cursos em Portugal algo mais organizados que outros, mas todos pecam pela mesma falta, não existe prática clínica osteopática genuína, nem treino em clínica geral. Referindo-se a falhas graves de patologia, do exame físico clínico, ou seja, falta muito para saberem fazer um historial clínico completo; e assim não podem ser autónomos, como sucede no Reino Unido. Há fisioterapeutas a fazerem cursos chamados de ‘Osteopatia’, e que falham igualmente em tudo, excepto na parte das técnicas. Os Osteopatas têm uma maneira de pensar própria e, os Fisioterapeutas que tentam fazer cursos de “Osteopatia” em Portugal, não o fazem, mas sim seguem “(...) protocolos rígidos biomecânicos (...) falta a individualidade (...)” (E8). Ainda foi dito que ir ao Osteopata em Inglaterra, é o mesmo que ir ao médico convencional ou ir ao médico dentista, no sentido que a Osteopatia / Medicina Osteopática está devidamente integrada

no sistema Britânico. Em relação a Portugal como não há regulamentação, muitos podem-se auto-denominar de Osteopatas, e muitas vezes sem formação suficiente, isto cria hipóteses de sérios problemas ocorrerem nos pacientes. Pelo facto da Regulamentação existir no Reino Unido e nos EUA desde há muitos anos, há uma grande tradição, muitos deveres e direitos estatutários adquiridos, e há um reconhecimento pelo Sistema Nacional de Saúde desses Países. Outros entrevistados informaram que o nível de competências dos Osteopatas formados em Portugal, é muito baixo comparado com a Inglaterra ou França, a título de exemplo. Também, ainda se disse que os osteopatas formados em Portugal “(...) acham que a Osteopatia é uma técnica, que usam, assim nem sequer sabem o que é a Osteopatia, pensam que é uma técnica” (E1).

Na subcategoria Áreas de Intervenção clínica, houve entrevistados que acharam que quanto a direitos de prática completos os Osteopatas deviam usufruir de tal, e realçaram dizendo que somente com treino apropriado. Foi dito que os osteopatas detêm um grau de conhecimentos base adequados para poderem evoluir na aquisição de conhecimentos sobre qualquer terapia. Em Portugal, foi também clarificado que como as escolas são todas privadas não há forma de testar a qualidade e o nível de conhecimentos dados (e aí adquiridos). Assim, segundo a análise de conteúdo de E10, poderá existir em muitas escolas um sem número de pessoas cujo grau de formação, não é o mais adequado para leccionar uma determinada unidade curricular. Quanto a um ideal de Osteopata foi considerado o mais provável ser em Inglaterra. Ainda foi reforçada a ideia que o nível de estudos e conhecimentos adquiridos tanto na medicina osteopática como alopática estão ao mesmo nível. Foi evidenciado que o Estado pode beneficiar com o uso da Osteopatia na comunidade, como também os pacientes ganhariam se fosse facilitado o pedido de exames de diagnóstico, pese embora, para uma mesma situação, os osteopatas precisem de muito menos exames que outras profissões da saúde, o que pouparia muito. Ainda foi reiterado que há muitos conhecimentos comuns tanto na medicina alopática como osteopática, mas que são áreas do conhecimento diferentes, onde há outras perspectivas no campo da saúde e da doença. Ainda se informou que eventualmente se poderá fazer cirurgia, dentro da filosofia osteopática. Alguns entrevistados relevaram que nem se poderia compreender se os osteopatas não pudessem vir a prescrever ou a fazer cirurgia, ou seja, os osteopatas devem ter direitos completos de prática clínica, como sucede em todos os Estados Unidos da América. Falou-se na intervenção diferente que há na Osteopatia, uma forma de actuar própria e holística, pela rapidez com a qual se resolvem assuntos, ganham o Estado e o Doente e as Empresas, porque se ‘trabalha correctamente’, (os pacientes ficam muito mais) sem dores e sem tantas baixas. Ainda fomos informados que caso contrário, ie. o não poder desenvolver a prática clínica Osteopática, tal limitaria o máximo e o melhor desempenho osteopático, e que os benefícios duma total autonomia (como ela já existe em todos os Países onde a Osteopatia está devidamente regulamentada e regulada) serão sempre para o doente e para o Estado. Foram dados exemplos, baseados na lógica de independência clínica, em que cada profissional sabe da sua profissão. Quanto aos

direitos de prática clínica completos com a qual os entrevistados concordaram um disse “(...) o mais possível (...) desde que haja uma boa formação de base numa escola universitária” (E6). Ainda nos disse outro, neste sentido “(...) o facto é que uma boa formação, uma formação consolidada reduz a percentagem... a probabilidade de actos negligentes” (E4). Ainda fomos elucidados que “(...) se uma pessoa tem um bom conhecimento osteopático (...), por norma (...), não vai receitar medicação logo quando o fará só se for estritamente necessário, e aí sim, tendo toda a filosofia e todo o raciocínio osteopático atrás, ter a nível de formação cirúrgica, penso que sim, porque os osteopatas que têm que ter um grande nível de anatomia de superfície e de anatomia geral, têm que ter um bom nível de anatomia e logo por isso para praticar cirurgias penso que eles estarão muito bem adaptados para isso, terão os conhecimentos básicos, para pelo menos entrar a nível como sabem com cursos de pequenas cirurgias ou até cirurgias mais avançadas; penso que nos Estados Unidos, os osteopatas têm preferência por ortopedia e neurocirurgia” (E2). No sentido do ideal do Osteopata em Portugal somos informados tanto sobre os EUA como, sobre a “(...) excelência, como o nível inglês (...)” (E2), ainda foi tida a importância da uniformização da profissão e a máxima importância do diagnóstico, em que os Osteopatas têm que ser proficientes. Ainda se concluiu sobre ao que se deve chegar em Portugal, importa chegar a um elevado nível como sucede em termos Internacionais.

Pelo que conhecemos da Medicina Osteopática no Mundo e o pensamento osteopático, prescrever um remédio ou exercer uma cirurgia, implica um raciocínio lógico e uma abordagem diferente doutras disciplinas / escolas de medicina, embora, pontualmente, certos protocolos (comuns) têm que ser seguidos. Constatamos situações de jurisdição inacabadas, pela indefinição da legislação inexistente ou deficiente, esta situação identifica-se com Abbott, este revela-se no Interaccionismo simbólico de Hughes, usa conceitos de segmentação intraprofissional, para compreender a base social dos conflitos interprofissionais, também constatamos que “as clivagens e segmentações intraprofissionais” contribuem para uma influência pela parte dos profissionais no que concerne a estratégias de alargamento de influência, achando-se com recursos para tal, invadem fronteiras e limites que em princípio seriam objecto de posse de outros grupos profissionais (Rodrigues,2002:105).

- Na categoria Título de Dr. consideramos duas subcategorias: aceitação e rejeição, pese embora, todos os entrevistados unanimemente disseram que detendo uma formação adequada e reconhecida, deve-se usar o título de Dr. em Portugal. Assim foi aceite que detendo uma licenciatura em Osteopatia como grau de formação mínima, todos os osteopatas devem usar o título de Dr.. De rejeição considerou-se, pela falta duma formação académica suficiente e adequada dum mínimo de licenciatura, assim, só quem detém tal qualificação, deveria poder usar o título de Dr..

- Na categoria Título profissional de Osteopata e Médico Osteopata nas quatro subcategorias encontradas verificamos: Na subcategoria Aceitação / aspectos

positivos, os entrevistados argumentaram o uso de tal, porque os Osteopatas não são terapeutas e pela lógica que é medicina osteopática, também porque caracteriza melhor o trabalho e dá uma credibilidade em consonância, pelo respeito que a medicina alopática merece tanto da parte dos osteopatas como da sociedade. Neste sentido houve uma informação dada generalistamente, por E7 em que a Osteopatia é um ramo da Medicina: como o é a medicina dentária, a medicina veterinária, a medicina alergológica.

Na subcategoria Importância da alteração do título, foi levantada a situação de facto em que todos em Portugal se apelidam de osteopatas, embora alguns deveriam ser denominados de técnicos manipulativos, não apresentam formação idónea para se intitulem de osteopatas, assim, segundo os entrevistados, haverá uma distinção na qualidade profissional. Ainda foi afirmado que se deve usar o termo médico osteopata, mas que o público tem que ter a certeza de que é osteopata e não um médico alopata, realçou-se, não pode haver lugar a confusões, em absoluto!

Na subcategoria Rejeição / aspectos negativos, informam-nos os entrevistados que já houve quem marcasse para ir a um homeopata e foi a um osteopata, e ainda foi dito que se deve banir o termo medicina associado à Osteopatia porque a profissão médica em termos culturais é muito forte. Ainda houve quem argumentasse que não teve patologia suficiente e que no seu curso de formação base faltou muita coisa, assim não se pode apelidar de médico/a. Neste sentido ainda se alegou que os osteopatas (especializam-se em várias áreas da saúde e da doença mas que) foram muito dedicados aos estudo fisiológico e patológico da parte 'reumatológica' e das doenças sistémicas a nível músculo-esquelético.

Na subcategoria Indiferença, para alguns entrevistados não existe problema algum em usar os dois termos, argumentou-se e foi-nos dito que, é como se diz vulgarmente, ir ao dentista ou ao veterinário, mas nem sempre se diz vou ao médico dentista ou vou ao médico veterinário. A origem da Osteopatia vem dos Estados Unidos da América em que a Osteopatia é a Medicina Osteopática, é uma escola de medicina e, que é autónoma. Relevou-se que é uma medicina, que não é um conjunto de técnicas, por isso o uso (eventual ou não) de médico de medicina osteopática ou, médico osteopata.

Portanto, ainda nesta categoria houve uma proposta no sentido de se discernir quem prescreve fármacos e quem não os prescreve. É importante indagar se o assunto se verifica em torno do conhecimento da terapia do prescrever ou, do não prescrever? Onde está todo o outro conhecimento terapêutico e científico, necessário a uma boa prática e ao desenvolvimento? Segundo o 'Scope of Osteopathic Practice' diz-se que: "(...) a prática osteopática continuará em desenvolvimento. O que é considerado agora incomum poderá tornar-se comum no futuro. Como as fronteiras da prática osteopática se desenvolvem, algumas das novas ideias podem ser inteiramente inovadoras. O âmbito da prática osteopática potencialmente não tem limites" (2010:8). Foi dado realce ao SNME, como área primordial da prática clínica Osteopática. Os entrevistados, realçaram que não desejam ser confundidos nem com o médico convencional ou outro,

demonstraram muita preocupação nesse sentido. Dubar informa-nos que quando “(...) a ruptura é acompanhada por confirmações legítimas pelo Outro da identidade para si e encontramos-nos num processo de conversão que origina uma identidade incerta” (1997:236). Tavares (2007) disse que quanto a terminologia e a identificação é feita por outros, esta deve ser definida no contexto da regulamentação das carreiras profissionais e estatutos.

- Na categoria Associativismo / práticas organizacionais, para a subcategoria Tipo de actuação / panorama associativo, os entrevistado não tinham uma ideia concreta de quantas associações existem no País, que dizem ter osteopatas. Verificou-se a necessidade das associações de se unirem com um objectivo comum, da forma que actualmente estão só servem para proteger certos grupos de interesse. Tavares (2007) disse que as associações podem actuar como grupo de pressão a nível do legislador, especialmente quando estas são tornadas em Ordens profissionais. No que concerne a conflitos, Freire (2004) disse que os médicos e certas associações são quem mais conflitos apresentam com o Governo.

Na subcategoria Actividade Associativa, ficou esclarecido que quaisquer, mesmo não sendo osteopatas, podem fundar uma Associação de ditos osteopatas em Portugal. Há uma Federação que procede como se fosse um Associação. Há muitos endireitas e técnicos manipulativos que se intitulam de osteopatas. Os actuais Osteopatas apresentam-se afastados uns dos outros. Consideram não ser benéfico um tão grande número de associações, unindo-se chegar-se-á mais facilmente a uma regulamentação e que será a forma de juntar os bons profissionais. Ainda foi levantada a questão que alguns dos actuais profissionais com um curso de base credível procedem, isto é, “(...) são comparáveis ao joio (...)” (E7). Foi verificado que o movimento associativo devidamente organizado contribuirá para o desenvolvimento da Osteopatia.

Na subcategoria Relação Inter-Associativa, E3 disse sorrindo que talvez fosse preferível não responder, informou-nos que acha que vários dos profissionais que estão à frente das associações não lutam pelos interesses das associações, mas somente pelos seus interesses pessoais. Foi-nos dito por vários entrevistados que há muita diferença na formação entre os osteopatas Britânicos e os formados em Portugal. Também foi realçado que há mais conflito dentro das próprias pessoas, do que em situações inter-associativas, também as formações diferentes entre os vários osteopatas revelam hierarquias, de vários níveis de conhecimento.

Quanto à subcategoria Filiação Associativa, os entrevistados ou estão inscritos em associações que fazem pertença ao grupo de escolas conectadas com estas, ou não estão de todo associados, porque não há nada neste sentido. Sentem uma mais valia estarem associados e sentem que benefícios vários daí podem vir.

- Na categoria Perspectivas profissionais futuras verificamos a subcategoria Ideal Osteopático, os entrevistados vêm a Osteopatia / Medicina Osteopática como uma mais-valia a ser usada no campo da prevenção, manutenção e resolução de problemas

e situações de saúde e doença do Ser Humano. Foi dito que em Portugal há um desafio para já, resolver o facto de muitos dos actuais intitulados osteopatas terem tido uma formação em cursos diversos e, há assim uma heterogenia na Osteopatia. Outros mencionaram e relevaram, uma vez mais, o que se passa no Reino Unido e nos EUA onde os Osteopatas estão equiparados aos médicos, aos médicos dentistas, aos médicos veterinários, e cada profissão com a sua 'ordem' profissional própria. Houve um posicionamento muito claro ao ser afirmado que não se podem cortar as mais honestas hipóteses de melhorar para com aqueles que têm uma fraca formação. Escolas de nível Universitário são necessárias em Portugal. Os cursos actualmente dados em Portugal são de qualidade muito duvidosa que chegam a ser somente de três e cinco meses. Foi-nos dito pelos entrevistados, quando da regulamentação que se avizinha e que tem que ser feita segundo a Lei Portuguesa, que é preciso verificar nos candidatos a osteopatas, os mesmos parâmetros de qualidade como sucedeu no Reino Unido. Se necessário for, virem a fazer um curso de reciclagem de um a quatro anos (consoante o caso de cada um).

No que concerne a subcategoria Direitos de Prática Clínica, informam-nos que é necessário, e acreditam que se vai poder trabalhar perante os mais elevados níveis Europeus. Quanto mais conhecimento houver, melhor serão os resultados e, mais ganharão os pacientes e a profissão.

- Na categoria Intervenções relacionadas com o reconhecimento profissional verificamos que quanto à formação de cursos, tem que haver um conhecimento relacionado com uma qualificação académica e clínica, aonde se evidenciam os conhecimentos adquiridos através de exames. A investigação científica é de extrema importância na Osteopatia. O efeito social revela-se pela qualidade dos cursos, relacionado com os benefícios e resultados obtidos através do uso da Osteopatia. Os osteopatas minimizam a necessidade de exames de diagnóstico, pela sua eficácia, a Osteopatia baixa as custas do Estado no serviço de saúde. Uma qualidade verificada em excelentes profissionais de Osteopatia, relacionada com a máxima qualidade dos cursos, diminui as faltas ao trabalho.

É deveras importante haver na Osteopatia uma boa formação profissional de nível superior universitário, influenciará as tomadas de decisão, de diagnóstico e do tratamento. A existência de prática clínica durante o curso é de máxima importância, reiteraram os entrevistados. Não é necessário estar a inventar nada, disseram estes, basta somente seguir os Países onde a Osteopatia já se encontra devidamente regulamentada. Concluiu-se que os Estados que compreenderam, e que regulamentaram a Osteopatia / Medicina osteopática em pleno, em muito beneficiaram os interesses dos Pacientes e do Público em geral.

- Quanto à categoria Evolução e desenvolvimento profissional constatou-se quanto ao desenvolvimento profissional contínuo / ao longo da vida, que os entrevistados consideraram que o desenvolvimento profissional ao longo da vida é de extrema

importância. Aham também importante no sentido em que manterá o osteopata a par com o que há de mais relevante e inovador, com o que é descoberto e implementado no campo da ciência, com aplicação à saúde, dentro do ponto de vista osteopático.

- Na categoria Estratégias de integração e desenvolvimento em Portugal, é considerado importante criar boas relações com a profissão médica, como ainda desenvolver um processo bem claro, e definido, de registo dos candidatos a osteopatas. Foi dito que se deve descrever o que a Osteopatia realmente é, e deve ser tida para Portugal. Acharam que é importante estabelecer-se cursos fidedignos, e que é de interesse que também se façam cursos em Universidades Públicas, e que o nivelamento do conhecimento dos profissionais pelos níveis mais elevados como é o caso do modelo Americano, através da regulamentação dos osteopatas, tal deve ser tido em conta. Também foi dito os osteopatas olharem mais para os interesses da profissão do que para os seus interesses pessoais. A verificação das diferenças entre a medicina osteopática e alopática é factor crucial. Um dos entrevistados levantou ainda a questão duma avaliação de competência clínica, devia ser tida em conta, de tempos a tempos.

- Na categoria Carreira de Osteopata verificou-se a subcategoria Informação sobre a profissão, dizem-nos os entrevistados que houve dificuldades em obter informação fidedigna sobre a Osteopatia, mais tarde acabaram por encontrá-la; por vezes, alguns dos entrevistados reconheceram terem sido enganados.

Verifica-se na subcategoria Argumentos favoráveis, onde todos os entrevistados aconselham a seguir a profissão. Argumentou-se que na Osteopatia tem-se num ponto fundamental que é ajudar os outros, é menos química e é mais natural, mas que se aconselha as pessoas a formarem-se em sítios credíveis e que quanto a pessoas mal formadas já há que chegue. Outros disseram que adoram o que fazem, que se vêem excelentes resultados, mas que nada está regulamentado em Portugal, aconselha-se a tirar um curso ou nos EUA ou em Inglaterra. Um entrevistado achou como aspecto positivo “fantástico” este tipo de Dissertação, porque revela o “estado da arte” na profissão osteopática em Portugal (E8). Ainda foi dito ser importante que se processe uma regulamentação verificando quem está apto a poder exercer condignamente a Osteopatia, perante os padrões mais elevados, este processo revela-se necessário; mais uma vez tal foi dito, pela heterogenia dos muitos cursos que neste momento existem em Portugal, ditos de Osteopatia.

Quanto à subcategoria Argumentos desfavoráveis consideram alguns uma profissão difícil, com muito estudo, ainda foi mencionado que é mais difícil do que ser médico (alopata). Também foi dito que muitos não conseguem adquirir trabalho facilmente. Há quem vá para a Osteopatia pelo lado monetário, o que não compensa visto dessa forma; que se deve sim seguir esta profissão quem quer ajudar os outros, pela ciência e pela arte para ajudar os doentes. O problema maior em Portugal é a formação que se obtém, há falta de qualidade, e que se aconselha, mais uma vez o Reino Unido. Outros, mais uma vez falaram na falta de regulamentação. Houve muita

angústia no que foi dito porque só fora de Portugal, neste momento, se consegue estudar devidamente.

Quanto à subcategoria País Europeu de referência, todos os entrevistados acham o Reino Unido um País de referência, alguns sem demais comentários, pese embora, alguns entrevistados acharam que o Reino Unido não é o único. Vários disseram que foi no Reino Unido que se estabeleceu há muitas décadas a Osteopatia na Europa, é onde tudo está há muito devidamente estruturado e bem organizado, e que foi o primeiro País na Europa a regulamentar em pleno a Osteopatia.

Com esta conclusão podemos retirar algumas ideias chave e levantar situações, assim, devemos realçar que se deve:

- reforçar a imagem e a visibilidade geral junto das classes profissionais e o público em geral, sobre o que é a Osteopatia,
- regulamentar a prática profissional dos osteopatas em Portugal, segundo parâmetros já demonstrados e estabelecidos em países onde a profissão está mais desenvolvida.

Todos os entrevistados ainda realçam os mesmo pontos fundamentais, desde a deficiente formação, a falta de regulamentação e regulação, a falta de homogeneidade nas áreas de actuação clínica da Osteopatia, que se revela numa deficiente, diversa e fraca identidade.

Por vezes, embora a abordagem nas respostas fosse a mesma, repetindo várias vezes o mesmo assunto, pelo elevado grau da sua importância, houve entrevistados que salientavam perspectivas e pontos de vista diferentes. Deprendemos que, é devido à enorme riqueza do conhecimento, porque há possibilidades várias de actuação profissional e de desenvolvimento nas diversas áreas de actuação clínica e humana da Osteopatia. Portanto, perante a situação que se verificou ao longo desta Dissertação, no que concerne as entrevistas: reiteramos que houve uma total consonância, em todos os pontos descritos quando estes os mencionaram.

Os resultados obtidos, levam-nos a constatar que a Osteopatia é uma área que está em mudança e desenvolvimento, tanto em Portugal como no estrangeiro, o que se verificou na temática abrangida, isto é, nos vários aspectos globais da profissão, no reconhecimento profissional como na identidade e perspectivas profissionais.

Os osteopatas portugueses, como profissão, têm que constatar uma nova realidade, a da sua regulamentação, desenvolvimento, identificação, identidade, e identização, isto provocado pela passagem de diplomas legais e, do actual desenvolvimento do mercado do trabalho que actualmente já existe no sector privado. Neste sentido, verifica-se um grande interesse pela parte dos estudantes formarem-se em Osteopatia, com a abertura de novos cursos, pese embora, (actualmente) ainda, sem qualquer controlo de qualidade Estatal. Este 'estado de coisas' pode ainda induzir a situações pérfidas, naquilo a que tem a ver com uma Osteopatia autêntica. O desenvolvimento de cursos fidedignos, poderá originar uma catalisação doutras e, até mesmo, induzir a mais reforçadas estratégias de formação profissional e identitária.



Numa síntese conclusiva, verificamos pontos fundamentais que se devem recomendar, (ponderando para com o desenvolvimento e uma correcta prática de natureza ética, deontológica e profissional), são estes:

- a questão da regulamentação a nível do Estado deve ser mais célere, efectiva e expedita e, não manter-se como está, numa fase incipiente;

- encontrar estratégias de 'globalização', dando oportunidades não insidiosas, mas sim, honestas e fidedignas, (se necessário numa forma exaustiva), a todos os interessados e candidatos a Osteopata em Portugal, com imparcialidade, para separar os bons dos maus profissionais;

- integrar a formação da Osteopatia (autêntica), encontrando formas de ministrar cursos em entidades oficialmente reconhecidas.

Após cuidada ponderação, neste propósito para Portugal, enquadramos a seguir uma proposta de Intervenção Sócio-Organizacional, baseada na análise e síntese conclusiva desta Dissertação, cuja esquematização denominamos de Processo de Profissionalização dos Osteopatas.

#### **iv – Plano de Intervenção Sócio-Organizacional**

Portanto, em consentâneo com o agora descrito, que está de acordo com o mencionado na Lei 45/2003 de 22 de Agosto, (Capítulo II, Qualificação e estatuto profissional, artigo 5º Autonomia técnica e deontológica, entre outros), resumidamente compactamos e formulamos, o que consideramos um adequado decurso de intervenção para com o **Processo de Profissionalização dos Osteopatas:**

##### **a) Regulamentação e regulação**

- Acção junto da Comissão Inter-Ministerial e Ministérios envolvidos, consentânea com intervenção junto dos Grupos Parlamentares, e Partidos Políticos;
- Acreditação dos actuais profissionais, através da realização dum perfil e portefólio profissional individual (avaliação e certificação de competências), incluindo protecção do título osteopata, médico osteopata, ou qualquer relacionado com o termo osteopata;
- Introdução oficial dum código deontológico, de prática segura, seguro de responsabilidade civil profissional e regulação da publicidade sobre a Osteopatia.

##### **b) Desenvolvimento e qualidade da formação académica e profissional pré e pós graduada**

- Formação base em Osteopatia / Medicina Osteopática como mínimo de licenciatura / mestrado-integrado; com estágio mínimo de 1000 horas durante o curso, em consonância com o Reino Unido e os EUA;
- Regular e homogeneizar a formação de Associações;

- Ligar as Associações à implementação, desenvolvimento, âmbito e acreditação de competências / prática clínica;
- Introduzir a obrigatoriedade de desenvolvimento profissional contínuo (ao longo da vida).

**c) Promoção, credenciação, formação e prática clínica autónoma / independente integrada em Instituições Públicas e Privadas**

- Segundo a Lei 45/2003, formação dum organismo Inter-Ministerial de controlo de qualidade e ética;
- Criação de cursos em Universidades públicas e, incorporação oficial com homologação dos cursos existentes (do ensino privado);
- Classificação profissional condigna e, integração dos Osteopatas em equipas pluridisciplinares, com introdução da Osteopatia no Serviço Nacional de Saúde;
- Informação sobre a Osteopatia a outras profissões de Saúde e ao Público em geral.



## BIBLIOGRAFIA

Abbott, Pamela; Meerabeau, Liz (1998). The Sociology of the Caring Professions. 2ª edição. London, UCL Press Limited.

Abbott, Andrew (1992). The System of Professions, an essay on the division of expert labour. Chicago and London, the University of Chicago Press.

Abreu, Wilson Correia de (2001). Identidade, Formação e Trabalho, das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra, Formasau.

Association, American Osteopathic (2009).  
[http://www.osteopathic.org/index.cfm?PageID=ost\\_still](http://www.osteopathic.org/index.cfm?PageID=ost_still)

Bailey, Diana M. (1997). Research for the Health Professional. Philadelphia, F. A. Davis Company.

Bardin, Laurence (2008). Análise de Conteúdo. 4ª edição. Lisboa, Edições 70,

Beauchamp, T.; Childress, J. (1994). Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. New York, Oxford University Press.

Blaxter, Loraine, et.al. (2002). How to research. 2ª edição. Open University Press.

Bogdan, R; Bicklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação. Porto, Porto Editora.

British Osteopathic Association, et al (2010). Scope of Osteopathic Practice. Pdf.Doc. p.8.

Brunheira, Lina (s/d). O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/>. Acedido em 28/12/07. Visto em Universidade do Minho. Mestrado em Educação - Tecnologia Educativa - Métodos de investigação em Educação. Estudo de Caso. <http://grupo4te.com.sapo.pt/referencias.html>

Canário, Rui et al. (1997). Formação e Situações de Trabalho. Porto Editora.

Carapineiro, Graça e Maria de Lurdes Rodrigues (1998). "Profissões: protagonismos e estratégias", in Viegas, José Manuel Leite e António Firmino da Costa (org.), Portugal, que Modernidade? 2ª Edição. Oeiras, Celta.

Carapinheiro, Graça (1993). Saberes e Poderes no Hospital. Porto, Edições Afrontamento.

Carmo, H.; Ferreira, M.M.(1998). Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, Rosa (2003). Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos. Perspectivas dos Actores. Lusociência.

Coster, Michel de (1998). Introdução à Sociologia. Editorial Estampa.

Council, General Osteopathic (2007). Continuous Professional Development. [http://www.osteopathy.org.uk/uploads/cpd\\_guidelines\\_interactive.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/cpd_guidelines_interactive.pdf)

Cryer, Pat (2003). The research student's guide to success. 2ª edição. Maidenhead, Open University Press.

Dubar, Claude (1997a). A Socialização, construções das identidades sociais e profissionais. 2ª edição revista. Porto editora.

Dubar, Claude (1997b). Formação, Trabalho e Identidade Profissionais, in Canário, Rui et al. Formação e Situações de Trabalho. Porto Editora.

Dunleavy, Patrick (2003). Authoring a PhD, How to plan, draft, write and finish a doctoral thesis or dissertation. Palgrave study guides, Macmillan.

Education, Quality Assurance Agency for Higher. / QAA. Subject Benchmark Statement of the  
<http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/statements/Osteopathy07.asp>

Estrela, Albano (1990). Teoria e prática da observação de classes. Uma estratégia de formação de professores. 3ª Edição. Lisboa, Instituto Nacional de Investigação Científica.

Fortin, Marie Fabienne (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realidade. Loures, Lusociência.

Fradique, António Caldeira et al. (1990). Aprendizagem pela análise de problemas. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa, Departamentos Universitários de Fisiologia e Fisiopatologia.

Foucault, Michel (2004). O Nascimento da Clínica. 6ª edição, Forense Universitária.

Freire, João (2002). Sociologia do Trabalho. Uma Introdução. 2ª edição revista. Porto, Edições Afrontamento.

Freire, João et al (2004). Associações Profissionais em Portugal. Oeiras, Celta Editora.

Freidson, Eliot (2001). Professionalism, the third logic. Oxford, Blackwell Publishers.

Freidson, Eliot (1988). Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. The University of Chicago Press.

General Council and Register of Osteopaths / Osteopathic Association of Great Britain (1995). Osteopathy and the NHS. p.4.

General Council and Register of Osteopaths / Osteopathic Association of Great Britain (1995). Osteopathy and Medicine Today. Osteopathic National Health Service Interface Group. p.1.

Gil, António C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo, Editora Atlas.

Gil, António Carlos (2002). Como Elaborar Projectos de Pesquisa. 4ª edição. São Paulo, Editora Atlas.

Graça, A. et al. (2005). Auto - conceito em Cuidadores formais e índices de Qualidade de vida dos utilizadores de Instituições de apoio á Terceira idade, em regime de internamento. Monografia de Enfermagem. Portalegre, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Guerra, Isabel Carvalho (2008). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo, sentidos e formas. Reimpressão, Setembro. Príncípia Editora.

Hart, Nicky (1997). The Sociology of Health and Medicine. Lancashire, Causeway Books.

Helman, Cecil G. (1996). Culture, Health and Illness. 3ª edição. Oxford, Butterworth Heinmann.

Ilhéu, José Ramalho (2004-05). Elaboração dum Projecto de Investigação. (Doc. de Trabalho, baseado em Doc. elaborado pelo Prof. Doutor Carlos Silva). Évora, Universidade de Évora.

Infopedia (2009) <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/estágio>

Lopes, Noémia Mendes (1996). Práticas e Processos da Mudança Social. A Recomposição Profissional Da Enfermagem. III Congresso Português de Sociologia. Celta Editora.

Machado, Fernando Luís e Da Costa, António Firmino (1998). Modernidade Inacabada, in Portugal que Modernidade? Viegas, José Manuel Leite e Da Costa, António Firmino. 2ª edição. Oeiras, Celta.

Marques, S. C. L.(2007).Os cuidadores informais de doentes com AVC. Coimbra, Formasau.

McKone, Walter Llewellyn (2004). Osteopathic Philosophy. Osteopathic Philosophical Society [http://www.osteopathicphilosophy.com/op\\_society.htm](http://www.osteopathicphilosophy.com/op_society.htm)

Médicos, Ordem dos (1988). Breve Historial da Ordem dos Médicos. Revista Ordem dos Médicos. Dezembro. p.6.

Mendes, Felismina Rosa Parreira; Mantovani, Maria de Fátima (2009). Ensino de Enfermagem em Portugal: contributos para a sua história. Cogitare Enferm.. Abr/Jun; 14(2), p.374-8 <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/15632/10403>

Moliani, Maria Marce (2000). Especialização e Compartimentalização de Saberes: Efeitos sobre a Produção de Cuidados e Administração em Saúde. FAE, Curitiba, Maio / Ago. Vol.3, n.2, p.63-76.

Moore, Ann P. et al. (1997). The Clinical Educator – Role Development, a self-directed learning text. New York, Churcill Livingstone.

Pais, José Machado (1997). Como realizar um Projecto de Investigação. Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação. Gradiva.

Perrow, Charles (1961).The Analysis of Goals in Complex Organizations Author(s): Source: American Sociological Review, Vol. 26, No. 6, (Dec.), pp. 854-866 Published by: American Sociological Association Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2090570>, p.860

Polit, D.; et al. (2004).Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª edição. Porto Alegre, Artemed.

Ponte, João Pedro (2006). Estudos de caso em educação matemática. Bolema, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e actualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. Quadrante, 3(1),

pp3-18. (re-publicado com autorização). Visto em Universidade do Minho. Mestrado em Educação - Tecnologia Educativa - Métodos de investigação em Educação. Estudo de Caso. <http://grupo4te.com.sapo.pt/referencias.html>

Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc V.(1995). Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Gradiva.

Rodrigues, Maria de Lurdes (2002). Sociologia das Profissões. 2ª edição. Oeiras, Celta editora.

Rodrigues, Maria de Lurdes (1999). Os Engenheiros em Portugal, profissionalização e protagonismo. Oeiras, Celta editora.

Saks, Mike (1999). The wheel turns? Professionalization and alternative Medicine in Britain. Journal of Interprofessional Care. Faculty of Health and Community Studies, De Montfort University, Leicester, UK. Journal of Interprofessional Care,13: 2, p.129 — 138.

Santos, B. S.(2002).Um discurso sobre as ciências. Porto, Edições Afrontamento.

Santos, Fernando (1982). Entrevistar, a teoria e a prática. Plátano editora.

Saúde, Ministério da (1990). Adapt. Policy Statement of UEMO. Formação Específica em Exercício. Secretaria-geral, Divisão de Documentação: IV; 5037; 37; RX.

Saúde, Direcção Geral de (2009). Caracterização e Perfil Profissional do Osteopata. Consulta Pública. Comissão Inter-Ministerial, Comissão Técnica e Consultiva para a Regulamentação das Terapêuticas não Convencionais.

Scambler, Graham (1995). Sociology as applied to Medicine. Fourth printing, Baillière Tindall.

Schraiber, Lilia B. (1995). O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional, Work in Medicine: Some issues Concerning Professional Autonomy. Cadernos de Saúde Pública, Print version ISSN 0102-311X, Cad. Saúde Pública vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar..

Seedhouse, David (1991). Liberating Medicine. Chichester, John Wiley and Sons.

Silva, Augusto Santos; Pinto, José Madureira - orgs. (1986). Metodologia das Ciências Sociais. 8ª Edição. Porto, Edições Afrontamento.



Silverman, A. William (2003) –Where's the Evidence? Debates in Modern Medicine. Oxford University Press.

Silverman, David (2003). Doing Qualitative Research, a practical handbook. London, Sage Publications.

Strauss, A.L.; Corbin, J.M. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2ª Edição. London, Sage Publications.

Streubert, Helen J Carpenter, Dona R. (2002), Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª Edição. Edições Técnicas e Científica, Lda.. Loures, Lusociência.

Tavares, David (2007). Escola e Identidade Profissional, o caso dos técnicos de cardiopneumologia. Edições Colibri.

Taylor, Steve; Field, David (2003). Sociology of Health and Health Care. 3ª edição, Oxford, Blackwell Publishing.

Turner, Bryan S. (1995), Medical Power and Social Knowledge. 2ª edição, London, Sage Publications.

UEMO, Policy Statement of (1990). Formação Específica em Exercício. Out.

Viegas, José Manuel Leite; Costa, António Firmino da (1998). Portugal que Modernidade? 2ª edição. Celta.

Vickers, Andrew (1998) Examining Complementary Medicine, 'The Sceptical Holist'. Research Council for Complementary Medicine. Stanley Thornes.

Weber, Max. (1968). Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology. New York, Bedminster Press.

Wikipédia (2009) [http://pt.wikipedia.org/wiki/Est%C3%A1gio\\_\(treinamento\\_profissional\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Est%C3%A1gio_(treinamento_profissional))

## LEGISLAÇÃO

Portugal - Resolução da Assembleia da República nº 64 / 2003 – Regulamentação da Osteopatia. Diário da República I Série –A nº 172 – 28 de Julho de 2003. p.4389.

Portugal - Lei 45 / 2003 de 22 de Agosto de 2003 – Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas não Convencionais. Diário da República – I Série – A nº 193 - 22 de Agosto de 2003. p.5391 – 5392.

Portugal - Despacho Conjunto nº 327 / 2004. Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde. Diário da República – II Série nº 125 - 28 de Maio de 2004. p.8274.

Portugal - Despacho Conjunto nº 261 / 2005. Ministérios da Educação, da Ciência, Inovação e Ensino Superior e da Saúde. Diário da República – II Série nº 55 – 18 de Março de 2005. p.4384.

Portugal - Despacho Conjunto nº 23 619 / 2009. Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República 2ª Série, nº 209 - 28 de Outubro de 2009. p.43 837.



# APÊNDICE I

## Consentimento Informado

Augusto José de Proença Baleiras Henriques, V Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com especialização em Qualidade e Tecnologias da Saúde, Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

No âmbito do referido Mestrado, estamos a desenvolver um estudo intitulado “Os Osteopatas em Portugal: processo de profissionalização e formação identitária”, orientado pelo Senhor Professor Doutor Domingos Afonso Braga.

Com este estudo pretende-se em termos gerais:

- a) a nível da Sociologia das Profissões e com revisão de literatura, identificar e desenvolver, descrevendo os vários factores que os Osteopatas seleccionados consideram importantes para a construção / formação da profissão;
- b) caracterizar a situação dos Osteopatas em Portugal e compará-la com a actuação destes profissionais no estrangeiro (realidade da prática profissional dos Osteopatas nos outros Países).

Em termos específicos –

- a) verificar os processos através dos quais os Osteopatas constroem a sua identificação (atitudes, valores, normas, saberes, regras, processos que caracterizam a sua área de actuação), a sua formação identitária (como constroem a sua identidade) e identificação (distinção que fazem em relação a outros), enquanto profissionais de saúde.
- b) analisar aspectos que se prendem com a relação destes profissionais com o Estado e os aspectos mais marcantes da formação / constituição das suas próprias identidades, isto é, analisar as relações específicas que os profissionais mantêm com o Estado no que diz respeito à formação/construção da prática Osteopática em Portugal.

Assim, numa forma global, pretende-se compreender como os Osteopatas constroem a sua Profissão.

Também ao identificar as percepções dos Osteopatas sobre o poder profissional, e o reconhecimento profissional da sua profissão, tentar-se-á oferecer uma perspectiva sólida, quanto ao futuro da Profissão no que concerne às políticas da Saúde, como também na relação que existe para com os avanços da técnica e da ciência, e sempre que possível identificando e realçando as suas vastas implicações tanto para com o tratamento dos Pacientes como no desenvolvimento da Profissão.

Para a caracterização do respectivo estudo precisamos de realizar entrevistas semi-directivas.

A entrevista inicia-se com a caracterização do Osteopata a ser entrevistado, e seguidamente serão colocadas várias questões centralizadas para com os objectivos referenciados.

Aceitando participar no estudo ora proposto, devemos desde já mencionar que o total sigilo será considerado e tido em conta, e nenhum dos dados será revelado para que de alguma forma o seu autor possa ser identificado.

Antecipadamente grato, solicita-se a Sua assinatura para o contrato que se segue.

## Consentimento Informado

.....,  
declaro que li a folha informativa referente ao trabalho da autoria de Dr. Augusto José de Proença Baleiras Henriques, cujo título é: “Os Osteopatas em Portugal: processo de profissionalização e formação identitária”.

Compreendi a temática, os objectivos e a metodologia, mais declaro que fui esclarecido quanto às dúvidas por mim suscitadas. Compreendo igualmente que não terei qualquer tipo de benefício ou prejuízo pela minha colaboração, sem qualquer reserva, neste estudo.

Assim, através deste documento dou o meu pleno consentimento, estando consciente do acto que pratico, usando e estando em pleno uso de todos os meus direitos cívicos, para que seja efectuada entrevista com gravação áudio no âmbito deste estudo, com posterior utilização dos dados por mim fornecidos para a realização da Dissertação final de Mestrado; sempre e a todo o momento mantendo o sigilo, o anonimato e rigor científico.

Assinatura:

BI.

Data

O Investigador:



## APÊNDICE II

### Guião das Entrevistas feitas aos Osteopatas

Dimensão a analisar / Temas e Objectivos: - Osteopatas que exercem em Portugal, e detêm uma qualificação profissional e / ou académica.

#### 1. Caracterização dos informantes chave –

- dados biográficos / sócio-demográficos;

#### 2. Trajectória profissional (perfil profissional);

#### 3. Aspectos globais da profissão -

(qualificação e competências / formação e exercício profissional dos Osteopatas, conhecer formas e desenvolvimento Profissionais, práticas organizacionais, identificação de intervenções relacionadas com a integração profissional);

#### 4. Conhecer a opinião sobre -

- expectativas e perspectivas da profissão;
- relações inter-pessoais;
- reconhecimento social,
- poder profissional e
- identidade profissional.

#### Questões Principais:

Idade

Género

Formação Osteopática

Estado civil

Perguntas guias e temas investigados, tentando sempre estabelecer o “porquê” das respostas:

O que acha do título profissional de “Osteopata”, ou seja, em Portugal, tanto quanto se sabe, nunca ninguém se enganou e foi a um médico veterinário querendo consultar um médico, ou um médico dentista, e vice-versa, concorda? Nos Estados Unidos da América por exemplo, o título é Médico Osteopata e Cirurgião, no Reino Unido o título Osteopata, Médico Osteopata ou qualquer relacionado com Osteopata está protegido por Lei. Havendo profissionais em Portugal licenciados em Osteopatia e / ou Medicina Osteopática, em comparação com a Medicina Veterinária (médico veterinário) e a Medicina Dentária (médico dentista), neste sentido qual o título ou títulos que acha que



devia ou deviam ser usados: Osteopata ou Médico Osteopata ou outro? Ao fundamentar a sua resposta, por favor, diga o porquê?

Há alguma razão especial para usar o título de Dr., acha que os Osteopatas devem ou não usar tal título? Porquê?

Habilitações académicas. Qual a duração? Como decorreu? Onde decorreu? Porque diz isto?

Anos de experiência profissional?

Tem outra formação académica ou profissional? Tem outro emprego? Se afirmativo, porquê? Onde trabalha, público ou privado? Porquê?

Dá alguma forma de ensino ou formação a estudantes ou a diplomados?

O que acha do estágio profissional na Osteopatia? No seu caso fez algum estágio em Osteopatia.

Como fez o seu estágio?

Como teve conhecimento desta profissão?

Na sua opinião quais são as competências do Osteopata? Porque diz que são essas as competências do osteopata?

Considera que os Osteopatas têm e devam ter capacidades e competências em termos de saber fazer (aptidões, destrezas e habilidades), saber aprender e saber ser (atitudes, comportamentos, condutas – sociais e relacionais), competências éticas e formativas (saber aprender e saber ser)? Diga porquê?

Qual a área ou áreas de intervenção clínica da Osteopatia? O que acha em termos de futuro desenvolvimento? Onde acha a nível clínico que teremos maior impacto? Porque disse isso?

Como faz juízo entre Portugal, e os Países onde teve origem e tem tradição a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia ou seja o Reino Unido e Estados Unidos da América?

Quais os aspectos para si, mais importantes que caracterizam ser Osteopata?

Consegue explicar facilmente o que é um Osteopata?

O que pensa sobre o exercício não-qualificado da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal?

Para ser um bom Osteopata, implica o género, ser homem ou mulher?

Quais as suas actuais expectativas profissionais? Pode comparar com o estrangeiro?

Na sua opinião o que acha que poderia melhorar na prática clínica da Osteopatia em Portugal e globalmente falando no estrangeiro? Porquê?

Como perspectiva o futuro da profissão Osteopática em Portugal? Porquê?

Que tipo de actualização profissional / formação realizou na sua vida profissional no último ano? Porquê? O que gosta mais e menos?

O desenvolvimento ao longo da vida, acha-o um motivo de auto-realização ou uma obrigatoriedade de serviço profissional? Porquê?

A nível do desempenho da sua profissão, houve mudanças no que diz respeito às suas competências profissionais tanto em Portugal como no estrangeiro? Em que aspectos? Porquê?

Tem assistido a alguma evolução no seio da sua profissão tanto em Portugal como no estrangeiro? Acha que há poderes a influenciar este desenvolvimento? Porquê?

As suas expectativas profissionais alteraram-se ou mantiveram-se desde que é Osteopata? Se sim, por favor, diga de que forma e o porquê?

Que estratégias propõe para um melhor desenvolvimento e integração dos Osteopatas em Portugal?

Que papel/actuação tem tido o Associativismo Osteopático em Portugal? Porquê?

Está Associado ou oficialmente inscrito em algum organismo Osteopático tanto em Portugal como no estrangeiro? A que Associação / Associações pertence? Porquê?

Contribuiu o Associativismo para uma definição ou descrição de competências? Que capacidades vê no Associativismo para desenvolver o desempenho profissional dentro do constructo social Português contemporâneo?

Actividade Associativa – verifica alguns conflitos? Porquê?

Na sua opinião o panorama Associativo, tem sido sempre o mesmo em Portugal?

O que entende quando se usa o termo poder profissional?

Considera haver algum reconhecimento Social, pelos Osteopatas?

O que acha sobre o reconhecimento inter-profissional, especialmente em relação à Osteopatia? Porque faz tal afirmação?

Quais os argumentos que usa para legitimar o reconhecimento da profissão? Tipo académico? Prático? Nota limitações na sua argumentação? Porquê?

Naquilo que lhe é concernente, acha que os conhecimentos e planos de estudos adquiridos em Portugal, são o suficiente para o exercício da prática clínica Osteopática como ela é reconhecida Internacionalmente como é o caso do Reino Unido, considerado na Europa um País de referência?

Considera o Reino Unido como País de referência na Europa?

Como é do conhecimento geral, a Osteopatia apareceu nos Estados Unidos da América, neste momento os Médicos Osteopatas e Cirurgiões detêm direitos de prática completos em todos os Estados da União e distritos, é uma profissão técnica e deontologicamente independente e autónoma. Os Osteopatas exercem desde a obstetrícia à cirurgia, pese embora, os estudos e prática destes não radicam na medicina convencional ou alopática. No Reino Unido a Osteopatia não se desenvolveu da mesma forma. Sabe porquê? Que poderes pensa que sempre estiveram por detrás desta situação que até finais do Séc.XX manteve a Osteopatia / Medicina Osteopática por regulamentar em Inglaterra? E em Portugal o que pensa que se passa?

Em termos de prática clínica acha que os Osteopatas, mantendo no mais elevado nível a essência Osteopática deviam ter direitos de prática completos? Quem poderá beneficiar com tal situação? Porquê?

Acha importante quanto à autonomia e independência profissional a obtenção do grau de licenciado em Osteopatia ou Medicina Osteopática? Sabe que no Reino Unido os cursos estão todos a passar para o nível de Mestrado Integrado? Quantos anos acha para Portugal que a formação deve no mínimo durar? Porquê?

Como vê a sua área de intervenção como Osteopata, ponderando nos médicos de clínica geral, nos fisioterapeutas, nos médicos fisiatras e médicos ortopedistas? Que diferenças nota?

Em relação a outras profissões, há dificuldades, no domínio profissional de actuação, dos Osteopatas? Porquê?

O que acha sobre o denominado poder médico? Acha que este poder profissional afecta o bom desempenho e desenvolvimento da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal? Porquê? Se quiser pode fazer referência com outros Países.

Considera haver áreas de sobreposição na actuação profissional no que se relaciona com as outras profissões?

Considera haver diferentes competências entre os Osteopatas em Portugal?

Acha suficiente para um bom desempenho profissional as actuais capacidades e competências, que os Osteopatas detêm neste momento em Portugal? Se não, quais as áreas de intervenção julga serem necessárias desenvolver e/ ou melhorar, por exemplo, numa forma aleatória, no campo da promoção, tratamento, prevenção e aconselhamento quando aplicável na saúde, higiene, doença?

Aconselha alguém a seguir a sua profissão de Osteopata? Que raciocínio usaria em termos de argumentação para tal? Quais os aspectos mais positivos? E os negativos?

Quais os limites que vê na sua prática profissional tanto a nível individual como colectivo? Vê algum aspecto negativo digno de mencionar? Nota que há alguma imposição de dificuldades pela parte de outros? Por favor diga quem?

Considera o Público mais informado sobre a Osteopatia? Como vê um maior conhecimento e informação por parte do Público?

O que comenta sobre a Resolução 64 /2003 e a Lei 45 / 2003 especialmente o seu artigo 5º onde se reconhece a autonomia técnica e deontológica?

O que acha que a falta de Regulamentação está a provocar em Portugal? Porquê tal atraso?

Qual a relação que a Profissão tem tido com o Estado, tem havido consenso ou dificuldades, ou seja tem havido posições diferenciadas?

Terminamos por aqui a entrevista!

Há mais alguma coisa que queira dizer, Sr.Dr.X. alguma sugestão ou comentário?

Muito Obrigado.



## APÊNDICE III

### Entrevista 9.

Investigador – I; Entrevistado – E

Caracterização

Questões Principais:

Idade - 24

Gênero - homem

Formação – licenciatura em medicina osteopática no XXXX Reino Unido.

Estado civil - solteiro

Perguntas guias e temas investigados, tentando sempre estabelecer o “porquê” das respostas:

I - O que acha do título profissional de “Osteopata”, ou seja, em Portugal, tanto quanto se sabe, nunca ninguém se enganou e foi a um médico veterinário querendo consultar um médico, ou um médico dentista, e vice-versa, concorda? Nos Estados Unidos da América por exemplo, o título é Médico Osteopata e Cirurgião, no Reino Unido o título Osteopata, Médico Osteopata ou qualquer relacionado com Osteopata está protegido por Lei. Havendo profissionais em Portugal licenciados em Osteopatia e / ou Medicina Osteopática, em comparação com a Medicina Veterinária (médico veterinário) e a Medicina Dentária (médico dentista), neste sentido qual o título ou títulos que acha que devia ou deviam ser usados: Osteopata ou Médico Osteopata ou outro? Ao fundamentar a sua resposta, por favor, diga o porquê?

E – Possivelmente posso parecer um pouco suspeito pela resposta que vou dar mas o título médico osteopata talvez caracterize, não só caracteriza melhor, não só o trabalho dos osteopatas mas como também a sua credibilidade, talvez seja a palavra certa para descrever isso.

I – Porque diz isso?

E – Por acreditar que a titulação de médico antes de qualquer outra especialidade, ou qualquer outro título traz uma credibilidade acrescida.

I - Há alguma razão especial para usar o título de Dr., acha que os Osteopatas devem ou não usar tal título? Porquê?

E – Lá está, voltando atrás ao título de médico osteopata, qualquer título que tenha a ver com a medicina, acredito que devia ter também o título de Dr. antes do seu próprio nome.

I – Quer dizer.... é por tradição em Portugal ou por outra situação? Quando houver alguma coisa com a qual não concorde, por favor diga.

E – Talvez seja pela tradição, acho que sim.

I – Se não concordar diga, não quero estar aqui a influenciar nada! Mas claro, fiz-lhe uma pergunta!

I - Habilitações académicas. Qual a duração? Como decorreu? Onde decorreu? Porque diz isto?

E – Foi no XXX em Inglaterra é um curso de 4 anos em que os dois primeiros anos têm uma componente maior teórica do que de prática, também tínhamos aulas práticas, tínhamos nessa altura nos dois primeiros anos 7 ou 8 horas de aulas por dia, 5 dias por semana; a partir do segundo ano inclusive, começamos a fazer observação clínica, na clínica da universidade.

I – isso é a parte do tal estágio, é?

E – Isso já é parte do estágio incorporado durante o curso, como sabe, começamos a fazer observação clínica, que tínhamos de fazer de 3 horas por semana, salvo erro, e depois...

I - Na tal clínica da universidade?

E – Na tal clínica da universidade, que recebia pacientes de fora, pacientes que não tinham grandes possibilidade financeiras, e os alunos aproveitavam para fazer todo o tipo de tratamento,... de diagnóstico diferencial e tratamento sob a supervisão de professores, mas esses dois primeiros anos, como eu disse mais teórico e prático, todos os anos de transição entre o segundo e terceiro e o terceiro e quarto, tínhamos que fazer estágio clínico durante o Verão, no 3º e 4º ano, tínhamos componente teórico mas, a componente prática era muito maior.

I – Mais ou menos quantas horas teve de estágio?

E – Mil cento e poucas horas... no 3º ano tínhamos a supervisão total desde a parte da anamnese, a parte do diagnóstico e do tratamento, a partir do Verão do 3º ano começávamos mais a fazer por nós sempre a ter que conferir com os tutores; e todos os Verões de transição entre cada ano, tínhamos que fazer 2 ou 3 semanas ou mais, só de clínica todos os dias.

I - Anos de experiência profissional?

E – Dois anos.

I - Tem outra formação académica ou profissional? Tem outro emprego? Se afirmativo, porquê? Onde trabalha, público ou privado? Porquê?

E – Não tenho outra formação, mas dou formação. Trabalho com um contrato de prestação de serviços que tem a ver com pagamentos públicos indirectos, acaba por ser pagamento numa forma privada.

I – Acha que poderia trabalhar no Estado?

E – Acho que neste momento a falta de regulamentação da Osteopatia, poderá... fazer com que aceitação não seja feita...

I - Dá alguma forma de ensino ou formação a estudantes ou a diplomados?

E – Dou, melhor dizendo tenciono iniciar no XXX.

I – Quantas horas vai dar por semana?

E – Ainda não foi exactamente definido o número de horas por semana, será mais ligado ao estágio.

I - O que acha do estágio profissional na Osteopatia? No seu caso fez algum estágio em Osteopatia.

E – Acho absolutamente essencial, não só para a Osteopatia mas para qualquer profissão na área da saúde.

I - Como fez o seu estágio?

E – Já disse.

I - Como teve conhecimento desta profissão?

E – Foi aos 15 ou 16 anos fui tratado por um osteopata aqui em Portugal falou-me do curso, pensei em tirar medicina veterinária, ainda bem que não tirei, sou alérgico a alguns animais falou-me que o melhor sítio era a Inglaterra.... fui lá a uma entrevista... gostei !

I - Na sua opinião quais são as competências do Osteopata? Porque diz que são essas as competências do osteopata?

E – Acho que um osteopata em termos de qualidades, tem que ser uma pessoa relativamente calma, que saiba ouvir, que saiba dar ouvidos aos pacientes, que muitas das vezes, aquilo que tenho reparado neste meu curto tempo de experiência é que muitos pacientes são vistos por ortopedistas, são vistos por médicos de clínica geral, e que, não é dada a devida atenção e a devida importância aos problemas que eles têm, tem que se saber fazer uma avaliação global do paciente, não só a nível músculo-esquelético mas psico-emocional com o ambiente,.... uma apreciação global, e fazer um diagnóstico, não só o diferencial, mas como saber fazer os vários testes para poder chegar a um diagnóstico e saber averiguar e analisar vários métodos de ... testes.

I - Considera que os Osteopatas têm e devam ter capacidades e competências em termos de saber fazer (aptidões, destrezas e habilidades), saber aprender e saber ser (atitudes, comportamentos, condutas – sociais e relacionais), competências éticas e formativas (saber aprender e saber ser)? Diga porquê?

E – Concordo com todas, acho que é essencial, todas essas.

I - Qual a área ou áreas de intervenção clínica da Osteopatia? O que acha em termos de futuro desenvolvimento? Onde acha a nível clínico que teremos maior impacto? Porque disse isso?

E – Acredito que o sistema músculo-esquelético é o... é essencial, é onde a Osteopatia pode ter um grande impacto, eu há pouco tempo tive oportunidade de fazer um estudo com dados do instituto nacional de estatística, com números com estatísticas de 2006 ou 2007, salvo erro, e que dizia que 52% ou 49 % agora não me lembro, mas era a maioria, pelo menos metade dos casos apresentados a médicos de clínica geral nos centros de saúde eram de teor músculo-esquelético. Se nós considerarmos que a Osteopatia cuida ou dá maior atenção a esse sistema, acredito que é uma área em que a Osteopatia se possa desenvolver muito, não quer dizer que não esteja de acordo com as outras áreas de trabalho que também podem ter um grande impacto e grandes benefícios mas acredito que o sistema neuro músculo-esquelético é um andar mais firme.



I - Como faz juízo entre Portugal, e os Países onde teve origem e tem tradição a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia ou seja o Reino Unido e Estados Unidos da América?

E – Eu acho que em termos de desenvolvimento devia ser essencial haver mais facilidades de investigação, em Portugal para se fazer qualquer tipo investigação clínica na área da Osteopatia há grande dificuldade, e sem qualquer apoio, a não ser que seja completamente privado, há alguma dificuldade para fazer qualquer tipo de estudo.

I - Possivelmente o único trabalho feito, é o meu que fiz para o B.Sc.(Hons.).

E – Pois, pois, há muito pouco, e há muito poucas ferramentas, e pouca ajuda para se poder fazer mais.

I - Quais os aspectos para si, mais importantes que caracterizam ser Osteopata?

E – Eu acho que o osteopata deveria saber e deveria analisar o paciente, como disse há pouco, numa forma global, deveria fazer uma apreciação não só do sistema músculo-esquelético, ou da sua aparência... da sua apresentação física mas também o estado emocional e, como o ambiente à volta tem um impacto e, daí a sua apreciação global... e a própria filosofia, própria, não só em termos de avaliação, mas em termos de tratamento, e fazer o tratamento não só para o problema, mas tentar descobrir qual o tipo de problema e, porquê o aparecimento desse problema.

I - Consegue explicar facilmente o que é um Osteopata?

E – Tem uma maneira diferente de pensar, diferente de outros.

I – Acha coisas importantes..... no osteopata, acha que... acha que é importante o osteopata fazer mais isto ou aquilo, que situações são fundamentais na Osteopatia?

E – Como disse há bocado a parte da apreciação global do paciente, saber fazer um diagnóstico diferencial e chegar a um diagnóstico concreto.

I – Portanto... acho que já tinha feito esta pergunta...portanto o osteopata tem que ter certas características...acha que quer adicionar mais alguma coisa, acha mais alguma coisa importante para os osteopatas?

E – Acho que os osteopatas têm que ter total autonomia para poder trabalhar não só a nível do seu diagnóstico mas também a nível do seu tratamento têm que ....

I – Porque é que diz isso, porque é que acha que é importante ter autonomia?

E – Não só tivemos prática e, tivemos ensinamento para o fazer, como também precisamos que ter essa autonomia, para poder aplicar a filosofia da Osteopatia.

I – Acha que o conhecimento de anatomia, da fisiologia de patologia é suficientemente profundo para poder fazer isso?

E – É suficientemente profundo para poder fazer o diagnóstico diferencial...

I – Tem a certeza mesmo?

E – Tenho, tenho.

I - O que pensa sobre o exercício não-qualificado da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal?

E – Aquilo que eu tenho vindo a ver e a descobrir, é que muito daquilo que temos é .... pode não ser da melhor qualidade, mas pode também não ser por mal. Pode não ser de propósito, pode ser que as pessoas que o estão a fazer não têm tido capacidade, podem

não ter tido possibilidades de fazer melhor. Acredito que por vezes podem não dar um tão... o melhor nome à profissão, mas por outro lado, é aquilo que se tem conseguido fazer; e acho que é importante qualquer osteopata que tenha algum tipo de qualificação deveria tentar dar uma ajuda para que as coisas se pudessem desenvolver.

I - Para ser um bom Osteopata, implica o género, ser homem ou mulher?

E – Acho indiferente, acho que é totalmente indiferente.

I - Quais as suas actuais expectativas profissionais? Pode comparar com o estrangeiro?

E – Acho que é o que todos os osteopatas gostariam, que houvesse um processo de regulamentação, que fosse correcto, que fosse igual para todos independente da sua formação.

I – O que é que se refere quando diz correcto?

E – Correcto, é ser rigoroso não só a nível dos conhecimentos mas como da formação, como da aplicação...

I – Mas tem que se ter um padrão, que padrão deve ser esse?

E – Outra vez sou um bocadinho suspeito, o Reino Unido teve um processo idêntico há alguns anos atrás e, utilizar um processo parecido com esse, se calhar seria adequado.

I – Interrompi-o, deseja dizer mais alguma coisa?

E – Não.

I – Estava a falar há pouco nas pessoas, o processo ser correcto, quer dizer mais alguma coisa sobre isso?

E – Independentemente do sítio de formação, deviam passar todos pelo mesmo processo.

I - portanto serem avaliados e serem todos “filhos da mesma mãe”, portanto isso é justo.

E – Sim, exactamente.

I - Na sua opinião o que acha que poderia melhorar na prática clínica da Osteopatia em Portugal e globalmente falando no estrangeiro? Porquê?

E – Acho que ser menos, em termos dos osteopatas, serem talvez menos individualistas e tentarem ter mais uma abordagem de entre-ajuda de uns aos outros.

I – Acha que há problemas, (...) pode dizer mais?

E – Acho que há alguns problemas, acho que há alguns,... por haver vários osteopatas que se formaram em sítios diferentes, claro cada um está a defender o seu interesse, e que o seu método é que devia ser usado para avaliação.

I – O problema que aí está, é que: será que é Osteopatia? Mas há várias Osteopatias ou só uma Osteopatia? Afinal que Osteopatia? O que acha o Dr.XXX?

E – Pois, eu acho que em termos de filosofia osteopática só há uma, acho que maneiras e formas de aplicar e técnicas de aplicação há muitas e cada um escolhe aquela que achar melhor.

I – Digamos é como um médico que escolhe um antibiótico e outro escolhe outro?

I – Isso mesmo.

I - Como perspectiva o futuro da profissão Osteopática em Portugal? Porquê?

E – Eu gostaria de achar que é essencial haver uma acreditação dos osteopatas que trabalham em Portugal e gostaria que isso acontecesse nos próximos... a curto prazo.

I – Estamos assim desde 2005, acha que isso pode ser mau para o País, não termos regulamentação?

E – Pode não ser só mau para os osteopatas, mas para o País não só os osteopatas estão a sofrer com isso, mas mais, e mais importante que isso para os pacientes.

I – Acha que isso é mau é?

E – É péssimo para os pacientes, estão a ser tratados às vezes por pessoas competentes, mas ao mesmo tempo podem apanhar pessoas que não têm qualquer tipo de formação e se intitulam osteopatas, que não têm competências para o ser.

I - Que tipo de actualização profissional / formação realizou na sua vida profissional no último ano? Porquê? O que gosta mais e menos?

E – Fiz vários tipos de formação contínua em Inglaterra quando lá estive.

I – Portanto esteve em Inglaterra nos últimos tempos?

E – Sim, sim, fiz num hospital privado, vários seminários sobre diagnóstico diferencial.

I – Qual era o hospital?

E - Num hospital perto de Waterloo, não me recordo agora do nome.

I – Até sei qual o nome a agora também não me lembro, estamos na mesma.

E - Eram seminários virados para qualquer profissional de saúde, mas mais específicos para a área da ortopedia e problemas músculo-esqueléticos. Em termos de actualização e termos de formação profissional gosto de tudo, não estou muito bem por dentro da área visceral, mas gosto mais de abordagens músculo-esquelético.

I - O desenvolvimento ao longo da vida, acha-o um motivo de auto-realização ou uma obrigatoriedade de serviço profissional? Porquê?

E – Acho que deveria para um osteopata e qualquer profissional de saúde deveria ser um bocadinho dos dois.

I – Porquê?

E - Porque cientificamente e trabalhar na área de saúde há sempre avanços, há sempre investigações a serem feitas, deveremos fazer alguma atenção e fazer uma actualização dos nosso conhecimentos, como também por motivos pessoais acho que essa concretização, esses conhecimentos só são benéficos.

I - A nível do desempenho da sua profissão, houve mudanças no que diz respeito às suas competências profissionais tanto em Portugal como no estrangeiro? Em que aspectos? Porquê?

E – Em termos de abordagem profissional, não, acho que comparativamente com o Reino Unido... pelo menos a minha abordagem e as minhas competências tento que sejam o mais equivalente possível, com aquilo que estava a praticar em Inglaterra. Mais a nível profissional e daquilo que eu estou a fazer a abordagem trabalhando com atletas, bailarinos e bailarinas, que são atletas profissionais é uma abordagem completamente diferente àquela abordagem dum paciente, uma abordagem normal, digamos.

I - Tem assistido a alguma evolução no seio da sua profissão tanto em Portugal como no estrangeiro? Acha que há poderes a influenciar este desenvolvimento? Porquê?

E – Acho que em Portugal há vários motivos por ainda não haver uma regulamentação, acredito haver 3 factores, isto são as conclusões a que tenho chegado, um deles é haver várias disputas entre vários osteopatas, cada um a defender os vários, seus interesses.

I - Mas isso é dentro da mesma Associação ou são Associações diferentes? Já lá vamos a seguir.

E – Acho, acredito que são associações diferentes, aquilo que tenho presenciado, acredito não haver grandes conflitos; acredito que também haja um grande lobby da parte médica, da ordem dos médicos e também da ordem dos farmacêuticos que, obviamente também não têm grande interesse em haver uma grande aceitação da Osteopatia.

I - As suas expectativas profissionais alteraram-se ou mantiveram-se desde que é Osteopata? Se sim, por favor, diga de que forma e o porquê?

E – As minhas expectativas até agora são as mesmas que tinha até há dois anos.

I - Que estratégias propõe para um melhor desenvolvimento e integração dos Osteopatas em Portugal?

E – Para haver um processo de regulamentação é necessário os osteopatas chegarem a acordo, qual é o processo que se trata...

I – Acha que deve haver processo de regulamentação?

E – Sim, sim, é essencial.

I – Diz que os osteopatas devem chegar a acordo, mas que osteopatas? Formados em Portugal, formados no estrangeiro? Quem é que é osteopata? Ninguém é reconhecido perante o Estado? Como sabe quem é quem? Isso é pertinente, pode desenvolver? E se os “osteopatas”, pseudo osteopatas, chegam a “acordo” que a Osteopatia é arranjar portas?

E – Mas lá está, os osteopatas deviam defender não só.... nesta situação mais específica não deviam estar a defender os seus interesses mas sim defender os interesses da profissão.

I – Mas tem que haver um padrão, onde está esse padrão?

E – Eu sou suspeito como disse há pouco, mas o Reino Unido tem um processo que passou há uns anos atrás.

I – Tem então que se ir buscar o padrão do Reino Unido? Já lá vamos a isso... Que papel/actuação tem tido o Associativismo Osteopático em Portugal? Porquê? Sabe mais ou menos quantas Associações há, mais ou menos, faz ideia?

E – Dez, quinze?

I – Há mais de 10, (...).

E – Só isso aí, demonstra que há vários interesses a serem defendidos e acho ser essencial unirem-se ... para ...dentro dos possíveis para ...

I – Portanto acha que é importante haver unificação da profissão.

E – Concerteza.

I - Mas como se consegue a unificação da profissão se as pessoas têm interesses diferentes. Porque acha que há interesses?

E – Há interesses monetários e, porque essas pessoas não estão a pensar no bem da profissão, mas estão a pensar no seu interesse.

I – Acha que isso envolve os devidamente bem formados, na sua opinião ou é só os mal formados. Na sua opinião o que é que acha? Ou também alguns devidamente formados que depois “deitaram-se a dormir”, sei lá, não sei se há ou não, tenho que perguntar isto como investigador?

E – Eu aí, acho que não cabe a mim estar avaliar o que é que cada profissional ...

I – Mas agradeço a sua opinião sincera, ... isto é investigação científica, e não tenha problemas (...)

E - Concerteza... não me cabe a mim avaliar o que os outros estudaram e se são competentes ou não são competentes, acredito e sei que há muitos osteopatas que não têm a devida formação.

I – Mas não podem dizer a Osteopatia é assim, a Osteopatia é ‘assado’, não acha? Mas não estando devidamente formados, também pode haver um problema que tenham interesses subjacentes?

E – Exactamente, concerteza.

I – Concorda com isso?

E- Concordo.

I – Portanto tem que haver o tal padrão reconhecido pelo Estado, e neste caso seria qual Estado o Reino Unido?

E – Exactamente.

I - Está Associado ou oficialmente inscrito em algum organismo Osteopático tanto em Portugal como no estrangeiro? A que Associação / Associações pertence? Porquê?

E – Estou inscrito no General Osteopathic Council, no Reino Unido, estou Associado à British Osteopathic Association e estou associado à Associação de Profissionais de Osteopatia.

I – Mais alguma coisa a que esteja associado?

E – Mais nada.

I – Já agora porque está associado a isto?

E – No GOsC estou associado porque tenho as minhas competências avaliadas anualmente, acho que é essencial, por causa da credibilidade.

I – Se não concordar, diga eu não o posso estar a influenciar em nada, se não é, diga logo que não. Em Portugal está associado pelas mesmas razões?

E – Pelas mesmas razões.

I - Contribuiu o Associativismo para uma definição ou descrição de competências? Que capacidades vê no Associativismo para desenvolver o desempenho profissional dentro do constructo social Português contemporâneo?

E – Acho que é essencial haver este tipo de associações, acho que não é benéfico haver tantas associações acho que devia ser tudo mais restrito e mais regulamentado.

I – Conseguir arranjar alguma maneira, alguma dica, alguma solução para se acabarem com estes interesses, esses tais interesses, como é que se vai conseguir, não conheço e como investigador não posso estar a ...?

E – Acho que é complicado, ...é um problema que eventualmente... a forma de como atingir isso, não sei...Acho que o associativismo é importante não só a nível de credibilidade, como falamos há pouco, e a nível de formação contínua, e de dignificar os profissionais que têm sempre mais poder de negociação e mais...

I - Actividade Associativa – verifica alguns conflitos? Porquê?

E – há não só os vários interesses financeiros, mas pessoais.

I – Acha que em, Portugal há muita gente que se diz osteopata e não o é, são todos osteopatas, o que é que acha que anda por aí?

E – Acho que há muitas pessoas que se formaram em Portugal e em cursos que os intitulam de osteopatas, se praticam na realidade Osteopatia, aí... não sei, mas acredito que muitos não a praticam, porque fazem uma massagem ou outra e manipulam ...

I – Na sua opinião, ... portanto acha que fazem massagens, e a Osteopatia não tem massagens... O Dr.XXX também não percebe nada disso (de massagens), então não é, com é óbvio?

E – Sim.

I - Na sua opinião o panorama Associativo, tem sido sempre o mesmo em Portugal?

E – Ah.... eu aí se calhar...

I - Porque é que apareceram dum momento para o outro algumas 15 entre federações e associações, até se calhar há mais...?

E – Isso aí, se tem vindo a alterar, eu aí não lhe sei responder.

I - O que entende quando se usa o termo poder profissional?

E – O poder profissional, é o poder não só dum profissional, mas dum grupo de profissionais. Por trazer resultados... por... haver vários benefícios... é a capacidade dos outros sobreporem-se aos outros.

I - Considera haver algum reconhecimento Social, pelos Osteopatas?

E – acho que alguns são reconhecidos e têm o mérito do seu trabalho, acho que em termos da apreciação global da Osteopatia, não acredito que tenha a melhor imagem...

I - Porque é que diz isso?

E – Lá está por haver possivelmente vários osteopatas, que por falta de formação e não é por quererem... ditos osteopatas,... não é por mal, mas por falta de formação, não estarem a praticar e a não fazer as coisas...

I – Portanto acha que muitos deles nem sequer sabem, não estão devidamente formados como deve de ser, é isso?

E – Acho que muitos deles nem têm a noção, (como eu próprio sinto), depois de ter passado por um curso de 4 anos, e estar a trabalhar há 2 anos, o que não é muito. Sinto que por vezes tenho algumas limitações que acredito ser por falta de prática clínica, e portanto se tivesse tido menos anos de curso com um curso mais incompleto teria muito mais dúvidas.

I - O que acha sobre o reconhecimento inter-profissional, especialmente em relação à Osteopatia? Porque faz tal afirmação?

E – Lá está, eu acho que a Osteopatia está muito individualizada em relação ao profissional que a exerce e, em relação à imagem da Osteopatia como profissão,

infelizmente não acredito que tenha uma grande imagem e um grande poder ... não é poder... não tem uma grande...

I - Quais os argumentos que usa para legitimar o reconhecimento da profissão? Tipo académico? Prático? Nota limitações na sua argumentação? Porquê?

E – Acho que é essencial haver não só a componente académica e teórica, como prática e, acho que é essencial e, muito importante haver prática clínica durante o curso, ou durante os estudos da Osteopatia, acho que é essencial poder-se praticar em pacientes que têm problemas e patologias reais e que essa prática seja feita durante o processo de estudo.

I - Naquilo que lhe é concernente, acha que os conhecimentos e planos de estudos adquiridos em Portugal, são o suficiente para o exercício da prática clínica Osteopática como ela é reconhecida Internacionalmente como é o caso do Reino Unido, considerado na Europa um País de referência?

E – Acredito e sei que ...acredito em termos de exemplo o Reino Unido é... mas lá está eu estudei lá e sou suspeito em dizer isso... e passar pelo processo...

I – Mas lá está, é a sua opinião desde que argumente!

E – Mas sei que também... para além de ter estudado lá, também tive de passar por vários processos de ... para poder ter a minha graduação e para poder ter... fazer a minha inscrição no GOsC, sei que foram muito rigorosos durante todos os 4 anos e especialmente no exame final que fazemos.

I – Então é assim! Vamos fazer a pergunta outra vez, acha que os conhecimentos que se adquirem nos cursos de Osteopatia em Portugal, e os planos de estudo que existem são suficientes para o exercício da prática clínica? Acha que as pessoas têm o conhecimento, e é um conhecimento suficiente, para os que fazem o curso em Portugal?

I - Acho que não, acho que têm muitas limitações não só a nível de toda interação com o paciente que é importante, mas também a nível do diagnóstico diferencial, e também na aplicação do tratamento, daquilo que tenho visto... é tudo muito generalizado é tudo uma ... um género ou uma combinação de técnicas que se aplicam a todos os casos, independentemente do problema ou da patologia, e acho que isso mostra que estão a trabalhar dentro de muitas limitações porque não estão a... a individualizar o tratamento e a abordagem a cada paciente que é essencial na Osteopatia.

I - Considera o Reino Unido como País de referência na Europa?

E – Considero.

I - Como é do conhecimento geral, a Osteopatia apareceu nos Estados Unidos da América, neste momento os Médicos Osteopatas e Cirurgiões detêm direitos de prática completos em todos os Estados da União e distritos, é uma profissão técnica e deontologicamente independente e autónoma. Os Osteopatas exercem desde a obstetria à cirurgia, pese embora, os estudos e prática destes não radicam na medicina convencional ou alopática. No Reino Unido a Osteopatia não se desenvolveu da mesma forma. Sabe porquê? Que poderes pensa que sempre estiveram por detrás desta situação que até finais do Séc.XX manteve a Osteopatia / Medicina Osteopática por regulamentar em Inglaterra? E em Portugal o que pensa que se passa?

E – Eu, em relação ao desenvolvimento e à regulamentação em Inglaterra porque é que levou tanto, sinceramente eu não sei responder, não sei ao que é que levou a esse atraso em comparação com os EUA, em relação a Portugal eu acredito que esse atraso, seja devido aos 3 factores de que falei: à falta de entendimento entre... ou a defesa de interesses de vários grupos ou associações de osteopatas, não só a entidade médica a defender os seus interesses ou seja à Ordem dos médicos e o terceiro acredito serem os farmacêuticos ou seja, à Ordem dos farmacêuticos e empresas farmacêuticas que também têm um grande poder em relação... em Portugal acho que são mais ou menos os mesmos poderes em relação a Inglaterra.

I - Em termos de prática clínica acha que os Osteopatas, mantendo no mais elevado nível a essência Osteopática deviam ter direitos de prática completos? Quem poderá beneficiar com tal situação? Porquê? .

E – Eu acho que os osteopatas têm conhecimentos base para eventualmente poderem aprofundar os seus estudos em qualquer outra especialidade médica.

I – Então acha que anatomia, fisiologia, patologia são a nível dos cursos de medicina convencional?

E – eu acredito que sim, eu nunca avaliei um currículo académico dum curso de medicina mas por conversas que tenho com outros profissionais de saúde que estudam medicina, está ao mesmo nível, senão em certas áreas mais aprofundado, por exemplo na área músculo-esquelética, o sistema músculo-esquelético. Eu acho que em termos de conhecimentos base estamos ao nível. Acho que o Estado pode beneficiar como o próprio osteopata e os pacientes.

I - Acha importante quanto à autonomia e independência profissional a obtenção do grau de licenciado em Osteopatia ou Medicina Osteopática? Sabe que no Reino Unido os cursos estão todos a passar para o nível de Mestrado Integrado? Quantos anos acha para Portugal que a formação deve no mínimo durar? Porquê?

E – Eu aí não quero estar a dizer o número de anos mas sim quem passa pelo número de horas e pela estrutura dos cursos e das disciplinas dos cursos, pode haver cursos que decidam fazer menos horas durante mais anos,... ou menos horas anuais durante mais anos ou, mais horas durante menos anos, eu acho que passa mais pela estrutura dos cursos e pelas várias disciplinas dos cursos e pelo número de horas de aulas.

I – Temos que ter uma base, mas como é que tem que ser, qual é o nível?

E – O nível numa licenciatura, se compararmos uma licenciatura em Osteopatia com outras licenciaturas.

I - Há licenciaturas com mais carga horária do que outras e não só, digamos de mais conhecimento do que outras. Portanto a que nível (comparando) acha que deve ser uma licenciatura em Osteopatia? Lá está, passou para mestrado integrado ou está a passar.

E – pelo menos uma licenciatura, não quer dizer que depois não se possa aprofundar, mas acho que é o mínimo para se ter os conhecimentos base.

I – E quantos anos: 3, 4 ou 5 ou 6 anos?

E - Eu fiz em 4 anos, mas sinto que mesmo assim, foi muito para 4 anos... 5 anos se incluir mestrado. Entre 4 a 5 anos.



I – porque é que tem 4 a 5 anos e não um ou dez?

E – acho que em 4 a 5 anos consegue-se dar aqueles conhecimentos base de que falamos há pouco e é o essencial.

I - Como vê a sua área de intervenção como Osteopata, ponderando nos médicos de clínica geral, nos fisioterapeutas, nos médicos fisiatras e médicos ortopedistas? Que diferenças nota?

E – Acho que passa pela apreciação ou pela abordagem holística que os osteopatas deveriam ter e, deveriam olhar e diagnosticar e tratar, não só o problema, mas como também os motivos do aparecimento do problema e aí, não é fazendo só o tratamento naquela área.

I - Em relação a outras profissões, há dificuldades, no domínio profissional de actuação, dos Osteopatas? Porquê?

E – Acho que muitas vezes essa nossa apreciação holística, pode não ser muitas vezes bem entendida por outros profissionais por acharem que o problema numa zona é devido a um problema naquela zona e não entendem, nem tentam perceber que esses problemas podem ser originados por outros problemas que existam. Talvez por ignorância da parte deles.

I - O que acha sobre o denominado poder médico? Acha que este poder profissional afecta o bom desempenho e desenvolvimento da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal? Porquê? Se quiser pode fazer referência com outros Países.

E – Acho que tem tido uma grande influência, tem sido um dos factores que na minha opinião tem influenciado o atraso na regulamentação da Osteopatia, estão a defender o seu interesse estão a defender os seus números de pacientes e não estão a compreender que a Osteopatia pode trazer grandes benefícios para o paciente em si.

I – Que interesses é que acha?

E – Acho que há interesses financeiros da parte deles dos médicos.

I – Mas são os médicos todos, só um ou dois, só alguns, o que é que lhe parece?

E – Daquilo que tenho visto, acredito já haver mais médicos que já têm melhor aceitação da Osteopatia.

I – Porque é que será isso, porque é que há aceitação, e não a há?

E – Porque começaram a assistir e a ver os resultados que a Osteopatia pode ter e porque se calhar foram aprofundar os seus conhecimentos, do que é que é a Osteopatia e dos resultados que podem ter.

I – Acha que eles pensam que na Osteopatia não estão devidamente formados, e eles não estarem devidamente informados?

E – Acredito que sim.

I – Portanto quer dizer, acha que a principal preocupação dos médicos é acharem que os osteopatas não sabem o que estão a fazer ou que estão mal formados, é isso?

E – Acho que sim.

I – a partir do momento em que verificam que vêm que os osteopatas estão devidamente formados aceitam os osteopatas, é?

E – Depende, eu acredito, é que depois há essa situação financeira da parte dos médicos, e muitos deles, também podem ponderar e pensar na hipótese se o osteopata estiver a fazer um bom trabalho, o médico pode não ter trabalho, digamos, pode ter menos pacientes para ver. Se voltarmos aquela estatística de que falei de que mais ou menos 50 % dos casos apresentados ao médico de família são de teor músculo-esquelético, se considerarmos que os osteopatas começarem a tratar...

I – Mas acha que os osteopatas visualizam a mesma coisa, os médicos é a doença, na Osteopatia também se verifica só isso, acha que a Osteopatia visualiza mais alguma coisa essencialmente?

E – Acho que com essa abordagem global não só emocional, músculo-esquelética... do ambiente.

I – Uma abordagem diferente é isso, ou é igual?

E – O objectivo é de atingir um estado de saúde e de bem-estar, que talvez um médico de clínica geral, não se preocupe tanto como nós.

I - Quer fazer alguma referência com outros países, acha que o poder médico em Inglaterra será igual ou menor?

E – Acho que... o poder médico poderá ser... não sei responder, isso não sei responder.

I - Considera haver áreas de sobreposição na actuação profissional no que se relaciona com as outras profissões?

E – Acho que não, acho que temos uma abordagem.... ao fim os cabos... os objectivos podem ser os mesmos, apesar de nós termos... acreditar que temos uma apreciação diferente e temos objectivos ligeiramente diferentes, mas o bem-estar devia de estar na cabeça de qualquer profissional na área de saúde. Uma prioridade para qualquer profissional de saúde.

I - Considera haver diferentes competências entre os Osteopatas em Portugal?

E – Acho que há diferentes competências, por haver diferentes métodos de formação ou diferentes cursos de formação, aquilo que falámos há pouco, diferentes exigências a nível académico que originam diferentes competências.

I - Acha suficiente para um bom desempenho profissional as actuais capacidades e competências, que os Osteopatas detêm neste momento em Portugal? Se não, quais as áreas de intervenção julga serem necessárias desenvolver e/ ou melhorar, por exemplo, numa forma aleatória, no campo da promoção, tratamento, prevenção e aconselhamento quando aplicável na saúde, higiene, doença?

E – Eu acho que não, acho que ainda há algumas limitações a nível do que o osteopata pode fazer ou recomendar.

I – Está a referir-se a todos os osteopatas formados no estrangeiro ou só aos formados em Portugal?

I - Como estava a dizer, acho que ainda há algumas limitações a nível do que o osteopata pode fazer ou recomendar. Acho que neste momento a palavra dum médico ainda é.... tem um poder, não só para o paciente, mas a nível profissional, dos osteopatas, tem um poder maior do que a palavra dum osteopata.

I – Porque é que diz isso?

E – Porque, talvez pela aceitação que a Osteopatia tem em relação aos pacientes.

I – por não estar ainda devidamente credibilizada, será o tal poder profissional?

E – É, é. Talvez seja um bocadinho dos dois.

I - Tem a certeza, eu só perguntei. Mais alguma coisa que queira dizer sobre isto?

E – Sim, sim.

I – Só perguntei.

E – Não, não, não.

I – Mais alguma coisa que queira dizer sobre isto?

E – Acho que a nível de prescrições e recomendações que os osteopatas não podem fazer, acho que seria benéfico, seria vantajoso, não só para os osteopatas mas para os pacientes também poder haver algum tipo de prescrição não só a nível de exames complementares de diagnóstico, como raios X, ressonâncias, o que for,... mas também a nível de medicamentos, não digo todos os medicamentos.

I – Na Inglaterra pede exames de diagnóstico?

E – Em Inglaterra poderia pedir qualquer tipo.

E – Já agora também pode passar atestados de doença? Pode? Tem a certeza? Eu também sei, era só para saber da sua parte.

E – Sim, sim, poderia passar atestados.

I – Portanto a nível do desempenho profissional as tais capacidades e competências ainda não estão suficientemente desenvolvidas quer dizer, é a tal falta?

E – De regulamentação, para depois...

I – Ah, ah! Mais alguma coisa que queira dizer?

E – Mais nada.

I - Aconselha alguém a seguir a sua profissão de Osteopata? Que raciocínio usaria em termos de argumentação para tal? Quais os aspectos mais positivos? E os negativos?

E – Aconselho, aconselho sim. Aconselharia a ser osteopata, aconselharia a fazer a sua formação num local onde essa formação tenha alguma qualidade, em Portugal acho que neste momento é ainda difícil arranjar-se locais onde haja mesmo boa qualidade de formação osteopática,... a nível de...  
de vantagens de ser Osteopata, na minha... no meu caso específico, é uma profissão liberal, sou um profissional independente, tem bastante flexibilidade a nível de horários, a nível de... de tudo, e isso é um a coisa que eu gosto bastante e...

I – Alguns aspectos negativos, outros positivos?

E - Aspectos positivos, estamos a ajudar pessoas que estão em necessidade, (...).

I – Negativos, alguma coisa em especial?

E – Negativos, infelizmente em Portugal a falta de regulamentação faz com que haja uma má imagem da Osteopatia, e por vezes, ao dizermos que somos Osteopatas talvez ... o impacto não tenha um... não seja a maior... a melhor apreciação que as pessoas podem ter, e isso é um pouco negativo para um profissional, acho que havendo uma regulamentação e um método de qualificar ou caracterizar, quem tem qualificações ou não.

I – Portanto é por causa das diferentes,... dos diferentes tipos qualificações, e dos diferentes cursos que fazem, é isso, é? Isto tem que ficar bem claro.

E – Exactamente, exactamente.

I - Quais os limites que vê na sua prática profissional tanto a nível individual como colectivo? Vê algum aspecto negativo digno de mencionar? Nota que há alguma imposição de dificuldades pela parte de outros ? Por favor diga quem?

E – A falta de regulamentação a falta de capacidade de prescrição, não só de medicamentos, mas de exames complementares de diagnóstico... e agora, acho que, é só...

I - Quem é que acha que está a impor isto, de não se poder fazer isto ou aquilo, acha que há alguma imposição, é dos profissionais osteopatas, é dos pacientes, é de outras profissões, é do Estado, acha que há aqui alguém que está a empatar isto tudo?

E – Eu acho que...eu acho que... que é aquilo que falamos há pouco, acho que se os osteopatas não chegarem a um acordo e, não chegarem a uma forma para haver uma regulamentação, tem feito com que cada um esteja a defender o seu interesse, isso não...

I – e agora há o tal problema e se a maior parte não estão devidamente formadas em Osteopatia, como é que vão resolver isso?

E – Isso é complicado.

I – Ou é aquilo que disse, seguir aquele parâmetro, os Estados que reconheceram a Osteopatia, neste caso refere-se a que Estado ou que Estados?

E – Reino Unido.

I – Reino Unido, é? Não seria na China ou uma coisa qualquer?

E – Não, na Osteopatia seria o Reino Unido.

I - Como seria o ideal de Osteopata para si em Portugal? Porquê?

E – Poder trabalhar, não digo totalmente inserido no sistema nacional de saúde mas trabalhar em paralelo no sistema nacional de saúde.

I – Quem acha que podia beneficiar com isso?

E – Isso aí, provavelmente quem vai beneficiar mais com isso, não só o sistema nacional de saúde, como os pacientes.

I – Porque é que acha que o sistema nacional de saúde beneficiaria?

E – Beneficiaria porque provavelmente iria poupar bastante dinheiro, em termos de exames complementares muitas vezes o nosso diagnóstico consegue ser feito através da palpação, através dos testes que fazemos sem precisar de recorrer a exames complementares e aí, ir-se-ia poupar bastante dinheiro.

I - Considera o Público mais informado sobre a Osteopatia? Como vê um maior conhecimento e informação por parte do Público? Porquê?

E – Acredito que o público comece cada vez mais a ter uma apreciação, e uma... aperceber-se do que é a Osteopatia, comparativamente com há alguns anos atrás, mas eu só estou em Portugal... não sou a pessoa mais indicada, como é que isso se tem desenvolvido. Acho benéfico o público conhecer mais sobre a Osteopatia.

I – Acha que o público anda mais informado sobre a Osteopatia, acha que está devidamente informado?

E – Depende de quem é que os informou.

I – Considera que há só uma Osteopatia ou como é que é?

E – Acho e sei, que só há um tipo de filosofia osteopática, sei que há vários métodos e técnicas para chegar a esses objectivos.

I - O que comenta sobre a Resolução 64 /2003 e a Lei 45 / 2003 especialmente o seu artigo 5º onde se reconhece a autonomia técnica e deontológica?

E – Acho que é muito importante haver uma autonomia técnica e deontológica.

I – Porque é que diz isso?

E – Porque só com essa autonomia total é que poderemos ter uma apreciação e poderemos fazer uma apreciação global e um tratamento holístico, tendo uma filosofia própria. Se vamos estar dependentes dos outros, para chegar a um diagnóstico e a um tratamento, não vamos conseguir...

I – Acha que é preciso autonomia ou a autonomia é mesmo necessária para certas situações por exemplo o quê?

E – A autonomia é necessária para poder fazer um diagnóstico diferencial, para poder receitar...

I – Portanto os osteopatas têm que fazer diagnóstico diferencial, é assim?

E- Têm, têm.

I - Acha que isto é fundamental?

E – Isso é fundamental, se estamos dependentes de outras pessoas para fazer o diagnóstico, não vamos...conseguir...

I – isso seria Osteopatia se estivéssemos dependentes?

E – Isso não seria Osteopatia.

I – Não? Seria o quê?

E – Seria um terapeuta qualquer, que está a seguir indicações de outros.

I - O que acha que a falta de Regulamentação está a provocar em Portugal? Porquê tal atraso?

E – Está a ser prejudicial não só para os osteopatas e para a imagem da Osteopatia e, para os pacientes, os pacientes, ao fim ao cabo são eles que estão a sofrer por esta falta de regulamentação.

I – Porque tal atraso?

E – Isso agora...

I – Não sabe? Não dá uma dica, (...) agradeço a sua opinião o mais sincera possível, diga bem, diga mal, tem que dizer o que é que acha!

E – Não sei exactamente o que é que está a prender este processo de regulamentação, sei que aqueles 3 factores que já lhe disse. Agora o que é que está a prender...???

I - Qual a relação que a Profissão tem tido com o Estado, tem havido consenso ou dificuldades, ou seja tem havido posições diferenciadas?

E – Acho que não é por ser a Osteopatia, como profissão, tem tido a relação que tem tido com o Estado, em Portugal. Acho que qualquer, profissão, qualquer pessoa, que não

esteja dentro daqueles parâmetros; provavelmente não vai ter... não vai ter grandes facilidades a nível Governamental, e ... não acredito que por ser a Osteopatia que tem tido mais ou menos dificuldade, mas sei que em Portugal as coisas todas, demoram todas muito tempo, infelizmente independentemente da área.

I – Acha que aqui tem havido alguma posição diferenciada do Estado, (...) tem havido consenso, tem havido dificuldades qual é a sua percepção, acha que o Estado está interessado, acha que o Estado já se apercebeu o que é a Osteopatia?

E – Acho que se calhar infelizmente ainda não há um grande entendimento do que é a Osteopatia e que benefícios pode trazer, não só para o próprio sistema nacional de saúde mas como para os próprios pacientes ... talvez...

I – Acha que traria grandes benefícios para o Estado Português, para o País para a Nação?

E – traria um grande benefício para o Estado Português.

I - Porque é que diz isso? Tem mais algum argumento, já disse há pedaço, pronto... poupanças, etc.. etc... mas acha que há coisas, enfim.... muito importantes, mais importantes...

E – Acho que...

I – Acha que a Osteopatia traz alguma mais-valia diferente das outras medicinas?

E – Acho que a Osteopatia deveria promover a saúde geral e o bem-estar dum paciente. e tendo isso em conta, o Estado só tem a beneficiar em haver uma regulamentação.

I – Quer dizer... acha a Osteopatia uma medicina preventiva, mais patológica, actua mais em que estados pré patológico, patológico?

E – A Osteopatia, supostamente, o ideal seria preventivo.

I – Seria uma medicina mais preventiva, é?

E- Mais preventiva, seria de evitar que o paciente chegasse a um estado patológico.

I – Patológico? Não é pré-patológico?

E – Exactamente pré-patológicos e preventivos.

I – Isso é bom porque previne muitas coisas, isso é bom, é, é isso? O Dr. X tem que dizer para a entrevista.

E – É isso, estarmos a trabalhar com os objectivos de prevenção, faz com estejamos a evitar o estado patológico.

I - Terminamos por aqui a entrevista!

I - Há mais alguma coisa que queira dizer, Sr.Dr.X., alguma sugestão ou comentário?

E – não, obrigado.

I - muito obrigado Sr.Dr.X, muito obrigado.

E - Muito Obrigado.



## APÊNDICE IV

Disposição em unidades de análise da Entrevista nº 9

### Dados biográficos

Masculino, 24 anos, licenciatura em medicina osteopática em Inglaterra, solteiro/a.

**O que acha do título profissional de “Osteopata”, ou seja, em Portugal, tanto quanto se sabe, nunca ninguém se enganou e foi a um médico veterinário querendo consultar um médico, ou um médico dentista, e vice-versa, concorda? Nos Estados Unidos da América por exemplo, o título é Médico Osteopata e Cirurgião, no Reino Unido o título Osteopata, Médico Osteopata ou qualquer relacionado com Osteopata está protegido por Lei. Havendo profissionais em Portugal licenciados em Osteopatia e / ou Medicina Osteopática, em comparação com a Medicina Veterinária (médico veterinário) e a Medicina Dentária (médico dentista), neste sentido qual o título ou títulos que acha que devia ou deviam ser usados: Osteopata ou Médico Osteopata ou outro? Ao fundamentar a sua resposta, por favor, diga o porquê?**

(...) médico osteopata (...) caracteriza melhor, (...) o trabalho dos osteopatas mas como também a sua credibilidade, (...) a palavra certa para descrever (...).

### Porque diz isso?

(...) a titulação de médico antes de qualquer outra especialidade, ou (...) outro título traz (...) credibilidade acrescida.

**Há alguma razão especial para usar o título de Dr., acha que os Osteopatas devem ou não usar tal título? Porquê?**

(...) qualquer título que tenha a ver com a medicina, (...) devia ter também o título de Dr. (...).

**Quer dizer.... é por tradição em Portugal ou por outra situação? Quando houver alguma coisa com a qual não concorde, por favor diga.**

(...) pela tradição (...).

**Habilitações académicas. Qual a duração? Como decorreu? Onde decorreu?**

### Porque diz isto?

(...) em Inglaterra (...) curso de 4 anos (...) os dois primeiros anos têm uma componente maior teórica do que prática, (...) tínhamos aulas práticas, (...) nos dois primeiros anos 7 ou 8 horas de aulas por dia, 5 dias por semana; a partir do segundo ano inclusive, começamos a fazer observação clínica, na clínica da universidade.

### Isso é a parte do tal estágio é?

(...) já é parte do estágio incorporado durante o curso, (...) começamos a fazer observação clínica, (...) de 3 horas por semana, (...).

### Na tal clínica da universidade?

(...) na tal clínica da universidade, (...) recebia pacientes de fora, (...) que não tinham grandes possibilidade financeiras, e os alunos aproveitavam para fazer todo o tipo (...)



de diagnóstico diferencial e tratamento sob a supervisão de professores, (...) mas esses dois primeiros anos (...) mais teórico e prático, todos os anos de transição entre o segundo e terceiro e o terceiro e quarto, tínhamos que fazer estágio clínico durante o Verão, no 3º e 4º ano, tínhamos componente teórico (...), a componente prática era muito maior.

**Mais ou menos quantas horas teve de estágio?**

Mil, cento e poucas horas... no 3º ano tínhamos a supervisão total desde a parte da anamnese, a parte do diagnóstico e do tratamento, a partir do Verão do 3º ano começávamos mais a fazer por nós sempre a ter que conferir com os tutores; e todos os Verões de transição entre cada ano, tínhamos que fazer 2 ou 3 semanas ou mais, só de clínica todos os dias.

**Anos de experiência profissional?**

Dois anos.

**Tem outra formação académica ou profissional? Tem outro emprego? Se afirmativo, porquê? Onde trabalha, público ou privado? Porquê?**

Não tenho outra formação, (...) dou formação. (...) contrato de prestação de serviços que tem a ver com pagamentos públicos indirectos, acaba por ser pagamento numa forma privada.

**Acha que poderia trabalhar no Estado?**

(...) neste momento a falta de regulamentação da Osteopatia, poderá... fazer com que aceitação não seja feita...

**Dá alguma forma de ensino ou formação a estudantes ou a diplomados?**

(...) tenciono iniciar (...).

**Quantas horas vai dar por semana?**

(...) não foi exactamente definido o número de horas por semana, será mais ligado ao estágio.

**O que acha do estágio profissional na Osteopatia? No seu caso fez algum estágio em Osteopatia.**

(...) absolutamente essencial, não só para a Osteopatia mas para qualquer profissão na área da saúde.

**Como fez o seu estágio?**

(...) já disse.

**Como teve conhecimento desta profissão?**

(...)15 ou 16 anos fui tratado por um osteopata aqui em Portugal falou-me do curso, pensei em tirar medicina veterinária, ainda bem que não tirei, (...) falou-me que o melhor sítio era a Inglaterra.... fui lá a uma entrevista... gostei!

**Na sua opinião quais são as competências do Osteopata? Porque diz que são essas as competências do osteopata?**

(...) em termos de qualidades, (...) ser uma pessoa relativamente calma, que saiba ouvir, que saiba dar ouvidos aos pacientes, (...) aquilo que tenho reparado (...) muitos pacientes são vistos por ortopedistas, são vistos por médicos de clínica geral, (...) não é dada a devida atenção e a devida importância aos problemas que eles têm, tem que se

saber fazer uma avaliação global do paciente, não só a nível músculo-esquelético mas psico-emocional com o ambiente,.... uma apreciação global, e fazer um diagnóstico, não só o diferencial, (...) saber fazer os vários testes para poder chegar a um diagnóstico e saber averiguar e analisar vários métodos de ... testes.

**Considera que os Osteopatas têm e devam ter capacidades e competências em termos de saber fazer (aptidões, destrezas e habilidades), saber aprender e saber ser (atitudes, comportamentos, condutas – sociais e relacionais), competências éticas e formativas (saber aprender e saber ser)? Diga porquê?**

concordo com todas, (...) é essencial, todas essas.

**Qual a área ou áreas de intervenção clínica da Osteopatia? O que acha em termos de futuro desenvolvimento? Onde acha a nível clínico que teremos maior impacto? Porque disse isso?**

(...) o sistema músculo-esquelético (...) é onde a Osteopatia pode ter um grande impacto, eu (...) fazer um estudo com dados do instituto nacional de estatística, (...) de 2006 ou 2007, (...) dizia que 52% ou 49% (...) era a maioria, pelo menos metade dos casos apresentados a médicos de clínica geral nos centros de saúde eram de teor músculo-esquelético. (...) a Osteopatia cuida ou dá maior atenção a esse sistema, acredito que é uma área em que a Osteopatia se possa desenvolver muito, não quer dizer que não esteja de acordo com as outras áreas de trabalho que também podem ter um grande impacto e grandes benefícios (...) o sistema neuro músculo-esquelético é um andar mais firme.

**Como faz juízo entre Portugal, e os Países onde teve origem e tem tradição a Osteopatia / Medicina Osteopática e Cirurgia ou seja o Reino Unido e Estados Unidos da América?**

(...) essencial haver mais facilidades de investigação, em Portugal para se fazer qualquer tipo investigação clínica na área da Osteopatia há grande dificuldade, e sem qualquer apoio, a não ser que seja completamente privado, há alguma dificuldade (...).

**Possivelmente o único trabalho feito é o meu que fiz para o B.Sc.(Hons.)**

(...) há muito pouco, e há muito poucas ferramentas, e pouca ajuda para se poder fazer mais.

**Quais os aspectos para si, mais importantes que caracterizam ser Osteopata?**

(...) o osteopata deveria saber e deveria analisar o paciente, (...) numa forma global, deveria fazer uma apreciação não só do sistema músculo-esquelético, ou da sua aparência.. da sua apresentação física mas também o estado emocional e, como o ambiente à volta tem um impacto (...), daí a sua apreciação global... e a própria filosofia, (...) não só em termos de avaliação, mas em termos de tratamento, e fazer o tratamento não só para o problema, (...) tentar descobrir qual o tipo de problema e, porquê o aparecimento desse problema.

**Consegue explicar facilmente o que é um Osteopata?**

tem uma maneira diferente de pensar, (...).

**Acha coisas importantes..... no osteopata, acha que... acha que é importante o osteopata fazer mais isto ou aquilo, que situações são fundamentais na Osteopatia?**

(...) a parte da apreciação global do paciente, saber fazer um diagnóstico diferencial e chegar a um diagnóstico concreto.

**Portanto... acho que já tinha feito esta pergunta...portanto o osteopata tem que ter certas características...acha que quer adicionar mais alguma coisa, acha mais alguma coisa importante para os osteopatas?**

(...) os osteopatas têm que ter total autonomia para poder trabalhar não só a nível do seu diagnóstico mas também a nível do seu tratamento (...) ....

**Porque é que diz isso, porque é que acha que é importante ter autonomia?**

(...) tivemos prática e, tivemos ensinamento para o fazer, (...) também precisamos que ter essa autonomia, para poder aplicar a filosofia da Osteopatia.

**Acha que o conhecimento de anatomia, da fisiologia de patologia é suficientemente profundo para poder fazer isso?**

é suficientemente profundo para poder fazer o diagnóstico diferencial (...).

**Tem a certeza mesmo?**

(...) tenho.

**O que pensa sobre o exercício não-qualificado da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal?**

Aquilo que eu tenho vindo a ver e a descobrir, (...) pode não ser da melhor qualidade, mas pode também não ser por mal. Pode não ser de propósito, pode ser que as pessoas que o estão a fazer não têm tido capacidade, podem não ter tido possibilidades de fazer melhor. Acredito que por vezes podem não dar um tão... o melhor nome à profissão, (...) por outro lado, é aquilo que se tem conseguido fazer; (...) é importante qualquer osteopata que tenha algum tipo de qualificação deveria tentar dar uma ajuda para que as coisas se pudessem desenvolver.

**Para ser um bom Osteopata, implica o género, ser homem ou mulher?**

(...) é totalmente indiferente.

**Quais as suas actuais expectativas profissionais? Pode comparar com o estrangeiro?**

(...) é o que todos os osteopatas gostariam, que houvesse um processo de regulamentação, (...) correcto, (...) fosse igual para todos independente da sua formação.

**O que é que se refere quando diz correcto?**

(...) ser rigoroso não só a nível dos conhecimentos mas como da formação, como da aplicação...

**Mas tem que se ter um padrão, que padrão deve ser esse?**

(...) o Reino Unido teve um processo idêntico há alguns anos atrás e, utilizar um processo parecido com esse, (...) seria adequado.

**Estava a falar há pouco nas pessoas, o processo ser correcto, quer dizer mais alguma coisa sobre isso?**

(...) independentemente do sítio de formação, deviam passar todos pelo mesmo processo.

**Portanto serem avaliados e serem todos “filhos da mesma mãe”, portanto isso é justo.**

(...) sim, exactamente.

**Na sua opinião o que acha que poderia melhorar na prática clínica da Osteopatia em Portugal e globalmente falando no estrangeiro? Porquê?**

(...) em termos dos osteopatas, serem (...) menos individualistas e tentarem ter mais uma abordagem de entreaajuda (...).

**Acha que há problemas (...) pode dizer mais?**

(...) há alguns problemas, (...) há alguns,... por haver vários osteopatas que se formaram em sítios diferentes, (...) cada um está a defender o seu interesse, e que o seu método é que devia ser usado para avaliação.

**O problema que aí está, é que: será que é Osteopatia? Mas há várias Osteopantias ou só uma Osteopatia? Afinal que Osteopatia? O que acha o Dr.XXX?**

(...) em termos de filosofia osteopática só há uma, acho que maneiras e formas de aplicar e técnicas de aplicação há muitas e cada um escolhe aquela que achar melhor.

**É como um médico que escolhe um antibiótico e outro escolhe outro?**

I – isso mesmo.

**Como perspectiva o futuro da profissão Osteopática em Portugal? Porquê?**

(...) é essencial haver uma acreditação dos osteopatas que trabalham em Portugal (...) que isso acontecesse (...) a curto prazo.

**Estamos assim desde 2005, acha que isso pode ser mau para o País, não termos regulamentação?**

(...) pode não ser só mau para os osteopatas, mas para o País não só os osteopatas estão a sofrer com isso, mas mais, e mais importante que isso para os pacientes.

**Acha que isso é mau é?**

É péssimo para os pacientes, estão a ser tratados às vezes por pessoas competentes, mas ao mesmo tempo podem apanhar pessoas que não têm qualquer tipo de formação e se intitulam osteopatas, que não têm competências para o ser.

**Que tipo de actualização profissional / formação realizou na sua vida profissional no último ano? Porquê? O que gosta mais e menos?**

Fiz vários tipos de formação contínua em Inglaterra (...).

**Portanto esteve em Inglaterra nos últimos tempos?**

(...) fiz num hospital privado, vários seminários sobre diagnóstico diferencial.

**Qual era o hospital?**

(...) hospital perto de Waterloo, não me recordo (...) do nome, (...). Eram seminários virados para qualquer profissional de saúde, (...) mais específicos para a área da ortopedia e problemas músculo-esqueléticos. Em termos de actualização e termos de formação profissional gosto de tudo, não estou muito bem por dentro das área visceral, (...) gosto mais de abordagens músculo-esquelético.

**O desenvolvimento ao longo da vida, acha-o um motivo de auto-realização ou uma obrigatoriedade de serviço profissional? Porquê?**

(...) deveria para um osteopata e qualquer profissional de saúde deveria ser (...) dos dois.

**Porquê?**

Porque cientificamente e trabalhar na área de saúde há sempre avanços, há sempre investigações (...), deveremos (...) fazer uma actualização dos nosso conhecimentos, (...) esses conhecimentos só são benéficos.

**A nível do desempenho da sua profissão, houve mudanças no que diz respeito às suas competências profissionais tanto em Portugal como no estrangeiro? Em que aspectos? Porquê?**

(...) comparativamente com o Reino Unido... (...) a minha abordagem e as minhas competências tento que sejam o mais equivalente possível, com aquilo que estava a praticar em Inglaterra. (...) a nível profissional (...) estou a fazer a abordagem trabalhando com atletas, bailarinos e bailarinas, (...) são atletas profissionais é uma abordagem completamente diferente àquela abordagem dum paciente, uma abordagem normal, (...).

**Tem assistido a alguma evolução no seio da sua profissão tanto em Portugal como no estrangeiro? Acha que há poderes a influenciar este desenvolvimento? Porquê?**

(...) em Portugal há vários motivos por ainda não haver uma regulamentação, (...) 3 factores isto são as conclusões a que tenho chegado, um deles é haver várias disputas entre vários osteopatas, cada um a defender os vários, seus interesses.

**Mas isso é dentro da mesma Associação ou são Associações diferentes? Já lá vamos a seguir.**

(...) são associações diferentes, (...) acredito não haver grandes conflitos; acredito que (...) haja um grande lobby da parte médica, da ordem dos médicos e também da ordem dos farmacêuticos que, (...) não têm grande interesse em haver uma grande aceitação da Osteopatia.

**As suas expectativas profissionais alteraram-se ou mantiveram-se desde que é Osteopata? Se sim, por favor, diga de que forma e o porquê?**

(...) são as mesmas que tinha até há dois anos.

**Que estratégias propõe para um melhor desenvolvimento e integração dos Osteopatas em Portugal?**

Para haver um processo de regulamentação é necessário os osteopatas chegarem a acordo, qual é o processo que se trata...

**Acha que deve haver processo de regulamentação?**

(...) é essencial.

**Diz que os osteopatas devem chegar a acordo, mas que osteopatas? Formados em Portugal, formados no estrangeiro? Quem é que é osteopata? Ninguém é reconhecido perante o Estado? Como sabe quem é quem? Isso é pertinente, pode**

**desenvolver? E se os “osteopatas”, pseudo osteopatas, chegam a “acordo” que a Osteopatia é arranjar portas?**

(...) não deviam estar a defender os seus interesses mas sim defender os interesses da profissão.

**Mas tem que haver um padrão, onde está esse padrão?**

(...) o Reino Unido tem um processo que passou há uns anos atrás.

**Que papel/actuação tem tido o Associativismo Osteopático em Portugal? Porquê?**

**Sabe mais ou menos quantas Associações há, mais ou menos, faz ideia?**

Dez, quinze?

**Há mais de 10, (...).**

Só isso aí, demonstra que há vários interesses a serem defendidos e acho ser essencial unirem-se (...).

**Portanto acha que é importante haver unificação da profissão.**

Concerteza.

**Mas como se consegue a unificação da profissão se as pessoas têm interesses diferentes. Porque acha que há interesses?**

Há interesses monetários (...) não estão a pensar no bem da profissão, (...) estão a pensar no seu interesse.

**Acha que isso envolve os devidamente bem formados, na sua opinião ou é só os mal formados. Na sua opinião o que é que acha? Ou também alguns devidamente formados que depois “deitaram-se a dormir”, sei lá, não sei se há ou não, tenho que perguntar isto como investigador?**

(...) não cabe a mim estar a avaliar o que é que cada profissional...

**Mas agradeço a sua opinião sincera, ... isto é investigação científica, e não tenha problemas (...)**

(...) não me cabe a mim avaliar o que os outros estudaram e se são competentes ou não são competentes, (...) sei que há muitos osteopatas que não têm a devida formação.

**Mas não podem dizer a Osteopatia é assim, a Osteopatia é ‘assado’, não acha?**

**Mas não estando devidamente formados, também pode haver um problema que tenham interesses subjacentes?**

Exactamente, concerteza.

**Concorda com isso?**

Concordo.

**Portanto tem que haver o tal padrão reconhecido pelo Estado, e neste caso seria qual Estado o Reino Unido?**

Exactamente.

**Está Associado ou oficialmente inscrito em algum organismo Osteopático tanto em Portugal como no estrangeiro? A que Associação / Associações pertence? Porquê?**

Estou inscrito no General Osteopathic Council, no Reino Unido, estou Associado à British Osteopathic Association e estou associado à Associação de Profissionais de Osteopatia.

**Mais alguma coisa a que esteja associado?**

Mais nada.

**Já agora porque está associado a isto?**

No GOsC (...) porque tenho as minhas competências avaliadas anualmente, (...) é essencial, por causa da credibilidade.

**Se não concordar, diga eu não o posso estar a influenciar em nada, se não é, diga logo que não. Em Portugal está associado pelas mesmas razões?**

Pelas mesmas razões.

**Contribuiu o Associativismo para uma definição ou descrição de competências?**

**Que capacidades vê no Associativismo para desenvolver o desempenho profissional dentro do constructo social Português contemporâneo?**

(...) é essencial haver este tipo de associações, (...) não é benéfico haver tantas associações (...) devia ser tudo mais restrito e mais regulamentado.

**Consegue arranjar alguma maneira, alguma dica, alguma solução para se acabarem com estes interesses, esses tais interesses, como é que se vai conseguir, não conheço e como investigador não posso estar a... ?**

(...) é complicado (...) a forma de como atingir isso, não sei (...) o associativismo é importante não só a nível de credibilidade, (...) e a nível de formação contínua, (...) dignificar os profissionais que têm sempre mais poder de negociação (...).

**Actividade Associativa – verifica alguns conflitos? Porquê?**

Há (...) vários interesses financeiros, mas pessoais.

**Acha que em, Portugal há muita gente que se diz osteopata e não o é, são todos osteopatas, o que é que acha que anda por aí?**

(...) há muitas pessoas que se formaram em Portugal e em cursos que os intitulam de osteopatas, se praticam na realidade Osteopatia, aí... não sei, mas acredito que muitos não a praticam, porque fazem uma massagem ou outra e manipulam...

**Na sua opinião,... portanto acha que fazem massagens, e a Osteopatia não tem massagens... O Dr.XXX também não percebe nada disso (massagens), então não é, como é óbvio?**

Sim.

(...)

**Na sua opinião o panorama Associativo, tem sido sempre o mesmo em Portugal?**

(...) aí se calhar...

**Porque é que apareceram dum momento para o outro algumas 15 entre federações e associações, até se calhar há mais... ?**

(...) aí não lhe sei responder.

**O que entende quando se usa o termo poder profissional?**

(...) é o poder não só dum profissional mas dum grupo de profissionais. Por trazer resultados... por... haver vários benefícios... é a capacidade dos outros sobrepor-se aos outros.

**Considera haver algum reconhecimento Social, pelos Osteopatas?**

(...) alguns são reconhecidos (...) têm o mérito do seu trabalho, (...) em termos da apreciação global da Osteopatia, não acredito que tenha a melhor imagem...

**Porque é que diz isso?**

(...) por haver (...) vários osteopatas, que por falta de formação e não é por serem... ditos osteopatas,... não é por mal, mas por falta de formação, não estarem a praticar e a não fazer as coisas...

**Portanto acha que muitos deles nem sequer sabem, não estão devidamente formados como deve de ser, é isso?**

(...) muitos deles nem têm a noção, como eu próprio sinto depois de ter passado por um curso de 4 anos, e estar a trabalhar há 2 anos, o que não é muito. (...) tenho algumas limitações que acredito ser por falta de prática clínica, e portanto se tivesse tido menos anos de curso com um curso mais incompleto teria muito mais dúvidas.

**O que acha sobre o reconhecimento inter-profissional, especialmente em relação à Osteopatia? Porque faz tal afirmação?**

(...) a Osteopatia está muito individualizada em relação ao profissional que a exerce e, em relação à imagem da Osteopatia como profissão, (...) não acredito que tenha uma grande imagem e um grande poder ... não é poder (...).

**Quais os argumentos que usa para legitimar o reconhecimento da profissão? Tipo académico? Prático? Nota limitações na sua argumentação? Porquê?**

(...) é essencial haver não só a componente académica e teórica, como prática (...) é essencial e, muito importante haver prática clínica durante o curso, ou durante os estudos da Osteopatia, (...) é essencial poder-se praticar em pacientes que têm problemas e patologias reais e que essa prática seja feita durante o processo de estudo.

**Naquilo que lhe é concernente, acha que os conhecimentos e planos de estudos adquiridos em Portugal, são o suficiente para o exercício da prática clínica Osteopática como ela é reconhecida Internacionalmente como é o caso do Reino Unido, considerado na Europa um País de referência?**

(...) em termos de exemplo o Reino Unido é... mas lá está, eu estudei lá e sou suspeito em dizer isso... e passar pelo processo...

**Mas lá está, é a sua opinião desde que argumente!**

(...) sei que também... para além de ter estudado lá, também tive de passar por vários processos de ... para poder ter a minha graduação e para poder ter... fazer a minha inscrição no GOsC, sei que foram muito rigorosos durante todos os 4 anos e especialmente no exame final que fazemos.

**Então é assim! Vamos fazer a pergunta outra vez, acha que os conhecimentos que se adquirem nos cursos de Osteopatia em Portugal, e os planos de estudo que existem são suficientes para o exercício da prática clínica? Acha que as pessoas têm o conhecimento, e é um conhecimento suficiente, para os que fazem o curso em Portugal?**

Acho que não, acho que têm muitas limitações não só a nível de toda interação com o paciente que é importante, mas também a nível do diagnóstico diferencial, e também na aplicação do tratamento, (...) é tudo muito generalizado é tudo (...) um género ou uma



combinação de técnicas que se aplicam a todos os casos, independentemente do problema ou da patologia, (...) isso mostra que estão a trabalhar dentro de muitas limitações porque não estão a... a individualizar o tratamento e a abordagem a cada paciente que é essencial na Osteopatia.

**Considera o Reino Unido como País de referência na Europa?**

Considero.

**Como é do conhecimento geral, a Osteopatia apareceu nos Estados Unidos da América, neste momento os Médicos Osteopatas e Cirurgiões detêm direitos de prática completos em todos os Estados da União e distritos, é uma profissão técnica e deontologicamente independente e autónoma. Os Osteopatas exercem desde a obstetrícia à cirurgia, pese embora, os estudos e prática destes não radicam na medicina convencional ou alopática. No Reino Unido a Osteopatia não se desenvolveu da mesma forma. Sabe porquê? Que poderes pensa que sempre estiveram por detrás desta situação que até finais do Séc.XX manteve a Osteopatia / Medicina Osteopática por regulamentar em Inglaterra? E em Portugal o que pensa que se passa?**

(...) em relação ao desenvolvimento e à regulamentação em Inglaterra porque é que levou tanto, (...) não sei responder, não sei ao que é que levou a esse atraso, em comparação com os EUA, em relação a Portugal (...) acredito que esse atraso, seja devido aos 3 factores (...): à falta de entendimento entre... ou a defesa de interesses de vários grupos ou associações de osteopatas, não só a entidade médica a defender os seus interesses ou seja, à Ordem dos médicos e o terceiro (...) os farmacêuticos ou seja, à Ordem dos farmacêuticos e empresas farmacêuticas (...) têm um grande poder em relação... em Portugal (...) são mais ou menos os mesmos poderes em relação a Inglaterra.

**Em termos de prática clínica acha que os Osteopatas, mantendo no mais elevado nível a essência Osteopática deviam ter direitos de prática completos? Quem poderá beneficiar com tal situação? Porquê? .**

(...) têm conhecimentos base para eventualmente poderem aprofundar os seus estudos em qualquer outra especialidade médica.

**Então acha que anatomia, fisiologia, patologia são a nível dos cursos de medicina convencional?**

(...) sim, eu nunca avaliei um currículo académico dum curso de medicina mas por conversas que tenho com outros profissionais de saúde que estudam medicina, está ao mesmo nível, senão em certas áreas mais aprofundado, por exemplo na área músculo-esquelética, o sistema músculo-esquelético. (...) em termos de conhecimentos base estamos ao nível. (...) o Estado pode beneficiar como o próprio osteopata e os pacientes.

**Acha importante quanto à autonomia e independência profissional a obtenção do grau de licenciado em Osteopatia ou Medicina Osteopática? Sabe que no Reino Unido os cursos estão todos a passar para o nível de Mestrado Integrado? Quantos anos acha para Portugal que a formação deve no mínimo durar? Porquê?**

(...) não quero estar a dizer o número de anos mas sim quem passa pelo número de horas e pela estrutura dos cursos e das disciplinas dos cursos, pode haver cursos que decidam fazer menos horas durante mais anos,... ou menos horas anuais durante mais anos ou, mais horas durante menos anos, (...) passa mais pela estrutura dos cursos e pelas várias disciplinas dos cursos e pelo número de horas de aulas.

**Temos que ter uma base, mas como é que tem que ser, qual é o nível?**

(...) nível duma licenciatura, se compararmos uma licenciatura em Osteopatia com outras licenciaturas.

**Há licenciaturas com mais carga horária do que outras e não só, digamos de mais conhecimento do que outras. Portanto a que nível (comparando) acha que deve ser uma licenciatura em Osteopatia? Lá está, passou para mestrado integrado ou está a passar.**

Pelo menos uma licenciatura, não quer dizer que depois não se possa aprofundar, (...) é o mínimo para se ter os conhecimentos base.

**E quantos anos: 3, 4 ou 5 ou 6 anos?**

(...) fiz em 4 anos mas sinto que mesmo assim foi muito para 4 anos... 5 anos se incluir mestrado. Entre 4 a 5 anos.

**Porque é que tem 4 a 5 anos e não um ou dez?**

(...) em 4 a 5 anos consegue-se dar aqueles conhecimentos base (...) é o essencial.

**Como vê a sua área de intervenção como Osteopata, ponderando nos médicos de clínica geral, nos fisioterapeutas, nos médicos fisiatras e médicos ortopedistas?**

**Que diferenças nota?**

(...) passa pela apreciação ou pela abordagem holística, que os osteopatas deveriam ter e, deveriam olhar e diagnosticar e tratar, não só o problema, mas (...) os motivos do aparecimento do problema e aí, não é fazendo só o tratamento naquela área.

**Em relação a outras profissões, há dificuldades, no domínio profissional de actuação, dos Osteopatas? Porquê?**

(...) muitas vezes essa nossa apreciação holística, pode não ser muitas vezes bem entendida por outros profissionais por acharem que o problema numa zona é devido a um problema naquela zona e não entendem, nem tentam perceber que esses problemas podem ser originados por outros problemas que existam. Talvez por ignorância da parte deles.

**O que acha sobre o denominado poder médico? Acha que este poder profissional afecta o bom desempenho e desenvolvimento da Osteopatia / Medicina Osteopática em Portugal? Porquê? Se quiser pode fazer referência com outros Países.**

(...) tem tido uma grande influência, tem sido um dos factores que (...) tem influenciado o atraso na regulamentação da Osteopatia, estão a defender o seu interesse, estão a defender os seus números de pacientes e não estão a compreender que a Osteopatia pode trazer grandes benefícios para o paciente em si.

**Que interesses é que acha?**

(...) há interesses financeiros (...) dos médicos.

**Mas são os médicos todos, só um, ou dois, só alguns, o que é que lhe parece?**

(...) acredito já haver mais médicos que (...) têm melhor aceitação da Osteopatia.

**Porque é que será isso porque é que há aceitação, e não a há?**

(...) começaram a assistir e a ver os resultados que a Osteopatia pode ter, (...) foram aprofundar os seus conhecimentos, do que é que é a Osteopatia e dos resultados que podem ter.

**Acha que eles pensam que na Osteopatia não estão devidamente formados, e eles não estarem devidamente informados?**

(...) sim.

**Portanto quer dizer, acha que a principal preocupação dos médicos é acharem que os osteopatas não sabem o que estão a fazer ou que estão mal formados, é isso?**

(...) sim.

**A partir do momento em que verificam que vêm que os osteopatas estão devidamente formados aceitam os osteopatas, é?**

Depende, (...) há essa situação financeira da parte dos médicos e, muitos deles, também podem ponderar e pensar na hipótese se o osteopata estiver a fazer um bom trabalho, o médico pode não ter trabalho digamos, pode ter menos pacientes para ver. (...) aquela estatística de que falei de que mais ou menos 50 % dos caso apresentados ao médico de família são de teor músculo-esquelético, (...).

**Mas acha que os osteopatas visualizam a mesma coisa, os médicos é a doença, na Osteopatia também se verifica só isso, acha que a Osteopatia visualiza mais alguma coisa essencialmente?**

(...) com essa abordagem global não só emocional, músculo-esquelética... do ambiente.

**Uma abordagem diferente é isso, ou é igual?**

O objectivo é de atingir um estado de saúde e de bem-estar, que (...) um médico de clínica geral, não se preocupe tanto como nós.

**Quer fazer alguma referência com outros países, acha que o poder médico em Inglaterra será igual ou menor?**

(...) o poder médico poderá ser... não sei responder, isso não sei responder.

**Considera haver áreas de sobreposição na actuação profissional no que se relaciona com as outras profissões?**

(...) não, (...) temos uma abordagem (...) os objectivos podem ser os mesmos, apesar de nós termos (...) temos uma apreciação diferente e temos objectivos ligeiramente diferentes, (...) o bem-estar devia de estar na cabeça de qualquer profissional na área de saúde. Uma prioridade para qualquer profissional de saúde.

**Considera haver diferentes competências entre os Osteopatas em Portugal?**

(...) há diferentes competência, por haver diferentes métodos de formação ou diferentes cursos de formação (...) diferentes exigência a nível académico que originam diferentes competências.

**Acha suficiente para um bom desempenho profissional as actuais capacidades e competências, que os Osteopatas detêm neste momento em Portugal? Se não, quais as áreas de intervenção julga serem necessárias desenvolver e/ ou melhorar,**

**por exemplo, duma forma aleatória, no campo da promoção, tratamento, prevenção e aconselhamento quando aplicável na saúde, higiene, doença?**

(...) não (...) ainda há algumas limitações a nível do que o osteopata pode fazer ou recomendar.

**Está a referir-se a todos os osteopatas formados no estrangeiro ou só aos formados em Portugal?**

(...) ainda há algumas limitações a nível do que o osteopata pode fazer ou recomendar.  
(...) neste momento a palavra dum médico ainda (...) tem um poder, não só para o paciente, mas a nível profissional, dos osteopatas, tem um poder maior do que a palavra dum osteopata.

**Porque é que diz isso?**

(...) pela aceitação que a Osteopatia tem em relação aos pacientes.

**Por não estar ainda devidamente credibilizada, será o tal poder profissional?**

(...) é. (...) um bocadinho dos dois.

(...)

**Mais alguma coisa que queira dizer sobre isto?**

(...) a nível de prescrições e recomendações que os osteopatas não podem fazer, (...) seria benéfico, seria vantajoso, não só para os osteopatas mas para os pacientes também poder haver algum tipo de prescrição não só a nível de exames complementares de diagnóstico, como raios X, ressonâncias, (...) mas também a nível de medicamentos, não digo todos os medicamentos.

**Na Inglaterra pede exames de diagnóstico?**

Em Inglaterra poderia pedir qualquer tipo.

**Já agora também pode passar atestados de doença? Pode? Tem a certeza? Eu também sei, era só para saber da sua parte.**

(...) sim, poderia passar atestados.

**Portanto a nível do desempenho profissional as tais capacidades e competências ainda não estão suficientemente desenvolvidas, quer dizer, é a tal falta?**

De regulamentação, para depois...

**Ah, ah! Mais alguma coisa que queira dizer?**

Mais nada.

**Aconselha alguém a seguir a sua profissão de Osteopata? Que raciocínio usaria em termos de argumentação para tal? Quais os aspectos mais positivos? E os negativos?**

Aconselho, (...) sim. Aconselharia a ser osteopata, aconselharia a fazer a sua formação num local onde essa formação tenha alguma qualidade, em Portugal (...) neste momento é ainda difícil arranjar-se locais onde haja mesmo boa qualidade de formação osteopática,... a nível de... de vantagens de ser Osteopata, (...), é uma profissão liberal, sou um profissional independente, tem bastante flexibilidade a nível de horários, a nível de... de tudo, (...) é um a coisa que eu gosto bastante (...).

**Alguns aspectos negativos, outros positivos?**

Aspectos positivos, estamos a ajudar pessoas que estão em necessidade, (...).

**Negativos, alguma coisa em especial?**

Negativos, (...) em Portugal a falta de regulamentação faz com que haja uma má imagem da Osteopatia, e por vezes, ao dizermos que somos Osteopatas (...) o impacto não tenha (...) a melhor apreciação que as pessoas podem ter, (...) é (...) negativo para um profissional, (...) havendo uma regulamentação e um método de qualificar ou caracterizar, quem tem qualificações ou não.

**Portanto é por causa das diferentes,... dos diferentes tipos qualificações, e dos diferentes cursos que fazem, é isso, é? Isto tem que ficar bem claro.**

(...) exactamente.

**Quais os limites que vê na sua prática profissional tanto a nível individual como colectivo? Vê algum aspecto negativo digno de mencionar? Nota que há alguma imposição de dificuldades pela parte de outros ? Por favor diga quem?**

A falta de regulamentação, a falta de capacidade de prescrição, não só de medicamentos, mas de exames complementares de diagnóstico (...).

**Quem é que acha que está a impor isto, de não se poder fazer isto ou aquilo, acha que há alguma imposição, é dos profissionais osteopatas, é dos pacientes, é de outras profissões, é do Estado, acha que há aqui alguém que está a empatar isto tudo?**

(...) se os osteopatas não chegarem a um acordo e, não chegarem a uma forma para haver uma regulamentação, tem feito com que cada um esteja a defender o seu interesse, (...).

**E agora há o tal problema e se a maior parte não estão devidamente formadas em Osteopatia, como é que vão resolver isso?**

(...) é complicado.

**Ou é aquilo que disse, seguir aquele parâmetro, os Estados que reconheceram a Osteopatia, neste caso refere-se a que Estado ou que Estados?**

Reino Unido.

**Reino Unido, é? Não seria na China ou uma coisa qualquer?**

(...) na Osteopatia seria o Reino Unido.

**Como seria o ideal de Osteopata para si em Portugal? Porquê?**

Poder trabalhar, não digo totalmente inserido no sistema nacional de saúde (...) trabalhar em paralelo no sistema nacional de saúde.

**Quem acha que podia beneficiar com isso?**

(...) não só o sistema nacional de saúde, (...), como os pacientes.

**Porque é que acha que o sistema nacional de saúde beneficiaria?**

(...) iria poupar bastante dinheiro, em termos de exames complementares, muitas vezes o nosso diagnóstico consegue ser feito através da palpação, através dos testes que fazemos sem precisar de recorrer a exames complementares (...), ir-se-ia poupar bastante dinheiro.

**Considera o Público mais informado sobre a Osteopatia? Como vê um maior conhecimento e informação por parte do Público? Porquê?**

(...) o público comece cada vez mais a ter uma apreciação (...) aperceber-se do que é a Osteopatia, comparativamente com há alguns anos atrás, mas eu só estou em Portugal... não sou a pessoa mais indicada, como é que isso se tem desenvolvido. Acho benéfico o público conhecer mais sobre a Osteopatia.

**Acha que o público anda mais informado sobre a Osteopatia, acha que está devidamente informado?**

Depende de quem é que os informou.

**Considera que há só uma Osteopatia ou como é que é?**

(...) sei, que só há um tipo de filosofia osteopática, sei que há vários métodos e técnicas para chegar a esses objectivos.

**O que comenta sobre a Resolução 64 /2003 e a Lei 45 / 2003 especialmente o seu artigo 5º onde se reconhece a autonomia técnica e deontológica?**

(...) é muito importante haver uma autonomia técnica e deontológica.

**Porque é que diz isso?**

(...) só com essa autonomia total (...) poderemos ter uma apreciação e poderemos fazer uma apreciação global e um tratamento holístico, tendo uma filosofia própria. Se vamos estar dependentes dos outros, para chegar a um diagnóstico e a um tratamento não vamos conseguir...

**Acha que é preciso autonomia ou a autonomia é mesmo necessária para certas situações por exemplo o quê?**

A autonomia é necessária para fazer um diagnóstico diferencial, para poder receitar...

**Portanto os osteopatas têm que fazer diagnóstico diferencial, é assim?**

Têm, têm.

**Acha que isto é fundamental?**

(...) é fundamental, se estamos dependentes de outras pessoas para fazer o diagnóstico, não vamos conseguir...

**Isso seria Osteopatia se estivéssemos dependentes?**

Não seria Osteopatia.

**Não? Seria o quê?**

Seria um terapeuta qualquer, que está a seguir indicações de outros.

**O que acha que a falta de Regulamentação está a provocar em Portugal? Porquê tal atraso?**

Está a ser prejudicial não só para os osteopatas e para a imagem da Osteopatia (...) para os pacientes, os pacientes, (...) são eles que estão a sofrer por esta falta de regulamentação.

**Porque tal atraso?**

Isso agora...

**Não sabe? Não dá uma dica, (...) agradeço a sua opinião o mais sincera possível, diga bem, diga mal, tem que dizer o que é que acha!**

Não sei (...) o que é que está a prender este processo de regulamentação, sei que aqueles 3 factores que já lhe disse (...).

**Qual a relação que a Profissão tem tido com o Estado, tem havido consenso ou dificuldades, ou seja tem havido posições diferenciadas?**

(...) não é por ser a Osteopatia, como profissão, tem tido a relação que tem tido com o Estado, em Portugal. (...) qualquer profissão, qualquer pessoa, que não esteja dentro daqueles parâmetros provavelmente (...) não vai ter grandes facilidades a nível Governamental, (...) não acredito que por ser a Osteopatia que tem tido mais ou menos dificuldade, (...) em Portugal as coisas todas, demoram todas muito tempo, (...) independentemente da área.

**Acha que aqui tem havido alguma posição diferenciada do Estado, (...) tem havido consenso, tem havido dificuldades qual é a sua percepção, acha que o Estado está interessado, acha que o Estado já se apercebeu o que é a Osteopatia?**

(...) ainda não há um grande entendimento do que é a Osteopatia e que benefícios pode trazer, não só para o próprio sistema nacional de saúde mas como para os próprios pacientes (...).

**Acha que traria grandes benefícios para o Estado Português, para o País para a Nação?**

Traria um grande benefício para o Estado Português.

**Porque é que diz isso? Tem mais algum argumento, já disse há pedaço, pronto... poupanças, etc. etc., mas acha que há coisas, enfim.... muito importantes, mais importantes...**

Acho que...

**Acha que a Osteopatia traz alguma mais-valia diferente das outras medicinas?**

(...) a Osteopatia deveria promover a saúde geral e o bem-estar dum paciente, e tendo isso em conta, o Estado só tem a beneficiar em haver uma regulamentação.

**Quer dizer... acha a Osteopatia uma medicina preventiva, mais patológica, actua mais em que estados pré patológico, patológico?**

(...) o ideal seria preventivo.

**Seria uma medicina mais preventiva, é?**

Mais preventiva, (...) evitar que o paciente chegasse a um estado patológico.

**Patológico? Não é pré-patológico?**

Exactamente pré-patológicos e preventivos.

**Isso é bom porque previne muitas coisas, isso é bom, é, é isso? O Dr. X tem que dizer para a entrevista.**

Estaros a trabalhar com os objectivos de prevenção, faz com estejamos a evitar o estado patológico.

## APÊNDICE V

### Tratamento dos dados das entrevistas

A seguir verificamos várias unidades de registo encontradas nas entrevistas, perante as subcategorias descritas. Bardin informa-nos que a unidade de registo “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”. Diz-nos esta autora que pode ser “de natureza e dimensões muito variáveis”, ainda realça que “reina uma certa ambiguidade no que respeita aos critérios de distinção das unidades de registo” (2008:130).

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Ser Osteopata	Caracterizar	E1 “atenção ao paciente, estar centrado no paciente, saber a anatomia e fisiologia profundamente, (...) saber fazer diagnóstico diferencial (...)”. E2 “a aproximação holística do doente, as técnicas (...) para tratar o doente e o raciocínio Osteopático (...)”. E3 “uma visão mais natural, menos química, menos agressiva da saúde humana, (...) ajudar o corpo num todo (...)”. E4 “o raciocínio (...) o holismo (...) a nossa capacidade de palpação e de sensibilidade (...) que os outros profissionais não desenvolvem (...) não faz parte do conhecimento deles (...) temos uma capacidade diferenciada de fazer diagnóstico, de estabelecer correspondências entre sistemas e estruturas (...)”. E5 “(...) uma filosofia muito própria, holística, que integra o corpo no seu todo (...) tentar encontrar a disfunção primária (...)”. E6 “(...) fazer um diagnóstico diferencial (...) não ser o médico a dizer que tem uma disfunção (...) ele não tem competências para isso, quem tem competências sou eu de avaliar e tratá-la, (...) não um médico que me vai dizer o que



		<p>fazer”.</p> <p>E7 “(...) é uma pessoa que tem um pensamento holístico (...) vê o corpo como um só, os sistemas como um só, e que interagem todos entre eles (...) grande diferença (...) entre a Osteopatia e a medicina convencional (...) não faz sentido nenhuns profissionais de saúde do sistema convencional praticarem a Osteopatia (...) a base com que partimos é diferente, (...) tanto dum lado como do outro são assentes em bases científicas (...) são sistemas completamente diferentes.</p> <p>E8 “o reconhecimento da relação entre partes do corpo e entre aspectos do ser humano é absolutamente essencial (...) os nossos hábitos de vida ou a nossa profissão tem sobre a nossa estrutura, sobre a função do nosso organismo (...) o estudo desses mecanismos (...) é por isso que é tão fácil que hajam correntes diferentes dentro da Osteopatia, porque não é uma coisa definitiva (...) compreender as relações no corpo entre estas várias componentes, é (...) essencial esta globalidade”.</p> <p>E9 “(...) analisar o paciente numa forma global (...) filosofia própria (...) e fazer o tratamento (...), tentar descobrir qual o tipo de problema e porquê o aparecimento do problema”.</p> <p>E10 “(...) uma maneira de pensar própria (...) rege-se por leis (...) a tal filosofia própria (...) tem que ser autónomo”.</p>
	Explicar	<p>E1 “um osteopata é um médico, (...) é um Doutor de cuidados de saúde primários, (...) especializa em olhar para o corpo como um todo neuro-imuno-mecano-socio-emocional (...) desprender as capacidades de cura / homeostasia do organismo. (...) profissional «de muitos ofícios / conhecimentos» (...) ser proficiente (...) na terapia manual.”.</p> <p>E2 “(...) é muito difícil (...) dizer o que é um Osteopata (...) segue o raciocínio osteopático e (...) as leis fundamentais da Osteopatia, pratica-se a Osteopatia (...) é preciso é o raciocínio (...)”.</p> <p>E3 “(...) é um artista (...) conhecimento de anatomia, de fisiologia (...) o conhecimento mecânico do corpo que realmente na medicina não se estuda, ninguém estuda a mecânica do corpo e as causas da fisiologia (...) o osteopata (...) está interessado (...) sistema causa - efeito e tentar equilibrar o organismo”.</p>

		<p>E4 “consigo facilmente explicar (...) a Osteopatia faz a diferença (...) técnicas diferenciadas de diagnóstico, (...) capacidade de ver o global do ser humano (...) capacidade de entender a inter-relação entre sistemas e estruturas (...) capacidade de palpação (...) está provado (...) que a Osteopatia tem influência em vários sistemas e não só no músculo-esquelético (...) o estado da homeostasia do organismo é o (...) objectivo (...)”.</p> <p>E5 “(...) conselheiro em termos biomecânicos, (...) faz uso das mãos, com base num diagnóstico clínico diferenciado (...) holístico (...), com vista a devolver o equilíbrio que aquele corpo perdeu de alguma forma e retirar-lhe a dor”. E6 “não é fácil, (...) um osteopata é um profissional de saúde que deve ter independência, que deve saber ser, saber estar, poder dar formação, ser eticamente correcto, ser independente dos outros profissionais de saúde (...) é uma área muito específica (...) deve ter uma boa formação em patologia (...)”.</p> <p>E7 “(...) é um cidadão que resolve enveredar pela Osteopatia e que tem uma visão holística, aprende a fazer diagnósticos diferenciais e próprios da Osteopatia (...)”.</p> <p>E8 “(...) não consigo explicar facilmente o que é um osteopata, (...) a uma pessoa que não percebe absolutamente nada do assunto (...) tem uma filosofia própria e é uma filosofia que leva anos, e que vai para além do curso, para compreender toda a sua extensão e profundidade; apesar de ter nascido no Séc.XIX (...) o Dr.Still (...) havia muito para além da própria estrutura e que a estrutura se manifestava duma certa maneira (...)”.</p> <p>E9 “tem uma maneira diferente de pensar dos outros (...) apreciação global do paciente, saber fazer um diagnóstico diferencial e chegar a um diagnóstico concreto (...) ter total autonomia para poder trabalhar não só a nível do seu diagnóstico (...) a nível do seu tratamento (...) precisamos (...) autonomia para aplicar a filosofia da Osteopatia”.</p> <p>E10 “(...) tem que ter toda a autonomia possível (...) porque todo o trabalho que o osteopata faz não tem coordenação, tem uma forma de pensar própria, não pode (...) Médico Ortopedista dizer-me como devo fazer (...) são formas de corrigir diferentes”.</p>
--	--	--

<p>Conhecimento e informação do Público sobre a Osteopatia</p>		<p>E1 “(...) cada ano que passa está mais informado. As pessoas estão fartas do Sistema Nacional de Saúde (...) maior parte das vezes só oferece pílulas ou cirurgia (...) pessoas cada vez mais a procurar a Osteopatia como alternativa”.</p> <p>E2 “(...) cada pessoa vai definir em Portugal, cada escola tem uma definição diferente de Osteopatia, (...) as pessoas ficam um bocado baralhadas... têm lá uma ideia que é... duma pessoa que faz umas técnicas manuais (...) não passará disso”.</p> <p>E3 “(...) há uma maior informação do público... há dezoito anos atrás (...) nem sabiam o que era (...) a maior parte das pessoas vem porque um amigo foi tratado, (...) andava há tantos anos doente, (...) há tanto tempo, não conseguia resolução na medicina convencional (...) teve bons resultados aconselha-o a vir (...) outros (...) são profissionais de saúde e aconselham a vir... quer dentro da medicina alopática, como mesmo dentro das medicinas naturais que aconselham a vir (...)”</p> <p>E4 “(...) a sociedade em geral está preparada para receber a Osteopatia, o ‘feed back’ (...) dos pacientes (...) não conseguem perceber o porquê de não estar regulamentado, o porquê das coisas (...) falo com muitos profissionais da saúde (...) quando percebem o porquê das coisas não estarem regulamentadas, nota-se alguma revolta... a nível dos pacientes, porque as pessoas podiam ter acesso a certas e determinadas técnicas e a certos tratamentos (...) muito mais viáveis (...)”.</p> <p>E5 “a maior parte (...) não sabe o que é a Osteopatia, (...) é uma coisa recente (...) apesar de já haver Osteopatas em Portugal que já praticam há mais de vinte anos, (...) acima de tudo é, a falta de informação, faz com que as pessoas não saibam o que é a Osteopatia”.</p> <p>E8 “(...) o público está mais bem informado (...) tem a noção que a Osteopatia funciona (...) merece a pena tentar mais como uma solução”.</p> <p>E10 “(...) se não tiverem conhecimento não podem usufruir”.</p>
--	--	--

<p>Formação académica e profissional</p>	<p>Relação com o exercício profissional autónomo / independente, técnica e deontologicamente</p>	<p>E1 “(...) é essencial deter uma licenciatura, pelo facto de incidirmos e inter-agirmos com outras profissões, (...) como os médicos e os médicos dentistas, vemo-nos nesse tipo de standard e grupo”.</p> <p>E2 “para a prática osteopática (...) o mínimo será (...) um Mestrado integrado (...) além dum estudo teórico igual nas partes da anatomia, fisiologia, biologia, etc., tirando a farmácia e cirurgia, será igual à medicina alopática (...) vendo como são leccionados os cursos em Portugal, até os cursos do Estado, 4 anos será pouco, 5 anos, se calhar será um curso mais para Portugal”.</p> <p>E4 “deve ser equivalente aquilo que é praticada no Reino Unido”.</p> <p>E5 “(...) de acordo com o Acordo de Bolonha (...)” tem que ter “(...) prática clínica integrada”.</p> <p>E6 “é uma profissão difícil, complicada, não é uma profissão alopática, eu não trato um estômago, eu não trato um fígado, eu trato a pessoa nisto incluindo a parte afectiva.</p> <p>E8 “(...) é mesmo o mínimo necessário para dar os conhecimentos e forjar a forma de pensar osteopática”.</p> <p>E9 “(...) eu fiz em 4 anos, mas sinto que mesmo assim foi muito para 4 anos (...) é a tal licenciatura que nos dá a tal autonomia para trabalhar, portanto poderia ser 4 anos mais estágio... mais um ano de estágio...depois seria o mestrado.”</p>
	<p>Estágio profissional</p>	<p>E4 “(...) estágio integrado, é uma das maiores lacunas que existe nos cursos em Portugal e deve ser colmatado o mais rápido possível (...) o estágio que estou a fazer, não é com um osteopata, é com um profissional de saúde dentro da área da medicina estética, (...) é um estágio que não vai (...) colmatar as minhas dificuldades a nível de técnicas”.</p> <p>E7 “(...) já era profissional de Osteopatia, e estava dentro da área (...) foi em consultório de alguns Colegas (...)”.</p> <p>E8 “(...) não tinha nada de Osteopatia, a não ser no título, (...) só me comecei a aperceber no final do curso, não tinha nada da identidade da profissão (...)”.</p> <p>E9 “(...) acho absolutamente fundamental”.</p> <p>E10 “(...) acho fundamental (...) a prática clínica é fundamental (...) por não ter tido estágio, se fosse uma pessoa que não tivesse (...) princípios andava a fazer Osteopatia, (...) a fazer muitas asneiras”.</p>

	<p>Habilitações académicas e seu contributo</p>	<p>E1 “(...) full time (...) no final dos quatro anos (...)”.</p> <p>E2 “(...) licenciatura (...) de quatro anos (...)”.</p> <p>E3 “(...) com seminários de seis dias”.</p> <p>E4 “(...) informei-me de todos os cursos que havia em Portugal e sem dúvida (...) aquele que apresentou um plano curricular mais sustentável para a prática da profissão”.</p> <p>E5 “(...) três anos cá e dois em Inglaterra (...) no Reino Unido o que dá o direito de exercer lá (...) e com o Registo no GOsC”.</p> <p>E6 “ (...) de formação tenho a fisioterapia (...) curso de Osteopatia (...) era 6 vezes por anos (...)”.</p> <p>E7 “(...) curso de Osteopatia (...) é reconhecido em Inglaterra (...) uma graduação académica (...)”.</p> <p>E8 “(...) bacharelato em Portugal durante três anos (...) e depois três em Inglaterra (...)”.</p> <p>E9 “(...) licenciatura (...) em Inglaterra, é um curso de quatro anos (...)”.</p> <p>E10 “(...) é um curso de três anos (...) supostamente mais estágio”.</p>
	<p>Licenciatura / Mestrado integrado (Duração da formação mínima necessária)</p>	<p>E7 “(...) mais dois anos com o mínimo de duas mil horas de formação, para um grau de mestrado”.</p> <p>E10 “(...) é a tal licenciatura que nos dá a tal autonomia para trabalhar, portanto poderia ser de 4 anos mais estágio (...)”.</p>
<p>Expectativas profissionais</p>		<p>- Perspectiva ‘Alterar’: -</p> <p>E1 “(...) tinha muita pressa em melhorar os pacientes, mas agora, sei que (...) leva tempo, explico (...) tento criar uma ‘parceria’ com os pacientes e interagimos com tal”.</p> <p>E2 “(...) tratar as pessoas com as melhores técnicas e com o que melhor posso fazer (...)”.</p> <p>E5 “(...) desde o dentista, ao fisiatra, ao reumatologista, ao ortopedista, tudo”.</p> <p>- Perspectiva ‘Manter’: -</p> <p>E2 “(...) das várias escolas, pessoas que não têm formação e que acabem por agrupar-se todos debaixo da sombra da</p>

		<p>Osteopatia (...) acabam por criar muitos grupos que acabam por fragmentar quando há um processo para tentar legalizar a Osteopatia (...) e acabam por dispersar sinergias das pessoas interessadas e que têm o poder para legislar essas...(...)”.</p> <p>E3 “a situação mantém-se (...) há anos que estou à espera. As minhas perspectivas eram que a Osteopatia devia estar regulamentada (...) uma falha dos poderes políticos (...)”.</p> <p>- Perspectiva ‘Comparar com o estrangeiro’: -</p> <p>E1 “(...) não tanto em Portugal mas mais no Reino Unido e na Europa, os profissionais estão mais virados para a investigação baseada na evidência e os osteopatas estão cada vez mais a embrenhar-se na investigação. Tudo tem melhorado nos últimos dez anos”.</p> <p>E2 “(...) não sei se não haverá mais osteopatas que no Reino Unido neste momento, e não há nenhuma escola reconhecida pelo Estado (...)”.</p> <p>E3 “(...) cada vez mais médicos convencionais a enviar pacientes a virem (...), porque conhecem o meu trabalho (...) continua a haver muitos médicos, porque têm medo, e desaconselham a Osteopatia (...) devido ao grande leque dos profissionais com formação deficiente”.</p> <p>E4 “(...) estes bloqueios serão mais a nível de... das Ordens, da capacidade de influência de certas e determinadas Ordens, a Ordem dos médicos (...) não todos os membros da sua Ordem (...) a perda de poder de influenciar as pessoas (...) mas sem dúvida (...) vamos voltar à questão financeira e económica (...) a perda de corrente financeira (...) este tipo de prática influência muito o financeiro da questão.</p> <p>E6 “(...) os médicos são um grande entrave, há muitos médicos que não gostam da Osteopatia, outros gostam (...) lá está não há uma medicina que cura tudo (...) a grande falha não podemos pedir um raio X, (...) uma TAC, não podemos pedir uma ressonância (...) umas análises (...) por causa da regulamentação (...) devíamos poder prescrever pelo menos um anti-inflamatório”.</p> <p>E8 “(...) pessoas que têm interesses comerciais, há 3 ou 4 pessoas que têm interesse comercial (...) a regulamentação</p>
--	--	---

		nunca mais sai (...) meia dúzia de pessoas não vão ser suficientes para dar uma ideias ao próprio Estado (...) quanto mais tempo passa sem regulamentação muito mais difícil vai ser, ter uma profissão de qualidade”.
Regulamentação		<p>E1 “provocar (...) um mau nome à Osteopatia, temos uma série de ‘cowboys’ massagistas que leram um livro à noite e se intitulam osteopatas, o público está a ficar com uma ideia errada que os Osteopatas têm umas técnicas no ‘saco’ e estalam uns ossos para o sítio”.</p> <p>E2 “(...) há um crescimento de escolas e o crescimento do número de pessoas que se auto-intitulam de osteopatas... (...) eles não sabem o que é a Osteopatia (...).Como é que eles se podem intitular osteopatas?”</p> <p>E3 “seria o mesmo que dizer a um cirurgião quais as técnicas de cirurgia que ele deve utilizar (...)”.</p> <p>E4 “descrédibilização da nossa profissão (...) termos profissionais mal formados e mal orientados a representar a nossa classe (...) as lutas entre associações não estão a representar a Osteopatia da melhor maneira”.</p> <p>E5 “a falta de regulamentação está a atrasar todo o processo...para já toda a reputação da Osteopatia....(....)”</p> <p>E6 “(...) no mesmo campo dos bruxos e endireitas (...)”.</p> <p>E7 “está a provocar um problema de saúde pública (...) por esses falsos osteopatas”.</p> <p>E9 “(...) muito importante haver uma autonomia técnica e deontológica (...) só com essa autonomia total poderemos ter uma apreciação (...) global e um tratamento holístico, tendo uma filosofia própria (...) a autonomia é necessária para fazer um diagnóstico diferencial, para poder receitar (...) se estamos dependentes de outras pessoas para fazer o diagnóstico não vamos (...) isso não seria Osteopatia (...) seria um terapeuta qualquer que nesta a seguir indicações de outros (...) se não houver regulamentação eficiente (...) não conseguimos separar o trigo do joio”.</p> <p>E10 “é importantíssimo, mas não chega (...) porque falta a regulamentação (...) resolvi ter uma formação alternativa e (...) porquê tal atraso, isso faz-me confusão eu cheguei ao 12º e resolvi ter uma formação alternativa e chamo alternativa (...) não pude escolher numa faculdade este curso, (...) até mesmo à revelia de toda a gente (...) «agora enlouqueceu, vai tirar Osteopatia»... (...) sinto-me com conhecimentos (...) a um profissional de saúde, (...) não acho que se tenha menos</p>

		conhecimentos, (...) não tenho um diploma que diga que sou tal pessoa”.
Exercício profissional	Área primordial da actuação clínica da Osteopatia	<p>E1 “(...) após ter sido fundada pelo Dr.Still, era muito neuro-músculo-esquelética, (...) hoje em dia muitos osteopatas são mais globais e tratam situações tais como endócrinas, intestinais, cardiovasculares (...) também se deve fazer muito mais investigação (...) na Osteopatia intervenções individuais não querem dizer nada, mas quando colocam todas as intervenções em conjunto a Osteopatia é multifactorial, em termos de intervenção; a manipulação não é Osteopatia”</p> <p>E2, E3 “(...) o sistema neuro-músculo-esquelético (SNME), é onde somos mais conhecidos, embora o nosso campo de acção é extremamente vasto”.</p> <p>E4 “diagnóstico osteopático e independente”.</p> <p>E6 “(...) é uma intervenção global”.</p>
	Áreas de intervenção e competências no presente	<p>E1 ponderar na diversidade do Ser Humano “(...) o que é saudável numa pessoa pode não ser noutra (...)”.</p> <p>E2 “(...) a nível da formação tem que se ter um certo nível, e de muita exigência porque estamos a lidar com a saúde das pessoas e um erro pode levar a consequências desastrosas (...)”.</p> <p>E4 “(...) de fazer o diagnóstico e olhar para a pessoas numa forma holística, (...) capacidade para avaliar os factores psico-emocionais, nos conhecimentos adequados de patologia”.</p> <p>E6 “(...) há muita diferença (...) fazemos um diagnóstico diferencial (...) os Osteopatas (...) vê o corpo num todo (...) na fisioterapia preocupo-me só com a parte muscular e muito pouco com o resto. A Osteopatia é muito mais global”.</p> <p>E7 “(...) uma pessoa que seja autónoma e independente na sua profissão tem que ter estas competências, que qualquer osteopata tem que ter e tem neste momento”.</p> <p>E8 “(...) aquilo que um osteopata obtém num País onde a profissão esteja regulamentada ou que deveria ser, (...) dou vários tipos de matérias no curso em que estou ligado e uma delas tem a ver com a integração dos conhecimentos das várias áreas que se ensinam na Osteopatia (...) transformam o aluno não num aplicador de técnicas, mas numa pessoa</p>



		<p>com uma identidade total (...) cobre um vasto leque de componentes, (...) que têm a ver com a ética, o respeito entre si com os seus pares, a noção que é importante promover a profissão através duma alta qualidade sobre si, (...) numa alta qualidade de serviços que presta (...) ter um organismo que zela por si (...) que esse organismo seja mais rigoroso (...) passe para a opinião pública o que realmente se deve dar ideia dum osteopata; (...) integração deontológica e ética com eficiência clínica, permite que o osteopata seja... tenha um estatuto e auto confiança fantásticas, (...) se não for numa profissão regulamentada respeitando isto haverá sempre .... um certo coxear, a pessoa acabará por tender sempre a esconder-se (...)."</p> <p>E9 "(...) a avaliação global do paciente, não só a nível músculo-esquelético, mas psico-emocional".</p> <p>E10 "(...) é fundamental (...) a Osteopatia não está dependente de mais nenhuma área (...) que medicação é que toma, (...) usar o estetoscópio, o esfigmomanómetro, o oftalmoscópio, o audioscópio".</p>
	<p>Sobreposição na actuação profissional com outras profissões</p>	<p>E1 "como sendo parte do grupo".</p> <p>E2 "(...) ou quase todas as profissões que se referiu anteriormente só vão agir no paciente a partir do momento em que há a manifestação da patologia (...) a Osteopatia vai ser uma medicina preventiva no aspecto em que vai resolver o problema antes de aparecerem os sintomas".</p> <p>E4 "sem dúvida alguma o salário... o nosso normalmente não está... em termos de horas (...) não estamos tão bem pagos como se diz por aí (...)"</p> <p>E6 "(...) uma intervenção muito própria".</p> <p>E8 "(...) eu sei o que eles fazem, mas eles não sabem o que eu faço (...) nunca foram expostos ao que nós fazemos e duma forma clara e evidente e por experiência própria, (...) é mais conhecimento de boca a boca (...) espero que venha um organismo que promova o que (...) fazemos junto desses profissionais, para eles saberem".</p> <p>E10 "(...) temos diagnósticos e formas de tratar diferentes".</p>

	<p>Propósitos de actuação futura</p>	<p>E2 “(...) há muita gente que anda, que se diz osteopata e que tem uma formação muito fraca em Osteopatia ou não tem nenhuma (...), e isso tudo vai (...) influenciar a opinião pública, e os maus resultados obtidos por essas pessoas vão (...) afastar a população em geral da Osteopatia, que devia ser benéfico não só para a população, como para o sistema nacional de saúde (...).”</p> <p>E4 “um organismo que (...) consiga realmente fazer uma distinção entre aqueles que são realmente bons na prática da Osteopatia e aqueles que não interessam (...) através da consciencialização a nível global da informação (...) aceitação das pessoas e (...) dos próprios profissionais de saúde na área da medicina, na área da enfermagem e da fisioterapia ou de outro tipo de técnicas este tipo de profissionais acabam (...) hoje em dia querer fazer formações em Osteopatia (...) quer dizer que as pessoas sentem (...) uma grande lacuna a nível do sistema nacional de saúde (...) querem retirar em seu proveito essas formações na área da Osteopatia. (...) não são formações que eu considero que sejam formações suficientes para que se possam considerar então osteopatas credenciados e licenciados preparados(...)”.</p> <p>E5 “(...) nós não queremos tirar nenhum lugar à medicina (...) que podemos todos trabalhar em conjunto (...) um objectivo maior, (...) o serviço ao paciente”</p> <p>E6 “(...) uma boa escola de nível universitário e depois com estágios, é uma coisa que nos falhou”.</p> <p>E7 “(...) são massagistas, são aquilo que são, que não tem a ver com a Osteopatia, (...) a praticam porque acham que tem um bom nome (...) por causa desses bons osteopatas que existem em Portugal e que fizeram a sua formação de base convenientemente”;</p> <p>E8 “(...) a única forma de produzir mais conhecimento (...) é a investigação. (...) que a profissão venha a ser regulamentada (...) como nos Países onde ela está regulamentada em pleno, não é parcialmente, é em pleno, (...) Reino Unido, ou dos Estados Unidos ou Austrália (...) tenho vergonha de eu ser confundido, e do meu nome poder vir a ser arrastado numa profissão que não me dá garantia nenhuma dum serviço bem prestado e com pessoas com estatuto que respeitem (...) os seus colegas, como os seus parceiros clínicos como o próprio paciente, (...) neste momento estou a</p>
--	--------------------------------------	--

		<p>sofrer o impacto negativo disso.”</p> <p>E9 “(...) é essencial haver uma acreditação dos osteopatas que trabalham em Portugal (...) que isso acontecesse a curto prazo (...) é péssimo para os pacientes, estão às vezes a ser tratados por pessoas competentes, mas (...) podem apanhar pessoas que não têm qualquer tipo de formação e se intitulam osteopatas (...) não têm competências para o ser”.</p> <p>E10 “(...) dispersam-se todas as informações temos que lutar todos para o mesmo (...) para além da formação básica deve haver mestrados (...) as pessoas têm que fazer reciclagens (...) a Osteopatia devia ser introduzida nos hospitais é uma coisa que seria útil, há n casos que podem ser tratados. (...) autonomia e ... credibilização, respeito acima de tudo, respeito pelo nosso trabalho”.</p>
Formação qualificada	não	<p>E1 “(...) a maior parte estudaram por um curso de fim-de-semana”.</p> <p>E2“ (...) está a desacreditar a Osteopatia (...)”.</p> <p>E3 “(...) sei que já tem havido acidentes de pessoas que se intitulam de osteopatas (...) é que eles não têm formação suficiente e depois ocorrem acidentes (...)”.</p> <p>E4 “(...) é sem dúvida alguma das coisas que mais me tira o sono (...) é preciso ter um conhecimento a nível fisiológico, mas também de patologia (...) existem já vários profissionais(...) com formação (...) reconhecida por organismos internacionais”.</p> <p>E5 “(...) matar e pode criar lesões ainda maiores (...) e acaba por deitar por terra a reputação dos outros Osteopatas”.</p> <p>E6 “(...) daqueles rápidos que se fazem por aí (...)”.</p> <p>E7“ (...) é um crime (...) é importante que um osteopata tenha uma base médica segura para poder fazer o seu diagnóstico diferencial que é o que acontece nos Estados Unidos ou em Inglaterra”.</p> <p>E10 “(...) existem cursos dum ano, de 3 anos, cursos de 4 anos. As coisas têm que ser organizadas, (...) se calhar a de um ano (...), porque não há regras, a tal falta de regulamentação tanto para com o ensino, como (...) para exercer (...)” – E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9.</p>
Implicação do género		E8 “(...) não acho que implique (...) pacientes serem tratados por homens ou mulheres” – E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E9,E10.

Trajectória profissional/perfil profissional	Fácil	<p>E7 “(...) quando é posta em causa a integridade física do doente (...)”.</p> <p>E8 “não sinto qualquer condicionamento da parte de outros profissionais ou outros colegas osteopatas no exercício que faço, (...)”.</p>
	Difícil	<p>E1 “(...) não curamos tudo, (...) saber quais os nossos limites (...) é saber referenciar os pacientes a outros profissionais. (...) alguém me pediu um nome dum bom neurologista, todos os osteopatas deviam ter uma referência com nomes de quem conhecemos, é parte do trabalho do osteopata saber bem referenciar. Direitos de prática completa incluindo o direito à prescrição ..... trabalhar no Serviço Nacional de Saúde (...) não ‘perder de vista’ as nossas origens naturais e a ‘sensatez’ do corpo”.</p> <p>E3 “(...) como é tal o poder médico (...)”.</p> <p>E4 “(...) lobbies das Ordens (...) não nos interessa a nós, não interessa aos pacientes, interessa fundamentalmente a esses lobbies não sermos reconhecidos em termos de competências (...) a falta de regulamentação (...)”.</p> <p>E6 “(...) a tal regulamentação (...)”.</p> <p>E7 “(...) porque não é reconhecido pelo sistema nacional de saúde”.</p> <p>E8 “(...) mas eu tenho limites à minha prática, ...tenho limites (...) não disponho a perder tudo e mais alguma coisa, e entrar em campos que não são classicamente digamos da formação de base do osteopata (...) respeitarmos os nossos limites para podermos ser respeitados por outros profissionais, incomoda-me (...) colegas meus osteopatas, que não tenham qualquer problema em ter métodos invasivos, estar a fazer infiltrações por exemplo, ou (...) técnicas que são tipicamente de outras profissões só (...) de não quererem perder pacientes”.</p> <p>E9 “(...) falta de regulamentação, a falta de capacidade de prescrição (...) de medicamentos, mas de exames complementares de diagnóstico (...)”.</p>
Poder profissional	Identificação e entendimento de formas de poder profissional	<p>E1 “que o poder vem da qualidade que apresentamos ao Público, (...) é transparente (...)”.</p> <p>E2 “(...) aquilo que exprime os direitos e deveres da profissão (...) que terá a ver com a ética e deontologia e com as</p>

		<p>capacidades técnicas da profissão (...).</p> <p>E3 "(...) poder das profissões (...) como grupo tem um poder político (...) quanto maior for o grupo, (...) maior é a representação, maior é o poder político e ... (...) portanto económico (...) que tem nessa sociedade".</p> <p>E4 "é a capacidade de influência sobre outras profissões, outros técnicos e outras associações (...) é o caso da ordem dos médicos a capacidade de influência (...) não acho que isso funcione em prol do paciente, do utente; (...) funciona (...) favor dos interesses económicos e financeiros".</p> <p>E5 "é a capacidade de mostrar as competências e ser reconhecido".</p> <p>E6 "(...) definir (...) quais são os deveres (...)".</p> <p>E7 "(...) isso faz sentido dentro duma profissão, poder profissional em relação a outras profissões (...) capacidade que a profissão tem (...) ver os pontos de vista singrarem".</p> <p>E8 "(...) poder profissional como um lobby (...) na nossa cultura as coisas só funcionam por lobbies (...) temos a profissão (...) espartilhada (...) não podemos fazer pressão em lado nenhum, (...), são só tiros no pé".</p> <p>E9 "é o poder não só dum profissional mas dum grupo de profissionais (...) é a capacidade dos outros sobreporem-se aos outros".</p> <p>E10 "(...) é estar autorizado a fazer o que é suposto na nossa área (...)".</p>
	Poder médico	<p>E2 "(...) ela não está (...) regularizada, não está uniformizada em Portugal (...) ao tentarem desacreditar-se umas às outras acabam por desacreditar toda a classe (...)".</p> <p>E3 "(...) nem é preciso falar toda a gente sabe que um médico era quase um Deus em Portugal, era o Senhor Doutor e... mantém-se um bocado (...) ninguém toca na classe médica e se tentam.... caiem!".</p> <p>E4 "(...) precisa que a sua profissão seja reconhecida pela ordem dos médicos, isto dá-lhes um poder de cartelização (...) o financeiro é posto acima da qualidade do tratamento e (...) capacidade de resposta do serviço nacional de saúde".</p> <p>E5 "(...) em prol e em benefício do paciente".</p>

		<p>E8 “(...) conhecimentos suficientes para estarmos autónomos (...), há outros profissionais dentro da Osteopatia que os têm (...) enquanto as Ordens em Portugal são basicamente associações profissionais encapotadas, (...) a defender os próprios elementos, no Reino Unido não, (...) protegem o consumidor.</p> <p>E9 “(...) que há interesses financeiros da parte deles, dos Médicos (...) que a Osteopatia pode trazer grandes benefícios para o paciente em si (...) é que depois há essa situação financeira da parte dos médicos e muitos deles (...) se o osteopata estiver a fazer um bom trabalho (...) o objectivo é de atingir um estado de saúde e de bem-estar que (...) um médico de clínica geral não se preocupe tanto como nós”.</p> <p>E10 “(...) não estarem informados como é que a Osteopatia funciona (...) a maior parte deles não sabem, e os que sabem já... já de facto a reconhecem e dizem baixinho «olhe, não resulta, mas olhe vá ao Osteopata, vá ao Osteopata» (...) o tratamento deles não dá (...), vá a outra alternativa que é a Osteopatia (...) tenho pacientes (...) dizem: «disse-me mas foi às escondidas, ah! Foi simpático, foi simpático em me dizer (...) olhe não disse ao Médico que estou a fazer este tratamento senão fica zangado (...)”.</p>
	<p>Relação com o Estado</p>	<p>E1 “a profissão Osteopática trabalha em Portugal no que pode ser descrito em termos de Lei Britânico (...) no Reino Unido se alguma coisa não está em termos de Leis proibido ou admitido a outros, pode fazer-se. Contrariamente em França, onde se actua debaixo da Lei Napoleónica, se algo não está descrito, é proibido. (...) A relação da profissão com o Estado tem sido muito fraca excepto para com o facto que, até membros do Governo incluindo Presidentes e Primeiros-ministros tenham usado Osteopatas para com os seus problemas de algia! (...) presentemente não existe uma posição diferenciada em sentido legal... um massagista que tenha lido um livro sobre Osteopatia, pode apelar-se de osteopata debaixo do sistema português e, em sentido legal não é diferente de alguém como eu que fez um curso de estudo reconhecido, e pratica há cerca de 30 anos”.</p> <p>E2 “(...) acaba por ser um processo demasiadamente moroso, se calhar muito burocrático como tudo o que é em Portugal”.</p>

		<p>E4 “(...) ego das pessoas, o facto de não estarem a remar para o mesmo lado e, estarem a remar para o seu umbigo (...) da parte das associações e das Ordens e dos tais lobbies (...) as pessoas não têm formação, não têm qualidade para exercer a profissão, mas sem dúvida alguma, as questões financeiras são as de maior relevância”.</p> <p>E5 “(...) há médicos que não sabem avaliar a Osteopatia, por falta de conhecimento da própria filosofia (...)”.</p> <p>E7 “(...) deputados na Assembleia das República são médicos, e aí está o poder médico a querer intervir sobre a outra profissão (...) são políticos, mas são médicos (...) os profissionais cumprem as suas obrigações (...) estão a trabalhar numa forma completamente desorganizada e sem forma (...)”.</p> <p>E10 “(...) é importante que as pessoas saibam o que é a Osteopatia (...)”.</p>
	<p>Poder profissional e regulamentação dos osteopatas</p>	<p>E3 “(...) ao poder instituído da medicina convencional não interessa concorrência (...) nós devíamos ser uma equipa de saúde”</p> <p>E5 “(...) diziam isso que na América é uma especialidade médica e não sei mais o quê (...) eu acho que é acima de tudo a (...) nossa falta de coesão como profissionais que leva a que não tenhamos ainda uma (...) capacidade mais forte de nos podermos integrar e identificar no mercado e junto de todas as medicinas (...) acredito que seja muito por falta de conhecimento também da nossa apresentação (...) perante o Presidente da Ordem dos Médicos e, da Ordem dos Médicos também, (...) há uma lacuna muito grande de comunicação, há muitos médicos que não sabem o que é a Osteopatia (...) tem que se definir um (...) referência, têm que ser pessoas que definem a referência são pessoas que estão devidamente informadas sobre os vários tipos de formação Osteopática no mundo inteiro (...) chegar a um consenso (...). Inglaterra já provou por A mais B que funciona, (...) esta é a forma de trabalhar na Europa, e que é aquela que é homologada pelo Governo que tem já uma tradição, (...) é muito eficaz em muitas disfunções e a partir daí...”.</p> <p>E7 “(...) tudo o que venha a fazer frente (...) algo que está instituído (...) é sempre difícil de (...) deixar que se desenvolva”.</p> <p>E8 “(...) tem menos sobrançeria, menos tentativa de domínio sobre os outros (...) no sentido de acharem que a exclusividade dos serviços prestados, clínicos têm que ser médicos, todo o resto é complementar e têm que trabalhar</p>

		<p>sobre a alçada do médico (...) não percebo bem (...) porque vai haver intervenção do corpo médico na regulamentação da Osteopatia (...) a competência só pode ser reconhecida na formação de base que os profissionais tiverem (...) e como em Portugal a formação de base e a formação a seguir a essa formação de competência é desastrosa não vamos poder utilizar essa referência (...) este individuo tem que ter este conjunto de conhecimentos mas necessita de ter mais isto (...) vai haver essa formação complementar e neste momento não está organizada”.</p> <p>E9 “(...) por exemplo na área músculo-esquelética (...) em termos de conhecimentos base estamos ao mesmo nível (...)”.</p> <p>E10 “(...) há o interesse financeiro (...) das escolas, das profissões, do próprio Estado (...) poupa e muito (...)”.</p>
Reconhecimento inter-profissional		<p>E1 “(...) através dum perfil profissional e portfólio (...)”.</p> <p>E2 “(...) têm um estatuto muito baixo (...) não sabem o léxico médico e não sabem comunicar com os outros especialistas na saúde (...) é uma grande falha que temos nos osteopatas aqui em Portugal”.</p> <p>E3 “(...) o reconhecimento entre as várias profissões (...) é importante, porque o reconhecer uma profissão é o reconhecer a qualidade do trabalho que esse profissional exerce e esse trabalho é reconhecido (...) as pessoas constatarem a qualidade, a validade, a importância desse trabalho na sociedade”.</p> <p>E4 “(...) têm uma abertura completamente diferente (...) que também não percebem e não conseguem fundamentar a opinião da ordem que os representa”.</p> <p>E5 “(...) do conhecimento associado desde o terceiro ao quinto ano (...) tenho que reconhecer, pois passei pelos dois lados (...) isso é gravíssimo (...) trabalham sem formação profissional, ou seja fazem experiências com os seus primeiros pacientes”.</p> <p>E6 “(...) os médicos não nos têm muito em conta (...) as pessoas achem que nós somos úteis”.</p> <p>E7 “(...) muito mais bem vista do que há uns anos atrás (...)”.</p> <p>E8 “(...) capacidade de ler o ser humano (...)”.</p> <p>E9 “(...) não tem uma grande imagem”.</p>



		E10 “(...) aconselham porque não há alternativa, já não podem fazer nada, «olhe então vá!» ”.
Reconhecimento profissional pelo Público		<p>E1 “têm que ter uma qualificação académica, uma qualificação clínica (...)”.</p> <p>E3 “(...) se a sociedade não nos reconhecesse, os osteopatas, nós não tínhamos pacientes (...)”.</p> <p>E4 “sem dúvida alguma as pessoas são reconhecidas pela sua capacidade de (...) como em todas as áreas há bons e maus profissionais (...) verificado uma crescente exponencial de vontade das pessoas de saberem o que é a Osteopatia, no que é que a Osteopatia os pode ajudar (...) existe uma abertura a nível social para a aceitação da Osteopatia (...) existe uma vontade social para que a Osteopatia seja aprovada e para que a Osteopatia seja disponível para todos os quadrantes da sociedade (...) serve para bloqueio a esta vontade social, são as burocracias e as Ordens e as Associações (...) têm constantemente travado o processo de acreditação”.</p> <p>E 6 “(...) já há mais informação sobre a profissão”.</p> <p>E10 “(...) toda a gente sabe o que é um estomatologista e não sabe o que é um osteopata”.</p>
Prática/desempenho profissional	Dificuldades	<p>E1 “(...) ainda não trabalhamos debaixo duma regulamentação oficial por estatuto... quando (...) suceder teremos o mesmo estatuto dos médicos”,</p> <p>E4 “(...) em sua posse a faca, o queijo, o pão e toda a gente na mão (...)”.</p> <p>E5 “(...) não há regulamentação e (...) cursos (...) muito variados”.</p> <p>E8 “é a falta de conhecimento”.</p> <p>E9 “(...) têm muitas limitações não só a nível de interacção com o paciente (...) mas também a nível do diagnóstico diferencial e (...) na aplicação do tratamento, (...) é tudo muito generalizado é tudo (...) um género, ou uma combinação de técnicas que se aplicam a todos os casos, independentemente do problema ou da patologia, e acho que isso mostra que estão a trabalhar dentro de muitas limitações porque não estão a individualizar o tratamento e a abordagem a cada</p>

	paciente, que é essencial na Osteopatia”. E10, “não são suficientes”.
Aspectos negativos	<p>E1 “(...) o facto de alguns terem feito um curso em Portugal através do Reino Unido isso não chegou, pelo que tenho falado e conhecido, muitos destes têm feito muitos outros estudos extras, fizeram supervisão clínica e documentaram tal (...) têm evoluído, os cursos em Portugal não estão no patamar suficiente.</p> <p>E3 “(...) um massagista com o quinto ano, tirava o curso de massagem em 2 ou 3 meses e depois a seguir fazia um curso de Osteopatia num ano e meio aos sábados. Depois sei que realmente esse curso evoluiu para dois anos e sei que (...) está neste momento em 3 anos pós laboral o que não chega a ser uma carga horária sequer dum curso de fisioterapia, portanto mesmo um curso de fisioterapia tem uma carga horária maior que esses curso, (...) a qualidade desse curso não pode ser suficiente, a Osteopatia não é um curso de fisioterapia (...)”.</p> <p>E4 “sem dúvida alguma que existem lacunas bastante graves na formação em Portugal (...) na formação em Portugal tendo em conta o objectivo que nós temos, (...) que o Osteopata tem que estar preparado para trabalhar em várias situações, e não só, no regime privado, (...) não tanto em termos de formação a nível de conhecimento de técnica, ou do conhecimento a nível geral a nível... ou do conhecimento específico a nível anatómico ou fisiológico ou patológico, mas em termos práticos existe uma grande lacuna, não existe uma estrutura em Portugal capaz de receber os profissionais recém-formados ou os profissionais que concluíram o seu conhecimento teórico não existe uma estrutura que consiga comportar estes futuros profissionais ou profissionais que possam realmente fazer um estágio integrado com ... estruturado e pensado para a boa prática da Osteopatia”.</p> <p>E5 “(...) eu cheguei lá não sabia nada comparado com o resto da turma... os conhecimentos deles eram muito maiores”.</p> <p>E8 “nem pensar, aquilo que eu adquiri na minha formação em Portugal não confere sequer aproximação daquilo que se considera ser a competência em Osteopatia, nem em termos de identidade nem em termos de intervenção clínica (...) nem pensar, aquilo que eu adquiri na minha formação em Portugal não confere sequer aproximação daquilo que se considera</p>

		<p>ser a competência em Osteopatia, nem em termos de identidade nem em termos de intervenção clínica”.</p> <p>E9 “(...) talvez pela ignorância da parte deles”</p> <p>E10 “(...) não convém muito que nós tenhamos resultados (...) interessa que as pessoas continuem doentes”.</p>
Identidade Profissional	Competências / Comparação de formação entre Portugal e estrangeiro	<p>E1 “(...) acham que a Osteopatia é uma técnica, que usam, assim nem sequer sabem o que é a Osteopatia, pensam que é uma técnica”.</p> <p>E2 “(...) grande tradição nos EU e em Inglaterra (...)”.</p> <p>E3 “(...) para qualquer profissão poder evoluir (...)”.</p> <p>E5 “(...) já faz parte da manutenção da saúde (...) em relação a Portugal como não há regulamentação, muitos podem ser Osteopatas e muitas vezes sem formação adequada com o risco associado”.</p> <p>E6 “(...) nos tiraram poderes (...)”.</p> <p>E7 “a diferença é que lá há regulamentação e cá não há (...)”.</p> <p>E8 “(...) a diferença era abissal e que as coisas não tinham nada a ver, era uma profissão totalmente diferente (...) «Osteopatia» (...) fisioterapeutas (...) eles aprendem é mais e melhor técnicas osteopáticas (...) fisioterapia (...) protocolos rígidos biomecânicos (...) falta a individualidade (...)”.</p> <p>E9 “(...) mais facilidades de investigação (...) fazer qualquer tipo de investigação clínica na área da Osteopatia, há grande dificuldade e sem qualquer apoio (...)”.</p> <p>E10 “(...) se é válido lá porque é que não é cá? (...) e de repente a Osteopatia cá não vale nada, mas lá fora já existem médicos osteopatas credenciados (...)”.</p>
	Áreas de Intervenção clínica	<p>E1 “(...) para que se chegue a um nível adequado a nível internacional (...)”</p> <p>E2 “(...) se uma pessoa tem um bom conhecimento osteopático (...), por norma digo eu, não vai receitar medicação logo quando o fará só se for estritamente necessário, (...) tendo todas a filosofia e todo o raciocínio osteopático atrás, ter a nível de formação cirúrgica, (...) porque os osteopatas que têm que ter um grande nível de anatomia de superfície e de</p>

		<p>anatomia geral, (...) e logo por isso para praticar cirurgias penso que eles estarão muito bem adaptados para isso, terão os conhecimentos básicos, para pelo menos entrar a nível como sabem com cursos de pequenas cirurgias ou até cirurgias mais avançadas; penso que nos Estados Unidos, os osteopatas têm preferência por ortopedia e neurocirurgia (...) excelência, como o nível inglês (...)."</p> <p>E3 "(...) estou a pensar melhor, o médico não é qualquer médico que exerce cirurgia, tem que fazer a especialidade de... de cirurgia para poder exercer a cirurgia, portanto um médico, um osteopata poderia realmente fazer uma especialidade de cirurgia e dedicar-se à cirurgia, já ter uma visão osteopática da cirurgia, portanto, agora o Osteopata normalmente, como o Médico de clínica geral, o Médico de medicina interna, não vai exercer a Cirurgia (...) consultas não serem comparticipadas pela segurança social, pelas companhias de seguros(...)".</p> <p>E4 "(...) e quando realmente as coisas são fundamentadas (...) o facto é que uma boa formação, uma formação consolidada reduz a percentagem... a probabilidade de actos negligentes".</p> <p>E5, E6 "(...) o mais possível (...) desde que haja uma boa formação de base numa escola universitária".</p> <p>E7 "a formação de base dum osteopata é médica, é de medicina (...) tendo a Osteopatia um pensamento diferente, uma forma holística de actuar aliás a prática osteopática tem demonstrado a qualidade da intervenção a nível do doente e a resolução muito mais rápida dos problemas, ganha o doente, ganha o Estado porque não paga tantas baixas, ganham os patrões porque têm o (...) funcionário disponível para trabalhar, (...) ganha o doente porque gasta muito menos dinheiro em tratamentos e tem muito menos dores e está muito menos tempo sem trabalhar".</p> <p>E8 "(...) tem alguns elementos comuns com qualquer curso de medicina e pela exigência que tem o curso até tem bastantes (...) um bom Médico não faz um bom Osteopata, como o bom osteopata não faz o bom médico (...) pensamento osteopático é uma coisa absolutamente lógica (...) é lógico estudar as relações no corpo humano (...) finalistas estão de tal maneira conectados com a maneira de pensar alopática que não perceberam nada (...) tudo é olhado como um equilíbrio (...) se calhar pode-se fazer uma cirurgia numa forma osteopática, não sei como funcionará isso, o que sei é que</p>
--	--	---

		<p>têm protocolos rígidos, muito deles baseados em estatística (...) seria transferirmos todo o sistema Britânico para Portugal”.</p> <p>E9 “(...) um currículo académico dum curso de medicina (...) estão no mesmo nível (...) senão em certas áreas mais aprofundado, por exemplo na área músculo-esquelético (...)” ainda realçou que “(...) o Estado pode beneficiar, como o próprio Osteopata e os Pacientes (...) inserido no sistema nacional de saúde”.</p> <p>E9, E10 “(...) provavelmente iria poupar bastante dinheiro em termos de exames complementares, muitas vezes o nosso diagnóstico consegue ser feito através da palpação, através dos testes que fazemos sem precisar de recorrer a exames complementares e aí ir-se-ia poupar bastante dinheiro”.</p> <p>E10 “(...) mas pelo menos receitar (...) demoram imenso tempo (...) se as pessoas dentro das escolas tiverem interesses em só fazer dinheiro, põem se calhar qualquer pessoa, não lhes interessa a importância disso (...) o ideal de osteopata em Portugal é o mesmo que um Osteopata, (...) em Inglaterra (...)”.</p>
Título de Dr.	Aceitação	<p>E1 “(...) após um treino tão longo, é justo usar tal título (...)”.</p> <p>E2 “(...) o título de Dr. deve ser usado devido à formação que se tem (...) porque qualquer pessoa licenciada é um Dr.(...) é um facto cultural, não há que dizer nem que sim, nem que não”.</p> <p>E3, E4 “(...) para já estamos num País de Doutores (...) porque é que os Osteopatas não devem usar o título de Dr.?”.</p> <p>E7 “(...) porque inserem-se num ramo da medicina e estão ao nível de todos os outros que fizeram medicina, o curso de medicina normal”.</p> <p>E8 “(...) bastante aceite (...) tem alguma excelência e respeitabilidade”.</p> <p>E9 “(...) qualquer (...) que tenha a ver com a medicina, acredito que devia ter também o título de Dr. antes do seu próprio nome (...) talvez seja pela tradição”.</p> <p>E10 “ (...) acho que não somos tão diferentes de outros (...) profissionais médicos”.</p>
	Rejeição	<p>E5 “(...) não acho bem que usem o título de Dr., só com uma licenciatura, porque é dentro do regime legal que nós usamos</p>

		<p>o título de Dr.”.</p> <p>E6 “(...) por enquanto não, porque não está esclarecido (...) eu não tenho formação neste tempo, neste momento para me considerar Dr / Dra., toda a formação que eu fiz não está (...)”.</p>
<p>Título Profissional de Osteopata e Médico Osteopata</p>	<p>Aceitação / Aspectos positivos</p>	<p>E7 “(...) a Osteopatia é um ramo da medicina (...)”.</p> <p>E9 “(...) não só caracteriza melhor não só o trabalho (...) como também a sua credibilidade, talvez seja a palavra certa para descrever isso (...) porque o termo médico traz uma credibilidade acrescida”.</p> <p>E10 “(...) tem toda a lógica que seja medicina osteopática (...)” ainda diz que existem nesta profissão pessoas com diferentes níveis de formação e que é importante “(...) que a formação seja a mesma (...) penso que médico osteopata (...) não somos terapeutas (...) eu não faço massagens, eu trato pessoas (...)”.</p>
	<p>Importância da alteração do título</p>	<p>E1 “(...) não somos médicos convencionais mas sim osteopatas, isto é, médico osteopata (...) o público tem que saber e ter a certeza que não vem a consultar um médico convencional (...)”.</p> <p>E2 “ (...) mais a vertente para a terapia manipulativa (...)”.</p> <p>E4 “(...) a regulamentação da Osteopatia está a tardar (...) fazendo essa distinção, cria-se uma... uma diferenciação entre a qualidade do profissional”.</p>
	<p>Rejeição / Aspectos negativos</p>	<p>E5 “(...) fomos muito dedicados ao estudo fisiológico e patológico da parte reumatológica e de todas as doenças sistémicas que têm repercussão a nível músculo-esquelética (...)”.</p> <p>E6 “(...) profissional de saúde (...)”</p> <p>E8 “(...) Medicina associado à Osteopatia (...) a profissão médica em termos culturais é muito forte”.</p>
	<p>Indiferença</p>	<p>E3 “(...) a origem da Osteopatia vem dos Estados Unidos em que a Osteopatia é a Medicina Osteopática, (...) e é uma medicina autónoma, digamos, em que a Osteopatia não é um conjunto de técnicas, mas é uma medicina completa, em que se tratam os doentes dum ponto de vista diferente da medicina alopática, portanto do ponto de vista mecânico mas ela é uma medicina, (...) por isso realmente o ser médico de medicina osteopática ou médico osteopata”.</p>

<p>Associativismo / práticas organizacionais</p>	<p>Tipo de actuação / panorama associativo</p>	<p>E1, E2“(...) um objectivo igual entre elas (...)”.</p> <p>E3 “(...) saem duma associação e formam uma outra associação (...)”.</p> <p>E4 “(...) devem-se ter requisitos mínimos de conhecimentos mínimos (...) pai da Osteopatia em Portugal”.</p> <p>E5 “(...) Osteopatia por correspondência em seis meses (...) lança o seu próprio curso (...)”.</p> <p>E6 “(...) há várias associações que andam às guerras (...)”.</p> <p>E7 “(...) quem deveria fazer essa formação deviam ser a s escolas, não havendo regulamentação... as associações têm de assumir esse papel e de fazer a formação dos profissionais (...)”.</p> <p>E8 “(...) o que sucede é que toda a gente tende a defender os seus próprios interesses”.</p> <p>E9 “(...) não é benéfico haver tantas associações (...)”.</p> <p>E10 “(...) assim ninguém se entende (...) há algumas pessoas que não lhes convém que a Osteopatia ande para a frente e isso é péssimo e não percebem...é mais rentável (...) a pessoas não podem por no IRS (...) as próprias escolas também ganham muito com isso (...) pagamos balúrdios para depois não sermos reconhecidos em nada (...) parece uma máfia para os dois lados... tanto para a parte médica como para a nossa guerra”.</p>
	<p>Actividade Associativa</p>	<p>E1 “(...) tem havido contribuições”.</p> <p>E2 “(...) seria bom se toda a gente estivesse de acordo (...) ainda mais as coisas (...) cada um puxar a brasa à sua sardinha (...) fazer uma Associação de Osteopatas (...) não é preciso especialmente nada, nem sequer ser osteopata para criar uma Associação de Osteopatia (...) acaba por haver uma grande desintegração das Associações e um afastamento (...) de cada uma delas (...) levam a um processo de fragmentação da Osteopatia em geral em Portugal (...)”.</p> <p>E3, E6, E7 “(...) é a forma de conseguir separar (...) o trigo do joio (...) mesmo aqueles que têm formação às vezes (...) também são comparáveis ao joio (...) é preciso regulamentação, mas isso na medicina também existe (...) para que se consiga desenvolver a Osteopatia”.</p> <p>E5 “(...) ficar estagnado (...) consenso”.</p>

	<p>E8 “(...) defender a profissão como ela existe nos Países onde ela tem o estatuto pleno (...)”.</p> <p>E9 “(...) não é benéfico haver tantas associações (...)”..</p> <p>E10 “(...) as pessoas que têm formação cá acabam por tirar o curso fora (...) não se sentem capazes de o fazer cá, e portanto vão fazer fora (...)”.</p>
Relação inter-associativa	<p>E2, E1 “(...) tem havido tanta diferença na qualidade (...) ter um organismo como o GOsC”.</p> <p>E3 “(...) e muito menos pela Osteopatia em Portugal e no Mundo (...) queriam ver mais trabalho (...)”.</p> <p>E4 “(...) deixam que o seu ego seja maior que o objectivo da Associação (...)”.</p> <p>E6, E5 “(...) pouca coesão, porque há formações diferentes e há hierarquias de formação diferentes e de conhecimento (...)”.</p> <p>E7 “(...) com formação, formação e mais formação”</p> <p>E8 “(...) são só fachada (...) há indivíduos que têm interesses individuais (...) há pessoas que não interessam à profissão, (...) que só estão a fazer mal (...) temos de ir para a frente sem elas (...)”.</p> <p>E9 “(...) fazem uma massagem ou outra e manipulam</p> <p>E10 “(...) queremos ajudar pessoas (...)”.</p>
Filiação associativa	<p>E1 “(...) mesmo que qualquer um possa fazer uma (...)”.</p> <p>E2 “(...) acaba por não ter nenhum acréscimo”.</p> <p>E3 “(...) é mais o...o querer contribuir (...) a Osteopatia continua por regulamentar (...)”.</p> <p>E4 “(...) realmente está a servir de força de bloqueio de uns aos outros”.</p> <p>E5 “(...) senti a diferença no grau de qualidade e (...)”.</p> <p>E6 “(...) importante o osteopata ter uma Associação para o defender por trás, nós sozinhos não somos nada”.</p> <p>E7 “(...) pertencem à Associação (...)”.</p> <p>E8 “(...) única Associação em Portugal que representa e que junta os profissionais que fizeram formação em países onde</p>



		<p>a profissão está regulamentada (...).  E9 "(...) estou associado (...)"  E10 "(...) até as coisas estarem regulamentadas".</p>
<p>Perspectivas profissionais futuras</p>	<p>Ideal osteopático</p>	<p>E1 "(...) tenha o seu lugar no campo da saúde (...) assim as pessoas necessitam de cuidados osteopáticos".  E2 "(...) Portugal é um caso à parte (...) grande confusão, já temos pessoas formadas em escolas diferentes (...) não se sabe muito bem donde é que vieram (...) os osteopatas, hoje em dia é uma aglomeração de muita gente, desde os endireitas a curiosos e pessoas recentemente formadas (...) não toda a formação que há em Portugal, mas daquela que eu conheço, sim".  E3 "(...) passam a ser massagistas (...) que tenham uma formação adequada".  E4 "(...) vai conseguir ganhar o seu lugar no sistema nacional de saúde (...)".  E5 "(...) somos cidadãos do mundo (...) em que é feita uma triagem entre os verdadeiros e os mais ou menos osteopatas (...)".  E6 "(...) nunca pode ser nada sem uma escola de nível universitário (...) toda a gente tira cursos de três e seis meses, portanto é igual (...)".  E9 "(...) filhos da mesma mãe (...)".  E10 "(...) temos de defender os pacientes (...)".</p>
	<p>Direitos de prática clínica</p>	<p>E4 "(...) ao mesmo nível que os profissionais na Europa".  E7 "(...) à luz da ciência (...) a lei que nós temos se for bem regulamentada (...) há determinados aspectos que podem ser integrados (...)".  E8 "(...) tenho muito pouco a ver com o sistema em Portugal (...) sinto-me plenamente realizado com o que estou a fazer no Reino Unido (...) contaminar os osteopatas portugueses (...) poderem aumentar a sua competência (...) que se preconiza nos Países onde a profissão está regulamentada (...)".</p>

<p>Intervenções relacionadas com o reconhecimento profissional</p>		<p>E1 “(...) têm que ter uma qualificação académica, clínica e serem examinados”.</p> <p>E3, E2 “(...) em Inglaterra, nos EUA, na Nova Zelândia, na África do Sul, por isso há o reconhecimento científico (...) também tem que haver o social (...) em Inglaterra antes de qualquer pedido de raios x, os médicos referem ao osteopata para minimizar a dose de radiação e os custos para a segurança social”.</p> <p>E3 “(...) é um campo que a medicina convencional não abrange, do ponto de vista mecânico (...) conseguimos uma qualidade de vida aos pacientes (...)”.</p> <p>E4 “(...) nas tomadas de decisão, do profissional, na sua capacidade de diagnóstico e tratamento (...)”.</p> <p>E6, E5 “(...) tanto académico, como prático (...)” são essenciais.</p> <p>E7 “(...) tipo de diagnóstico que nós temos, a metodologia, a avaliação, a filosofia que é própria (...)”.</p> <p>E8 “a formação de base, tem que ser de nível superior (...)”.</p> <p>E10, E9 “(...) componente académica e teórica (...) é ainda muito importante haver prática clínica durante o curso”.</p>
<p>Evolução e Desenvolvimento profissional</p>	<p>Desenvolvimento profissional contínuo / ao longo da vida</p>	<p>E1 “(...) faço actualmente estudos em neurologia ‘mirror boxes’, que pode ajudar em AVCs, (...) também (...) sobre síndrome da dor regional (complexo). Sem a neurologia a Osteopatia seria empurrar músculos, é uma parte essencial do conhecimento (...)”.</p> <p>E2 “(...) workshop de técnicas (...) manipulativas (...) temos de estar a par de tudo o que acontece e que é (...) recente a nível da medicina, da biologia, da fisiologia (...)”.</p> <p>E3 “(...) nós trabalhamos com pessoas devemos dar o melhor de nós e isso exige formação (...)”.</p> <p>E4 “(...) poder prescrever exercícios em certas e determinadas patologias (...) esta formação tem-me ajudado (...)”.</p> <p>E5 “(...) a tecnologia e a investigação está sempre em actualização”.</p> <p>E6 “(...) fiz os cursos de formação (...) com Franceses, tivemos com Americanos (...) tenho lá os diplomas, mas não sei se valem grande coisa, porque não temos reconhecimento (...)”.</p> <p>E7 “ (...) várias formações a nível visceral (...) obstetrícia (...) uro-ginecologia (...) procedimentos osteopáticos novos (...)”.</p>

		<p>o que eu não gosto muitas das vezes (...) daquelas práticas esquisitas que às vezes aparecem (...) pessoas que não têm muita formação e depois vagueiam pelo paranormal isso eu não sou (...) práticas sacro-cranianas (...) coisas estranhas (...).  E8 “(...) fez o curso de Osteopatia, embora parcialmente (...) necessidade profissional e sobrevivência económico-financeira”.  E9 (...) num hospital (...) vários seminários, sobre diagnóstico diferencial (...).  E10 “(...) num dos seminários houve uma guerra exactamente (...) porque havia um certo tipo de osteopatas que não podiam entrar porque não tinham... (...) quem quer aprender deve aprender, o ensino não deve ser cortado a ninguém”.</p>
<p>Estratégias de integração e desenvolvimento em Portugal</p>	<p>Desenvolver</p>	<p>E1 “criar pontes com a profissão médica”  E2 “(...) uma definição aceite por todos (...) tem que haver uma selecção das pessoas que se enquadram (...) começar a fazer cursos de formação (...) no melhor dos casos seria pelo Estado Português (...)”.  E3 “continuamos a bater na mesma tecla, é a regulamentação da Osteopatia (...) acho que é muito importante, para a saúde, para a qualidade... de saúde que é feita nos hospitais... e para a qualidade da Osteopatia que nós exercemos”.  E4 “(...) necessidade de nivelar os conhecimentos dos indivíduos (...) sem dúvida alguma integrar o curso da Osteopatia no modelo mais próximo do Americano, no modelo em que a Osteopatia é mais independente e mais próxima do utente (...)”.  E5 “(...) é formação acima de tudo.  E7, E6 “(...) uma escola de base a nível Universitário, reconhecimento da profissão como osteopatas, como médico osteopata, acho indiferente (...) acho fundamental podermos prescrever alguns medicamentos, acho um disparate não podermos prescrever um (...)”.  E9, E8 “(...) contaminarmos os osteopatas com as ideias dos profissionais regulamentados (...) sim, registados no Reino Unido (...) o ideal era mesmo criar cursos de base (...)”.</p>

		E10 "(...) melhor formação, regulamentação, (...) como protecção dos pacientes (...) mas as que não são capazes, terem um curso de reciclagem (...)."
Carreira de Osteopata	Informação sobre a profissão	<p>E1 "(...) um dos amigos meus amigos em New York era Quiroprático (...) cheguei à conclusão (...) seria Londres (...)."</p> <p>E2 "(...) e de pessoas que tinham tido bons resultados com osteopatas (...) formados em Inglaterra".</p> <p>E3 "(...) era fisioterapeuta ia (...) começar o curso de Osteopatia".</p> <p>E4 "(...) foi a (...) professora que me inscreveu porque eu não tinha conhecimento da Osteopatia (...)."</p> <p>E5 "(...) foi através do Dr.X (...) vi-o a trabalhar (...) fiquei fascinada/o".</p> <p>E6 "(...) achava que a fisioterapia não explicava (...) porque era a área que eu gostava (...)."</p> <p>E7 "(...) a primeira vez que tive contacto com a Osteopatia foi como Dr.X (...) quando ele trabalhava cá em Portugal (...)."</p> <p>E8 "(...) disseram-me que para ser osteopata tinha que ser fisioterapeuta ou médico (...) não sei se por ignorância dela (...)."</p> <p>E9 "foi aos 15 ou 16 anos fui tratado por um osteopata aqui em Portugal(...) falou-me que o melhor sítio era a Inglaterra (...) gostei !"</p> <p>E10 "(...) vi em Londres, eu queria ir para fora, na altura não tinha dinheiro (...) e foi porque estava a tirar acupunctura, achei que era uma estupidez, já estava no terceiro ano, foi um disparate devia ter ido (...) arrependo-me de não ter ido (...)."</p>
	Argumentos favoráveis	<p>E2 "(...) nesse aspecto é uma das mais belas profissões que pode haver, estar a dar saúde aos outros (...)"</p> <p>E3 "(...) a Osteopatia é uma paixão (...) menos química, mais natural (...)."</p> <p>E4 "(...) pessoas mal formadas já existem bastantes (...)."</p> <p>E5 "(...) eu própria/o gosto do que faço, vejo resultados (...) mas nunca (...) diria para fazerem o curso em Portugal (...) o que existe não está regulamentado (...) se tiverem hipóteses de tirarem um curso que está regulamentado digamos tirar nos EUA ou em Inglaterra".</p>

		<p>E8 “(...) ir fazer outro curso que está regulamentado (...) no estrangeiro é sempre o que eu digo (...) acho fantástico o trabalho que está a fazer, o Mestrado em investigação que está a fazer, acho fantástico”.</p> <p>E9 “(...) uma regulamentação e um método de qualificar ou caracterizar quem tem qualificações ou não”.</p>
	Argumentos desfavoráveis	<p>E1 “(...) é mais difícil do que ser médico (...)”.</p> <p>E2 “(...) quem tem uma vontade de ajudar o seu próximo, tenha algum altruísmo (...) acaba por haver muita concorrência desleal (...) acaba por haver uma má fama que se cria à volta dos osteopatas”.</p> <p>E6 “(...) não estamos classificados em lado nenhum (...)”.</p> <p>E7 (...) pelas pessoas, que tenham amor a esta ciência, a esta arte a esta forma de... de ajudar os doentes”.</p> <p>E8 “(...) grande dificuldade e amargura muito grande (...)”.</p> <p>E9 “(...) em Portugal a falta de regulamentação (...)”.</p> <p>E10 “(...) eu só aconselharia a fazer Osteopatia se fosse para fora de Portugal, infelizmente tenho mesmo que dizer isto (...)”.</p>
	País Europeu de referência	<p>E1 “é claro o Reino Unido é o standard por toda a Europa (pssst... não diga aos Franceses). Isto é assim, porque para além de ter a mais longa tradição desde Littlejohn até aos nossos dias, trabalhou-se arduamente para criar um estatuto oficial, legal com regulamentação através da Lei (...)”.</p> <p>E2, E3, E4 “(...) os primeiros passos a nível da Osteopatia (...)”.</p> <p>E5 “(...) muitas Dissertações e muitos Mestrados (...) e (...) muito atentos à questão holística, e à parte da investigação e (...) neurociência (...)”.</p> <p>E7, E8 “o Reino Unido é sem dúvida o país de ponta da Europa, e praticamente todos têm recorrido de alguma forma, (...) é inultrapassável, não só porque a profissão tem muitos anos de formação, (...) é extremamente bem organizada, como conseguiu aumentar a qualidade dos profissionais ao longo o tempo, e como de ano para ano as revisões sucessivas que têm sido feitas à própria necessidade de existência dum organismo autónomo regulador, tem mostrado que realmente</p>

		merece continuar a profissão a ter um organismo próprio, e a não ser integrado com outras profissões como acontece por exemplo com a fisioterapia e outras profissões de saúde, e portanto sem dúvida nenhuma, no Reino Unido tem-se conseguido puxar o mais possível os profissionais para cima, e por isso é que têm o reconhecimento que têm”.
--	--	---



# ANEXO I

## A natureza da Osteopatia.

Começando pelo ponto de vista da prática e intervenção Osteopática, segundo o autor, a Saúde deve ser tida e definida como a compreensão das reacções funcionais do organismo dependente da sua estrutura, isto tem que ser interpretado como uma intemporal estabilidade dinâmica, incluindo a adaptabilidade homeostática do organismo a qualquer agressão ambiental (cargas alostáticas), com uma sensação de bem-estar e paz em relação a si mesmo, à natureza e a outros organismos, assim, pode-se descrever como o estado de Saúde Total e bem-estar, relacionado com a melhor qualidade de vida possível.

Para se (tentar) fazer chegar a tal, o Osteopata tem que ter as seguintes competências, caso contrário não será um Osteopata com os princípios, conhecimentos técnicos, filosóficos e científicos, mas sim um indivíduo que aprendeu algumas técnicas manipulativas que poderão ser Osteopáticas ou não.

Começando, pelo que é a Osteopatia:  
há uma maior facilidade em descrever do que definir o que é a Osteopatia.

É uma ciência, profissão e arte, baseada em conceitos e métodos que primeiro foram enunciados, como já dito, pelo Dr. Andrew Taylor Still, cirurgião major na XXI milícia e IX cavalaria do Estado do Kansas, EUA. É assumida autónoma, em termos técnicos e deontológicos e distinta em termos de cuidados, promoção e tratamento da saúde, compreendendo diagnósticos diferenciais.

Promove um normal funcionamento do ser humano como indivíduo, abrangendo e usando o conhecimento existente em termos de funções tais como: comportamento, química, física, espiritual, e biológica no que é a pessoa humana como organismo independente e autónomo, relacionado com outros em função do meio ambiente em que é rodeado.

Os conceitos osteopáticos dão ênfase em alguns princípios que se poderão descrever como:

- A pessoa humana é uma unidade independente onde estrutura, função, mente e espírito (ou seja para as últimas duas, a dimensão psico-emocional) se interligam e não funcionam independentemente.
- Há uma auto regulação homeostática em relação a desequilíbrios ou doenças.
- Uma função adequada depende duma normal, óptima ou própria função da influência neurotrófica, impulsos nervosos e circulação desimpedida.



- Um regime de tratamento racional, considerado Osteopático, tem que ser baseado nesta filosofia e princípios.

Na Osteopatia num contexto de abordagem holística, entre várias situações (já sucintamente referenciadas e ainda a desenvolver) próprias da Osteopatia / Medicina Osteopática, também, através dum modelo de saúde e doença 'bio-médico-psicosociológico' (incluindo a parte ambiental e cultural), promove-se o restauro e a manutenção da homeostasia mecânica dos tecidos corporais, dando ênfase ao sistema neuro-músculo-esquelético, avaliando e tratando com palpação e intervenção manual, através dum próprio desenvolvimento da propriocepção, complementando-se com outros exames auxiliares de diagnóstico e com boa alimentação (substrato) e educação de Saúde.

Os conceitos da Osteopatia:

1. O corpo é uma unidade funcional com interligação dos sistemas nunca nenhum podendo ser considerado isoladamente.
2. Há uma relação entre estrutura e função.
3. A integridade estrutural do corpo demonstra o estado de saúde do indivíduo.
4. Alterações na função podem levar a alterações na estrutura.
5. Alterações na estrutura podem levar a alterações na função.
6. Há muitos mecanismos de compensação que acomodam as alterações na estrutura/função sem necessariamente impedir os mecanismos de auto-cura.
7. O organismo é naturalmente auto-suficiente.
8. Quando os mecanismos inerentes de auto regulação são impedidos a disfunção pode ocorrer.
9. Os mecanismos de auto recuperação ou regulação são afectados pela maneira como o sistema nervoso e circulatórios funcionam.
10. Perca ou redução dos mecanismos intrínsecos de auto recuperação pode levar a estados patológicos, sendo o precursor de tal o estado pré-patológico.
11. A intervenção Osteopática ocorre mais no estado pré-patológico, mas também pode intervir no estado patológico para facilitar os mecanismos inerentes de auto recuperação, através de equilibrar a reciprocidade entre estrutura e função.
12. Uma aplicação dos preconceitos e princípios resulta numa versatilidade de abordagens de tratamento, incluindo a prevenção, específica para as necessidades de cada paciente.
13. A disfunção dum ou mais sistemas do corpo (músculo-esquelético, visceral, neurológico ou psicológico) pode causar ou influenciar uma disfunção noutros sistemas do corpo.
14. O tratamento Osteopático promove a função otimizada do sistema neuro músculo-esquelético que influencia todos os sistemas do corpo incluindo as vísceras que podem directamente ser tratadas em termos osteopáticos (com directas implicações na motilidade e mobilidade).

Assim, o que faz um osteopata?

Um Osteopata qualificado é um especialista, portador de um grau Universitário de nível Superior (Licenciatura ou Mestrado integrado) altamente treinado em constante actualização (e desenvolvimento profissional contínuo), através de cursos de pós graduação mantém-se ao corrente dos conhecimentos, que se vão obtendo nesta área, nos diversos países onde se estuda e pratica a Osteopatia.

Os cursos de formação inicial, são dados por Escolas / Faculdades reconhecidas oficialmente (ver mais adiante sobre o reconhecimento académico e reconhecimento profissional), e, como tal idóneas, nos países onde a Osteopatia / Medicina Osteopática está regulamentada, têm a duração de 4 a 5 anos em tempo inteiro, e caracterizam-se por uma prática Osteopática intensa durante os últimos 2 a 3 anos (cursos com estágio integrado).

Tem um conhecimento profundo dos processos patológicos das doenças, o que implica o estudo das disciplinas das ciências 'médicas'. Entre outras, como exemplo (como se pode directamente verificar, em cursos nos sítios electrónicos das faculdades de Osteopatia): fisiologia, anatomia, bioquímica, microbiologia, patologia, radiologia / imagiologia, matemática - estatística e computadores, ginecologia, pediatria, farmacologia, ortopedia/reumatologia e traumatologia, técnicas osteopáticas, princípios de Osteopatia, práticas clínicas / semiologia, psicologia, nutrição e dietética, ciência de diagnóstico, métodos de diagnóstico, diagnóstico osteopático, métodos e procedimentos clínicos, biomecânica, terapêuticas médicas, neurologia, sociologia, etc...

O Osteopata tem que ter uma compreensão total dos conceitos osteopáticos, incluindo as bases fisiológicas do tratamento Osteopático e os conceitos actuais da neurofisiologia em relação aos métodos de tratamento.

Sem excepção, em todos os Países onde há uma regulamentação oficial, qualquer Osteopata, devidamente formado / licenciado, recebe os pacientes directamente sem qualquer interferência, é um 'profissional de contactos de saúde primários' para isso está preparado para fazer diagnósticos diferenciais baseados nos conhecimentos correntes, como também entre muitas outras situações, tem que ter conhecimentos profundos para poder independentemente e com total autonomia fazer e apreciar diagnósticos sistémicos, avaliação das entidades patológicas e do indivíduo, diagnóstico primário, diagnóstico presuntivo, diagnóstico diferencial, avaliação e reavaliações periódicas, diagnóstico evolutivo, diagnóstico osteopático, etc., etc.; sabe pedir e avaliar os vários tipos de exames de diagnóstico, desde um hemograma a uma TAC..

Para além disso, dada a sua perspectiva filosófica, técnica e científica, está em condições de avaliar que uma dor que pode estar associada a incómodos do sistema

músculo-esquelético pode ter origem visceral, de qualquer parte do corpo e assim referir o paciente para um médico convencional, se tal caso não for apropriado para a Osteopatia nos países onde esta é somente exercida como especialidade.

Um Osteopata reconhece, quando aplicável, a necessidade da investigação para o diagnóstico também usada na medicina convencional ou alopática, só que não se limita a uma abordagem sistema a sistema, procura integrar e interpretar todos os sistemas num todo que é o organismo.

No entanto, está provado, sobretudo no Reino Unido que os Osteopatas não carecem de tantos exames para chegar ao diagnóstico.

Por sua vez, em termos terapêuticos, demonstrou-se, como exemplo também, no Reino Unido, que os Osteopatas necessitam de muito menos prescrições de antiálgicos, uma vez que usam terapias, sempre que possível, menos invasivas, como por exemplo a manipulação Osteopática as quais baixam os custos e apresentam respostas muitas vezes mais rápidas, mais evidentes e, sobretudo, estáveis: o Osteopata age sobre o paciente não encarrega um medicamento de o fazer, o que baixa substancialmente os custos e os efeitos secundários.

O Osteopata tem que ter presente e saber as contra-indicações absolutas e relativas do tratamento Osteopático, incluindo o tratamento manipulativo. Tem que estar consciente das suas limitações em relação às técnicas e aos métodos que usa, e, se necessário, enviar o paciente para um outro colega osteopata ou, se for o caso, e não tiver solução Osteopática, enviar o paciente para um médico convencional enviando carta de referência com indicação da inadequação da Osteopatia ao caso.

Um Osteopata devidamente treinado e qualificado usa um número muito vasto de técnicas Osteopáticas manipulativas que não causam qualquer dor, tanto em termos de diagnóstico como de tratamento.

Entre várias situações são testados constantemente as áreas de disfunção com as mãos do operador, são usados testes de mobilidade, tensão, resistência, dor, temperatura ou textura de pontos focais. Também se dá atenção à postura, à simetria aos contornos, à habilidade para as várias partes funcionarem activamente e em sintonia.

A Biomecânica tornou-se numa das áreas em mais rápido desenvolvimento na Medicina nos últimos anos. A Osteopatia foi uma das profissões, se não a primeira, a incorporar a análise biomecânica como os "traumatismos/disfunções" ocorrem, e os seus efeitos secundários. Um pequeno exemplo, num problema do joelho o Osteopata não se limita a examinar e tratar o joelho. O Osteopata quer saber como tal ocorreu, para

poder avaliar não só, os tecidos do joelho mas também, outras áreas com relação biomecânica directa ou indirecta com este, por exemplo o pé, a articulação acetábulo femoral, a pélvis, os tecidos associados, etc..

Numa descrição de Osteopatia diz-se que a mesma parte do princípio de que uma disfunção de uma parte do corpo afecta todo o organismo.

A Osteopatia vê o organismo como um todo.

A ênfase da Osteopatia tem a ver com a integridade estrutural e funcional do organismo – onde existe a mobilidade e a motilidade.

É única a maneira como o paciente é examinado do ponto de vista mecânico, funcional e postural. De notar que os métodos de tratamento são adaptados e usados para cada indivíduo / pessoa, dentro dos Princípios da Medicina Osteopática.

Por exemplo: os Osteopatas no Reino Unido ou os Médicos Osteopatas e Cirurgiões nos Estados Unidos da América, como profissionais totalmente autónomos e independentes aceitam e validam a prática da remoção cirúrgica da Vesícula biliar. De notar que esta não funciona mal sem qualquer razão e é independente do equilíbrio químico dos fluidos corporais, da 'alimentação' nervosa ou sanguínea. Estes podem estar implicados. Se o Osteopata alternativamente for cirurgião como sucede nos Estados Unidos da América, ou então na complementaridade com a Medicina alopática, neste caso cirurgia, tentarão evitar o episódio agudo da doença. Assim, na situação de complementaridade, como é no caso do Reino Unido, o Osteopata como especialista terá o interesse principal em colocar o paciente no melhor estado de saúde possível, através de tentar resolver os problemas internos que levaram à doença em primeiro lugar. Portanto, os Osteopatas acreditam que a Medicina Osteopática tem que ser mais do que a tentativa de reparar, de aliviar ou simplesmente remover o produto da doença.

A Osteopatia tem um campo vasto de aplicação, dependendo do país onde o Osteopata se formou e onde exerce. Por exemplo nos Estados Unidos da América é considerada a Escola de Medicina mais completa e, em maior expansão em termos percentuais nas últimas décadas. A Osteopatia abrange situações clínicas diversas e é aplicável em todas as idades.

Entre muitas outras situações, os Osteopatas consideram que a causa de muitas doenças encontra-se na má posição de estruturas articulares e ósseas, e não só.

Em termos muito simples, quando há falhas mecânicas, a circulação local pode ser impedida levando a atrofia ou congestão. Os nervos podem falhar no envio regular de impulsos. Os ossos podem ser compelidos a irem para além das suas barreiras

fisiológicas (ou até anatómicas), isto em termos de limites articulatorios, levando também através de fricção a dores, a inflamação, a desarranjos estruturais ou até mesmo a doenças artríticas.

Neste sentido, deve-se consultar um Osteopata qualificado e registado para uma opinião e tratamento, se aplicável.

A Osteopatia tem uma abordagem diferente da Medicina dita Convencional ou alopática. Centra a sua atenção primordial na Saúde e não na doença, não fica à espera da doença para agir, procura antecipar-se à doença. Sendo esta última tantas vezes já não susceptível de cura.

É claro que não é uma medicina que cura tudo, mas que tem respostas válidas e resultados demonstrados cientificamente e (muitas vezes mais) eficazes - isso é uma realidade.

Quanto a Portugal a Associação de Profissionais de Osteopatia de que o autor é membro fundador e Presidente, relativamente ao quadro legal em vigor, sendo mais precisos, para com a regulamentação que se espera, é simples: em Democracia e numa União Europeia ainda se têm perseguido os profissionais das Medicinas não convencionais através da Ordem dos Médicos (caso de Portugal) com uma lei de 1942, conseqüentemente desactualizada e sem resposta para os tempos modernos. Em nosso entender trata-se de uma lei que contraria a própria Constituição, na parte que garante a liberdade de escolha da profissão e na parte em que impede a livre escolha do tratamento por parte dos cidadãos.

Também em nosso entender contraria o princípio da livre circulação de trabalhadores e dos Pacientes no espaço da União Europeia.

Por tudo isto torna-se necessário e urgente uma regulamentação e regulação em que seja garantida aos Osteopatas devidamente formados, a liberdade de exercício da profissão com autonomia / independência técnica e deontológica, como sucede em todos os países, sem excepção, onde a Osteopatia está regulamentada. Esta é também a opinião dos Portugueses em geral, o que se pode demonstrar pelas dezenas e dezenas de milhares de assinaturas (adquiridas em 'part-time') que alguns Profissionais individualmente (como foi o caso do autor com um excesso de 4.000 assinaturas) e algumas Associações das Medicinas não Convencionais entregaram no dia 20 de Março de 2003 como Petição à Assembleia da República (A.R.), em mão a Sua Excia. o Senhor Presidente da A. R. (em termos precisos foram entregues 8 5. 2 3 0 - oitenta e cinco mil duzentas e trinta - assinaturas).

Ao tempo, o Senhor Presidente da República Portuguesa também, em nosso entender, ao vetar o diploma que definia o acto médico em 1999, deu um sinal inequívoco relativamente à necessidade de regulamentação das Medicinas alternativas / não convencionais / tradicionais e, revelou que a definição do acto médico contrariava a Constituição na medida em que reservava para os Médicos convencionais o exclusivo do exercício das profissões de saúde.

Assim descrevendo e comparando esta prática clínica em Portugal e no estrangeiro. Onde está oficialmente regulamentada, a Osteopatia coopera com todos os ramos das ciências médicas. Embora mantenha a sua independência profissional para sustentar e desenvolver a Medicina Osteopática como um sistema único e compreensivo de cuidados de saúde.

Em Portugal há muitos e bons profissionais com competências reconhecidas no estrangeiro relativamente aos quais é manifesta a injustiça em que estão colocados. Por outro lado a indefinição legislativa permite que algumas pessoas arrogando-se de competências que não possuem, pratiquem actos na área da saúde cuja credibilidade é duvidosa.

Os verdadeiros profissionais já deviam, há muito ter o seu estatuto devidamente definido e os não profissionais já deviam há muito tempo estar proibidos de exercer – a saúde do povo Português merece uma legislação adequada.

A falta de legislação e atraso de clarificação só pode interessar a quem engana os Portugueses, não interessa e não aproveita nem aos verdadeiros profissionais nem ao Povo. Um profissional qualificado e registado que cumpra em rigor um código deontológico é um garante para quem a ele recorre.

Nos Estados Unidos da América e no Reino Unido, entre muitos outros países, onde a Osteopatia está inserida nos Sistemas Nacionais de Saúde, com autonomia técnica e deontológica, onde nada tem a ver com a Medicina Convencional ou Alopática, a não ser nas melhores relações profissionais, existe um benefício para os pacientes e para os sistemas de saúde.

- Na América (EUA), há mais de 70. 000 (setenta mil) Médicos Osteopatas e Cirurgiões registados oficialmente, muitos destes exercem nas Forças Armadas. A profissão é representada pela AOA, que faz com a AACOM oficialmente, o reconhecimento profissional das faculdades / escolas. Existem neste momento 28 (vinte e oito) escolas / faculdades de Medicina Osteopática e Cirurgia, [www.aacom.org](http://www.aacom.org) e estão mais em processo de acreditação, (ainda não reconhecidas pela AOA / AACOM), como também há muitos hospitais osteopáticos. Pode-se mais informar que, o "Lake Erie College of Osteopathic Medicine", uma das Instituições oficialmente acreditadas nos

Estados Unidos da América, é das maiores, em termos de números de estudantes, senão a maior faculdade de Medicina nos EUA entre todas as faculdades / escolas de medicina alopática ou seja convencionais e as de medicina osteopáticas que existem.

- No Reino Unido, como exemplo, há cerca de 5. 000 (cinco mil) Osteopatas registados oficialmente no General Osteopathic Council ("Ordem"), não exercem cirurgia, mas praticam uma vasta gama de cuidados de saúde (com total autonomia técnica e deontológica tanto no Serviço Nacional de Saúde Público como privado) que obstam ao aparecimento de muitas doenças, o que alivia substancialmente a necessidade de cuidados de saúde alopáticos.

Nas áreas de eleição da Osteopatia, os Osteopatas uma vez que estão integrados no sistema de saúde actuam, como já foi dito anteriormente, no âmbito dos estados pré-patológicos e de um grande número de patologias, nomeadamente nas do foro músculo-esquelético;

Há perto de 100 anos que a Medicina Osteopática está disponível no Reino Unido. Com o Osteopaths Act 1993,

[http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga\\_19930021\\_en\\_1.htm](http://www.hmso.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm)

foi a Osteopatia, a primeira profissão da área das Medicinas/Terapêuticas Tradicionais / não Convencionais a ser regulamentada.

O General Osteopathic Council (GOsC.), cujo Patrono é actualmente Sua Alteza Real o Príncipe de Gales, reiteramos, foi o primeiro Conselho a quem o Parlamento Britânico deu estatuto auto-regulador. O título de Osteopata, Osteopata registado, Médico Osteopata ou qualquer relacionado com Osteopata está protegido por lei.

Os Osteopatas licenciam-se actualmente numa das 10 (dez) faculdades/escolas de Osteopatia ou Medicina Osteopática, todas reconhecidas por Universidades Públicas Britânicas (reconhecimento académico).

De notar, é condição essencial, todas estas faculdades/escolas também têm que ser reconhecidas pelo General Osteopathic Council (reconhecimento profissional), para que aos profissionais aí formados, possa ser conferido oficialmente o título de Osteopata e, fiquem oficialmente habilitados, para poderem exercer como tal.

Em Portugal, há sem dúvidas muitos Osteopatas credíveis, competentes, eficazes e seguros, que sabem onde são os seus limites. Muitos destes, são também devidamente, de pleno direito reconhecidos por um Governo dum Estado membro da União Europeia, aí estão registados e podem legalmente exercer. Pese embora, dada a

falta de regulamentação no nosso País, o exercício da Osteopatia é limitado; desde logo porque não há investigação e quem não faz formação no estrangeiro tem limitações de actualização, o que determina que se exerça apenas numa área restrita da Osteopatia, com custas inerentes para os pacientes e o País.

Há cursos que neste momento proliferam sem qualquer regulamentação, sem credibilização, melhor dizendo sem qualquer controlo de qualidade oficialmente estabelecido. Estas situações não são sem consequências, em 1º lugar os estudantes poderão ser ludibriados na sua legítima aspiração à prática de uma Osteopatia autêntica; em 2º lugar os futuros utentes podem correr o risco de se entregar confiantes nas mãos de indivíduos com pouca ou nenhuma preparação profissional.

Osteopatas competentes, para já sem qualquer dúvida, são aqueles que se licenciaram em escolas de Osteopatia idóneas e oficialmente reconhecidas como tal nos Países em que a Osteopatia está legalizada e regulamentada. Os cursos nestas Faculdades, como já anteriormente foi mencionado, têm a duração de 4 a 5 anos em tempo inteiro, e caracterizam-se por uma prática Osteopática intensa (estágio integrado) durante os últimos 2 a 3 anos.

Estudos no Reino Unido demonstram que os Osteopatas poupam dinheiro ao Serviço Nacional de Saúde e que as pessoas regressam muito mais rapidamente ao trabalho e sem recidivas, entre muitos exemplos, pode-se afirmar que pela rápida e directa intervenção dos Osteopatas na Comunidade, diminui-se em termos de médio prazo as famosas listas de espera, como já afirmado, também se diminui na prescrição e quantidade de anti-álgicos, e, devido às técnicas de diagnóstico que os Osteopatas usam necessita-se muito menos de certos exames complementares de diagnóstico, etc..

Os pacientes rapidamente se apercebem que a Osteopatia funciona pelos resultados obtidos, muitas vezes no momento!

(...) A própria imprensa reflecte que a Osteopatia em Portugal não é conhecida; há algum tempo foi publicado um artigo em que se afirmava que nos Estados Unidos da América os Osteopatas eram Médicos, o que não corresponde à verdade: os Osteopatas são formados em Universidades que conferem um grau em Medicina Osteopática e Cirurgia e desenvolvem a sua prática como Médicos Osteopatas e Cirurgiões, podendo praticar todos os Actos relativos à Saúde, desde a obstetrícia à cirurgia. Porém, nem a sua formação nem a sua prática radicam na medicina alopática ou convencional.

- Como informação adicional, na União Europeia, a Osteopatia foi legalizada na França em Fevereiro de 2002, antes foi a Bélgica.

Em Portugal aprovou-se por unanimidade na Assembleia da República em 15 de Julho de 2003, um 'diploma' (Lei Nº45 / 2003, promulgada por Sua Excia. o Senhor Presidente



da República Portuguesa, ao tempo, Sr.Dr.Jorge Sampaio em 04 de Agosto de 2003, - Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas não Convencionais, - publicada em Diário da República I série-A, Nº 193 em 22 de Agosto de 2003 págs.5391 e 5392), vai promover a regulamentação das Medicinas / Terapêuticas não convencionais, incluindo a Osteopatia.

É importante chamar, em particular, a atenção para algum do articulado desta Lei, assim, no

Artigo 3.º em Conceitos diz no nº 1 - "Consideram-se terapêuticas não convencionais aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias";

Artigo 5º - "É reconhecida autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática das terapêuticas não convencionais";

Artigo 8.º- Comissão técnica:

1 - É criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação e da Ciência e do Ensino Superior uma comissão técnica consultiva, adiante designada por comissão, com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais.

2 - A comissão poderá reunir em secções especializadas criadas para cada uma das terapêuticas não convencionais com vista à definição dos parâmetros específicos de credenciação, formação e certificação dos respectivos profissionais e avaliação de equivalências.

3 - A comissão cessará as suas funções logo que implementado o processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais, que deverá estar concluído até ao final do ano de 2005. "

(...) Referente ainda à Lei 45 / 2003 de 22 de Agosto: foi entretanto estabelecida a regulamentação, funcionamento e composição da Comissão - Despacho Conjunto nº 327 / 2004, Diário da República, II Série, nº125 de 28 de Maio de 2004, e, também foi nomeada a Comissão Técnica Consultiva - Despacho Conjunto Nº 261 / 2005, publicado também em Diário da República, II série, sexta-feira, 18 de Março de 2005; e nesta sequência, também foi anteriormente aprovado a Resolução Nº 64 / 2003 para Regulamentação da Osteopatia, publicada em Diário da República em 28 de Julho de 2003.

É importante afirmar: por razões de vária ordem, externas à Osteopatia / Medicina Osteopática, estamos a ficar (demasiado) atrasados neste processo de Regulamentação e Regulação.

## ANEXO II

O Estágio clínico Osteopático e o actual desenvolvimento profissional.

Baseando-nos no “Benchmark Statement of the Quality Control Agency for Higher Education” do Reino Unido (Anexo III), será de realçar a importância dada ao nível de estudos, através dos currículos dos programas osteopáticos que dão origem ao profissional praticar no Reino Unido. Há muitos aspectos que podem ser considerados ter elementos de qualificação a nível de Mestrado, particularmente aqueles que requerem do ponto de vista de circunstâncias profissionais um julgamento complexo e imprevisível.

Tem havido um interesse pela comunidade académica osteopática em desenvolver um grau de mestre de duas formas:

- a) um programa integrado e avançado que prepara os estudantes para a prática osteopática profissional, levando ao registo como osteopata;
- b) um programa que aumenta a capacidade e aprofunda o estudo osteopático, para além do que é necessário, como licenciatura em Osteopatia. Isto ocorrerá normalmente a seguir ao processo de registo como osteopata.

Será esperado que um programa de mestrado deve identificar resultados consistentes com os necessários e descritos na qualificação genérica de Mestrado pela Framework for Higher Education Qualifications.

Considerações chave em desenhar um programa de mestrado em Osteopatia serão:

- a profundidade do estudo, isto será conseguido incluindo tópicos / unidade curriculares de nível de mestrado ou, através de desenvolver os já incluídos no nível de “Honours”. Tais áreas podem incluir áreas de especialidade clínica, investigação avançada, desenvolvimento para um ambiente educacional, desenvolvimento de gerência, políticas. Neste programa de ensino, aprendizagem e avaliação, será encorajado o progresso na aquisição de conhecimento e técnicas e será dada oportunidade adequada para adquirir capacidades independentes de aprendizagem, assim estabelecendo os fundamentos para um desenvolvimento profissional ao longo da vida.
- O ensino deve ser informado por prática baseada na evidência, como pelos desenvolvimentos na teoria educacional. A interacção entre ensino, prática profissional, investigação, e conhecimento é chave no estudo da Osteopatia. Estudantes e pessoal académico precisam de acesso rápido e livre, a literatura relevante publicada, e facilidades com acesso à Internet e relacionado. As técnicas clínicas dos Osteopatas devem ser (normalmente) ensinadas por osteopatas registados oficialmente, e que praticam.

- A aquisição de técnicas práticas requer que os estudantes trabalhem nos colegas para aprender técnicas como “modelos”, antes da aplicação no contexto clínico.
- A seguir à graduação, normalmente registar-se-ão como osteopatas no General Osteopathic Council e tornar-se-ão profissionais de cuidados de saúde primários. É assim essencial que a experiência de aprendizagem providenciará oportunidades apropriadas para que os estudantes se desenvolvam, não somente na avaliação e diagnóstico do paciente, mas também nas capacidades de tratar e, com confiança reconhecer patologias para referência e igualmente em relação a contra indicações ao tratamento. Educação clínica deve seguir as metas para aplicar o tratamento osteopático prescrito dentro da prática segura e, com eficácia como descrito no código de prática do GOsC (2005).
- O ambiente de aprendizagem clínica osteopática, deve ser um foco de integração e aplicação prática do conhecimento e técnicas adquiridos. Deve providenciar o estudante com um ambiente de suporte, amplo e progressivo como também num ambiente de supervisão dentro do qual desenvolverão as capacidades clínicas. Ambiente experiencial de alta qualidade apresenta-se por períodos extensos de contacto directo com o paciente sendo central ao processo de aprendizagem.

É suposto, que os estudantes tenham prática clínica debaixo de supervisão numa clínica (própria) dedicada ao treino osteopático onde observarão estudantes seniores e profissionais qualificados nas suas fases mais precoces do estágio, progressivamente tomarão responsabilidade da lista dos seus pacientes consoante a sua experiência e conhecimento se desenvolve.

Capacidades para a sua educação clínica devem assegurar:

- oportunidades de aprendizagem para desenvolver capacidades apropriadas e adequadas para evidenciar capacidades clínicas com pacientes reais dando especial atenção à obtenção do historial clínico, avaliação e diagnóstico diferencial, tratamento e desenvolvimento de planos de tratamento, manutenção de registos clínicos, seguimento e referência;
- oportunidade para integrar aprendizagem teórica e académica e desenvolver capacidades práticas dentro do ambiente terapêutico clínico;
- números adequados para cada estudante de encontros com pacientes novos, que voltam ou de continuação devem apresentar um número vasto de condições;
- números apropriados de pessoal clínico para com os números de estudantes permitindo uma supervisão dos encontros com os pacientes e tutores e ainda, oportunidade para tutoriais clínicos;

- oportunidades apropriadas para os estudantes juniores aprenderem observando estudantes mais seniores para gradualmente tomarem responsabilidade das suas próprias listas de pacientes e desenvolverem autonomia no tratamento de pacientes;
- capacidades físicas apropriadas para educação clínica dentro duma clínica (própria) dedicada ao treino osteopático com acomodação, equipamento apropriado e mobiliário para obtenção do mais elevado nível de experiência dos estudantes e cuidados nos pacientes,
- infra-estruturas administrativas clínicas para apoiarem o processo de aprendizagem dos estudantes e dos cuidados nos pacientes;
- capacitação para avaliação e “feedback” dum número variado de tutores clínicos;
- oportunidades para gerar capacidades de gerência;
- mecanismos eficazes para monitorizar o atendimento dos estudantes nas clínicas, número de casos e perfil de lista dos pacientes;
- mecanismos efectivos para assegurar que os níveis elevados de cuidados osteopáticos são mantidos, através de guiar, desenvolver e monitorizar a conduta dos estudantes quando tratam os pacientes;
- situações eficazes devem ser desenvolvidas quando os estudantes não mantêm os mais elevados níveis de tratamento e conduta profissional; neste sentido providenciar-se-á tal através de:
  - criar uma facilidade clínica apropriada para a discussão de casos clínicos tendo salas para discussão privada dos casos clínicos;
  - uma supervisão clínica de relação dum tutor para com um máximo de cinco estudantes a serem supervisionados, enquanto interagindo com os seus pacientes em qualquer tempo. O número total de estudantes dum grupo para cada tutor não deverá exceder um (número) máximo de 10;
  - 1 000 horas (mil) devem ser o mínimo de aprendizagem clínica;
  - um número mínimo de 50 novos pacientes para cada estudante, onde este deve tomar a maior responsabilidade do tratamento do paciente. Isto inclui tirar o historial clínico, e examina chegando a um diagnóstico e conclusões formulando e implementando um plano de tratamento osteopático para o paciente;
  - uma mistura de casos clínicos assegurando uma continuidade de cuidados assim os estudantes seguirão o progresso clínico dos pacientes individuais,
  - haverá demonstração de competência e prática clínica incluindo a capacidade para sintetizar e aplicar conhecimento e capacidades para com uma gerência segura e eficaz do paciente. Os métodos de avaliação variarão mas sempre irão incluir necessidade para os estudantes demonstrarem capacidades para trabalharem num amplo

conjunto de novos e no seguimento de pacientes. Assegurar-se-á os níveis dos profissionais para com os novos graduados, é expectável que examinadores externos estarão presentes fisicamente em algumas das avaliações com pacientes reais num ambiente clínico real;

- exames práticos nos quais os estudantes demonstrarão capacidades em seleccionar e realizar um conjunto de técnicas osteopáticas numa forma segura e com eficácia;
- apresentação de estudos de casos clínicos e suas análises;
- apresentações orais e técnicas de comunicação em grupo ou individuais;
- exames clínicos e práticos estruturados e objectivos;

## ANEXO III

Cópia integral do documento:

Osteopathy  
2007

The Quality Assurance Agency for Higher Education 2007  
ISBN 978 1 84482 734 3

All QAA's publications are available on our website [www.qaa.ac.uk](http://www.qaa.ac.uk)  
Printed copies of current publications are available from:  
Linney Direct, Adamsway, Mansfield, NG18 4FN

Contents	
Preface	iii
Foreword	v
Introduction	1
Nature and context of osteopathic healthcare and education	3
Knowledge, understanding and skills	7
Teaching, learning and assessment	11
Benchmark standards	15
Appendix A - Description of a generic consultation	16
Appendix B - Membership of the benchmarking group for the subject benchmark statement for osteopathy	18

### iii Preface

Subject benchmark statements provide a means for the academic community to describe the nature and characteristics of programmes in a specific subject or subject area. They also represent general expectations about standards for the award of qualifications at a given level in terms of the attributes and capabilities that those possessing qualifications should have demonstrated.

This subject benchmark statement, together with others published concurrently, refers to the bachelor's degree with honours<sup>1</sup>. In addition, some subject benchmark statements provide guidance on integrated master's awards. Subject benchmark statements are used for a variety of purposes. Primarily, they are an important external source of reference for higher education institutions (HEIs) when new programmes are being designed and developed in a subject area. They provide general guidance for articulating

the learning outcomes associated with the programme but are not a specification of a detailed curriculum in the subject. Subject benchmark statements also provide support to HEIs in pursuit of internal quality assurance. They enable the learning outcomes specified for a particular programme to be reviewed and evaluated against agreed general expectations about standards. Subject benchmark statements allow for flexibility and innovation in programme design and can stimulate academic discussion and debate upon the content of new and existing programmes within an agreed overall framework. Their use in supporting programme design, delivery and review within HEIs is supportive of moves towards an emphasis on institutional responsibility for standards and quality. Subject benchmark statements may also be of interest to prospective students and employers, seeking information about the nature and standards of awards in a given subject or subject area.

The relationship between the standards set out in this document and those produced by professional, statutory or regulatory bodies for individual disciplines will be a matter for individual HEIs to consider in detail. This subject benchmark statement was produced by a group of subject specialists drawn from, and acting on behalf of, the subject community. The final draft subject benchmark statement went through a full consultation with the wider academic community and stakeholder groups. The process was overseen by the Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA). This subject benchmark statement will be revised no later than five years from its publication date, to reflect developments in the subject area and the experiences of HEIs and others who have been working with it. The review process will be overseen by QAA in collaboration with the subject community. QAA publishes and distributes this subject benchmark statement and other subject benchmark statements developed by similar subject-specific groups.

1 This is equivalent to the honours degree in the Scottish Credit and Qualifications Framework (level 10) and in the Credit and Qualifications Framework for Wales (level 6).

iv

The Disability Equality Duty (DED) came into force on 4 December 2006<sup>2</sup>. The DED requires public authorities, including HEIs, to act proactively on disability equality issues. The Duty complements the individual rights focus of the Disability Discrimination Act (DDA) and is aimed at improving public services and outcomes for disabled people as a whole. Responsibility for making sure that such duty is met lies with HEIs. The Disability Rights Commission (DRC) has published guidance<sup>3</sup> to help HEIs prepare for the implementation of the Duty and provided illustrative examples on how to take the duty forward. HEIs are encouraged to read this guidance when considering their approach to engaging with components of the Academic Infrastructure<sup>4</sup>, of which subject benchmark statements are a part. Additional information that may assist HEIs when engaging with subject benchmark statements can be found in the DRC revised Code of Practice: Post-16 Education<sup>5</sup>, and also through the Equality Challenge Unit<sup>6</sup> which is established to promote equality and diversity in higher education.

2 In England, Scotland and Wales

3 Copies of the guidance Further and higher education institutions and the Disability Equality Duty, guidance for principals, vice-chancellors, governing boards and senior managers working in further and higher education institutions in England, Scotland and Wales, may be obtained from the DRC at [www.drc-gb.org/employers\\_and\\_service\\_provider/disability\\_equality\\_duty/sectoral\\_guidance/further and higher education.aspx](http://www.drc-gb.org/employers_and_service_provider/disability_equality_duty/sectoral_guidance/further_and_higher_education.aspx)

4 An explanation of the Academic Infrastructure, and the roles of subject benchmark statements within it,

is available at [www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure](http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure)

5 Copies of the DRC revised Code of Practice: Post-16 Education may be obtained from the DRC at

[www.drc-gb.org/employers\\_and\\_service\\_provider/education/higher\\_education.aspx](http://www.drc-gb.org/employers_and_service_provider/education/higher_education.aspx)

6 Equality Challenge Unit, [www.ecu.ac.uk](http://www.ecu.ac.uk)

v

## Foreword

In this new subject benchmark statement for osteopathy, the benchmarking group has ventured to capture the distinctive nature of osteopathy as an academic subject and a healthcare profession. While there are specific education and training requirements for osteopathy as a profession regulated by statute, with professional standards of proficiency, the need for greater clarity on the nature and scope of osteopathy at the graduate stage has been recognised by many within the subject community. The Recognition scheme for subject benchmark statements (2004)<sup>7</sup> has provided the opportunity to do this. The subject benchmark statement provides a reference point to help guide both course teams and validating authorities in the design, approval, monitoring and review of programmes, as well as assistance in the General Osteopathic Council (GOsC) review of osteopathic courses and course providers which is currently managed by QAA.

This subject benchmark statement has been developed by a group representing all the HEIs currently delivering accredited programmes, the statutory regulator for osteopathy (GOsC) and the osteopathic professional association (the British Osteopathic Association (BOA)). Moreover, a draft version of this statement was widely available for consultation, via QAA, over a three-month period earlier in 2007. By these inclusive arrangements it is hoped to have created a reference point that both the sector and other major stakeholders can be in broad agreement with. It has been the benchmarking group's intention to align the outcomes for degree level programmes with the requirements of professional accreditation in order to provide an integrated perspective that also emphasises the importance of effective patient care. The benchmarking group hopes that this subject benchmark statement provides a flexible framework that will permit innovation and diversity in course design and development, and in teaching and learning approaches. It is certainly not the intention of the group that the benchmarking exercise should produce a prescriptive core curriculum and set of core competences.



Nevertheless, the benchmarking group acknowledges the need to provide more focused and definite guidance on the way learning outcomes may have to be achieved in some instances. Where this has been considered appropriate, the group has used its collective experience to provide some authoritative guidance. The group, in taking into account comments from the consultation, recognises the need to keep such guidance under review and therefore the group reinforces the need for the benchmark statement to be reviewed on a regular five-year cycle.

Other important considerations of this subject benchmark statement which the benchmarking group would like to draw attention to are:

- the primary aim of an osteopathic education provider is to educate students to become safe and effective osteopaths who are fully capable of working autonomously in a variety of clinical settings as primary contact healthcare practitioners
- the importance of placing practice and the needs of the patient at the centre of the learning process. This is emphasised in the teaching, learning and assessment section where it is reinforced by reference to ensuring that the learning environment, particularly in relation to the learning and practice of osteopathic technique and clinical skills, is sufficient to support the anticipated learning outcomes

7 Available at [www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/Recognition/recognitionsscheme04.asp](http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/Recognition/recognitionsscheme04.asp)

vi

- the place of learning outcomes within the overall context of health and social care, and the opportunities for interprofessional communication and learning. For this reason, the benchmarking group has referenced the Statement of common purpose for subject benchmark statements for the health and social care professions (2006)<sup>8</sup>, published by QAA, as this provides an overview of the generic values, knowledge, understanding and skills associated with practice across the breadth of health and social care education
- the recognition of the developments towards an increasing number of master's degrees in osteopathy and the current interest in the international perspective for osteopathic educational standards
- the need to consider the statutory regulatory body's requirements. This is essential since graduates are entitled to apply for registration with GOsC, which then enables them to practise autonomously. To acknowledge this situation, the draft benchmark statement that was put out for consultation incorporated the GOsC's Standard of proficiency<sup>9</sup> to demonstrate the close relationship between the requirements for graduation and professional practice. In light of the consultation comments, the benchmarking group recognised that through this approach the distinction between academic and professional standards may not be so clear. Furthermore, there was a need to consider the practical issues of revising either document if they were published together. For the final version, therefore, the group decided to remove the original Appendix A containing the Standard of proficiency and to compensate for this by emphasising further the status of the Standard of proficiency within the benchmark statement

□ to underline the importance of considering the Standard of proficiency and the benchmark statement as two distinct but closely interrelated documents, the Education Committee of the GOsC has recently adopted this benchmark statement as a reference point for osteopathic pre-registration education guidance. The benchmarking group would like to thank all those who have contributed to the subject benchmark statement for osteopathy. This has enabled the group to have confidence in recommending the statement as a sound framework for guiding osteopathic education.

June 2007

8 Available at [www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health](http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health)

9 Standard 2000: Standard of proficiency, GOsC, March 1999, available at [www.osteopathy.org.uk/about\\_gosc/about\\_standards.php](http://www.osteopathy.org.uk/about_gosc/about_standards.php)

## 1 Introduction

1.1 This subject benchmark statement has been created by 12 representatives of the whole subject community including all HEIs currently delivering accredited osteopathic programmes, the GOsC, and the BOA - the professional representative association for osteopaths. Involvement of these organisations is important because osteopathic graduates from HEIs in the United Kingdom (UK) with a Recognised Qualification (RQ) are entitled to registration with GOsC and therefore able to practise professionally as osteopaths. A shared understanding by these major stakeholder groups is thus essential for an integrated approach for the education of future osteopathic professionals.

1.2 The Osteopaths Act 1993<sup>10</sup> gives the GOsC responsibility for setting and maintaining standards of pre-registration education for osteopathy in the UK. The GOsC is the statutory regulating body for osteopathy in the UK and awards RQ status for osteopathic programmes. The RQ process is concerned with osteopathic pre-registration qualifications and only graduates of recognised programmes are eligible to apply for registration with the GOsC, without which it is illegal to practise as an osteopath in the UK. The GOsC prescribes and publishes the Standard of proficiency, which describes the standard of professional practice as required by law and also describes what programmes of osteopathy need to demonstrate so that they enable students to graduate meeting this standard. This benchmark statement describes the academic and practitioner outcomes of programmes of osteopathy and, therefore, the two documents will need to be used in conjunction with each other.

1.3 The target audiences of this subject benchmark statement and its purposes in regard to those respective audiences are:

- osteopathic and other HEI staff: to guide the design of osteopathic programmes and to provide a reference for their monitoring and evaluation
- GOsC RQ review visitors and external examiners: to provide a reference to assist in achieving consistency of standards across HEIs delivering degree programmes in osteopathy

- students: to assist their understanding of the abilities and qualities that HEIs are seeking to develop in osteopathic graduates
- employers, student supporters (parents, guardians, teachers, careers advisors): to be better informed in their support of and advice to prospective osteopathic students
- other healthcare and related professions: to enable an understanding of osteopathic education for reasons such as interprofessional education and collaboration
- the wider academic community: to enable their identification of the distinctive nature of osteopathy as an academic subject.

1.4 Most students of osteopathy will aspire to a career as practising osteopaths. Therefore, the osteopathic programme has a very strong vocational element and most of it is core and compulsory, with a high integration of clinical content. However, there are some opportunities for elective study.

10 Available at [www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1993/Ukpga\\_19930021\\_en\\_1.htm](http://www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm)

1.5 Maintaining safe and competent osteopathic practice is an ongoing process and it is, therefore, important to note that graduation marks the start of a continuing professional learning path.

1.6 Students of osteopathy must not only acquire knowledge and understanding but also highly developed clinical skills and appropriate professional attitudes. Osteopathy places the patient at the centre of a learning process that integrates theoretical learning with practical osteopathic technique and osteopathic clinical skills. The patient is considered to be a partner in their osteopathic care and is centrally involved in decisions relating to their health. For these reasons the importance of closely supervised student experience in a dedicated osteopathic clinical environment is emphasised strongly.

1.7 HEIs providing osteopathy degrees are required to achieve and maintain standards set by the GOsC in order for programmes to be awarded RQ status. In order to develop and offer degree programmes in osteopathy, they will also be required to achieve standards consistent with this subject benchmark statement. However, it is important to recognise that there are a variety of ways in which this may be attained and, therefore, this subject benchmark statement seeks to encourage educational diversity and innovation by not being too prescriptive.

1.8 The subject benchmark statement for osteopathy seeks to combine the needs of various stakeholders to achieve ownership, consistency and credibility for a unified external reference point for pre-registration osteopathic education and degrees in osteopathy. This is intended to reduce duplication and confusion that might otherwise occur with several different reference points, and is sensitive to the recommendations of the Higher Education Regulation Review Group for reducing the burden of quality assurance measures in the higher education (HE) sector. As educational provision for osteopaths must comply by law with the Standard of proficiency set by the GOsC, the subject benchmark statement makes frequent cross reference to this standard and both documents should be considered together.

1.9 The major roles of a UK-wide subject benchmark statement for osteopathy are:

- to emphasise the integral nature of the relationship between academic clinical practice and professional regulation of osteopathic education within HE
- to provide one credible reference point for osteopathic pre-registration education that is understood and owned by the relevant major stakeholders
- to provide an explicit framework for guiding curriculum design and assessment programmes
- to make explicit the capabilities and attributes of osteopathic graduates and, thus, emphasise the unique contribution osteopathy has to make in an integrated healthcare environment, and to increased choice for patients
- to identify the particular characteristics of osteopathy that make it a discrete clinical healthcare profession.

1.10 This subject benchmark statement represents an explicit framework reflecting the threshold standards necessary for graduates in osteopathic practice. This framework will support and inform the production of a graduate able to fulfil the requirements of a professional in osteopathy and meet the professional standard of proficiency (currently

Standard 2000: Standard of proficiency). Benchmarking presents an ideal opportunity to provide greater clarity for the nature and scope of osteopathy at the graduate stage while emphasising the importance of effective osteopathic patient care. In seeking to achieve this, there is a need to acknowledge that some of the standards for osteopathic professional skills and abilities may align with the qualification descriptor for master's level awards as set out in The framework for higher education qualifications in England, Wales and Northern Ireland (FHEQ) and The framework for qualifications of higher education institutions in Scotland.

1.11 The subject benchmark statement aims to achieve a balance between outcomes for degree level and the requirements of professional accreditation, thereby integrating the academic and professional perspectives for osteopathy.

## 2 Nature and context of osteopathic healthcare and education

2.1 The osteopathic profession is a distinct healthcare profession regulated by statute and with specific education and training requirements, and may be described essentially by the following.

- Osteopathy is a patient-centred, rather than a condition/disease centred, system of healthcare.
- Osteopathy is an autonomous system of primary contact healthcare that focuses on the diagnosis, management, treatment and prevention of musculoskeletal and other related disorders without the use of drugs or surgery. Osteopaths, in close collaboration with the patient, seek to identify the causes of impaired health and restore the optimum functioning of the body, aiding its own intrinsic ability to heal. Diagnosis involves the use of a combination of specific osteopathic methods and conventional medical examination procedures. Treatment is based on the skilled application of osteopathic manipulative and manual techniques tailored to the individual person, and reinforced by other self-help

measures, such as guidance on diet, lifestyle and exercise. The approach emphasises the integration of the musculoskeletal system with other body systems and the influence that the impaired function of each has on the other, as well as the empowerment of patients in facilitating their own recovery to good health.

2.2 In seeking to operate within this framework, osteopathy has a distinctive approach to its education and training, and professional practice.

#### Education and training distinctiveness

2.3 The osteopathic education community has evolved a common approach to the integrated provision of academic learning and clinical professional opportunities. This approach seeks to combine the concern for high quality osteopathic clinical care for patients with the learning needs of osteopathic students. This requires a complex and distinct infrastructure of dedicated clinic outpatient facilities to underpin the closely supervised clinical learning experience for students. This shared approach, the culmination of many years of teaching experience, is encapsulated within this subject benchmark statement.

2.4 An osteopathic pre-registration and degree programme will have a strong focus on the acquisition of the particular technical practical skills required for using osteopathic diagnostic and treatment techniques. This is achieved by closely integrating academic learning and practical skill acquisition with their application in the dedicated and closely supervised outpatient clinical environment. This approach supports the central ethos of osteopathic healthcare, which is to place patients and their needs as the focus of osteopathic intervention, and to adopt an integrated solution to facilitating their return to optimum health, using a variety of methods tailored to individual requirements.

2.5 As befits a primary contact healthcare profession, it is important that osteopathic students will graduate with a detailed and comprehensive knowledge and understanding of the basic clinical sciences such as anatomy, physiology, nutrition, pathology and diagnosis. The teaching and learning in these areas will place emphasis on the osteopathic context, so that they are guided by the distinctive nature of osteopathic clinical practice, which is closely integrated with academic learning throughout the programme.

2.6 Students' critical reasoning abilities for osteopathic practitionership are nurtured by combining longstanding osteopathic philosophical healthcare principles with engagement in the latest healthcare research and approaches.

2.7 The multidisciplinary nature of osteopathic undergraduate study may be illustrated by the following, which uses arbitrary terms to denote the type of topic areas that might typically be studied in an osteopathic programme.

#### i Scientific and professional underpinning studies:

- anatomy (gross, functional, integrated, applied, neurological, embryological, histological)
- physiology

- pathology
- neurology/neuroscience
- nutrition
- biochemistry
- peripheral and spinal biomechanics
- principles and philosophy of osteopathy
- palpatory skills and diagnosis
- soft tissue techniques
- osteopathic techniques (full range of osteopathic techniques)
- interpretation of clinical laboratory techniques
- exercise physiology
- pharmacology
- psychology/psychosomatics
- sociology
- clinic observation
- information and communication technologies (ICT) skills
- emergency support skills/first aid
- health studies and other healthcare systems.

ii Research studies:

- critical analysis
- integrating evidence in practice
- research methodology (quantitative and qualitative)
- research ethics
- dissertation/research paper.

iii Clinical/professional studies:

- differential and clinical diagnosis and clinical problem solving
- clinical methods and procedures
- case history taking
- communication skills
- professional ethics
- clinical dietetics
- ergonomics
- gynaecology and obstetrics
- paediatrics and osteopathic care of children
- rheumatology
- orthopaedics and trauma
- osteopathic care of the elderly
- radiological diagnosis and clinical imaging
- dermatology
- osteopathic sports care
- applied clinical osteopathy (full range of osteopathic techniques)
- osteopathic evaluation and patient management (including reflective practice)

- professional practice management (including medico-legal issues and business issues)
  - case analysis studies.
- iv Osteopathic clinical practice:
- closely supervised clinical practice in suitable clinical environment(s) where effective tutoring, monitoring and student assessment can take place.

#### Osteopathic practice distinctiveness

2.8 The distinct nature of osteopathic practice was recognised by parliament in the Osteopaths Act 1993. This legislation granted the privilege of a statutory professional regulation including specific provision for the statutory approval of pre-registration programmes in osteopathy.

2.9 Osteopathic practice seeks to blend a philosophical approach with intellectual and practical skills to guide the use of therapeutic intervention to help the patient by using an individual 'package of care' most suited to facilitating a particular person's return to health. It is characterised by the following distinctive philosophical and practical features.

- Emphasis is on the patient and not on their disease. This has been a long-standing tenet for osteopathy, and it is a conceptual principle that informs the whole of the osteopathic approach to care of the patient. It is about seeing a person not as someone with a disorder but as someone who is seeking the facilitation of optimum health. It involves viewing the person as having an integrated blend of influences that combine to effect health. Osteopathy seeks to identify and address the key influences that will lead to restored health and well-being.
- The intention to enhance the intrinsic health-maintaining and health-restoring capabilities of the individual person. This involves the consideration of a broad range of factors to identify and resolve the causes of impaired health.
- Individually tailored intervention and advice encompassing a range of specific technical treatment modalities and approaches. These include specific osteopathic manipulation techniques, exercise advice, lifestyle advice, nutritional advice, coping strategies, and other advice to enable the patient to understand the cause and contributing factors of their impaired well-being.
- An approach that emphasises the integration of the musculoskeletal system with other body systems, the reciprocal influences that impairment of function of each may have, and the adverse effects such impairment may have on the health of an individual.
- Close collaboration between the patient and osteopath to identify the factors contributing to the patient's impaired well-being, and to determine the clinical and other changes needed for recovery and restoration of health.
- Enabling the patient to understand and implement measures to take responsibility for assisting their own recovery and enhancing their health.
- The use of critical reasoning to apply knowledge and skills in an integrated and informed manner.

2.10 To illustrate the typical work and approach of an osteopath, a brief description of a generic consultation with a patient is included in appendix A.

## International perspective for osteopathic standards

2.11 Graduates of osteopathic programmes in the UK practise as osteopaths in many parts of the world and these programmes attract students from many places worldwide. As a relatively young, emerging profession internationally, standards of osteopathic education and practice are at variable stages of evolution in different countries.

2.12 Apart from in the UK, well developed systems for educational accreditation and osteopathic practice regulation exist in Australia, New Zealand and the United States of America. The increasing globalisation of HE has led to many countries seeking to attract students to their systems of HE with the consequent challenges associated with comparing qualifications and educational and professional accreditation standards.

2.13 The Bologna process and the development of a European Qualification Framework are intended to facilitate the mobility of students within the European Higher Education Area. When this is combined with initiatives such as the development of shared standards for European quality assurance systems, it is clear that there will be increasing opportunities for the movement of osteopathic students around Europe that will require a shared understanding of the educational standards and learning outcomes required in each country. European Union directives for the mutual recognition of qualifications and the provision of healthcare services will also impact on osteopathy in this respect.

2.14 As the momentum for increased mobility both in Europe and elsewhere becomes greater, it would seem likely that countries will become more interested in frameworks that communicate the learning outcomes for educational programmes in order to facilitate the accreditation of professional practice. This subject benchmark statement will assist UK osteopathy in contributing to educational standards development in osteopathy internationally, particularly in Europe where the situation is complex. To facilitate further development here, a group called the Forum for Osteopathic Regulation in Europe (known as FORE) has been established to look at achieving consensus frameworks for education and practice matters across organizations responsible for, or seeking to become responsible for, setting osteopathic standards for education and practice in European countries. Future broader international collaborations may achieve a similar objective worldwide.

## 3 Knowledge, understanding and skills

3.1 The nature of osteopathic undergraduate study is multidisciplinary. Degrees in osteopathy cover a broad curriculum including cognitive and conceptual learning, the acquisition of practical manual and palpatory skills, and generic skills such as effective communication (by written, electronic and oral means), team working, problem solving, the use of ICT, applying research and critical reasoning. The ethical and legal dimensions are combined with these so that the whole enables a comprehensive preparation of graduates for professional practice as osteopaths. Fundamental to the study of the discipline is the integration and application of knowledge and skills for safe and effective patient care, and the development of learner autonomy.



The key characteristics of graduates in osteopathy

3.2 An osteopathic graduate should be able to demonstrate the qualities of an autonomous patient focused practitioner who is caring, empathetic, reflective, trustworthy, professional, confident, inquiring, integrative and competent, and who has a high level of practical skills and problem solving ability. They should possess a highly developed knowledge and clinical ability to integrate multiple factors in taking a comprehensive overall approach to the health needs of the individual, and should exhibit the responsible professional attitudes consistent with being a healthcare practitioner.

3.3 On the path to developing these characteristics, competent students will have developed core knowledge, understanding and skills, as indicated below, in order to inform patient evaluation and management, and to be safe and competent practitioners on graduation. The outcomes provided in paragraphs 3.4 and 3.5 describe the general expectations of the osteopathic graduate. More detailed capabilities that need to be demonstrated to become registered as an osteopath in the UK are provided in the Standard of proficiency provided by the GOsC.

Knowledge and understanding

3.4 Graduates will demonstrate a knowledge and understanding of:

- the importance of placing patients at the centre of osteopathic care in a therapeutic partnership with the osteopath where they are informed about and contribute to decisions taken about their care
- the appropriate professional attitudes and behaviours consistent with being a healthcare practitioner
- legislation and ethical principles relevant to the practice of osteopathy, and the consequent obligations on the practitioner
- professional codes of conduct relevant to the practice of osteopathy
- the appropriate use of osteopathic approaches that combine the most effective combination of care tailored to the needs of the individual patient
- the ethical principles, values and moral concepts inherent in the practice of osteopathy
- the reciprocal relationship of structure and function that underpins the osteopathic approach to healthcare
- their own strengths and shortcomings as practitioners, the need to seek help and advice when appropriate, and the need to enhance their skills through self-reflection and continued professional development
- the relative and absolute contra-indications of osteopathic treatment modalities
- osteopathic history and philosophy and its distinctive perspective on healthcare
- the range of complexity implicit in the social and psychological contexts of health, and the influence these may have on osteopathic treatment outcomes
- the role of osteopathic intervention in assisting adaptation of structure and function during disease or periods of ill health
- principles of health promotion and preventative care

- the normal structure and function of the major body systems and how they interrelate and vary between individuals
- the normal changes in structure and function during the stages of growth, development, maturity, reproduction and ageing
- the principles of paediatrics relevant to the safe and effective osteopathic care of children
- the principles, safety concerns and legislative considerations associated with osteopathic care during pregnancy and childbirth
- how and why structure and function may be compromised and how this may be recognised
- basic pharmacology, main categories of drugs used, and their beneficial and adverse effects
- principles of nutrition and dietetics
- the application to osteopathy of relevant principles and theories from biomechanics, physics, exercise physiology/science and ergonomics
- the limitations of medical and osteopathic treatment modalities
- the current role played by osteopathy in healthcare in the UK and the development of osteopathy internationally
- the context of healthcare delivery in the UK today, including the functioning of the National Health Service and the contribution of other therapies
- the significance and responsibilities associated with profession-led regulation.

## Skills

3.5 Graduates will demonstrate the skills necessary to:

- act in the patient's best interests
- treat patients safely and effectively drawing upon an extensive range of osteopathic manual and other techniques
- make an appropriate risk analysis in determining the most effective and appropriate therapeutic intervention for the benefit of the patient
- maintain a professional and rational approach to the osteopathic care of the individual, providing sound justification for decisions and actions
- integrate relevant high quality research evidence into their approach to diagnosis, treatment and giving advice to patients
- respect the privacy and dignity of patients, and ensure that patient confidentiality is preserved
- practise autonomously and work as part of a team
- apply effective strategies for clinical reasoning and problem-solving, and use appropriate professional judgement in making decisions
- listen effectively to patients
- ensure that patients are fully informed in a manner that is understandable for the individual and involve them in decisions about their care

- be aware of and be sensitive to cultural differences, and avoid prejudicing patient's care due to their own attitudes and beliefs
- determine fine static and dynamic changes in tissues and joint movement by the appropriate use of observation, palpation and motion analysis
- formulate a differential diagnosis and treatment plan from an osteopathic perspective, dealing appropriately with clinical uncertainty
- identify relative and absolute contraindications to osteopathic treatment
- determine when referral of a patient may be required, and effectively manage this referral
- critically evaluate the risks and outcomes of clinical interventions and treatment, and, where appropriate, use this information to modify the osteopathic care of patients
- research, audit, monitor and evaluate the outcomes and processes that constitute good osteopathic practice
- critically interpret research and incorporate it into their own practice
- take and record a case history which may be clearly understood by others and meet medico-legal requirements
- sensitively conduct relevant medical and osteopathic clinical examination to assist in the assessment of the patient's physical and mental state
- interpret relevant orthopaedic, neurological and other clinical tests
- make appropriate referrals for radiographic and other clinical imaging examinations, such as magnetic resonance imaging (MRI), and laboratory tests, and interpret the results of these
- make appropriate referrals for and interpret the results of commonly used clinical investigations
- effectively manage time and resources, and prioritise clinical care
- draw on a range of verbal and non-verbal skills to relate to patients empathetically
- communicate effectively by written, electronic and oral means with patients, colleagues and other healthcare practitioners
- advise patients regarding appropriate lifestyle choices, including the basis of a healthy diet and appropriate exercise
- organise and manage their practice environment and its human, financial and physical resources
- to manage appropriately their own health and schedule so that it does not impact adversely on patient care
- to gather, interpret and prioritise effectively large amounts of information, and formulate effective plans and act decisively as a result
- recognise that osteopathy is an evolving profession and contribute to its effective representation and development.

Statement of common purpose

3.6 Graduates should be able to demonstrate that they understand and can act in accordance with the principles expressed in the Statement of common purpose for subject benchmark statements for the health and social care professions, published by

QAA (see paragraph 5.4).

#### Master's level

3.7 Throughout the curricula of osteopathic programmes leading to eligibility for professional practice in the UK, there are many aspects that could already be considered to meet some of the elements of the master's level qualification descriptor in the FHEQ, particularly those requiring sound judgement in complex and unpredictable professional circumstances.

3.8 There has been recent interest by the osteopathic academic community in developing master's degrees in osteopathy, and these may be considered broadly to be of two types.

i An integrated and enhanced programme of study that is designed to prepare students for professional osteopathic practice leading to eligibility for registration as an osteopath.

ii A programme that extends the breadth and depth of osteopathic study beyond that required of a bachelor's degree in osteopathy. This study would usually occur following professional registration as an osteopath.

3.9 It would be expected that a master's programme should identify outcomes consistent with the requirements of the generic master's qualification descriptor in the FHEQ.

3.10 Key considerations in designing a master's programme in osteopathy would be:

- the depth and breadth of the programme of study. This may be achieved by including specific additional master's level topics or by extending topics already included at honours level. Such topics might include specialist areas of clinical practice, advanced research, development for an educational environment, business and management development, and health policy and strategy development, for example
- for integrated programmes (as in paragraph 3.8i above), the integration of master's degree components within the whole programme. This does not preclude earlier parts of a master's programme being taught together with a corresponding honours level programme. For example, the first two years may have modules that are mostly common to both types of programme
- an appropriate amount of study and assessed work at master's level that is sufficient to meet the master's criteria in the FHEQ. It is suggested that this would require at least the equivalent of one academic year of assessed study at master's level
- an emphasis on the application of osteopathy in the professional context.

#### 4 Teaching, learning and assessment

4.1 This subject benchmark statement promotes an integrative approach to the application of theory and clinical practice, and underlines the significance attached to the design of learning opportunities and assessment strategies that facilitate the acquisition and refinement of professional capabilities.

4.2 Decisions as to strategies and methods for teaching, learning and assessment, and details of programme content are for the individual HEIs to make. However, programmes should be designed to encompass a wide range of learning experiences in order to

promote active learning across the curriculum. They should encourage progression in the acquisition both of knowledge and skills and provide adequate opportunities to acquire independent learning skills thus laying the foundation for career-long professional development.

4.3 Teaching should be informed by relevant contemporary evidence-based practice, as well as developments in educational theory. The interaction between teaching, professional practice, research and scholarship is a key element in the study of osteopathy. Students and staff need ready access to relevant published literature and ICT facilities. Osteopathic and clinical skills should normally be taught by registered practising osteopaths.

## Teaching and learning

### Practical skills

4.4 The acquisition of practical osteopathic skills requires students to work on peers and in turn to experience taught techniques as 'models' prior to application in a clinical context. Palpation and osteopathic technique should be taught in specialist accommodation utilising appropriate equipment. Provision for students to view and assess their own osteopathic practical skill performance through the use of video recording and playback is ideal, but certainly regular tutor feedback in this area is critical. It is important that teaching and supervision in practical osteopathic technique skills is performed by suitably qualified osteopaths, usually registered with the GOsC.

The experience of the members of the benchmarking group representing the academic community suggests that the student to tutor ratio during practical sessions would normally be no greater than 10:1.

### Clinical education

4.5 Following graduation, students will normally register as osteopaths with the GOsC and will thereby become primary contact healthcare practitioners. It is therefore essential that clinical learning experience will provide appropriate opportunities for students to develop not only patient evaluation and treatment skills, but also the ability to confidently recognize pathologies for referral and contraindications to treatment. Clinical education should aim to deliver the prescribed osteopathic healthcare competences within the framework of safe practitionership and efficacy as set out in the GOsC's Code of Practice (2005).

4.6 The clinical learning environment should be a focus for the integration and practical application of all theoretical, practical, and technical knowledge and skills across the programme. It should provide the student with a supportive, broad, progressive and well supervised environment in which to develop their clinical skills. Experiential high quality clinical learning arising from extensive periods of direct patient contact is central to the learning process. It is expected that students will undertake substantial supervised clinical practice within a dedicated teaching clinic where they can observe senior students and qualified practitioners in the early stages of their training, progressing to take an

increasing responsibility for their own patient lists as their experience and knowledge develop.

4.7 Arrangements for osteopathic clinical education should ensure that there are:

- adequate/appropriate learning opportunities for developing professional skills with real patients, paying due regard to case history taking, examination, evaluation and differential diagnosis, treatment and development of treatment plans, recordkeeping, follow-up and referrals
- opportunities to integrate academic and theoretical learning and to develop practical skills within the therapeutic clinical encounter
- adequate numbers for each student of new, returning and continuing patient encounters and exposure to an appropriate range of presenting conditions
- appropriate staff/student ratios within the clinical setting allowing for close supervision of patient encounters by tutors, and opportunities for clinical tutorials
- appropriate opportunities for junior students to learn from observation of more senior student practitioners and for senior students gradually to take over responsibility for their own lists and to develop autonomy in patient care
- appropriate settings for clinic education within a dedicated training clinic with adequate treatment and educational accommodation, and appropriate equipment and furnishings for high quality student experience and patient care
- appropriate clinical administrative infrastructures to support student learning and patient care
- arrangements for ongoing assessment and feedback from a variety of clinical tutors
- opportunities to develop practice management skills
- effective mechanisms for monitoring individual student clinical attendance, caseloads, and patient list profiles
- effective mechanisms for ensuring that high standards of osteopathic care and the safety of patients are maintained by guiding, developing and monitoring the professional conduct of students treating patients. Effective arrangements are required for addressing situations where students do not maintain appropriate professional conduct.

4.8 The collective experience of the members of the benchmarking group representing the osteopathic academic community, and the intention to achieve best practice, indicates that these factors would be addressed by providing the following:

- a dedicated clinic facility with appropriate provision for the discussion of patient cases, such as adequate availability of private 'breakout' rooms/areas
- a clinical supervision ratio of one tutor to a maximum of five students being supervised while interacting directly with their patients at any point in time. The total number of students assigned as a group to one tutor during a clinic session would not normally exceed 10
- timetabled osteopathic clinic practice learning in the clinical environment of no less than 1,000 hours
- a minimum of 50 new patients for each student during their clinic experience where the student is taking the main responsibility for the patient's care. This includes taking the

initial case history and examination, reaching diagnostic conclusions, and formulating and implementing an osteopathic care plan for the patient

□ a mix of patient presentations and ensuring continuity of care so that students may follow the progress of their individual patients.

Further teaching and learning

4.9 Further teaching and learning in osteopathy programmes will take place in a combination of the following contexts.

□ Lectures: they should convey and comment upon core subject matter, stimulate critical thinking and debate, and encourage students to extend their own knowledge and understanding.

□ Workshops and seminars: they may commonly involve small group work, skills development, discussion and/or student presentations.

□ Tutorials: they may support the process of self-assessment and tutor guidance and feedback. They may also provide support for individual or group work and for dissertation preparation.

□ Self-managed or self-directed learning: this is an important part of any degree programme in osteopathy. It may involve preparation for specific assignments, reflection/discussion, practice of osteopathic techniques, and the use of resource-based learning, including learning resources made available in electronic and other formats. Students will normally undertake their own individual osteopathy related research project or study. It is important that students are adequately prepared, guided and supported in developing and maintaining effective strategies for self-managed learning.

Assessment

4.10 Students of osteopathy must master a wide range of knowledge and skills as indicated above, and they must be able to demonstrate an ability to integrate and apply their learning as safe and effective healthcare practitioners. In achieving this, it is also important that empathy with and ethical behaviour towards patients, ethical conduct towards colleagues and others, and general behaviour consistent with that of an aspiring healthcare professional is demonstrated. In order to ensure that all the required learning outcomes are met and that students progress satisfactorily through the programme, a range of assessment strategies will need to be employed.

4.11 These assessment strategies will include the following.

□ Demonstration of clinical competence and practitionership: including the ability to draw on, synthesise and apply knowledge and skills for safe and effective patient management. Methods of assessment will vary but will always include the requirement for students to demonstrate skills working with a range of new and continuing patients. So as to ensure comparability of practitioner standards for entrants to the profession, it is expected that external examiners will be physically present at some of the practical assessments with real patients in a real clinical setting.

□ Practical examinations: in which students demonstrate their skills in selecting and performing a range of safe and effective osteopathic techniques.

□ Written examinations: under timed conditions, requiring students to work and think under pressure/usual examination conditions, assessing knowledge base, understanding and analytical skills.

□ Dissertations or other pieces of extended written work: these are normally related to osteopathic practice and include systematic enquiry, investigation, analysis and evaluation, and should demonstrate the student's ability to apply appropriate analytical methods, whether qualitative or quantitative, and to plan and carry out a research project.

4.12 Other assessment strategies and methods that may be employed include the following.

□ Portfolios: collating evidence to support claims that learning outcomes have been met. Portfolios can be a means of capturing and giving proper weight to experience, and may be used to document the acquisition of practical and/or clinical and/or affective skills.

□ Essays and other coursework that enable students to display a broader knowledge of subject matter than in examination papers and test their ability to investigate a topic, to organise their material and ideas to a prescribed deadline, and to critically appraise published evidence.

□ Computer based assessments.

□ Case study presentations and analyses.

□ Oral presentations testing presentation and communication skills in an individual or group situation.

□ Analytical exercises: including 'paper patient' exercises and Objective Structured Clinical Examination and Objective Structured Practical Examination type assessments.

4.13 Assessment strategies will need to demonstrate an increasing focus on clinical application and the integration of knowledge and skills. There should be consideration of an appropriate blend of assessment approaches, combining more long term ongoing multiple 'sampling' of student performance with discrete summative end of programme/module/year assessment, for example. Direct observation of actual student performance and behaviours will constitute a significant component in assessment strategy.

4.14 It is important that assessment strategies are regularly reviewed, with programme providers ensuring that best contemporary practice in this area is evaluated and applied where appropriate. In particular, emerging areas of professional practice that present challenges for assessment programmes, such as the ability to deal with clinical uncertainty and professional attitudes, require ongoing attention. The validity and reliability of assessment should be considered carefully. Assessment strategies should be robust and comprehensive but they should also be proportionate so as not to place undue burden on student learning.

4.15 In order to enable students to develop effective learning strategies and to facilitate their self-reflective abilities, appropriate feedback mechanisms from assessments are required.



## 5 Benchmark standards

### Academic and practitioner standards

5.1 Osteopathic programmes provide an academic education in osteopathy as well as preparing graduates for professional practice as an osteopath. Graduates are entitled to apply for registration with the GOsC, which then enables them to practice autonomously. For this reason, it is important that graduates possess the abilities and characteristics necessary for independent professional practice, and that they are able to meet the Standard of proficiency defined and published by the GOsC ([www.osteopathy.org.uk/about\\_gosc/about\\_standards.php](http://www.osteopathy.org.uk/about_gosc/about_standards.php)).

5.2 The standards required must, therefore, encompass the academic and practice qualities which relate to the generic abilities required of a graduate, the osteopathic-specific knowledge, understanding and skills, and the abilities required by the professional practice standard.

### Professional standards of practice

5.3 It is essential that the outcomes for osteopathic graduates specified in section 3 are read in conjunction with the statutory Standard of proficiency in order to provide the overall academic and practitioner standards required for graduation and eligibility for professional practice as an osteopath.

5.4 The Statement of common purpose for subject benchmark statements for the health and social care professions provides an overview of the generic values, knowledge, understanding and skills associated with practice in health and social care. As well as enabling the placing of learning outcomes for osteopathy in the overall context of health and social care, this also highlights the opportunities for interprofessional and interagency communication and shared learning.

### Appendix A - Description of a generic consultation

The following brief description of a generic consultation with a patient is included to give an indication of the typical work and approach of an osteopath.

### Case history

The osteopath asks the patient for the details of the presenting problem and past health history in a way that allows the patient to express their version of events and thoughts, with occasional prompting to focus on and elicit further detail in important areas. A range of questions is asked, prioritised according to the individual, to eliminate potentially serious pathology and to explore differential diagnostic hypotheses, but also significant

attention is given to the details of factors that may have led to the problem, such as occupational or recreational activities.

#### Osteopathic clinical examination

Based on this case history, diagnostic hypotheses are generated and, in seeking to explore these, a relevant and detailed osteopathic clinical examination is performed, again prioritised and tailored to the individual person and their complaint. This will usually involve a combination of specific osteopathic examination techniques and clinical examination techniques widely used by other healthcare practitioners. Therefore, an osteopath might use observation, palpation and evaluation of the movement of joints, muscles and other soft tissues combined with the clinical examination of the nervous system, circulatory and respiratory systems, for example. This will lead to a 'working diagnosis' for what the osteopath judges to be causing the problem. The osteopath will then determine the most relevant options for dealing with this for the individual and communicate these to the patient.

#### Informing and involving the patient

It is very important that the patient is given an explanation that they understand for the osteopath's diagnostic reasoning and their suggested course of action, and the different treatment options available. The approach to osteopathic care for the patient depends on the priorities determined by the preceding questioning and osteopathic clinical examination. It may be that these suggest the patient needs referral for further investigations such as blood tests, X-ray, magnetic resonance imaging (MRI) or ultrasound examination, or for an opinion from another healthcare practitioner, before the osteopath is able to reach definite conclusions. It may be that osteopathic treatment is not the most appropriate primary means for managing the patient's impaired health for a particular individual, although it could possibly be used in conjunction with other treatment. If osteopathic treatment is advised, the osteopath will explain what is involved; the likely outcome and timescales; the potential side-effects; and risks in a way that the individual patient is able to understand and give consent for.

#### Osteopathic treatment and management

When the patient has consented to osteopathic treatment, a range of osteopathic manual techniques may be used combined with health advice. This may involve the manipulation of soft tissues, such as muscles and ligaments, the specific application of movement to, or positioning of, joints to improve the range and quality of their movement, the specific and controlled rapid manipulation of joints, and other manual techniques to facilitate the recovery of function in soft tissue, skeletal and visceral structures. This treatment will usually be accompanied by advice to the patient, which may involve the recommendation

of exercises, lifestyle adjustment, nutritional advice and strategies for coping with their health problem. The osteopath would aim to help the patient gain a greater understanding of their problem to assist their recovery.

Appendix B - Membership of the benchmarking group for the subject benchmark statement for osteopathy

Erica Bell European School of Osteopathy

Dr Martin Collins British School of Osteopathy (succeeded)

Mathew Cousins Imperial College London

Vince Cullen General Osteopathic Council

Dr Ian Drysdale British College of Osteopathic Medicine

Dr David Gale The Quality Assurance Agency for Higher Education

Charles Hunt British School of Osteopathy

Helen Jenkins Surrey Institute of Osteopathic Medicine

Laurence Kirk Oxford Brookes University

Robin Kirk London School of Osteopathy

Mark Lawrence College of Osteopaths

Manoj Mehta General Osteopathic Council

Dr Judith Neaves London College of Osteopathic Medicine

Michael Watson British Osteopathic Association

Margaret Wolff General Osteopathic Council

QAA 190 09/07

The Quality Assurance Agency for Higher Education

Southgate House

Southgate Street

Gloucester

GL1 1UB

Tel 01452 557000

Fax 01452 557070

Email [comms@qaa.ac.uk](mailto:comms@qaa.ac.uk)

Web [www.qaa.ac.uk](http://www.qaa.ac.uk)

## ANEXO IV

A seguir achamos importante que se verifique pelo que de melhor se faz no Mundo, sítios 'oficiais' com os endereços electrónicos da Osteopatia / Medicina Osteopática e cirurgia na Internet, entre muitos outros:

o sítio electrónico do autor contém muita informação que pode ser útil  
[www.osteopata-augustojhenriques.com](http://www.osteopata-augustojhenriques.com)

American Osteopathic Association: [www.aoa-net.org](http://www.aoa-net.org)

American Association of Colleges of Osteopathic Medicine: [www.aacom.org](http://www.aacom.org)

American Academy of Osteopathy: [www.academyofosteopathy.org](http://www.academyofosteopathy.org)

General Osteopathic Council ('*Ordem*' no Reino Unido), onde se podem encontrar todos os Osteopatas aí registados oficialmente a nível nacional e internacional, pelo nome, pela cidade, em "Search the Register": [www.osteopathy.org.uk](http://www.osteopathy.org.uk)

- Neste 'site' na página principal, poder-se-á consultar entre as várias situações, todas as faculdades/escolas Britânicas de Osteopatia / Medicina Osteopática que são oficialmente reconhecidas. Como exemplo, para as faculdades mencionadas no início do documento, para o sítio electrónico da British School of Osteopathy (B.S.O.) - acreditada pela University of Bedfordshire; ou então, ir já directamente através deste endereço electrónico: [www.bso.ac.uk](http://www.bso.ac.uk)

ou outra,

- British College of Osteopathic Medicine (B.C.O.M.): [www.bcom.ac.uk](http://www.bcom.ac.uk)

British Osteopathic Association: [www.osteopathy.org](http://www.osteopathy.org)

Australian Osteopathic Association: [www.osteopathic.com.au](http://www.osteopathic.com.au)

New Zealand Osteopathic Council: [www.osteopathiccouncil.org.nz](http://www.osteopathiccouncil.org.nz)

Osteopathic Centre for Children no Reino Unido: <http://www.occ.uk.com/>



## ANEXO V

Existem alguns pontos dignos de reflexão e conhecimento. A seguir colocamos em Português e em Inglês alguma informação disponível e que é oficial, sobre a profissão osteopática e médica alopática em Portugal e Inglaterra.

O GOsC foi o primeiro conselho auto-regulador por Estatuto dado pelo Parlamento Britânico. No seio dos seus conselhos existem a todo o momento membros do público para salvaguardar e verificar os interesses do Público. Estes membros são nomeados oficialmente.

Nas Ordens em Portugal não há membros do público nos conselhos destas e, excluindo melhor informada opinião, o público normalmente não poder assistir a reuniões (destes conselhos).

Vejamos o que se passa no Reino Unido:

no GOsC todas as reuniões são publicitadas para quem quiser assistir ao que se passa.

<http://www.osteopathy.org.uk/>

“The General Osteopathic Council regulates the practice of osteopathy in the United Kingdom. By law osteopaths must be registered with us in order to practise in the UK.

We work with the public and the osteopathic profession to promote patient safety by registering qualified professionals, and setting, maintaining and developing standards of osteopathic practice and conduct”.

Sobre o General Medical Council em Inglaterra:

[http://en.wikipedia.org/wiki/General\\_Medical\\_Council#History](http://en.wikipedia.org/wiki/General_Medical_Council#History)

“Following recent legislation the GMC is implementing a comprehensive and wide-ranging reform of the organisation and its role. This is a result of considerable social change, but also highly publicised scandal cases such as the Shipman affair.

One of the recent changes is the shift of emphasis from simple registration to revalidation of doctors, more similar to the periodic process common in American states, in which the professional is expected to prove his or her professional development and skills. The revalidation process was expected to start in 2004, although it is being delayed by the publication and implementation of the Shipman Inquiry Report”.

Em termos de revalidação, o mesmo se está a passar com a profissão Osteopática no Reino Unido.

Em <http://www.gmc-uk.org/about/index.asp> diz-se:

“The GMC registers doctors to practise medicine in the UK. Our purpose is to protect, promote and maintain the health and safety of the public by ensuring proper standards in the practice of medicine.

<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/228507/General-Medical-Council>

The new direction in medical education was aided in Britain by the passage of the Medical Act of 1858, which has been termed the most important event in British medicine. It established the General Medical Council, which thenceforth controlled admission to the medical register and thus had great powers over medical education and examinations. Further interest in medicine grew from these...

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/17665.php>

The GMC, UK, is the regulator of the medical profession. Our purpose is to protect, promote and maintain the health and safety of the community by ensuring proper standards in the practice of medicine. Following legislation in 2002, we are implementing the most comprehensive and wide-ranging reform of medical regulation since the GMC was established in 1858. We have strong and effective legal powers designed to maintain the standards the public have a right to expect of doctors. We are not here to protect the medical profession - their interests are protected by others. Our job is to protect patients”.

Assim,

enquanto o GMC tem por função proteger os pacientes, como está dito em cima, e não para proteger a profissão médica, esses interesses são protegidos por outros. O General Medical Council no Reino Unido foi criado em 1858 (em sentido muito lato é o equivalente em Portugal a uma Ordem, se é que é possível, remotamente estabelecer similitude a tal em Portugal).

Assim vejamos, uma tradição e regulação bastante mais recente e algo diferente do Reino Unido, com as inerentes situações duma época histórica apenas a tal: - a Ordem dos Médicos em Portugal. Esta, somente foi criada em 24 de Novembro de 1938 pelo Decreto-lei nº29171. Diz-nos no breve historial da Ordem dos Médicos que “(...) nos seus primeiros estatutos (...) ficou mencionado: (...) «tem por fim o estudo e defesa dos interesses profissionais, nos seus aspecto oral, económico e social (...) é vedado o exercício da medicina a quem não estiver inscrito na Ordem dos Médicos» (...) passaram-se tempos conturbados desde que a Ordem autocraticamente foi transformada, sem se ouvir a classe, num sindicato com características radicais. Em 1976, os médicos reúnem-se e recriam de novo a Ordem, expulsando do seu seio elementos de ideologia ditatorial. Era o tempo da reorganização, que conduziu à aprovação pela Classe dos actuais estatutos em Decreto-Lei pelo Governo presidido pelo Dr.Mário Soares” (Médicos, 1988:6).