

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**V CURSO DE MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL
NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Qualidade e Tecnologias da Saúde

O Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia

Dissertação de Mestrado apresentada por:

José Manuel Dias Varela

Aluno Nº 4442

Orientador:

Prof. Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora / Lisboa

Outubro, 2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**V CURSO DE MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL
NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Qualidade e Tecnologias da Saúde

**O Grau de Autonomia dos Técnicos de
Cardiopneumologia**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

José Manuel Dias Varela

Aluno Nº 4442

Orientador:

Prof. Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora / Lisboa

Outubro, 2010

Dedicatória

Aos meus queridos pais, José Manuel Pereira Varela, que é um Deus e Maria Helena Rodrigues Dias Varela, que é uma Santa, a eles dediquei, dedico e dedicarei tudo o que acontecer de bom na minha vida, porque nos momentos menos bons sempre estiveram, estão e estarão presentes para me auxiliarem.

Ao meu irmão, Luis Pedro Dias Varela, que foi, é e será sempre a minha companhia na Terra.

À minha Tia Isabel por tudo e à restante família (principalmente avós paternos e maternos) de quem eu sempre gostei, gosto e gostarei.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto Silva, pelo apoio moral e académico.

A todos os que de algum modo me ajudaram na concretização desta dissertação de mestrado, que foi mais uma etapa concretizada da minha vida.

Resumo

O Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia

Esta investigação pretende analisar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia, em contexto profissional, face aos avanços técnico-científicos da área de Cardiopneumologia e às mudanças das políticas de saúde.

As transformações ocorridas ao nível dos Técnicos de Cardiopneumologia, desde a sua origem até à actualidade, motivaram diversas mudanças no grau de autonomia deste grupo.

Os Técnicos de Cardiopneumologia são um grupo ocupacional de saúde, que não possui todos os atributos de um modelo profissional.

Os Cardiopneumologistas são um grupo de saúde em mudança, marcado pelas realidades particulares de cada contexto profissional em que se inserem devido à sua grande diversidade interna, sem aparente estratégia colectiva, relativamente ao aumento do grau de autonomia em contexto hospitalar.

O interesse em compreender e aprofundar o tema motivou a realização de um estudo de carácter exploratório descritivo, pelo método quantitativo baseado numa estratégia de pesquisa através do uso do inquérito.

Palavras-Chave: Autonomia, Poder profissional, Profissão, Técnicos de Cardiopneumologia.

Abstract

Degree of Autonomy of Cardiac and Pneumology Technician

This research aims to be a look forward in degree of autonomy of Cardiopneumology Technicians in their professional activity. Aware of the growing advance in knowledge, scientific-technologies, and the continuous changes in health politics.

The changes that took place since the beginning of this activity were quite diverse and motivated different autonomy concepts.

Cardiopneumology Technicians are a occupational health group, that doesn't have all the attributes of a professional model.

They are a group in change, working in different environments and without any apparently team strategy on behalf of autonomy as hospital professionals.

The concern in understanding this subject, led toward an additional exploratory descriptive work, based on a research by inquiry.

Key-words: Autonomy, Professional Power, Profession,
Cardiopneumology Technicians

Índice geral

	Página
Resumo/Abstract	I/II
Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico	5
1.1. Breve abordagem sobre a sociologia das profissões	7
1.2. Poder médico	15
1.3. Breve retrospectiva sobre os técnicos de cardiopneumologia	21
1.4. Diferenças geracionais em cardiopneumologia	27
1.5. Autonomia em cardiopneumologia	29
Capítulo II: Percurso metodológico	39
2.1. Opções metodológicas	41
2.1.1. População alvo	45
2.1.2. Instrumentos e operacionalização da recolha de dados	47
Capítulo III: Análise de resultados	49
3.1. Caracterização dos técnicos de cardiopneumologia	51
3.2. O grau de autonomia em contexto hospitalar	65
Considerações finais	73
Plano de intervenção sócio-organizacional	77
Referências bibliográficas	81
Anexos	
Anexo 1 – Consentimento informado	
Anexo 2 – Inquérito por questionário	

Anexo 3 – Tabelas de dados sobre a caracterização do universo em estudo

Índice de tabelas

Tabela 1: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional

Tabela 2: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1

Tabela 3: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2

Tabela 4: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 5: Área de actividade que considera ser mais valorizada pelos outros profissionais de saúde

Tabela 6: Área de actividade que considera ser mais valorizada pelos técnicos de cardiopneumologia

Tabela 7: Opinião sobre o grau de reconhecimento no hospital

Tabela 8: Opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

Tabela 9: Opinião sobre a relação com os médicos

Tabela 10: Opinião sobre a relação com os restantes técnicos de cardiopneumologia

Tabela 11: Elaboração de relatórios técnicos

Tabela 12: Opinião sobre o hipotético desempenho de prescrição clínica pelos técnicos de cardiopneumologia

Tabela 13: Opinião sobre as tarefas de diagnóstico executadas pelos médicos

Tabela 14: Opinião sobre as competências dos técnicos de cardiopneumologia

Tabela 15: Opinião sobre a delegação de tarefas pelos médicos

Tabela 16: Opinião sobre a realização de tarefas autónomas no serviço, sem a supervisão médica

Tabela 17: Área de actividade mais complexa

Tabela 18: Área de actividade que os técnicos de cardiopneumologia têm maior capacidade para executar com autonomia

Tabela 19: Área/(s) de actividade com pouca autonomia

Tabela 20: Autonomia funcional

Tabela 21: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional

Tabela 22: Progressão na carreira

Tabela 23: Opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 24: Opinião sobre a mudança de profissão

Tabela 25: Distribuição por sexo

Tabela 26: Distribuição por idade

Tabela 27: Cédula profissional

Tabela 28: Ano de conclusão do curso de cardiopneumologia

Tabela 29: Escola onde concluiu o curso de cardiopneumologia

Tabela 30: Habilitações literárias

Tabela 31: Associação profissional

Tabela 32: Área/(s) de actividade

Tabela 33: Categoria profissional

Tabela 34: Vínculo profissional

Tabela 35: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 36: Medidas de associação: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 37: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2 em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 38: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2 em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 39: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 40: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a satisfação profissional

Tabela 41: Categoria profissional em função da distribuição por idade

Tabela 42: Categoria profissional em função do ano de conclusão do curso de cardiopneumologia

Tabela 43: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

Tabela 44: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da agregação da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

Tabela 45: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

Tabela 46: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da agregação da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

Tabela 47: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a relação com os médicos

Tabela 48: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a relação com os médicos

Tabela 49: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da categoria profissional

Tabela 50: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da categoria profissional

Índice de gráficos

Gráfico 1: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional

Gráfico 2: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1

Gráfico 3: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2

Introdução

O produto apresentado está inserido no trabalho de investigação realizado com vista à dissertação de uma tese de mestrado na área de especialização em Qualidade e Tecnologias da Saúde do V Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, com o título "O Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia".

Este estudo tem como propósito analisar e verificar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia no contexto profissional. O tema a tratar foi muito pouco estudado em Portugal, existindo principalmente estudos e trabalhos publicados relacionados com medicina e enfermagem.

O interesse pelo tema abordado surgiu e ganhou forma a partir da interacção do investigador com colegas da sua área de base (Cardiopneumologia) e com a partilha informal de diferentes perspectivas de futuro da ocupação e grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia.

Com este estudo pretende-se analisar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia em contexto hospitalar, tendo em conta a delegação de tarefas por parte do grupo dominante na área de saúde (medicina) e a participação nas tomadas de decisão sobre os processos de elaboração de diagnóstico e de administração terapêutica, além da sua influência no exercício da actividade profissional, pois o facto de cada vez mais existir uma evolução técnica e científica da ocupação, resultam desta evolução novas necessidades e exigências, que visam o controlo e a regulamentação da autonomia destes profissionais de saúde, tentando encontrar mecanismos, que assegurem a manutenção e aumento do grau de autonomia adequado ao exercício profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia.

A evolução principal em contexto profissional que se originou em Cardiopneumologia foi o aumento de tarefas delegadas pelo campo médico neste grupo ocupacional.

O estudo enquadra-se principalmente em referências teóricas inseridas, transversalmente, nos campos da Sociologia das Profissões e da Sociologia da Saúde, que têm pouca tradição em Portugal (Tavares, 2007). Investigar terrenos desconhecidos tornou-se num incentivo para a realização do estudo.

Graça Carapinheiro e Maria de Lurdes Rodrigues referem que o seu artigo "Profissões: Protagonismos e Estratégias" (1998) se enquadra num cenário de mudança social da sociedade portuguesa devido à especificidade da história recente e simultaneamente da integração de Portugal na comunidade europeia em 1986. Este cenário político e económico-social proporcionou um aumento de inovação científica e tecnológica, à qual a Cardiopneumologia se tem adaptado, mas sem conquistar o seu próprio espaço como profissão de saúde com autonomia. Em Cardiopneumologia só ao nível da formação de base se verificaram alterações significativas, desde a origem sem «credenciais escolares» até à formação superior existente actualmente. Como se observou no estudo de David Tavares (2007), ao nível do contexto profissional houve uma evolução no aumento de tarefas delegadas pelo campo médico.

Os indicadores do grau de autonomia em Cardiopneumologia captaram-se, inicialmente, através das diferentes práticas profissionais dos Técnicos de Cardiopneumologia nos diferentes serviços dos contextos hospitalares. Indiciavam-se, assim, diferentes percepções dos Técnicos de Cardiopneumologia sobre o que é autonomia e que grau de autonomia possuem no exercício profissional.

A interrogação que suscitou a realização deste estudo, prendeu-se com o facto dos Técnicos de Cardiopneumologia não terem visibilidade social em comparação com a medicina e com o pouco reconhecimento atribuído às tarefas realizadas por este grupo no seu exercício profissional, originando baixo grau de autonomia.

Esta investigação é sobre os Técnicos de Cardiopneumologia e seu grau autonomia em contexto hospitalar. A Cardiopneumologia ao longo das últimas décadas, não reúne os atributos do modelo profissional, pois para que se torne num grupo profissional à luz deste modelo, será necessário, para além de uma formação específica de nível superior actualmente existente, existir autonomia funcional.

Este estudo, operacionalizou-se através de um inquérito por questionário que toma por universo e referência empírica os Técnicos de Cardiopneumologia dos hospitais públicos do Concelho de Lisboa.

As crescentes análises sociológicas dos processos de formação e socialização dos profissionais de saúde localizam-se essencialmente nos hospitais, dado que o hospital continua a ser um espaço fundamental na produção de cuidados de saúde, “quer no que se refere à produção de cuidados quer no que concerne à formação dos profissionais de saúde” (Abreu, 2001:59).

Pretendeu-se com esta investigação uma aproximação a uma temática (autonomia profissional) pouco estudada em Portugal.

A opção metodológica de efectuar um inquérito por questionário, teve como objectivo complementar a pesquisa bibliográfica e aprofundar o tema para aumentar a probabilidade de identificar e compreender os fenómenos associados ao grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia.

A primeira etapa do processo de pesquisa, caracterizou-se pela recolha de informação de carácter exploratório, aplicando-se as técnicas documentais, na etapa seguinte com um grau de conhecimento e problematização maior do objecto de estudo, estando bem definidos os factores a investigar, foi realizado o inquérito por questionário, nos hospitais públicos do Concelho de Lisboa, com o objectivo principal de verificar hipóteses de pesquisa, produzindo um tipo de informação de natureza quantitativa, através das percepções dos Técnicos de Cardiopneumologia dos respectivos hospitais.

“Os conhecimentos produzidos em contextos de investigação empírica têm um carácter cumulativo, são necessariamente provisórios e reversíveis face ao aprofundamento e reelaboração dos pressupostos teóricos orientadores das problemáticas. Este factor é, aliás, comum aos produtos científicos resultantes dos vários domínios do saber e, no caso específico das ciências sociais, varia também em função da dinâmica dos processos sociais” (Tavares, 2007:18).

A apresentação do trabalho está organizada em três capítulos: no primeiro capítulo é desenvolvido o enquadramento teórico, expondo-se em cinco pontos a revisão da literatura, no segundo capítulo abordou-se as sucessivas etapas do percurso metodológico da investigação empírica, finalmente no terceiro capítulo apresentou-se a informação empírica e análise da mesma através da percepção dos Técnicos de Cardiopneumologia a partir do inquérito por questionário.

Capítulo I

Enquadramento teórico

A Cardiopneumologia tem-se recomposto e transformado no decurso das últimas duas décadas, apesar de se tratar de uma ocupação de saúde, por possuir um grau de autonomia não adequado aos saberes indeterminados que os Técnicos de Cardiopneumologia possuem actualmente, originando pouco reconhecimento dado às tarefas realizadas por este grupo, assim como baixa visibilidade social.

Os Técnicos de Cardiopneumologia, em contexto hospitalar devido às suas origens como auxiliares de actividades médicas, são um grupo que no campo de saúde ao nível do diagnóstico e da terapêutica está subordinado ao campo médico. Neste sentido, recorre-se ao conceito de dominância profissional, pois a Cardiopneumologia situa-se numa posição estrutural de dependência técnica e social com a medicina (dominância médica), devido ao carácter dominante alcançado pela mesma.

A noção de fechamento social é a referência matriz que permite dar conta das estratégias de profissionalização desenvolvidas pelos grupos ocupacionais de saúde.

O conceito de fechamento social é uma das etapas fundamentais do processo de profissionalização dos grupos ocupacionais. Segundo Freidson fechamento social: "consiste na capacidade de um grupo profissional garantir, tanto o monopólio sobre o mercado de serviços que presta, como o monopólio da legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade" (Freidson; citado por Lopes, 2001:29).

Para assegurar o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta, os Técnicos de Cardiopneumologia têm que investir na especialização dos seus «saberes» e competências. A credenciação académica é um marco imperativo para o fechamento social de um grupo ocupacional, porque esta é um mecanismo de interdição do exercício ocupacional a quem não detém as respectivas credenciais (Lopes, 2006), apesar de numa ocupação de saúde não significar uma efectiva autonomia no exercício profissional.

Os Cardiopneumologistas são um «grupo ocupacional», pois não possuem autoridade para controlar, dirigir e avaliar o seu próprio trabalho no campo da saúde, que consiste numa insistente “subordinação e dependência” da classe médica (Tavares, 2007). Subordinação, segundo Turner é caracterizada como “a situação em que as actividades de uma ocupação são delegadas pelos médicos, tendo como consequência o estreitamento da sua independência, autonomia e possibilidades de auto-regulação” (Turner; citado por Lopes, 2001:30).

Segundo Larson (1977), para que uma actividade se torne numa profissão significa que “alcançou exclusividade cognitiva, entendida como monopólio juridicamente garantido do poder discricionário do seu saber nos diferentes domínios do seu campo de intervenção” (Lopes, 2001). Porém como afirma Freidson, “o fechamento social de uma profissão só se traduz em dominância profissional quando esta assegura, não apenas a sua exclusividade cognitiva e, conseqüentemente, a sua autonomia funcional, mas também a autoridade de controlar e dirigir os trabalhos das profissões que se articulam com o seu campo de actividade” (Freidson, 1970; citado por Lopes, 2001:30).

Os Técnicos de Cardiopneumologia, possuem actualmente em comparação com gerações anteriores (década de 50, 60 e 70), devido ao investimento na especialização dos seus saberes e competências e na sua credenciação formal, através de diploma académico, uma menor dependência do campo médico.

O modelo de análise proposto pelo investigador, coloca a autonomia profissional no centro, sendo esta originada por três fontes: fechamento social, especialização dos saberes indeterminados e autonomia funcional. A autonomia funcional é a principal característica da autonomia profissional.

1.1. Breve abordagem sobre a sociologia das profissões

Ao objectivar o foco de um estudo numa ocupação de saúde (Cardiopneumologia), torna-se relevante uma breve abordagem sobre a sociologia das profissões.

Este estudo vai ter em atenção as correntes fundadoras ao nível da sociologia das profissões, mas não se filiando em nenhuma corrente, porque até há duas décadas atrás esta não tinha qualquer tradição em Portugal. A sociologia das profissões surgiu principalmente devido “à emergência de diferentes grupos ocupacionais, aspirando ao estatuto de profissão” (Rodrigues, 1997:2).

A sociologia das profissões, tal como refere João Freire (2002), pode considerar-se um «ramo» da sociologia, implicando o termo «ramo», uma derivação, mantendo as características da sua origem.

A tradução de sociologia das profissões deriva do inglês «sociology of the professions», estando a palavra «profession», associada às profissões liberais e com saberes especializados como os médicos e juristas. Profissionais liberais que segundo Graça Carapinheiro (1993) são profissionais que exercem o seu papel profissional não motivado por interesses pessoais nem por recompensas económicas.

A diferença entre ocupação e profissão assenta em fenómenos como: a autonomia, a especialização, a competência e o poder.

A diferença entre profissão e restantes actividades ou ocupação, assente em diversos sociólogos dedicados ao ramo sociologia das profissões, como Parsons, Hughes, Carr-Saunders, Johnson, Larson, Maurice, entre outros, assenta em critérios como:

- “- uma formação escolar (pós-básica) prolongada e exigente;
- uma especialização aprofundada do conhecimento e o domínio técnico da sua aplicabilidade prática;
- noção de um serviço benéfico prestado à colectividade;
- a faculdade do julgamento individual sobre os actos técnicos específicos da profissão e correspondente 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;
- um reconhecimento oficial, público da profissão” (Freire, 2002:320/321).

Estes são apenas pontos orientadores, a que a sociologia das profissões não se restringe, pois existem diferentes períodos neste ramo da sociologia com diferentes abordagens que originam diferentes quadros conceptuais. Segundo Maria de Lurdes Rodrigues, existem 4 grandes períodos na sociologia das profissões, que englobam o funcionalista, o interaccionista, o sistémico e o 3º período desta disciplina (*poder das profissões e a pluralidade de paradigmas, abordagens e perspectivas*), que se tornou na abordagem teórica mais relevante para o estudo, com maior destaque para Freidson, um dos mais conceituados autores do período assinalado.

Os Técnicos de Cardiopneumologia são uma ocupação de saúde, pois não possuem todos os requisitos para serem considerados como profissão.

Segundo Maria de Lurdes Rodrigues “a abordagem funcionalista assentaria em três pressupostos definidores do conceito de profissão:

- o estatuto profissional resultante do *saber científico e prático* e do *ideal de serviço*, corporizados por comunidades formadas em torno do mesmo corpo de saber, dos mesmos valores e ética do serviço;
- o *reconhecimento social* da competência fundada sobre uma formação longa;
- as instituições profissionais como resposta a necessidades sociais: ocupando uma posição de charneira entre as necessidades individuais e as necessidades sociais, contribuindo para a regulação e o controlo sociais e permitindo o bom funcionamento da sociedade” (Dubar, 1991; citado por Rodrigues:13).

Segundo Hughes, *licença* (autorização legal de exercício de certas actividades interditas a outros) e *mandato* (obrigação de assegurar uma função específica), são as bases para que uma ocupação se torne numa

profissão. A Cardiopneumologia tem licença, mas ainda não fixou o seu mandato, porque é um grupo ocupacional subordinado ao campo médico.

Apesar de se tratar de uma ocupação de saúde, a Cardiopneumologia cumpre aparentemente as etapas definidas por Wilensky para que as ocupações se tornem profissões:

- passagem de actividade amadora a ocupação a tempo inteiro;
- estabelecimento do controlo sobre a formação;
- criação de associação profissional, cujas principais funções são a definição das 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;
- protecção legal;
- definição do código de ética.

Kornhauser (1963) foi um dos primeiros autores a incluir o conceito de autonomia, que seria nada mais que um profissional qualificado estar habilitado a determinar como a sua função deve ser realizada, tendo o poder de discernir e julgar em caso o que lhe compete.

Na Cardiopneumologia a autonomia não existe, porque o controlo não é exercido entre colegas do mesmo grupo, mas pelo campo médico, que determina como o trabalho deve ser desenvolvido.

A autonomia será o elemento mais importante na actualidade de uma ocupação como a Cardiopneumologia, porque sem esta não existe poder, autoridade e visibilidade social.

A Cardiopneumologia não pode ser considerada uma profissão, pois toda a evidência o mostra, apesar de cumprir alguns atributos do modelo profissional. Segundo a visão funcionalista, dos atributos que não cumpre destacam-se o prestígio da profissão, as motivações e a diversidade interna do grupo.

Definir profissão foi, é e será complicado, assim o conceito-chave considerado neste estudo na evolução de uma ocupação a profissão é a autonomia funcional.

Na década de 70, autores como Freidson indicaram que o conteúdo e a duração da formação de uma ocupação são a principal característica para que uma ocupação se torne numa profissão, adquirindo assim maior autonomia.

Nos anos 70, introduziram-se conceitos como expertise (monopólio de conhecimentos), autonomia profissional, gatekeeper (credencialismo) e monopólio ou controlo.

Johson, (1972), foi o primeiro autor a defender a abordagem às profissões sobre o paradigma do poder. Para este autor, o recurso principal ou fundamento do poder profissional, consistia no contributo que cada profissão confere às funções globais do capital, como a realização de capital ou a reprodução de relações sociais que assegurem a manutenção de produção do capital e produção de lucro (Rodrigues, 1997).

Com Johson, o estudo das profissões passou a integrar as interacções externas, como o Estado, não se restringindo às interacções internas.

Gyaramati, (1975), concluiu que as profissões constituem um sistema de mandarinato com duas características:

“ - autonomia para organizar e regular as respectivas actividades;

- monopólio profissional, ou seja, a faculdade jurídica de impedir todos os que não são oficialmente acreditados de oferecer serviços no domínio definido como exclusivo de uma profissão” (Rodrigues:41).

Freidson é o autor mais importante para o estudo, porque foi o autor mais notável e que mais trabalhou o conceito de autonomia ao longo de décadas, debruçando-se sobre o paradigma do poder e a essência das ocupações e profissões, envolvendo a autonomia profissional como um dos conceitos fundamentais na abordagem do poder profissional.

O modelo de análise concebido por Freidson, coloca o poder profissional no centro, sendo este originado por três fontes de poder: expertise, autonomia técnica e gatekeeper. Segundo Freidson, a autonomia técnica (capacidade de definir como o trabalho deve ser realizado) é a principal característica do poder profissional. Freidson elegeu como *enjeu* do poder profissional a autonomia ou controlo na organização do próprio trabalho, só possível com o monopólio do conhecimento e protecção do mercado.

Segundo Eliot Freidson, citado por Mária de Lurdes Rodrigues: "profissionalização pode ser definida como um processo pelo qual uma ocupação – organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado; e identifica profissão como um *princípio ocupacional de organização do trabalho*" (Rodrigues:51).

Segundo Freidson, para que haja um mercado de trabalho profissional protegido terá que haver uma combinação de credenciais e formação.

Os dois tipos de credenciais existentes são: "*ocupacionais* (envolvem licenças, graus, diplomas e certificações para permitir o acesso ao mercado) e *institucionais* (instituições de acreditação de educação superior e outras instituições profissionais que forneçam formação teórica ou prática)" (idem:53).

"A definição de um mercado protegido, envolve um complexo processo de negociação:

1- definição como essencial de uma particular tarefa/actividade na divisão do trabalho;

2- reivindicação de que, dada a natureza e características das tarefas/actividades, só os trabalhadores com particulares competências (expertise) as podem realizar adequadamente;

3- negociação com outros grupos ou segmentos ocupacionais que realizem tarefas/actividades situadas em zonas de fronteira ou sobreposição, por forma a definir e estabelecer os campos e o tipo de relações sociais;

4- desenvolvimento de estruturas formais que envolvam instituições de formação e credenciação" (idem:53).

Segundo Freidson, a *autonomia* é o principal recurso do poder profissional; “é imprescindível à análise do sucesso ou insucesso de uma ocupação para ganhar e manter o seu «escudo», a análise da sua estratificação e segmentação interna e o efeito destas clivagens na estrutura da sua organização formal e na capacidade efectiva de os seus líderes conduzirem negociações compulsivas no que respeita ao seu lugar no mercado de trabalho” (Freidson, 1994:85).

Freidson, comparando com outros autores, realça os mecanismos de aquisição de autonomia.

Nas ocupações não existe autonomia, porque esta corresponde a grande poder profissional, nas ocupações existem é saberes próprios sem grande alteração nesse mesmo poder profissional.

Forsyth e Danisiewicz, (1985), tiveram em conta no seu estudo duas dimensões interessantes da autonomia: a autonomia face ao cliente e a autonomia face à organização empregadora.

Freidson “definindo as profissões de acordo com o princípio do poder e monopólio ocupacional, analisar o futuro das profissões ou o sentido da sua evolução passa por identificar as variáveis que em cada caso podem afectar o grau de controlo da ocupação sobre o seu próprio trabalho, e estas são: o *grau de especialização* dentro da profissão e o aumento da *complexidade na divisão do trabalho*” (Rodrigues:65).

O diagnóstico e a terapêutica são ambos importantes na Cardiopneumologia, porém os técnicos devem centrar-se apenas numa das tarefas para que obtenham um grau de especialização elevado e conquistem «saberes» inacessíveis a outros profissionais de saúde, para que o grau de controlo sobre o trabalho seja elevado.

Os Técnicos de Cardiopneumologia como salientou David Tavares através da sua observação directa em contexto hospitalar “demonstram um evidente domínio da complexidade de todo o processo dos exames que envolvem a sua actividade profissional, controlam e compreendem os diferentes aspectos com eles relacionados, mobilizando conhecimentos científicos sólidos com um grau de complexidade e especialização relativamente elevado” (Tavares:156).

Em Cardiopneumologia o trabalho é especializado, porque aparentemente os respectivos técnicos realizam-no melhor que qualquer outro profissional de saúde, mas o grau de especialização exigido não é tão elevado nem exclusivo ao ponto de ser impeditivo que outro profissional de saúde o realize.

O saber médico encontra-se ao nível dos saberes indeterminados, enquanto o saber dos Técnicos de Cardiopneumologia ao nível dos saberes-fazer.

“O saber, os saberes, as competências e o conhecimento científico são um elemento essencial em qualquer das abordagens das profissões” (Rodrigues:111).

Freidson, (1971), há 38 anos indicou um diagnóstico da situação que ainda hoje se mantém: É possível identificar dois grandes problemas de análise com que se confrontam os sociólogos ao estudar as profissões. O primeiro é a necessidade de entender como as profissões se auto-orientam ou como a autonomia é desenvolvida, organizada e mantida. O segundo é a necessidade de entender a relação do conhecimento e procedimentos das profissões com as organizações profissionais e com o mundo leigo. O primeiro é um problema de organização social; o segundo é um problema da sociologia do conhecimento (Rodrigues, 1997).

“A questão da autonomia profissional constitui o domínio em que as relações de poder – nas quais se inscrevem as estratégias e trajetórias de profissionalização – assumem maior evidência. É um campo de negociação, tanto ao nível da esfera pública e social, como política e jurídica, em que os saberes profissionais são convertidos em formas organizadas de poder” (Lopes, 2006:109).

Pode-se afirmar que: “As ocupações cujas trajetórias de profissionalização conduziram ao assegurar da autonomia funcional são designadas por Freidson (1984; 1994) como profissões dominantes” (Lopes, 2006:109).

As profissões dominantes são as ocupações que conquistaram o seu fechamento social e respectiva autonomia funcional, através de um longo processo de autonomização e de jogos de influências externas.

1.2. Poder médico

Nas profissões de saúde, o conceito de poder surge associado à profissão médica, assim como o hospital surge como local onde se exerce esse poder sobre os outros grupos ocupacionais de saúde, como a Cardiopneumologia.

Turner (1987), refere que o hospital simboliza o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Larson (1977), indica que o poder adquirido pela medicina, em grande parte, deve-se aos hospitais e universidades (citados por Carapinheiro, 1993).

Segundo Goss e Smith, citados por Carapinheiro, em contexto hospitalar a autoridade baseia-se no poder e autonomia profissional dos médicos e pela existência de uma estrutura administrativa burocrática. Assim, temos uma autoridade racional/legal da administração em conjugação com a autoridade carismática dos médicos.

De acordo com Weber, citado por Carapinheiro, a autoridade racional/legal envolve a obediência às regras formais, através de uma máquina judiciária e administrativa; a autoridade dos superiores hierárquicos não depende do carisma; caracteriza-se pela burocracia e pela racionalização das relações pessoais, assim a função, a autoridade, a hierarquia e a obediência são concebidas e concretizadas através da aplicação da razão organizacional. A autoridade carismática é exercida por quem demonstra «carisma» e é obedecida por quem acredita no carácter extraordinário do líder que detém esse carisma. Este tipo de autoridade caracteriza-se por ser instável, transitória e revolucionária. O conflito entre estes dois tipos de autoridade é inevitável.

Smith afirma que a autoridade médica é alicerçada no saber que trata patologias e suas especificidades, para além das competências técnicas lhes permitirem defender e exigir privilégios profissionais (citado por Carapinheiro, 1993).

Perrow "considerou que os grupos que, em cada momento, controlam uma organização são os que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas.

Considera que as tarefas difíceis são as que não podem ser rotinizadas nem atribuídas a pessoas com baixos níveis de qualificação e que as tarefas críticas são, não só as que sem as quais uma organização não poderia funcionar, mas também as que representam o problema mais importante que a organização enfrenta num determinado estágio do seu desenvolvimento” (Carapinheiro: 59).

Segundo Perrow, citado por Graça Carapinheiro, o poder de controlo de cada grupo numa organização depende da importância das tarefas críticas e difíceis que desempenha num dado momento dessa organização, de onde resultarão a definição de políticas, as tomadas de decisões e a determinação de objectivos operacionais.

Assim, pode-se concretizar que o poder médico advém em contexto hospitalar pelas tarefas mais difíceis e críticas que os médicos possuem.

Segundo Graça Carapinheiro (1993), os médicos, na concretização das metas oficiais do hospital, definem os objectivos operatórios do poder, através do desenvolvimento de projectos de especialização médica e técnica, assim os grupos de saúde que desempenham as tarefas críticas e decisivas, determinam as políticas hospitalares e os objectivos organizacionais.

“Uma das dimensões, que Freidson fez corresponder ao poder de «gatekeeper», refere o monopólio que detêm os profissionais credenciados no acesso e no fornecimento aos clientes de certos bens, serviços e benefícios desejados. Este poder varia de profissão para profissão e de organização para organização, mas quem o utiliza de uma forma mais extensiva e mais complexa é, sem dúvida, a profissão médica. Além dos serviços que fazem parte do quotidiano do trabalho médico no hospital, também certificam doenças e incapacidades, tornando os indivíduos elegíveis para a obtenção de subsídios e indemnizações do Estado. A amplitude do exercício deste poder e a necessidade de regulação sobre ele produzida podem estar na origem de frequentes conflitos entre os profissionais e a administração burocrática da organização ou até a administração central” (Freidson, 1970, 1986; Shatin, 1982; citados por Carapinheiro:52/53).

A medicina é o grupo dominante no sector de saúde como ficou comprovado no estudo de Graça Carapinheiro, sendo uma profissão autónoma e dominante.

A profissão médica é a única no sector de saúde que consagra a autonomia individual de cada médico, dentro dos limites impostos pela profissão, como indicou Graça Carapinheiro, além de ser a única de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autónoma, sendo a dominante e que dirige todas as outras.

Relativamente à profissão médica, Freidson (1970), além da sua dominância profissional na divisão do trabalho no domínio da saúde, salienta o seu poder monopolístico, subordinando todas as profissões que lhe estão relacionadas ou que lhe são adjacentes, mantendo-as no estatuto de grupos paramédicos, como é o caso da Cardiopneumologia. Freidson também salienta a relação da medicina com o Estado, no sentido em que o monopólio que a profissão médica detém sobre as práticas de medicina é legalmente garantido e ratificado nas várias instâncias de poder político, e traduz-se no exercício do poder de *gatekeeper*, atrás referenciado, reforçado por Graça Carapinheiro no seu estudo.

A profissão médica através do seu monopólio usufrui de autonomia económica e política, que por sua vez origina autonomia científica e tecnológica, “pela liberdade que dispõe no desenvolvimento das áreas especializadas de conhecimento médico e na definição das práticas médicas cientificamente aceitáveis, o que nos pode levar a dizer que a profissão controla livremente o conteúdo do seu trabalho, além de controlar os respectivos processos de formação e aprendizagem” (Freidson, 1986; citado por Carapinheiro:72).

Larson, (1980), perspectivou o poder das profissões e o respectivo processo de profissionalização, considerando “que o poder das profissões depende da sua aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado, apoiada na posse de credenciais obtidas através da educação universitária. A profissionalização é um processo de constituição de um monopólio de saberes e competências e de um mercado de clientela para a sua aplicação, requerendo o apoio e a protecção do Estado. A este processo interliga-se o exercício da dominação sobre todas as categorias profissionais concorrentes, que lhe estão funcionalmente articuladas” (Carapinheiro:72).

Pode-se afirmar que: A dominação de uma profissão sobre outra no domínio da saúde, significa usufruir de autonomia profissional.

A dominância médica, segundo Turner, é "o conjunto de estratégias desenvolvidas para o controlo da situação do trabalho para a institucionalização da autonomia profissional na divisão de trabalho médico e para a ocupação de uma posição de soberania sobre as categorias profissionais que estão na sua órbita" (citado por Carapinheiro:72).

Esta estratégia indicada por Turner no seu estudo concretiza-se através de três modos de dominação: «subordinação», «limitação» e «exclusão».

A Subordinação aplica-se aos Técnicos de Cardiopneumologia, originando inexistência de autonomia profissional, porque numa situação de subordinação são colocadas as categorias profissionais que cooperam com os médicos na divisão de trabalho médico, como é o caso dos Técnicos de Cardiopneumologia, que executam tarefas no âmbito da cardiologia e pneumologia, sendo a natureza do trabalho técnico, definida a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional das tarefas deste grupo, determinadas a partir da centralidade das tarefas médicas.

A limitação por parte da profissão médica, aplicava-se quando os Técnicos de Cardiopneumologia não tinham formação de nível superior, através de processos de contenção e restrição, exercendo um controlo cerrado sobre os territórios de trabalho deste grupo por não deterem um corpo de conhecimentos «esotéricos», obtidos através da universidade.

Dos três modos de dominação resulta a conservação da autonomia profissional e social e o desenvolvimento do corpo sistemático de conhecimentos, que permite manter utilizadores do hospital num estado de dependência e distância social.

O principal obstáculo a conquistar por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia no sentido de demarcarem-se da profissão médica será ao nível da subordinação exercida pela medicina, através da conquista de tarefas em saúde que não sejam originadas a partir da natureza do trabalho médico.

O baixo poder profissional, que origina baixa autonomia funcional em Cardiopneumologia poderá explicar-se porque a maioria das tarefas realizadas pelos Técnicos de Cardiopneumologia serem processos «rotineiros».

A autonomia dos médicos, por exemplo, é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia as tarefas de todas as restantes categorias profissionais que lhes estão funcionalmente articuladas sem, em contrapartida, ser objecto de direcção e avaliação por parte de ninguém. Como profissão dominante, detêm uma posição estrutural na divisão do trabalho no campo da saúde diferente da de qualquer outro grupo sócio-profissional, reflectindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada (Carapinheiro, 1993).

Segundo Foucault, citado por Carapinheiro, poder e saber funcionam numa relação de correlação e não de causalidade, implicando-se mutuamente.

Em grande parte, são as formas de funcionamento e de circulação do saber médico que constituem o saber dos Técnicos de Cardiopneumologia como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos Técnicos de Cardiopneumologia como um sub-poder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo ao doente qualquer forma de poder oficialmente reconhecida (Carapinheiro, 1993).

A génese social da Cardiopneumologia é consequente do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, no sentido em que resultam da progressiva delegação de componentes do trabalho médico – aquelas que a tecnologia foi permitindo transferir para outros segmentos profissionais –, ou dos actos de trabalho cuja possibilidade de protocolização permitiu convertê-los em trabalho delegável (Lopes, 2006).

A Cardiopneumologia gerou-se a partir de um campo de actividade autónomo – o campo médico –, relegando este grupo ocupacional para um campo de actividade delegado; assim as possibilidades de autonomia funcional por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia têm como obstáculo a dominância médica.

A configuração empírica da dominância médica é expressa na centralidade que assume a noção de «acto médico», enquanto categoria estruturante da divisão do trabalho de produção dos cuidados de saúde (Chauvenet, 1972; Freidson, 1984; Carapinheiro, 1993; Lopes, 2006).

Os grupos ocupacionais de saúde, como a Cardiopneumologia ficam estruturalmente subordinados ao acto médico, limitando as possibilidades de criação de um campo de actividade autónomo em Cardiopneumologia.

1.3. Breve retrospectiva sobre os técnicos de cardiopneumologia

O estudo tem por referência empírica os Técnicos de Cardiopneumologia, um grupo ocupacional inserido na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica que tem estado envolvido, na última década, num processo de profissionalização, ao adquirir um número significativo de atributos do modelo profissional mas que, todavia, não pode, em rigor, ser denominado como grupo profissional, considerando a tradição das diferentes correntes teóricas do campo da sociologia dos grupos profissionais (e não apenas a funcionalista) que tem utilizado o termo profissão para classificar categorias profissionais qualificadas do ponto de vista académico e com um grau significativo de poder, autonomia e monopólio sobre o seu campo de trabalho. Desde logo, a hipótese de designar os Técnicos de Cardiopneumologia por profissão ou por grupo profissional foi posta de parte para evitar erros do ponto de vista conceptual e equívocos entre o conceito sociológico e a designação habitualmente proferida na linguagem quotidiana (Tavares, 2007).

Com base em indicadores empíricos o único estudo efectuado sobre Técnicos de Cardiopneumologia foi o de David Tavares, e é com base nesse estudo que não se tratou os Técnicos de Cardiopneumologia por profissão, porque é um grupo que aparentemente possui todos os atributos para ser uma profissão, mas em que esses mesmos atributos na sua maioria não estão legitimados por quem competência tem para os legitimar. Neste sentido os Técnicos de Cardiopneumologia devido ao nível da qualificação académica, das competências profissionais e da posição ocupada na divisão social de trabalho será designado de «grupo ocupacional».

Os Técnicos de Cardiopneumologia tiveram a sua origem como Ajudantes Técnicos de Cardiologia e posteriormente Técnicos e auxiliares de medicina, mas com a crescente incorporação de inovação tecnológica no contexto profissional e um curso de licenciatura nas escolas superiores de tecnologias de saúde, em 2000 tornaram-se no que são hoje, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica em Cardiologia e Pneumologia.

A génese e a expansão da Cardiopneumologia não se pode dissociar da expansão do sistema hospitalar e da complexidade técnica dos cuidados de saúde ocorrida nas últimas duas décadas, começando os médicos a delegarem funções a um novo grupo de saúde, os Técnicos de Cardiopneumologia.

As primeiras referências aos Técnicos de Cardiopneumologia surgem na década de 50 (1953), com a designação de ajudantes técnicos de cardiologia, mas antes do aparecimento destes no século XIX realizaram-se os primeiros estudos de Metier em espirometria e no início do século XX (1902), surgiu a electrocardiografia, que nos dias de hoje é um dos exames base dos Técnicos de Cardiopneumologia. Na década de 50 para se aceder ao grupo ocupacional não eram exigidas «credenciais escolares», mas sim provas práticas aos candidatos.

Na Década de 60 surgem os primeiros laboratórios integrados nos serviços de cardiologia e pneumologia, originando em 1961 o aparecimento do ensino formal das tecnologias de saúde através da criação dos centros de preparação de técnicos auxiliares dos serviços clínicos (Portaria nº18523) que funcionavam nos hospitais centrais de Lisboa, Porto e Coimbra, com diferentes níveis de formação de grau não superior (Técnicos e Auxiliares), com critérios de acesso definidos pelos próprios hospitais.

Após esta pequena evolução surgiu em 1973 pela primeira vez o estatuto do técnico e auxiliar de medicina, referindo-se em determinado artigo aos preparadores de cardiologia (Portaria nº 728/73 de 22 de Outubro, Estatuto das Caixas de Previdência), definindo funções práticas «de execução», em 1974 no seguimento deu-se a fundação do sindicato dos técnicos paramédicos, em 1977, é criada e regulamentada a “carreira dos técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica” (Decreto Regulamentar nº 87/77 de 30/9), que integra treze grupos ocupacionais entre os quais se incluem os «cardiografistas», em 1978, criou-se o primeiro curso de técnico de cardiologia ministrado no “CPTASC (Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos) dos hospitais civis de Lisboa”.

Na década de 80 (1982) surgem a criação das “Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde” (Decreto-lei nº 371/82 de 10/9), apesar de funcionarem desde 1980, mais tarde estas escolas irão originar as actuais Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde, em 1985 dá-se a reestruturação da “carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica”, em que surgiu uma nova designação: técnicos de cardiopneumografia (Decreto-Lei nº 384-B/85 de 30/9). Os cursos de Cardiografia e de Pneumofisiografia dos Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, cruzaram-se passando a designar-se por Cardiopneumografia e actualmente por Cardiopneumologia; em 1986, surge definição dos conteúdos funcionais e das competências técnicas (Portaria nº 256-A/86 de 28/5); em 1987, fundação da APTEC (Associação Portuguesa de Técnicos de Cardiopneumografia).

Na década de 90 (1990), os júris passam obrigatoriamente a ser constituídos só por Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; em 1993, regulamentação do exercício das actividades paramédicas (Decreto-Lei nº 261/93 de 24/7), e integração das escolas técnicas dos serviços de saúde no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior politécnico sob a designação actual (Decreto-Lei nº 415/93 de 23/12); em 1999, os técnicos de cardiopneumografia passam a ser designados oficialmente por Técnicos de Cardiopneumologia (Decreto-Lei nº 564/99), para além da criação de um conjunto de cursos bietápicos de licenciatura nas escolas superiores de tecnologias de saúde (Portaria nº 505-D/99 de 15/7), em que se inclui a Cardiopneumologia; por fim em 2000, criou-se o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei nº 564/99 de 21/12), que passa a identificar de forma inequívoca os indivíduos pertencentes ao grupo ocupacional como o, «conjunto de profissionais detentores de formação especializada de nível superior».

A designação actual é de Técnico de Cardiopneumologia e a designação proposta que já é adoptada pela associação profissional é de Cardiopneumologista.

É permitido o acesso à profissão a titulares de Curso Superior de Cardiopneumologia, ministrado nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde; Curso Superior de Cardiopneumologia ministrado noutra estabelecimento de ensino superior, desde que legalmente reconhecido por despacho conjunto dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho e Solidariedade; Reconhecimento legal da profissão, de acordo com a legislação comunitária e o direito interno português, quando se trate de cidadãos de Estados membros da União Europeia e Cédula profissional, com o título profissional de Técnico de Cardiopneumologia, a requerer junto do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto, Artigo 4º).

Tendo como objecto de estudo os Técnicos de Cardiopneumologia, surge a necessidade de descrever sucintamente as suas principais competências:

- Estudos da função respiratória, incluindo os estudos do sono e acções terapêuticas específicas, no âmbito das alterações ventilatórias;
- Estudos morfo-funcionais vasculares e cardiovasculares;
- Perfusão cardiovascular;
- Selecção e análise da evidência científica e aplicação à prática na situação apropriada;
- Colaboração com outros profissionais de saúde, em acções terapêuticas específicas invasivas, participando no planeamento, programação, execução e análise;
- Concepção e desenvolvimento de programas de educação para a saúde, com vista à sua promoção e prevenção da doença;
- Participação, no âmbito da sua área de intervenção, em programas de investigação;
- Colaboração na gestão dos serviços de saúde onde se encontra integrado e ainda na formação e ensino de profissionais de saúde.

A evolução desta área do saber teórico e prático está subjacente ao desenvolvimento científico e tecnológico aplicado ao diagnóstico e terapêutica em saúde.

O técnico de diagnóstico e terapêutica desenvolve a sua actividade no âmbito da prestação de cuidados e gestão, competindo-lhe, designadamente o que vem mencionado no Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro.

“O Técnico de cardiopneumologia centra-se no desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões e de actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica; mais concretamente nas seguintes especialidades técnicas: Cardiologia: Electrocardiologia, Electrocardiograma de Esforço e de Holter, Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA), Ecocardiografia Transtorácica, Ecocardiografia Tansesofágica, Hemodinâmica e Pacing; Cirurgia Cardíaca: Circulação Extracorporal; Pneumologia: Provas funcionais Respiratórias e Polissonografia e Angiologia.”

“É a partir da década de 90 que, ao nível das competências mobilizáveis e também ao nível das competências que estão consagradas na legislação em vigor, a definição do conteúdo funcional da actividade profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia atribui explicitamente maior peso às actividades que envolvem saberes analíticos de concepção (estudo funcional, programação, avaliação). De facto, uma avaliação global acerca dos atributos necessários, actualmente, para o desempenho da profissão permite facilmente verificar a complexidade das tarefas realizadas que requerem a mobilização de conhecimentos científicos e da capacidade de análise.

Esta constatação é reforçada em trabalhos onde é traçado o perfil profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia, com base no recenseamento exaustivo e pormenorizado das tarefas, actividades específicas, competências e saberes mobilizáveis por este grupo no desempenho da actividade profissional (Morais, 1998; Conde *et al.*, 2004). A maioria das competências aí identificadas podem ser categorizadas no âmbito das actividades de concepção, reportadas claramente a capacidades que exigem saberes analíticos e se inscrevem em atributos associados ao trabalho especializado, como a interpretação, a avaliação, a previsão, a decisão, o domínio de linguagem técnica e a explicação ao doente” (Tavares, David:152,153).

Em Cardiopneumologia, no que respeita ao «fechamento ocupacional», que significa assegurar o «monopólio da prática», este grupo ocupacional conquistou-o apenas parcialmente; conquistou aparentemente o «monopólio de mercado», através dos mecanismos de credenciação do exercício, mas não alcançou o elemento essencial do fechamento ocupacional, a autonomia funcional, esta «ferramenta» pertencente apenas às profissões, está estruturalmente bloqueado nas ocupações de saúde, como a Cardiopneumologia, porque estas representam actividades de extensão do acto médico, colocando estas actividades sob a autoridade técnica e social da profissão médica, como referiu Noémia Lopes no seu estudo “Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização”.

1.4. Diferenças geracionais em cardiopneumologia

Na Cardiopneumologia podem-se considerar três gerações de Técnicos de Cardiopneumologia, em função do período em que decorreu a sua formação, durante a qual foram transmitidos conhecimentos diferentes ao nível dos «saberes» e da autonomia funcional e profissional.

Os saberes profissionais são um dos recursos estratégicos para as trajetórias de fechamento social dos grupos ocupacionais (Abbott, 1988; Freidson, 1986; Hughes, 1996; Larson, 1977; Wilensky, 1964).

“A primeira geração é constituída pelos Técnicos de Cardiopneumologia formados antes de 1980, mais especificamente na década de 60 e na primeira metade da década de 70, nos Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, com conteúdos exclusivamente práticos, dados no interior dos hospitais; a segunda geração é constituída pelos Técnicos de Cardiopneumologia formados entre 1980 e 1993, após a criação da (então) Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa e antes da sua integração no sistema de ensino superior, ou seja, no período de institucionalização da formação escolar que marca a transição entre o ensino técnico-profissional e o ensino superior; a terceira geração é constituída pelos Técnicos de Cardiopneumologia formados a partir de 1994, no âmbito do ensino superior” (Tavares, 2007:176).

Nas clivagens geracionais é ao nível da autonomia funcional da execução de tarefas, que existem as principais diferenças entre as gerações de Técnicos de Cardiopneumologia, porque a primeira geração e a segunda, não tanto, eram meros cumpridores e executantes de trabalho médico, limitando-se a cumprir ordens, não tendo qualquer grau de autonomia, apesar de existirem ascensões na carreira até há alguns anos atrás, sendo estes na actualidade que «comandam» a terceira geração, porque as carreiras na terceira geração estão «congeladas». A terceira geração, tendo maior competência e aptidão para as técnicas de cardiopneumologia e exigindo um maior grau de autonomia em relação ao trabalho médico delegado, está «presa» às ideologias e concepções das anteriores gerações.

As gerações de Cardiopneumologistas mais antigas tendem a desenvolver um perfil de «técnico auxiliar», enquanto a geração mais recente desenvolve um perfil de «profissional autónomo».

A terceira geração possui maiores recursos no domínio dos saberes formais, não os podendo aplicar muitas vezes, pelo simples motivo de os técnicos de primeira e segunda geração terem postos de topo ao nível da cardiopneumologia exigindo pouco por exemplo ao nível das administrações hospitalares, tendo poucos argumentos e pouca influência nas tomadas de decisões ao nível de diagnóstico e terapêutica, pois no início da carreira eram simples executantes de técnicas.

Na Cardiopneumologia, as primeiras gerações dão mais primazia à prática, enquanto a última geração dá maior importância e privilegia os conhecimentos teóricos e interpretativos em comparação com os conhecimentos práticos, tentando a nova geração equiparar-se aos médicos.

A autonomia em Cardiopneumologia não existe também devido às diferentes características das diferentes gerações de Técnicos de Cardiopneumologia.

Segundo David Tavares, “observa-se que nas diferenças geracionais existentes no interior do grupo, as gerações formadas mais recentemente tendem a defender concepções e a desempenhar práticas profissionais inovadoras mais próximas das tendências verificadas no decurso do processo de profissionalização” (2007:275).

Contudo e segundo Carapinheiro, “...a formação, actualização e especialização são insuficientes para fazer dos saberes o principal recurso estratégico para a conquista de autonomia profissional” (2004:71).

1.5. Autonomia em cardiopneumologia

O propósito deste estudo é analisar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia no exercício profissional. O exercício profissional em Cardiopneumologia tem evoluído e acompanhado a complexidade técnica dos cuidados de saúde, pois esta é uma área que exige uma constante mutação e evolução ao nível do diagnóstico, assim como a constante actualização dos técnicos ao nível da terapêutica (prescrição clínica). A recomposição da natureza do trabalho deste grupo ocupacional começou a dar-se através das estratégias de formalização da sua formação profissional, pois no ensino da Cardiopneumologia, aumentou e passou a ter maior peso a componente teórica, envolvendo o reforço de características inerentes ao modelo profissional (no sentido funcionalista do termo), como a valorização da autonomia funcional e profissional.

“Na sua acepção corrente a noção de autonomia significa o poder que alguém, ou que um colectivo, detém para definir as suas próprias normas. Transpondo esta noção para o campo das profissões, e recorrendo à conceptualização que dela faz um dos teóricos de referência da sociologia das profissões, Eliot Freidson (1963; 1970; 1984; 2001), a autonomia profissional é algo indissociável daquilo que este mesmo autor identifica como autonomia funcional” (Lopes, 2006).

Na literatura e segundo Eliot Freidson, entende-se por “autonomia profissional, a possibilidade de um grupo realizar o seu trabalho com independência do controlo, quer de outras profissões, quer da organização em que exerce e, concomitantemente, a possibilidade de criação directa de clientes, ou seja, sem a mediação de outras profissões ou organizações” (Freidson, 1984:63; 1994:163-166; Lopes, 2001:27).

No campo de saúde, a autonomia funcional, está associada à profissão médica, este facto deriva do próprio modelo de divisão técnica e social do trabalho de produção dos cuidados de saúde, o qual está estruturalmente organizado em torno da noção de acto médico (Lopes, 2006).

“Em termos formais, o acto médico figura como a prestação inaugural e, conseqüentemente, a prestação central de todo o processo de produção de cuidados de saúde. É ao acto médico que é atribuída a legitimidade para produzir o diagnóstico e determinar as intervenções terapêuticas adequadas, sendo a partir dessa decisão médica que são então estabelecidas as prestações a realizar por outros técnicos de saúde” (Lopes, 2006).

A Cardiopneumologia recai, assim na categoria de «trabalho médico delegado», ficando assim a autonomia funcional dos Técnicos de Cardiopneumologia circunscrita ao modo de concretizar o trabalho clinicamente prescrito, como por exemplo, a realização de exames de diagnóstico em cardiologia, ter como requisito obrigatório a respectiva prescrição médica.

Como indicou Noémia Lopes, no campo de saúde estamos perante um modelo de organização do trabalho cuja estrutura assenta numa lógica de desiguais autonomias profissionais, as «autonomias profissionais restritas», em que se encontra a Cardiopneumologia e as «autonomia profissionais amplas», em que se encontra a profissão médica, neste mesmo sentido, as desiguais autonomias profissionais, originam uma segmentação entre o «trabalho de concepção» (autonomia ampla) e «trabalho de execução» (autonomia restrita). Com esta dicotomia origina-se a «invisibilidade social» dos Técnicos de Cardiopneumologia, porque apesar de realizarem prestações técnicas não médicas, sob delegação médica, requerem trabalho conceptual de interpretação e de reajustamento às específicas condições clínicas de cada doente ou utente, o que objectivamente pressupõe um trabalho não totalmente padronizável, este trabalho conceptual, em termos organizacionais, mantém-se subvalorizados, subsumidos e subordinados aos imperativos da estrita lógica do trabalho técnico de execução (Boreham, 1983; Couture, 1988; Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001; Lopes, 2006).

Nos estudos de Graça Carapinheiro e David Tavares o conceito de autonomia foi definido, com base em Stelling e Bucher, como “a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los (1993:50) e considerando a contribuição de Eliot Freidson (1968 e 1984), cuja referência analítica principal é a profissão médica, que associa este termo a existência de controlo sobre o processo de trabalho nas organizações, à regulação das actividades e à ausência de mecanismos de avaliação e controlo fora da profissão” (Tavares, 2007:54).

“O conceito de autonomia constitui-se como elemento-chave para a explicação dos processos de profissionalização e da aquisição de poder por parte das profissões, cujo exercício permite regular as margens de autonomia dos diferentes grupos sócio-profissionais. Se o conceito de autonomia fosse entendido de outra forma, eventualmente mais flexível mas quiçá menos rigorosa, tornaria inoperacional uma análise que visasse produzir explicações acerca da posição dos diferentes grupos sócio-profissionais na divisão social do trabalho, pois ao partir inevitavelmente do princípio segundo o qual todas as categorias profissionais tem autonomia, tenderia a ocultar as relações de poder observáveis dentro das organizações” (Tavares, 2007:54).

A Cardiopneumologia, no seu início, caracterizou-se principalmente a partir de actividades e competências práticas de execução como registar, medir, realizar, assegurar a preparação, executar montagem e manuseamento do equipamento em cardiologia e pneumologia, o que tornou e torna hoje em dia muito difícil a sua afirmação como grupo profissional e autónomo, porque está dependente da medicina, não tendo ainda conseguido uma demarcação desta quer ao nível do diagnóstico e terapêutica (Tavares, 2007).

O exercício profissional com autonomia em Cardiopneumologia desde a sua origem ficou condicionado pela sua associação à electrocardiologia, que apesar de muito importante e de grande relevância histórica na cardiologia, apenas necessita de um grau de especialização baixo para a sua execução e como consequência baixa autonomia devido à inexistência de relatório técnico e não realização de relatório clínico por parte do Técnico de Cardiopneumologia, que tornaria esta técnica inacessível a trabalhadores não qualificados,

o que o Técnico de Cardiopneumologia poderá fazer no seu exercício profissional será aproximar-se cada vez mais de técnicas mais complexas de execução para aumentar a sua autonomia e tornar inacessível o seu exercício profissional a trabalhadores sem qualificação.

Em relação ao diagnóstico em Cardiopneumologia, como foi referido, existe baixa autonomia funcional, conforme a instituição de saúde, porque é feito por delegação médica, na terapêutica não existe autonomia por ser um campo exclusivo da autoridade médica. A Cardiopneumologia coloca-se numa posição estrutural de subordinação à profissão médica.

Sendo um grupo ocupacional inserido na produção de diagnóstico e terapêutica em saúde, a sua autonomia está estruturalmente bloqueada pela organização dessa produção em torno de uma profissão dominante (a medicina), tendo a Cardiopneumologia inviabilizadas as condições necessárias para ascender a profissão autónoma.

Para que a Cardiopneumologia se tornasse verdadeiramente autónoma teria que criar um campo próprio de execução de tarefas em que pudesse reivindicar e manter o seu monopólio, mas como seria um campo de saúde estaria dependente da autoridade médica, o que significa e está constatado que profissão autónoma no campo de saúde existe uma e continuará a ser só uma, a medicina. A Cardiopneumologia, ao nível da reconfiguração da sua realidade objectiva, no que diz respeito à produção de cuidados de saúde terá que alterar a sua postura através de posições de força perante as administrações hospitalares e Estado, demarcando-se em primeiro lugar de todas as profissões à excepção da medicina, para que se torne num grupo profissional e com relativa autonomia em saúde.

Como já foi referido, ao nível do exercício profissional, convém indicar que em relação à dicotomia concepção/execução, os Técnicos de Cardiopneumologia ao nível da produção de cuidados de saúde são executantes de tarefas de diagnóstico delegadas pela medicina, situando-se na categoria dos saberes-fazer. Os saberes indeterminados (patologias e suas especificidades) no campo de saúde estão associados aos médicos. Noémia Lopes no seu estudo, indicou que os saberes profissionais se dividem em, «saberes endógenos» (saberes produzidos e desenvolvidos no interior da própria profissão) e

«saberes delegados» (saberes derivados e controlados por outras profissões). Segundo esta lógica os saberes endógenos pertencem ao campo médico, enquanto a Cardiopneumologia encontra-se na categoria dos saberes delegados.

Segundo David Tavares: "...as competências reportam-se às práticas profissionais («saber-fazer») que têm uma relação, em maior ou em menor grau, com os conhecimentos e com as qualificações necessárias para o seu exercício" (2007:49).

Como sublinha Freire: "as actividades que exigem a mobilização de saberes analíticos de concepção são as que sugerem elevada qualificação e complexidade das intervenções" (1997:94).

No sentido de concretizar o que acabou de ser afirmado, vale a pena atentar, a título de exemplo, em algumas destas competências conquistadas pelos Técnicos de Cardiopneumologia: «Interpretação e prescrição do exame e o processo clínico do doente, com vista à identificação do método e técnica a utilizar e dos planos; Medir, registar e interpretar valores e parâmetros, nomeadamente nas áreas da electrofisiologia cardiovascular, hemodinâmica, ultrassonografia e anatomofisiologia; Identificar, registar e interpretar dados volumétricos e fluxométricos respiratórios, de difusão pulmonar, oximétricos, electrofisiológicos e ventilatórios, com vista ao estudo fisiopatológico, respiratório e do sono; Reconhecer e interpretar linguagens codificadas emitidas pelos equipamentos; Analisar e avaliar os resultados dos exames em função da prescrição; Analisar e avaliar as condições de funcionamento dos equipamentos, no que respeita à sua conservação e segurança, em termos de protecção infecciosa e de radiações ionizantes, e em função das normas e procedimentos de controlo de qualidade e de higiene e segurança; Aplicar e avaliar um conjunto de tecnologias, no âmbito da cirurgia cardiorácica, tais como tecnologia de circulação extracorporal, meios de assistência cardio-respiratória, reaproveitamento de sangue peri-operatório, com vista à manutenção dos parâmetros vitais cardiovasculares e respiratório do doente; Prever as necessidades físicas e psicológicas do doente e reconfortá-lo durante o exame; Decidir sobre o modo de organizar o trabalho, nomeadamente o faseamento, de forma a rentabilizar equipamentos e tempos e responder com eficácia às necessidades dos doentes; Utilizar e dominar linguagem técnica no âmbito das ciências da saúde e da tecnologia utilizada;

Explicar ao doente os objectivos do exame e suas vantagens, e os comportamentos a adoptar em ambulatório, de modo a obter a sua adesão e cooperação” (Morais, 1998; citado por Tavares, 2007:152/153).

“As dimensões indeterminadas do trabalho, com maior apelo a competências teórico-interpretativas, como seja a elaboração de relatórios ou diagnóstico técnicos, mesmo quando circunstancialmente realizados pelos executantes, mantêm-se formalmente no domínio da jurisdição médica. Trata-se de um quadro ocupacional de contornos equivalentes ao retratado por Rodrigues (2004), quando refere que em muitos grupos ocupacionais, apesar do aumento da formação requerida para o exercício, esta última não tem tido reflexo factual “(...) na qualidade do trabalho ou do aumento da complexidade das tarefas a desempenhar” (2004:265). Ou, como também sustenta Freidson (1994), o aumento da educação formal em muitos grupos ocupacionais pode não reflectir mudanças significativas nas competências reais necessárias para a efectiva produtividade, isto é, pode não reflectir “(...) a necessidade tecnológica da centralidade do conhecimento teórico (...)” (1994:152)” (Lopes, 2006:121/122).

A autonomia deveria ser construída a partir do conceito de autonomia elástica, como Graça Carapinheiro descreveu no seu estudo “Saberes e Poderes no Hospital”.

“O conceito de autonomia elástica parte da definição de autonomia como a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los. É elástica no sentido de que não existe um domínio fixo de autonomia nem se liga de forma inerente a nenhuma posição hierárquica.

Assim, de acordo com a determinação da competência profissional dos actores, a sua autonomia pode contrair-se ou expandir-se com amplitudes variáveis. Ao conceito de autonomia elástica liga-se a ideia de que um indivíduo só pode dispor de autonomia quando possui o poder de controlar o seu próprio trabalho e, decorrente deste controle, é que pode ser responsável pelas acções que desencadeia. Como resultado da relação de dependência entre o conceito de responsabilidade e o conceito de autonomia, surge a relação de «monitoring», que os autores realçam ser diferente de «supervisão» em três aspectos a salientar:

um monitor não é necessariamente um superior hierárquico face a quem está a ser objecto da sua acção, pode até estar na mesma posição ou numa posição hierárquica inferior; não é o monitor que identifica e resolve os problemas; ao contrário do supervisor, não é responsável pelos actos dos indivíduos que são objecto da sua acção de monitor, estes são sempre responsáveis pelas acções e decisões que tomam” (Carapinheiro, Graça:50,51).

O conceito de autonomia deveria ser rígido mas flexível ao nível da divisão das tarefas exercidas com autonomia, necessitando a Cardiopneumologia de autonomia nas tomadas de decisões.

Os Técnicos de Cardiopneumologia para aumentarem a sua autonomia funcional no seu exercício profissional precisam de num futuro próximo conquistar progressivamente novas funções, tarefas mais complexas e tarefas conceptuais, como o relatório clínico que é uma das tarefas de «concepção» mais importantes no diagnóstico.

A Cardiopneumologia, apesar de ser uma ocupação recente no panorama da saúde, já conquistou algumas competências mas, como tem sido referido, delegadas pelos médicos, que não a tornam num grupo autónomo. Para que haja um aumento da autonomia funcional e profissional no grupo, este devia criar um campo específico próprio inicialmente de práticas de execução exclusivas e não por delegação médica, apesar da sua origem enquanto actividade auxiliar e complementar da medicina.

A autonomia funcional, no exercício profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia, foi e é influenciada pelo campo médico, porque a Cardiopneumologia representa apenas «mão-de-obra» credenciada para os saberes endógenos dos médicos.

A delegação de competências médicas, segundo alguns autores, é um factor importante no conjunto do processo de profissionalização, levando a crer que existe uma aproximação crescente às actividades médicas, o que acaba por ser uma realidade porque o grupo ocupacional executa exames que eram os médicos que realizavam, mas para um aumento de autonomia no seio do grupo, este será condicionado pelo facto dos Técnicos de Cardiopneumologia não terem iniciativa nem poder de decisão ao nível do diagnóstico e da terapêutica.

Segundo David Tavares, é transmitida de forma recorrente, ao nível do ensino da cardiopneumologia e também nos locais onde decorre o exercício profissional, a ideia de que o trabalho dos Técnicos de Cardiopneumologia é autónomo, incentivando em grande parte dos (futuros) profissionais a assumpção de representações da profissão centradas na «ilusão de autonomia» que consiste na afirmação constante da existência de autonomia no seu desempenho profissional («aqui temos muita autonomia») quando efectivamente não a têm, conforme foi observado por diversas vezes em contexto hospitalar.

O sucesso das estratégias de profissionalização dependem da intervenção do Estado, porque na Cardiopneumologia, não se observa uma relação entre a certificação e o impedimento do acesso à actividade profissional por quem não está certificado, pois existe pouco controlo, por ser uma actividade completamente dependente do campo médico, que tem uma ordem profissional.

No sector privado, poderá existir uma maior tendência para que aconteçam situações ao nível da realização de exames por trabalhadores não qualificados, pois existe um menor controlo. A partir desta abordagem a existência de autonomia profissional em Cardiopneumologia só existirá quando houver poder profissional no grupo, para impedir os trabalhadores sem qualificação e formação de desenvolverem actividades no âmbito da Cardiopneumologia, e os Técnicos de Cardiopneumologia reivindicarem uma maior delegação de actividades profissionais sob delegação médica mas sem a constante supervisão do campo médico.

A reduzida visibilidade social, a escassez de trabalhos de investigação específicos desta área e a inexistência de um código deontológico legitimado pelo Estado são obstáculos difíceis de ultrapassar, pois a Cardiopneumologia não constitui claramente um corpo de saberes específico e autónomo, porque todas as actividades profissionais realizadas pelos Técnicos são delegadas e realizadas segundo o campo médico. Constitui, um corpo de saberes analíticos, na actual geração por serem na sua maioria licenciados e possuírem no seu curso de nível superior «disciplinas» em cardiologia e pneumologia em tudo idênticas às «disciplinas» leccionadas em medicina, mas dependente, além do corpo de saberes médicos,

do corpo de saberes e das tomadas de decisão do corpo de saberes das chefias em Cardiopneumologia, que são as primeiras e segundas gerações desta com um perfil «prático» em comparação com a recente geração de Técnicos de Cardiopneumologia com perfil «analítico».

O facto da progressão na carreira técnica de diagnóstico e terapêutica deixar de ser favorecida por critérios relacionados com a antiguidade, mas ser favorecida sobretudo pelas qualificações escolares que os Técnicos de Cardiopneumologia actualmente possuem, pode ser um impulsionador importante na autonomia do grupo, porque os cargos de topo em Cardiopneumologia passariam a ser ocupados por Técnicos de Cardiopneumologia com perfil de «profissional autónomo» com características idênticas aos médicos.

A Cardiopneumologia, sendo um grupo ocupacional de saúde de saberes delegados, com insuficiente autonomia e especificidade, terá que criar condições para o desenvolvimento de investigação na mesma, para que se torne num grupo profissional com relativa autonomia funcional, porque corre o risco de num futuro próximo «acabar», por não ser um grupo de saúde imprescindível na divisão do diagnóstico e da terapêutica em saúde, porque na sua maioria os Técnicos de Cardiopneumologia apenas representam «mão-de-obra» para o campo médico.

Capítulo II

Percurso metodológico

Percurso metodológico pode-se entender como o trajecto que o investigador percorreu para a escolha do ou dos métodos a utilizar durante a realização do estudo, ou seja considera-se o conjunto de procedimentos adoptados para o desenvolvimento da investigação empírica, e que vão proporcionar ao investigador considerações finais sobre o tema em estudo.

Os objectivos definidos para este estudo sobre os Técnicos de Cardiopneumologia dos hospitais públicos do Concelho de Lisboa, pressupõe a adopção de opções metodológicas que privilegiam uma estratégia de recolha de informação que garanta a operacionalização de variáveis directamente objectiváveis e quantificáveis relativamente ao universo em estudo (Tavares; Lobato, et al., 2002:11).

2.1. Opções metodológicas

Na selecção do campo empírico optou-se pelo contexto hospitalar, devido a diferentes razões que decorreram dos objectivos de investigação, entre elas a razão fundamental prendeu-se com a génese hospitalar da Cardiopneumologia, enquanto grupo ocupacional e o facto de a maioria dos Cardiopneumologistas, designadamente em Portugal, exercer a sua actividade em contexto hospitalar.

Após a escolha do campo empírico de análise, seleccionaram-se para os inquéritos por questionário todos os hospitais públicos do Concelho de Lisboa.

A opção inicial sempre foram hospitais públicos. Em relação à área territorial a abranger, inicialmente, seria a área Metropolitana de Lisboa que englobaria mais hospitais, mas devido ao curto espaço de tempo (seis meses), reduziu-se esta área para o Concelho de Lisboa.

Como unidades de análise foram seleccionados todos os serviços dos respectivos hospitais que incluíssem Técnicos de Cardiopneumologia.

Assim, ficou concluída a delimitação do campo social concreto em que a investigação veio a decorrer: hospitais públicos do Concelho de Lisboa.

Para a recolha de informação optou-se como técnica central, o inquérito por questionário, por se ter considerado esta a que melhor correspondia aos objectivos de pesquisa, já que estes implicavam analisar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia e factores que o influenciem. Considerou-se esta técnica a opção metodológica mais adequada para desenvolver a problemática nos seus diversos aspectos, pretendendo-se uma recolha de informação extensiva tendo como principal função a verificação de hipóteses, porque a sua estrutura configurou-se a partir de um formulário composto no seu essencial por questões fechadas. As principais desvantagens do inquérito por questionário poderão ser a superficialidade das respostas. O carácter relativamente frágil da credibilidade deste dispositivo também pode ser levado em linha de conta, mas para que isto não se verificasse fez-se com que houvesse rigor na escolha da amostra, formulação clara e unívoca das perguntas.

O inquérito por questionário foi realizado nos referidos hospitais. Para o preenchimento dos questionários adoptou-se a modalidade de auto-administração, dando particular atenção para a espontaneidade das respostas, sem qualquer influência externa. Os inquéritos por questionário na sua maioria foram entregues aos Coordenadores de Cardiopneumologia dos respectivos hospitais, para que todos os Técnicos de Cardiopneumologia tivessem acesso aos mesmos. Não foi possível entregar individualmente os inquéritos por questionário, porque os Técnicos de Cardiopneumologia se encontram em diferentes serviços, não permitindo facultar todos os esclarecimentos necessários ao preenchimento do inquérito.

Pretendeu-se, com o inquérito por questionário, aprofundar o conhecimento, obtido através da revisão da literatura, no âmbito da autonomia e informação respeitante aos dados sociográficos necessários para a diversidade interna dos Técnicos de Cardiopneumologia.

O anonimato da informação a recolher dos inquéritos por questionário revelou-se importante no sentido em que estes poderiam despoletar aspectos polémicos resultantes de diferentes «visões» do estudo.

As técnicas de investigação documentais (recolha e análise bibliográfica, recolha e análise documental) revelaram-se importantes para o enquadramento teórico e para a construção do inquérito por questionário.

“Normalmente, as referências às técnicas documentais tendem a distinguir a pesquisa bibliográfica da pesquisa documental. A primeira prende-se com o material escrito, publicado ou não, cujo conteúdo tem relevância para a contextualização, compreensão e problematização de um fenómeno enquanto a segunda é entendida como a que contém dados, escritos ou de outra natureza (estatísticos, audiovisuais,...), orientados para o fornecimento directo de uma informação mais empírica. Contudo, em termos práticos, relativamente a determinado tipo de documentos, nem sempre é linear o estabelecimento da fronteira entre os dois tipos de fontes de onde provém a informação (bibliográfica e documental)” (Tavares, 2007:69).

A «hierarquização interna» das técnicas de investigação aplicadas, quanto ao grau de importância é em primeiro lugar o inquérito por questionário e em seguida todas as outras, sendo a função de cada uma delas específica e complementar face aos objectivos globais.

Como referiu David Tavares, “a investigação e as diferentes formas de produção do conhecimento nas várias áreas científicas tem um carácter cumulativo, este trabalho não podia, pois, deixar de ser o produto acumulado da reflexão e da investigação empírica sobre o objecto em estudo” (2007:67).

Assim, ficou concluída a estrutura formal do percurso metodológico que presidiu ao trabalho de pesquisa empírica.

A entrada no campo de investigação constituiu uma das principais dificuldades do investigador, porque visava a participação dos Técnicos de Cardiopneumologia através de inquérito por questionário, em questões que abordavam o seu exercício profissional. O investigador para aceder aos Técnicos de Cardiopneumologia e principalmente aos Coordenadores dos mesmos, teve de desenvolver uma multiplicidade de estratégias, que englobavam a negociação para obter autorização formal e informal. Na sua maioria, os inquéritos por questionário realizaram-se através de autorização informal com as chefias de Cardiopneumologia de cada hospital.

2.1.1. População alvo

Nesta investigação, foram considerados para o estudo todos os Técnicos de Cardiopneumologia que exercessem a profissão nos hospitais públicos do Concelho de Lisboa.

Os hospitais públicos do Concelho de Lisboa incluídos no estudo foram: Hospital Dona Estefânia, Hospital São Francisco Xavier, Hospital Egas Moniz, Hospital Santa Marta, Hospital São José, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital Curry Cabral, Hospital Pulido Valente, Hospital de Santa Maria, Hospital Militar Principal, Hospital da Força Aérea, Hospital da Marinha e Hospital Militar de Belém.

O universo em estudo é constituído pelos 175 Técnicos de Cardiopneumologia que pertenciam aos hospitais públicos do Concelho de Lisboa em 2009, segundo os Coordenadores de Cardiopneumologia dos respectivos hospitais.

A opção em restringir o universo de estudo aos profissionais dos hospitais públicos do Concelho de Lisboa deve-se ao facto de se tratar de um universo bastante representativo, em termos quantitativos, pois estima-se que cerca de 1/3 dos Técnicos de Cardiopneumologia exerçam a sua actividade profissional em Lisboa (em 1997 eram 35,4%), segundo o "Retrato Sociográfico dos Técnicos de Cardiopneumologia do Quadro do Serviço Nacional de Saúde de 2002."

O inquérito foi aplicado a todo o universo de estudo tendo respondido 60% do universo (105/175).

2.1.2. Instrumentos e operacionalização da recolha de dados

Como já foi referido, o instrumento de recolha de dados é o inquérito por questionário.

O lançamento do inquérito, ocorreu em Agosto de 2009 e foi antecedido pela realização do pré-teste a cinco Cardiopneumologistas que foram excluídos do universo em estudo por não pertencerem aos hospitais públicos do Concelho de Lisboa, “com vista ao maior «apuramento» da forma dada às questões e a aferir se estas eram entendidas uniformemente e sem equívocos, se a linguagem utilizada dificultava o entendimento, se as perguntas «fechadas» cobriam o leque de respostas possíveis, se a ordem era a mais adequada e qual seria a reacção geral ao questionário” (Tavares; Lobato, et al., 2002:12), pois este inquérito por questionário foi construído de raiz.

“Na estruturação do formulário de inquérito, a identificação e a selecção das variáveis e das questões correspondentes obedeceu a uma opção importante relacionada com a sua dimensão, centrada na premissa de que deveria ser tendencialmente curto, desde que este factor não compromettesse os objectivos previamente definidos” (Tavares; Lobato, et al., 2002:12).

A fiabilidade das respostas é garantida quando o grau de concentração de quem está a responder é maior, este grau verifica-se se o formulário não for excessivamente extenso, ajudando também no número de inquéritos respondidos.

O lançamento do inquérito foi antecedido pela entrega do consentimento informado por via informal aos Coordenadores de Cardiopneumologia dos hospitais públicos do Concelho de Lisboa.

O inquérito por questionário foi aplicado, em sistema de auto-preenchimento, entregue aos Técnicos de Cardiopneumologia pelos coordenadores dos mesmos.

O formulário foi construído em função dos objectivos de investigação, a forma e tipo de perguntas, favoreceu as questões «fechadas», que como refere David Tavares (2007), “visando fins essenciais da aplicação desta técnica relacionados com a verificação (quantitativa) de hipóteses, deste modo, a maioria das questões que o compõem são «fechadas» ou «semi-fechadas», sob a forma dicotómica, de escolha entre hipóteses múltiplas de resposta. A maioria das questões de natureza mista (semi-fechadas) devem essencialmente o seu «grau de abertura» a funções de controlo (relativo) da autenticidade das respostas e dos respectivos resultados, com o objectivo final de obter uma maior concretização e especificação das respostas, efeito não passível de obter por via de uma questão (completamente) fechada.”

Foram recebidos 105 questionários, tendo sido validados 102. Os restantes questionários não foram validados devido a incorrecções e/ou insuficiências no preenchimento.

O tratamento estatístico dos dados foi feito informaticamente no Statistic Package for Social Science (SPSS), após a realização da base de dados que permitiu a análise da mesma.

Capítulo III

Análise de resultados

Este estudo pretende principalmente analisar o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia.

A análise foi univariada e bivariada, sendo esta última realizada para aferir com maior precisão o que se foi escrevendo ao longo do estudo.

3.1. Caracterização dos técnicos de cardiopneumologia

A caracterização do universo em estudo foi elaborada a partir de um conjunto de indicadores de caracterização recolhidos por inquérito por questionário.

As tabelas correspondentes à caracterização do universo em estudo, podem-se encontrar nos anexos.

Conforme as tabelas de dados referentes ao sexo e idade existe uma clara predominância do sexo feminino a exercer esta actividade - constituem 82.4%, ligeiramente superior em comparação com o retrato sociográfico de 2002 - 78,4%, apesar de este retrato em relação ao sexo e idade ser generalizado aos técnicos de diagnóstico e terapêutica e não em específico aos Técnicos de Cardiopneumologia. A média das idades é 32.95. A mediana é 31. A razão para esta diferença entre estas duas medidas de tendência central é que poucos inquiridos têm idades superiores a este valor e inferiores ao valor máximo: 55 anos. O desvio padrão é de cerca de 8 anos, o que indica alguma variação nos dados - 81.2% das idades observadas são inferiores a 39 anos. As idades mais habituais aparecem concentradas nos escalões dos 20 e 30 anos, ambos com precisamente o mesmo número de indivíduos, 41. Pode-se afirmar que os Técnicos de Cardiopneumologia são uma população jovem. Comparativamente com os resultados obtidos no retrato sociográfico de 2002, verificou-se um similar padrão de idades.

“A composição etária do conjunto das profissões que integram a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica está fortemente relacionada com o «vazio» verificado na formação destes técnicos entre 1974 e 1983, período em que não funcionaram quaisquer tipo de cursos de formação e, conseqüentemente, não se operou a reprodução do grupo, tendo este processo sido transferido para uma fase mais recente, que se inicia em 1983 e decorre até ao período actual. Trata-se de um fenómeno que produziu efeitos óbvios ao nível do rejuvenescimento dos grupos profissionais das tecnologias da saúde” (Tavares; Lobato, et al., 2002:17).

Em relação à cédula profissional, verificou-se que em 99% dos casos os Técnicos de Cardiopneumologia estão habilitados para o exercício profissional perante o Ministério da Saúde.

Com uma média de, aproximadamente, 1999, a mediana 2002 e a moda 2007, a amplitude amostral 30, os valores mínimo 1978 e máximo 2008, pode-se concluir que os dados não estão distribuídos de forma simétrica, apresentam um enviesamento à esquerda, estão concentrados em anos mais recentes, a partir de 2002, cujo contributo mais significativo é dos 13 inquiridos que concluíram o curso de Cardiopneumologia em 2007. Verificou-se que a maioria dos Técnicos de Cardiopneumologia em exercício nos hospitais públicos do Concelho de Lisboa se formou ou aumentou o seu grau académico recentemente.

A ESTeSL (Escola Superior Tecnologias de Saúde de Lisboa) é a que mais se destaca no número de técnicos formados e em actividade nos hospitais onde se realiza este estudo: 70.3%. A ESTeSC (Escola Superior Tecnologias Saúde de Coimbra) e ESSEM (Escola Superior de Saúde Egas Moniz) representam, em conjunto, 18.8%. As restantes escolas onde os inquiridos concluíram o curso de cardiopneumologia ESSCVP (Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa) e ETSSL (Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa), representam apenas 9%, mas ainda existem 2% dos Técnicos de Cardiopneumologia sem formação de nível superior (formados no Hospital de Santa Maria e no Hospital de São João).

A Licenciatura é a habilitação académica predominante - 87.8%. Os Bacharéis e os Mestres existem em número igual, representando 12,2% na sua totalidade. Existe um número muito pouco significativo de Mestres na área, porque no momento em que a investigação foi elaborada, não existia nenhum mestrado em Cardiopneumologia. Comparativamente com o retrato sociográfico de 2002, este incluía uma pergunta idêntica, mas com contornos diferentes, porque na altura do estudo de 2002 não existiam licenciados em Cardiopneumologia, apenas Bacharéis ou com um «capital escolar» inferior.

Em termos de ligação a uma associação profissional, 55.4% dos Técnicos de Cardiopneumologia responderam pertencerem a uma associação profissional, enquanto 44.6% responderam não pertencer a nenhuma associação profissional, revelando resultados coincidentes e distribuídos de forma relativamente equitativa.

Na Cardiopneumologia, não existindo autonomia, uma percentagem maior de técnicos pertencente à associação profissional, originava maior pressão sobre o Estado, mas esta situação de pouca adesão, poderá estar associada às poucas iniciativas existentes ao nível da empregabilidade nos Técnicos de Cardiopneumologia já formados por parte da associação profissional.

Electrocardiologia é a área que ocupa a maior parte dos técnicos - 59.2% deles indicaram pelo menos esta actividade. Tecnologia Extracorporal/Perfusão e Ultrassonografia Vascular são as áreas em que os técnicos sentem mais dificuldade de serem chamados à sua execução, representando 4%. Em comparação com o retrato sociográfico de 2002, os Técnicos de Cardiopneumologia também executavam tarefas ao nível da electrocardiologia, na sua maioria (67,4%), havendo uma diminuição relativa na actualidade, provavelmente devido ao aumento de tarefas delegadas pela medicina. Tecnologia Extracorporal em 2002 como tarefa executada pelos técnicos representava 6,3%.

Os Técnicos de 2ª Classe correspondente à base da carreira são em número considerável, representam 71.3% das categorias profissionais existentes nos serviços de cardiologia e/ou pneumologia. Os Técnicos Especialistas (incluindo os de 1ª Classe), os Técnicos Principais e os de 1ª Classe, não superam individualmente os 10%. No retrato sociográfico de 2002, os Técnicos de Cardiopneumologia de 2ª Classe do Quadro do Serviço Nacional de Saúde era cerca de metade - 49,3%, verificando-se um aumento significativo na actualidade, provavelmente devido ao congelamento da carreira em Cardiopneumologia, o que afecta a ocupação ao nível da actual geração com mais «capital escolar». Em 2002 os Técnicos Especialistas e os Técnicos Principais representavam cerca de 24%.

Existe uma certa estabilidade na relação contratual com a entidade empregadora. A maioria dos técnicos, 75%, tem um contrato por tempo indeterminado ou são já efectivos nesse serviço. O recibo verde não tem expressão, apenas 4 em 100. O sector privado, poderá ter uma realidade diferente.

Através da caracterização do universo em estudo ficaram expressos diferentes tipos de heterogeneidades relevantes para a subsequente interpretação dos dados, entre eles a desigual formação profissional entre as categorias profissionais, conforme tabela número 42.

Com a progressiva uniformização da formação profissional básica dos Técnicos de Cardiopneumologia, esta heterogeneidade tenderá a esbater-se quando as gerações mais antigas se aposentarem do exercício profissional.

Nas percepções dos Técnicos de Cardiopneumologia pretendeu-se identificar os factores que influenciam a sua situação actual ao nível da autonomia funcional e seu grau de autonomia, analisando-se também outras situações como a satisfação profissional.

Intervenção Invasiva Cardiovascular e Tecnologia Extracorporal/ Perfunção foram as mais mencionadas, respectivamente, por 46% e 43% dos inquiridos, quando se questionou os Técnicos de Cardiopneumologia sobre que área de Cardiopneumologia era mais valorizada pelos profissionais de saúde, porque são técnicas pouco acessíveis aos Técnicos de Cardiopneumologia e praticamente inacessíveis a todos os outros profissionais de saúde.

Foram obtidos resultados semelhantes aos obtidos na questão anterior, ainda que com valores diferentes mas idênticos em proporção, quando se questionou qual a área mais valorizada pelos Técnicos de Cardiopneumologia.

As técnicas mais complexas e decisivas continuam a ser as mais valorizadas quer por Técnicos de Cardiopneumologia, quer pelos outros profissionais de saúde, sendo estes resultados expectáveis por serem as técnicas menos acessíveis e que englobam uma maior quantidade de competências teóricas (saberes indeterminados) e competências técnicas (saberes-fazer).

As hipóteses "Nada Reconhecido" e "Muito Reconhecido", foram pouco apontadas, apenas em 5.9% dos casos. Ainda assim, a maior parte dos inquiridos - 59.8%, assume que o seu trabalho é reconhecido. Ao nível do reconhecimento é importante a criação de elementos simbólicos que identifiquem o grupo, na distinção com outros grupos ocupacionais de saúde em contexto hospitalar.

Em relação à situação anterior, existe agora um aumento daqueles que se sentem pouco reconhecidos - 52.9%, e uma diminuição daqueles que se sentem reconhecidos pelos doentes ou utilizadores do hospital - 32.4%. As respostas aqui observadas são relativamente contrárias às identificadas acima. Contudo, estas categorias intermédias, "Pouco Reconhecido" e "Reconhecido", são nitidamente as mencionadas, em 85.3% dos casos. Assim, confirma-se o pouco reconhecimento do grupo nos hospitais públicos do Concelho de Lisboa. Esta variável foi agregada individualmente e cruzada estatisticamente com o grau de autonomia para aferir com maior precisão a influência do reconhecimento dado pelos doentes e utilizadores do hospital na autonomia, conforme tabelas números: 43, 44, 45 e 46.

Nenhum dos inquiridos menciona as hipóteses "Má" e "Medíocre". Um total de 32,4% dos Técnicos de Cardiopneumologia indica relacionar-se de forma razoável com o grupo dos médicos, o que poderá indicar alguma cooperação entre técnicos e médicos durante a execução das tarefas, provavelmente devido ao aumento de licenciados na área de Cardiopneumologia, que em 2002 de acordo com o retrato sociográfico não existiam. Esta variável foi cruzada com o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia para se aferir a influência da relação com o grupo dominante em saúde (medicina) no grau de autonomia.

De igual modo, nenhum dos inquiridos menciona as hipóteses "Má" e "Medíocre". O relacionamento entre estes profissionais de saúde (Técnicos de Cardiopneumologia) em 89.2% foi considerado bom. Em comparação com os resultados obtidos acima, existe uma evidente relação profissional considerada mais fraca com os médicos.

Os valores são bastante próximos, daí que o recurso às respostas múltiplas não tenha sido demasiado exagerado. A Tecnologia Extracorporal/Perfusão é considerada como a mais complexa, foi referida em 77.5% dos casos. No outro extremo, considerada menos complexa, o estudo da Função Respiratória, foi referida apenas em 7.8% dos casos.

Electrocardiologia foi mencionada por, aproximadamente, 3/4 dos inquiridos. Por sua vez, o estudo da Função Respiratória foi mencionado por, aproximadamente 1/2 dos inquiridos, quando se pediu para os Técnicos de Cardiopneumologia indicarem qual a actividade de cardiopneumologia que têm maior capacidade para executar com autonomia, indiciando que nas tarefas mais decisivas e críticas, existe uma maior presença de médicos originando um decréscimo de autonomia funcional, provocado pela menor capacidade de execução dos Técnicos de Cardiopneumologia e/ou menos oportunidade do campo médico na execução de algumas técnicas mais complexas.

Apesar de o número de respostas ter sido relativamente baixo, 74.5% dos inquiridos mencionaram pelo menos uma das áreas. Fizeram-no de forma inequívoca escolhendo Ecocardiografia, na área de actividade que deveriam ter mais autonomia, porque é uma das áreas decisivas no diagnóstico em cardiologia, sendo a prática desta tarefa quase inexistente por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia.

A maior parte dos inquiridos - 62.7%, afirma não existir possibilidade de progressão na sua carreira profissional. Aproximadamente metade - 37.3%, não partilha desta opinião e, pelo contrário, acredita que no futuro poderá ascender a categorias profissionais superiores.

Em relação à satisfação profissional evidencia uma clara opção pelo conjunto de respostas Sim. "Sim, porque realizo as actividades que gosto e Sim, porque realizo boa parte das actividades inerentes à profissão", já que constituem 74.5% da totalidade das respostas consideradas válidas. De salientar o peso da primeira opção com um contributo de 56.1%. Esta variável foi cruzada estatisticamente com o grau de autonomia.

Cerca de 3/4 dos técnicos não equaciona a possibilidade de mudar de profissão. Ainda assim, existe um número considerável daqueles que face à realidade actual não ignoram a possibilidade de eventualmente assumirem outra tarefa que não aquela a que se dedicam actualmente.

Com todos os inquiridos a responderem à questão da "Autonomia Funcional", 2 Técnicos consideram não ter autonomia funcional, os restantes 100 consideram tê-la.

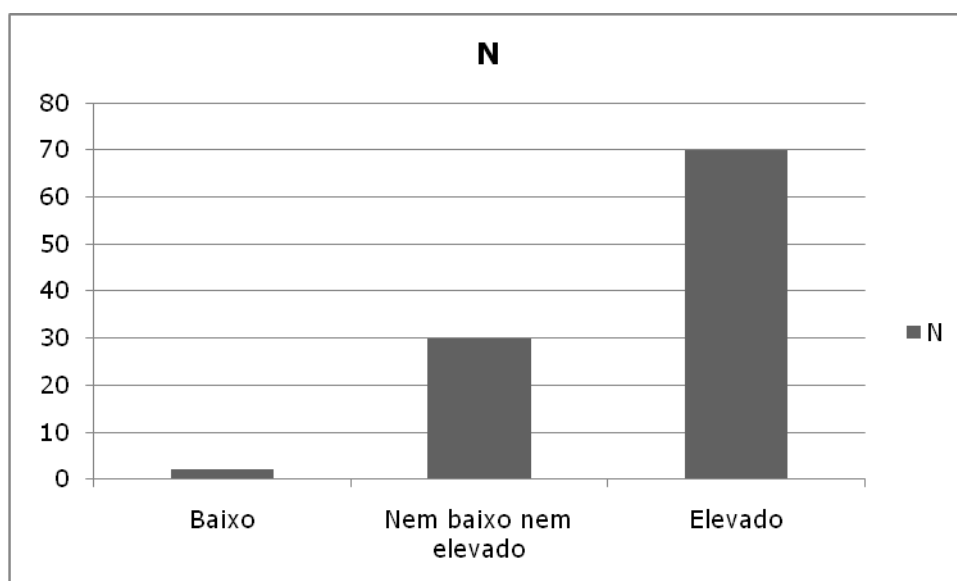
Face a estes valores observados e à existência da questão seguinte, podem ser classificados como inconclusivos, por não existir um número significativo e taxativo de respostas negativas e porque os restantes 100 inquiridos podem sempre quantificar em escala a opção aqui inicialmente escolhida.

A opinião "Elevado" corresponde a 68.6% dos inquiridos, 29.4% escolheram a categoria intermédia "Nem baixo nem elevado", e apenas 2% a opção "Baixo".

Tabela 1: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional

	N	%
Baixo	2	2,0
Nem baixo nem elevado	30	29,4
Elevado	70	68,6
Total	102	100,0

Gráfico 1: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional



A Questão 7 - "No desempenho da sua actividade quem realiza os relatórios técnicos"? e a Questão 8 - "Em relação à terapêutica, costuma ter opinião nas actividades que realiza no seu serviço"?

foram recodificadas numa outra variável (variável 1), porque individualmente as suas respostas podem não evidenciar as características em estudo e porque são consideradas elementos comuns que pretendem aferir acerca do grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia.

Com o objectivo de procurar criar as categorias "*Baixo*", "*Nem baixo nem elevado*" e "*Elevado*", foi criado o procedimento seguinte. Para a Questão 7, fez-se a conversão das hipóteses de escolha "*Ninguém*" e "*Outro Profissional de Saúde*" em "*Não*" (ou seja, o técnico considera implicitamente que não tem Autonomia) e "*Técnico de Cardiopneumologia*" e "*Técnico de Cardiopneumologia e Outro*" em "*Sim*".

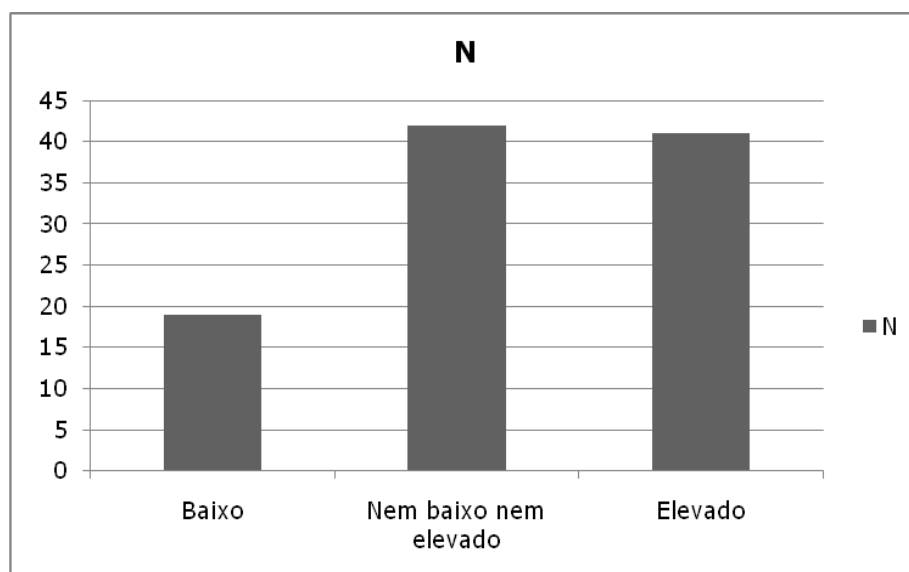
A transformação final que dá origem à nova variável combina todas as opções possíveis de respostas a cada uma das questões. Caso um qualquer inquirido responda a ambas as questões "*Não*" (ou "*Sim*"), então assume-se a opção "*Baixo*" (ou "*Elevado*") para a nova variável. Caso existam as opções "*Não*" e "*Sim*", independentemente da ordem, então atribui-se a categoria "*Nem baixo nem elevado*".

Os resultados indicam uma percepção implícita de autonomia assinalável, com coeficientes de importância semelhantes para os graus "*Nem baixo nem elevado*" e "*Elevado*". Para aquele, considerado de separação ou intermédio, foram obtidos 41,2% dos casos. O grau "*Elevado*" representa aproximadamente o dobro do grau "*Baixo*", 40,2% vs 18,6%.

Tabela 2: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1

	N	%
Baixo	19	18,6
Nem baixo nem elevado	42	41,2
Elevado	41	40,2
Total	102	100,0

Gráfico 2: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1



Este procedimento foi de novo criado com uma nova variável agora designada por variável 2, mas agora para as *Questões 9 - "Tem conhecimento de técnicas de diagnóstico em cardiologia ou pneumologia que sejam os médicos a executar em vez dos técnicos de cardiopneumologia"?*, *10 - "Algumas actividades dos médicos deveriam ser competência dos técnicos de cardiopneumologia"?*, *11 - "Por exemplo, na sua opinião quando os médicos delegam actividades nos técnicos de cardiopneumologia, fazem-no porque"* e *12 - "Considera que poderia realizar autonomamente todas as funções que exerce no seu serviço, sem a supervisão médica"?* mas atendendo a que, dado o contexto de cada uma das perguntas dicotómicas, nas situações em que existe a resposta "Não", os inquiridos estão implicitamente a afirmar que "Sim", têm Autonomia, e sempre que o fazem de forma positiva, estão a optar pelo correspondente "Não".

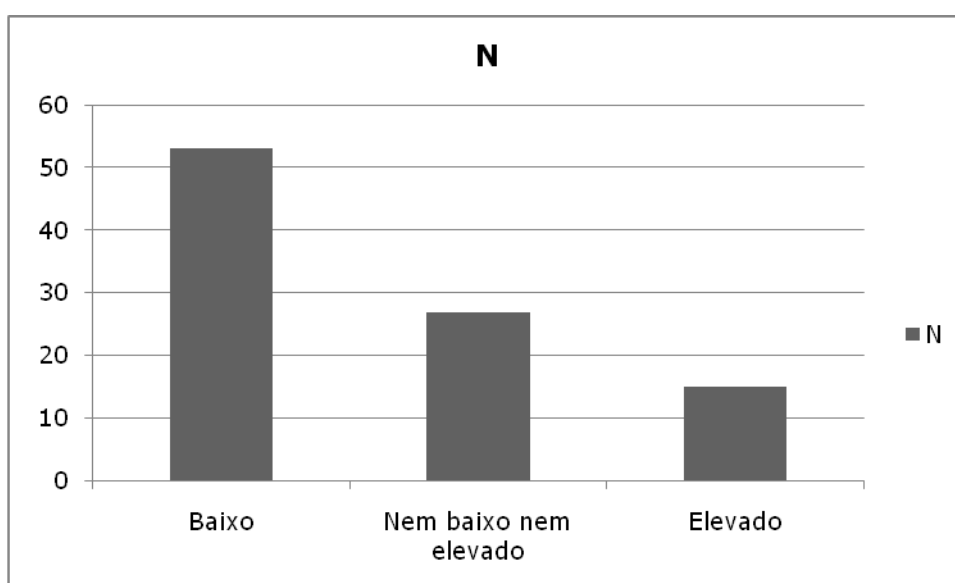
Fazendo a devida extrapolação para um maior número de casos possíveis, foi atribuída a categoria "Baixo" sempre que, já depois da recodificação, existiam pelo menos três "Não", a categoria "Nem Baixo nem Elevado" quando perante dois "Não" e dois "Sim", e "Elevado" face a pelo menos três "Sim".

Os resultados obtidos opõem-se de forma evidente ao do agrupamento anterior. Existe agora uma clara predominância do grau de autonomia “Baixo”, 55.8% das consideradas válidas, em detrimento da importância anteriormente atribuída ao grau “Elevado”, neste agrupamento 15.8%.

Tabela 3: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2

	N	%	% Válida
Baixo	53	52,0	55,8
Nem baixo nem elevado	27	26,5	28,4
Elevado	15	14,7	15,8
Total	95	93,1	100,0
Missing	7	6,9	
Total	102	100,0	

Gráfico 3: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2



No seguimento da análise de dados foram desenvolvidos vários testes, com o objectivo de conhecer a informação cruzada entre as várias questões que fazem parte do inquérito e assim procurar explorar as relações entre elas.

As tabelas correspondentes a estas análises podem-se encontrar nos anexos do estudo.

De acordo com a natureza das variáveis, essencialmente com os níveis de medida ordinais e nominais foram utilizados os Testes (Qui-Quadrado, Kolmogorov-Smirnov, t para a igualdade de duas médias, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e várias medidas de associação (Phi, Cramer's V, Gamma, Kendall's tau b, Kendall's tau c, Somer's d e eta).

Sempre com a ideia de procurar correlacionar aquelas que se enquadram no âmbito do Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia com todas as outras disponíveis. Entre elas, o Reconhecimento e Relacionamento Profissional, a Área de Actividade, a Progressão na Carreira, a Categoria Profissional e Vínculo.

A excepção que permitiu verificar de forma credível a existência de relações de dependência, relaciona o denominado Grau de Satisfação (Questão 19) com a variável que resulta da recodificação das Questões 7 e 8, e é para estas que se vai proceder à respectiva análise inferencial. Todos os outros cruzamentos estatísticos apesar de terem sido efectuados e utilizados no estudo não têm a mesma credibilidade que o cruzamento atrás referido.

O Teste do Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Como tal não se verifica, no cruzamento inicial, houve a necessidade de reduzir o número de categorias da Questão 19. De acordo com o enquadramento das opções disponíveis, foram criados dois grupos. Um, que inclui as respostas do tipo "Não", "*Não, porque não sou reconhecido/(a) enquanto profissional*" ou "*Não, porque o meu trabalho é subaproveitado*", e um outro que inclui as do tipo "Sim", "*Sim, porque realizo as actividades que gosto*" ou "*Sim, porque realizo boa parte das actividades inerentes à profissão*".

Os pressupostos dos testes do Qui-Quadrado estão agora assegurados, dado que o menor valor esperado é 4.59 e apenas uma célula (16.7%) tem contagens observadas inferiores a 5 observações.

Tabela 4: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

	opinião sobre a satisfação profissional		Total
	Não	Sim	
Baixo	10 55,6%	8 44,4%	18 100,0%
Nem baixo nem elevado	6 14,6%	35 85,4%	41 100,0%
Elevado	9 23,1%	30 76,9%	39 100,0%
Total	25 25,5%	73 74,5%	98 100,0%

Os valores da tabela, mostram que 25.5% dos técnicos não estão satisfeitos com a sua situação actual e 74.5% têm a opinião contrária. Os que assumem um grau de autonomia elevado são aqueles que evidenciam um comportamento semelhante e próximo destes valores observados, respectivamente, 23.1% e 76.9%. O número de inquiridos satisfeitos e não satisfeitos que consideram baixo o seu grau de autonomia é relativamente próximo, 44.4% e 55.6%. Existe um número relativamente elevado 85.4% de técnicos satisfeitos com a sua situação actual, mas que ainda assim não assumem uma posição definida acerca da autonomia, estão inseridos no grupo Nem baixo nem elevado. Aqueles que se manifestam insatisfeitos apresentam claramente um grau baixo de autonomia, 55.6%.

Os resíduos ajustados mais significativos (*Adjusted Residual*) 3.2 e -3.2, respeitam aos inquiridos que consideram ser baixo o seu grau de autonomia. Se não houvesse relação entre estas duas variáveis em estudo (ou seja, sob a hipótese nula de independência), esperar-se-ia um menor número (*Expected Count*) de pessoas igualmente insatisfeitas, 4.6, e 13.4 de pessoas satisfeitas com a sua situação actual.

Como o nível de significância, *Asymp. Sig. (2-sided)*, do Teste *Pearson Chi-Square* é 0.004, valor inferior a 0.05, rejeita-se a hipótese de inexistência de relação entre as duas variáveis.

Conclui-se, assim, que entre os inquiridos existe uma afinidade entre o não estar satisfeito e não ter autonomia e estar satisfeito e definir como intermédia a sua autonomia, são estas as relações que mais contribuem para explicar a relação entre as variáveis e são estatisticamente significativas.

As medidas de associação baseadas no Teste do Qui-Quadrado (coeficientes Phi, V de Cramer e de Contingência) apresentam resultados semelhantes. O nível de significância associado a estas medidas é 0.004 (inferior a 0.05), logo a associação verificada é estatisticamente significativa. Os possíveis valores obtidos através destes coeficientes variam entre 0 e 1, isto é, desde ausência de relação até à relação perfeita, daí que se possa concluir que a relação é fraca como mostram os valores (0.338 e 0.321), tal deve-se essencialmente ao facto de serem apenas duas as células que mais contribuem para explicar esta relação, daí que também não seja possível prever de forma fiável o comportamento de uma variável conhecendo a categoria assumida pela outra.

Este procedimento foi igualmente implementado para a Questão 17 e para a variável que resulta da união e recodificação das Questões 9, 10, 11 e 12, com o objectivo de procurar a relação existente entre elas e o Grau de Satisfação (Questão 19), através do mesmo Teste do Qui-Quadrado (os resultados são mostrados nas tabelas em anexo).

Como o nível de significância, *Asymp. Sig. (2-sided)*, do Teste *Pearson Chi-Square* é, respectivamente, 0.304 e 0.238, valores superiores a 0.05, não se rejeita a hipótese nula de inexistência de relação entre as duas variáveis, ou seja, as variáveis são independentes, o comportamento de uma é aleatório em relação ao da outra.

3.2. O grau de autonomia em contexto hospitalar

Em primeira instância e segundo a percepção dos Técnicos de Cardiopneumologia, estes possuem no seu exercício profissional autonomia funcional, verificando-se ausência de noção do conceito de autonomia, por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia.

“A autonomia traduz-se, pois, na capacidade para definir a forma como o trabalho deve ser realizado. Considera-se também que todas as formas de autonomia são relativas, elásticas e, por outro lado, todos os actores numa organização têm um mínimo de autonomia e, como tal, um determinado grau de autonomia, no quadro de um determinado sistema concreto de acção” (Tavares, 2007).

Os Técnicos de Cardiopneumologia são um grupo com margens de autonomia limitada, cujo desempenho depende do controle e da responsabilidade médica.

Em relação ao relatório técnico (não existente na legislação) e não relatório clínico (este pertencente exclusivamente ao campo médico), foi um dos factores considerados pelo investigador como caracterizadores da existência de autonomia funcional no exercício profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia; verificou-se que 67,6% dos técnicos afirmam realizar o relatório técnico, o que significa a existência de insuficiência de autonomia no seio do grupo, porque o relatório técnico como foi indicado não existe na legislação e o relatório clínico é a principal tarefa de concepção a conquistar pelos Técnicos de Cardiopneumologia, porque não pertence a este grupo ocupacional de saúde. Na terapêutica as opiniões dividem-se havendo 47,1% dos técnicos que afirmam ter opinião neste âmbito nas actividades que realizam, sendo uma percentagem baixa e representativa da insuficiência de autonomia no seio do grupo, porque opinião é diferente de prescrição.

Existem várias técnicas de diagnóstico em cardiologia e pneumologia que ainda são os médicos a executar em vez dos respectivos Técnicos de Cardiopneumologia. Entre as mais referenciadas estão a ecocardiografia - esta e as outras referenciadas, os médicos não delegam nos técnicos por não terem «confiança» nestes.

Concretamente, quando se questionou os técnicos se alguma das competências dos médicos deveriam pertencer aos técnicos, estes responderam que sim em 53% dos casos, mostrando uma atitude por parte dos técnicos perante esta situação de não delegação de tarefas de diagnóstico em cardiologia e pneumologia, considerando na sua maioria que têm capacidade para executar tarefas que não lhes são delegadas.

Como foi indicado no estudo de David Tavares: "Os aspectos comuns são mais evidentes nas áreas em que a actividade profissional se aproxima mais das actividades médicas e das respectivas especialidades e em alguns casos (como por exemplo a ecocardiografia) constituíam e ainda constituem, na maior parte dos contextos profissionais, áreas exclusivamente médicas, com mobilização mais frequente de atributos que requerem um maior conhecimento, especialização e domínio das tecnologias. E precisamente quem consagra a maior parte do tempo de exercício da actividade profissional a estas áreas que identifica mais semelhanças com a medicina (76,9% dos que se dedicam mais à ecocardiografia, 70,8% às provas de função respiratória e 67,6% às técnicas invasivas)" (Tavares, 2007:121).

Uma das situações contraditórias na percepção dos Técnicos de Cardiopneumologia é 61,4% dos Técnicos de Cardiopneumologia considerarem poder realizar autonomamente as tarefas do seu serviço, sem a supervisão médica versus 98% considerar possuir autonomia funcional. Resultados discrepantes que mostram a ausência de noção do conceito de autonomia por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia.

Relativamente às tarefas de Cardiopneumologia mais complexas, os Técnicos de Cardiopneumologia indicaram como mais complexa a tecnologia extracorporal/perfusão, porque é uma das menos acessíveis e uma tarefa de execução difícil.

Na Cardiopneumologia, a tarefa que os técnicos consideraram como tendo maior capacidade para executar com autonomia foi a electrocardiologia (35,1%), em que a complexidade de execução é baixa. Os técnicos inquiridos acham que deveriam ter mais autonomia em ecocardiografia (48%), porque é uma tarefa que os médicos normalmente não delegam nos técnicos, por falta de «confiança».

O pouco reconhecimento social dos Técnicos de Cardiopneumologia pode-se generalizar ao campo das tecnologias da saúde, pois todas derivam da medicina, cada uma no seu campo, além de surgirem devido à necessidade de «mão-de-obra» na execução de tarefas do campo médico e porque as tarefas executadas pelos técnicos são precedidas de prescrição médica e o final destas terminar no quadro médico, como acto médico.

A licenciatura é uma mais valia para o reconhecimento social, porque o «capital escolar» é o principal «alicerce» para uma mudança em contexto profissional das ocupações.

A licenciatura e graus académicos mais elevados são hipoteticamente facilitadores de emprego, mas a actual geração de Cardiopneumologistas está desempregada ou empregada em condições precárias, porque os Técnicos de Cardiopneumologia ainda são um grupo pequeno em contexto hospitalar em comparação com a enfermagem e a medicina, que possuem uma ordem profissional e por ser ainda um grupo pouco reconhecido a nível hospitalar e pelos utilizadores dos hospitais. É importante incentivar o envolvimento dos Técnicos de Cardiopneumologia em projectos de investigação promovidos por instituições escolares e/ou profissionais da área de Cardiopneumologia, além de adquirirem elementos simbólicos que os possam distinguir dos outros grupos de saúde, como por exemplo, vestuário exclusivo para Técnicos de Cardiopneumologia.

A designação do título profissional ao longo da investigação foi variando entre Técnicos de Cardiopneumologia e Cardiopneumologistas, porque a designação formal é Técnico de Cardiopneumologia, enquanto para a APTEC (Associação Portuguesa de Técnicos de Cardiopneumologia) a designação é Cardiopneumologista, apesar de no título da associação estar a designação formal, usam outra.

A pouca filiação à APTEC pode estar associada, à pouca promoção social que esta faz da ocupação e pouca intervenção na definição de tarefas pertencentes à Cardiopneumologia, assim como a sua pouca influência nas «políticas de saúde».

Nas gerações mais antigas encontram-se Técnicos de Cardiopneumologia em cargos de topo, restringindo-se estas gerações a áreas de actividade menos complexas porque não se actualizaram, ficando instalados em posições que por falta de concorrência e carreiras congeladas lhes foram atribuídas há muitos anos, «comandando» as gerações mais recentes com maior qualificação prática e teórica e exigindo pouco das administrações hospitalares por se terem originado como «ajudantes» do campo médico e não como chefes de uma «especialidade» de execução em saúde complexa, que necessita de «chefes» evoluídos para uma recomposição ocupacional positiva do grupo.

Em relação a questões específicas do estudo, verificou-se que 98% dos Técnicos de Cardiopneumologia consideram ter autonomia funcional e 68,6% um elevado grau de autonomia no exercício profissional, apesar desta ser a percepção dos Técnicos de Cardiopneumologia inquiridos, a realidade poderá ser diferente, porque os Técnicos de Cardiopneumologia apesar de possuírem saberes analíticos ocupacionais, não possuem qualquer tarefa em saúde exclusivamente sua, sendo todas as que realizam delegadas pelo campo médico, para além de não realizarem relatório clínico em nenhuma tarefa de diagnóstico, sendo o relatório técnico apenas uma formalidade em alguns casos de maior confiança por parte dos médicos, e sendo principalmente toda a estrutura de Cardiopneumologia definida em torno do campo médico.

Sobre a satisfação profissional verificou-se que 74,5% dos inquiridos está satisfeito com a sua situação profissional, transparecendo que os Cardiopneumologistas são um grupo ocupacional satisfeito com a sua situação profissional.

Na análise das questões que abordam o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia, verificou-se, que quando se incluíam indicadores representativos de autonomia segundo o investigador, originava-se uma diminuição desse grau. Segundo a percepção dos Técnicos de Cardiopneumologia inquiridos a delegação de algumas tarefas por parte dos médicos aos técnicos, acontece porque essas actividades dão muito trabalho à medicina - 45,9% e porque não têm interesse para a medicina - 17,3%, o que significa que em 63,3% dos casos de delegação de tarefas por parte dos médicos, os técnicos reconhecem que não é pela sua competência, mas porque dão muito trabalho ou não têm interesse para o campo médico.

Em jeito de conclusão sobre as percepções dos Técnicos de Cardiopneumologia sobre a autonomia funcional em contexto hospitalar: os Técnicos de Cardiopneumologia consideram possuir autonomia funcional no seu exercício profissional, não se verificando esta mesma autonomia nas mais diversas tarefas realizadas pelos mesmos, porque todas elas são delegadas, não sendo nenhuma exclusividade da Cardiopneumologia.

É importante salientar, apesar de não ter sido abordado neste estudo a insuficiência de legislação que origina insuficiência de autonomia. A insuficiência de legislação não foi abordada no inquérito porque desde 2002 até à concretização deste estudo pouco se alterou.

O grau de autonomia no desempenho das tarefas é influenciado pela pluralidade e a heterogeneidade manifesta nos diferentes contextos onde o exercício profissional é produzido, para além do domínio dos saberes actualmente adquiridos pelos Técnicos de Cardiopneumologia ser superior ao domínio das tarefas realizado, salvaguardando algumas excepções como em todos os grupos ocupacionais de saúde, como indicou David Tavares no seu estudo.

O grau de autonomia em Cardiopneumologia poderá também estar a ser influenciado pela não absorção pelo mercado de trabalho de um número crescente de diplomados, continuando em serviço os mais antigos e menos diplomados que têm um perfil de «técnico auxiliar», originando o crescente desemprego de «mão-de-obra» especializada que poderia mostrar uma outra «face» da Cardiopneumologia.

“O grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia para a realização das actividades do seu campo profissional, nos diferentes contextos de trabalho, varia em função de um conjunto de factores interligados, com destaque para dois principais, um prende-se com o grau de complexidade das tarefas e a consequente necessidade de mobilização de conhecimentos técnico-científicos para a sua aplicação que não é independente do tipo de exames efectuados, o outro prende-se com as formas como o trabalho está organizado em diferentes serviços e sectores e assume, de facto, maior importância explicativa acerca da variabilidade das situações observadas em contexto hospitalar” (Tavares, 2007:228/229).

O grau de autonomia em Cardiopneumologia terá o seu expoente máximo quando esta se tornar numa profissão e possuir «profissionais liberais», com autonomia técnica e criando um “«espaço de exclusividade pericial», isto é, para a construção social da insubstituibilidade das respectivas competências ocupacionais e, conseqüentemente, para a delimitação de um espaço de pericialidade protegido da interferência e controlo das autoridades profissionais que lhe sejam exteriores” (Lopes, 2006:125).

O grau de autonomia ou a verdadeira autonomia funcional está dependente a curto e médio prazo da profissão médica, que no caso da Cardiopneumologia, sendo completamente diferente de uma ocupação que também está dependente que é a enfermagem, apesar de possuir ordem profissional, como foi exposto por Noémia Lopes no seu estudo “Recomposição Profissional da Enfermagem”, esta está dependente por se ter constituído num grupo ocupacional ligado ao «processo do cuidar», por sua vez a Cardiopneumologia está dependente devido à sua criação como auxiliares e ajudantes do campo médico em cardiologia e pneumologia, apesar do domínio crescente do sistema técnico, estão subordinados ao campo médico.

Na Cardiopneumologia destaca-se também como incapacidade do aumento do grau de autonomia, a impossibilidade do abandono do estatuto de simples executante das prescrições médicas, salvo raras excepções, para além da ausência da definição formal de um corpo de tarefas mais complexo do que as de mera execução, como o relatório clínico que é uma tarefa de concepção, a que podem ter acesso pelo saber e competências adquiridas ao longo da socialização escolar e profissional.

Os Técnicos de Cardiopneumologia têm o dever de transformar o «trabalho médico delegado» em «trabalho técnico endógeno».

“A construção dos projectos profissionais dos Técnicos de Cardiopneumologia, centra-se na conquista progressiva de novas funções e competências enquadradas pelo desempenho crescente de tarefas analíticas de concepção; na maior delegação das prerrogativas dos médicos relativamente ao diagnóstico;

na menor dependência relativamente aos médicos; no controlo do acesso à profissão como tentativa de garantir exclusividade sobre as suas competências específicas; e na maior autonomia para organizar e regular actividades” (Tavares, David:278).

Para finalizar, o grau de autonomia em Cardiopneumologia aumenta se os Técnicos de Cardiopneumologia não se restringirem apenas a tarefas delegadas pelo campo médico, assim: autonomia é a capacidade que um individuo tem para sem qualquer supervisão superior ser responsabilizado pela utilização do seu saber teórico sobre o saber prático.

A aferição do grau de autonomia de uma ocupação foi, é e será sempre um exercício complicado de executar, porque é um grau com muitas complexidades e perplexidades, apesar da autonomia funcional ser o elemento a conquistar mais preponderante na evolução de uma ocupação a profissão de saúde.

Considerações finais

A presente investigação e seus resultados, expostos nas páginas precedentes pretenderam proporcionar uma reflexão sobre o estado actual da Cardiopneumologia no exercício profissional, permitindo retirar algumas ideias centrais sobre o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia e sua situação profissional.

Os Técnicos de Cardiopneumologia são um grupo heterogéneo caracterizado por uma grande diversidade interna, com clara predominância feminina, tratando-se de uma população jovem.

Ao longo da pesquisa ficou claro através da revisão da literatura que os Técnicos de Cardiopneumologia são um grupo ocupacional de saúde.

A antiguidade parece ter um peso considerável para se pertencer a categorias profissionais mais elevadas na carreira, onde cerca de 2/3 dos Técnicos de Cardiopneumologia dos hospitais públicos do Concelho de Lisboa ocupam as categorias de base (técnicos de 2ª classe).

O processo de profissionalização dos Técnicos de Cardiopneumologia é em grande parte suportado pelo capital escolar adquirido na última década, mas que tem sido desvalorizado para a progressão na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, que favorece a antiguidade escolar em detrimento das qualificações escolares, muito mais «apuradas» na última geração de Cardiopneumologistas, originando baixo grau de especialização e insuficiência de competências das chefias de Cardiopneumologia, um dos obstáculos à evolução da autonomia funcional do grupo.

A actividade profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia centra-se em tarefas de execução, na área da electrocardiologia, apesar do seu vasto campo de actuação em cardiologia e pneumologia. Este grupo não consegue demarcar-se do campo médico que ainda subordina os Cardiopneumologistas ao nível do diagnóstico e da terapêutica, tornando os Técnicos de Cardiopneumologia num grupo ocupacional de saúde com insuficiência de autonomia em comparação com o campo médico.

Os Técnicos de Cardiopneumologia foram surgindo conforme o avanço das técnicas de saúde foi evoluindo e aumentando, havendo uma necessidade de «mão-de-obra» maior que se ocupasse destas tarefas.

Os Técnicos de Cardiopneumologia ao contrário da medicina e da enfermagem não têm um modelo específico de orientação profissional, tendem a assumir na sua maioria um modelo misto entre o modelo tecnicista (medicina) e o modelo relacional (enfermagem), o que não faz da Cardiopneumologia um modelo de referência central do campo de saúde, originando pouco reconhecimento social dado pelos doentes e utilizadores do hospital.

Este grupo ocupacional de saúde afirma possuir autonomia funcional e um grau de autonomia elevado, o que demonstra ausência de noção do conceito de autonomia por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia, porque insuficiência de autonomia profissional, origina na divisão social de produção de cuidados de saúde subordinação ao campo médico, que se reflecte na delegação de tarefas do campo médico aos Técnicos de Cardiopneumologia.

As tarefas de concepção são as tarefas mais importantes a conquistar pelos Técnicos de Cardiopneumologia, porque sem estas não existe autonomia funcional, nem um grau de autonomia elevado. O relatório clínico não existe em Cardiopneumologia e o relatório técnico é apenas uma formalidade em alguns casos de maior confiança por parte dos médicos, sendo toda a estrutura deste grupo ocupacional definida em torno do campo médico.

Nenhuma tarefa que os Técnicos de Cardiopneumologia executam, começa e termina no quadro exclusivo deste grupo ocupacional de saúde, originando baixo poder profissional e subordinação ao campo médico ao nível do diagnóstico e da terapêutica.

Os principais factores que podem influenciar o aumento do grau de autonomia são: o abandono do estatuto de simples executante das prescrições médicas e a definição formal de um corpo de tarefas mais complexo do que os de mera execução.

Acerca da organização do trabalho e sobre a acção das organizações representativas do grupo ocupacional serem positivas na avaliação feita através do retrato sociográfico de 2002 sobre os Técnicos de Cardiopneumologia do quadro do serviço nacional de saúde, neste estudo ficam dúvidas relativamente a essa positividade, havendo necessidade de num futuro próximo se realizarem retratos sociográficos mais específicos sobre os Técnicos de Cardiopneumologia.

A Cardiopneumologia para conquistar o seu espaço como profissão no campo de saúde tem que mudar, transformar, reorganizar e reconstruir «mentalidades».

As considerações apresentadas deverão ser contextualizadas, porque estão enquadradas num espaço físico e temporal específicos. O espaço físico sendo o Concelho de Lisboa fica por explorar a situação profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia noutras regiões de Portugal, de maneira a obter resultados macro em vez de micro. Em relação ao espaço temporal todas as investigações estão dependentes do seu tempo, acrescentando o facto de na Cardiopneumologia a licenciatura ser recente, estar o processo de Bolonha só neste momento a ser aplicado e não existirem mestrados específicos para a área de Cardiopneumologia, não sabendo ainda em concreto se estas situações irão provocar no futuro novas estratégias profissionais no seio deste grupo ocupacional de saúde. Estas foram as principais limitações do estudo aqui apresentado, que pretendeu constituir mais uma aproximação ao pouco explorado campo das tecnologias da saúde em comparação com a enfermagem e a medicina.

Plano de intervenção sócio-organizacional

A Cardiopneumologia tem tido uma evolução lenta no seu processo de profissionalização, porque se têm produzido Técnicos de Cardiopneumologia com competências, «saberes» e qualificações elevadas em comparação com as actuais chefias de Cardiopneumologia, que vão directamente para o desemprego, devido à sua produção em «massa»; uma cessação da produção de Técnicos de Cardiopneumologia durante um período indeterminado de tempo, para uma aferição da actual situação profissional deste grupo ocupacional de saúde e para uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, pode ser uma «medida» importante para uma evolução positiva do processo de profissionalização da Cardiopneumologia.

Os Técnicos de Cardiopneumologia para usufruírem de um maior reconhecimento social por parte das instituições de saúde, dos doentes e dos utilizadores dos hospitais terão que criar elementos simbólicos que os identifiquem e que os diferenciem dos médicos e outros grupos ocupacionais de saúde.

Os Técnicos de Cardiopneumologia, na sua grande maioria são «marginalizados» relativamente a outras ocupações de saúde, porque são bastante desunidos, e desta forma não têm força para defender os interesses de ataques de outras classes no campo de saúde, neste sentido, os Técnicos de Cardiopneumologia, precisam de um organismo que defenda verdadeiramente a ocupação e que dê mais credibilidade a este grupo ocupacional, porque a associação existente pouco tem feito para resolver a dignidade profissional desta ocupação de saúde, assim a criação de uma ordem profissional nas tecnologias de saúde liderada por profissionais isentos e não colocados por antiguidade ou «ambiguidades» que possam originar desejo de poder, deve acontecer para que se definam quais as tarefas formais pertencentes à Cardiopneumologia.

Será que os Técnicos de Cardiopneumologia estudaram vários anos, para não poderem fazer com autonomia funcional todas as tarefas em cardiologia e pneumologia?; Será que os médicos em vez de estarem a dar consultas para resolver listas de espera, estão apenas a assinar exames de cardiologia e pneumologia feitos, analisados e relatados pelos Técnicos de Cardiopneumologia?

Ao ser criada uma ordem profissional, originaria mecanismos de acreditação, em que apenas quem está apto podia realizar as diversas tarefas pertencentes à Cardiopneumologia, e tomar responsabilidade sobre estas tarefas.

Os artigos e publicações científicas na área de Cardiopneumologia, devem passar a ser um direito e um dever de todos os Técnicos de Cardiopneumologia e não só de quem tem interesse neles para se valorizar pessoalmente, em vez da valorização do grupo no seu todo, porque estes podem originar uma «recomposição» da ocupação ao nível do reconhecimento, visibilidade social e respectiva autonomia funcional.

O plano de intervenção sócio-organizacional proposto pelo investigador será uma alteração e reestruturação do curso de Cardiopneumologia ao nível de docentes com baixo grau académico e a divisão do curso em duas especialidades, a Cardiologia e a Pneumologia. O curso de Cardiopneumologia pode e deve aumentar significativamente o grau de especialização dos Técnicos de Cardiopneumologia, para que exista mais especificidade e aumento de qualidades teórico-práticas dos Técnicos de Cardiopneumologia. Como segunda hipótese o curso de Cardiopneumologia poderia ser integrado na enfermagem como uma sub-especialidade desta, porque os Técnicos de Cardiopneumologia na actualidade apenas representam «mão-de-obra» para a medicina, não se propõe a inclusão da Cardiopneumologia na medicina, porque esta já possui as especialidades de cardiologia e pneumologia.

Os Técnicos de Cardiopneumologia devem passar à «acção», para que num futuro próximo este grupo tenha «credibilidade» no campo de saúde, exigindo mais da associação de Técnicos de Cardiopneumologia (APTEC) existente, ao nível de empregabilidade, porque na actual geração de Cardiopneumologistas existem muitos desempregados, que deveriam estar em actividade. Promover o debate através desta associação no seio do grupo ocupacional e com outros profissionais intervenientes na saúde em cardiologia e pneumologia de modo a promover «negociações» que visem a compatibilização de interesses em áreas de sobreposição como a ecocardiografia, é um direito e um dever a cumprir a curto prazo, por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia.

As recomendações e sugestões que o investigador propõe para novos estudos no campo da Cardiopneumologia, são:

- a comparação do grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia com o grau de autonomia de outras tecnologias de saúde;
- um estudo sobre a cardiopneumologia ao nível do poder exercido pelas chefias sobre as administrações hospitalares;
- um estudo em que se comparasse o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia entre o sector público e o sector privado;
- a realização de um estudo de caso em contexto hospitalar sobre o grau de autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia, em que não se verifiquem só as percepções dos Técnicos de Cardiopneumologia, mas também as percepções do investigador desse estudo sobre o grau de autonomia deste grupo ocupacional.

Através dos resultados obtidos no estudo, pretendeu-se uma primeira aproximação à autonomia funcional dos Técnicos de Cardiopneumologia, para que este grupo ocupacional de saúde se questione quanto ao seu papel numa equipa de saúde.

Os Técnicos de Cardiopneumologia se pretendem ter futuro no campo de saúde, têm que se questionar da seguinte maneira: o que fazemos, para que fazemos, como fazemos e para quem fazemos?, para que comecem a agir de forma diferente, mais crítica e com alguma fundamentação científica, para que hajam mudanças importantes no modo de produzir tarefas técnicas em cardiologia e pneumologia, exercendo efectivamente a sua autonomia funcional e profissional.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Lisboa: Educa.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento.
- Carapinheiro, G. e Rodrigues, M. L. (1998). *Profissões: protagonismos e estratégias*. In Portugal: Que Modernidade?, ed. José Manuel Leite Viegas; António Firmino da Costa. Oeiras: Celta Editora.
- Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia do trabalho científico "saber-fazer" da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- Conde, J. et al. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha/Área de conhecimento – Tecnologias da Saúde – Relatório do grupo de trabalho de cardiopneumologia*. Lisboa: CCISP.
- Dubar, C. (2005). *A socialização – a construção de identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Eco, U. (2007). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. Barcarena: Editorial Presença.
- Fernandes, A. J. (1995). *Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos*. Porto: Porto Editora.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Nova Iorque: Atherton Press.
- Freidson, E. (1971). *Professions and the occupational principle*, in Freidson, E. (org.), *The professions and their Prospects*. Londres: Sage.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers – A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. London: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism – The third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Freire, J. (1997). *Variações sobre o tema de trabalho*. Porto: Afrontamento.

- Freire, J. (2002). *Sociologia do Trabalho – Uma Introdução*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freire, J. et al. (2004). *Associações profissionais em Portugal*. Oeiras: Celta.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1992). *O inquérito – teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lobato, J. (2001). *Contributos para o desenho da história das tecnologias da saúde*. Lisboa: ESTeSL (Policopiado).
- Lopes, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem – Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, N. (2006). Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. In G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página, pp. 107-134.
- Pereira, A. (2003). *Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. e Poupá, C. (2006). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. C. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rodrigues, M. L. (1997). *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta.
- Sampieri, R. H. ; Collado, C. F. e Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Silva, A. S. e Pinto, J. M. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.

Tavares, D. (2002). *Contextualização dos processos de transformação social*, in «Um século de vivências nas tecnologias de saúde – Actas das jornadas técnico – científicas de Análises Clínicas e Saúde Pública e de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica», Cadernos da ESTeSL, nº 2.

Tavares, D. (2003). *A influência da formação escolar na produção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: ESTeSL (Dissertação para o concurso de Provas Públicas para Professor – Coordenador da Área Científica de Sociologia da Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa).

Tavares, D. (2004). *A influência da formação escolar na produção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia*, «V Congresso Português de Sociologia». Braga: Associação Portuguesa de Sociologia (Policopiado).

Tavares, D. (2007). *Escola e identidade profissional – o caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Colibri/IPL.

Tavares, D. ; Lobato, J. et al. (2002). *Retrato Sociográfico dos Técnicos de Cardiopneumologia do Quadro do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Cadernos da ESTeSL, nº 1.

Turner, B.S. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage.

Sítios visitados:

APTEC. *O perfil do cardiopneumologista*. disponível em <http://www.aptec.pt/files/perfil.pdf>, acedido em 09/2008.

http://www.aptec.pt/files/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf acedido em 2008.

http://www.aptec.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=112, acedido em 2008.

http://www.aptec.pt/files/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf, acedido em 2008.

<http://eco.unex.es/sociologia/ase2008/.../DAVID%20TAVARES.doc>, acedido em 2009

http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f5f7aae71_1.pdf, *acedido em 2009*

Anexos

Anexo 1

V CURSO DE MESTRADO EM INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL EM SAÚDE

2º Ciclo de Bolonha - Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

2007 / 2009

Área de Especialização em

Qualidade e Tecnologias da Saúde

Dissertação: *O Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia*

Orientação: Professor Doutor David Tavares

Mestrando: José Manuel Dias Varela

Março de 2009

Eu, José Varela, estando a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado acima referido, e no âmbito da dissertação de mestrado com o título *O Grau de Autonomia dos Técnicos de Cardiopneumologia* subordinado ao tema *Autonomia Profissional*, venho por este meio solicitar e pedir autorização para a colaboração dos Técnicos de Cardiopneumologia do serviço do respectivo Hospital no preenchimento do inquérito por questionário, que se destina à recolha de dados indispensáveis à realização da investigação em curso, para que sejam alcançados todos os objectivos da mesma.

Nesta dissertação, será necessária a disponibilidade por parte dos Técnicos de Cardiopneumologia, em colaborar com o estudo, o que acontecendo irá traduzir-se em respeito e agradecimento, não só às instituições colaborantes, como aos Técnicos de Cardiopneumologia, pela disponibilidade em aceitar o estudo supracitado. Assim, no acto da entrega dos inquéritos por questionário serão descritas e explicadas as características que estes irão incluir, para que todos os intervenientes fiquem informados e esclarecidos sobre o funcionamento dos mesmos, garantindo-se o total anonimato e confidencialidade dos dados e posteriores resultados.

Agradecendo desde já a vossa atenção para o solicitado, apresento os meus melhores cumprimentos.

Anexo 2

Este inquérito por questionário pretende recolher informações dos Técnicos de Cardiopneumologia sobre diversos aspectos da sua profissão.

O inquérito por questionário é
anónimo e confidencial

A informação recolhida destina-se exclusivamente a ser trabalhada e tratada estatisticamente no âmbito da Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde.

Obrigado pela sua colaboração.

José Manuel Dias Varela

Julho de 2009

ASSINALE COM UMA CRUZ (X) A OPÇÃO/(ÕES) QUE ESCOLHER

1- Indique a área de actividade em cardiopneumologia que considera ser mais valorizada pelos outros profissionais de saúde:

- Ecocardiografia
- Electrocardiologia
- Estudo da Função Respiratória
- Intervenção invasiva cardiovascular
- Tecnologia extracorporal/Perfusão
- Ultrassonografia vascular

2- Indique a área de actividade em cardiopneumologia que considera ser mais valorizada pelos técnicos de cardiopneumologia:

- Ecocardiografia
- Electrocardiologia
- Estudo da Função Respiratória
- Intervenção invasiva cardiovascular
- Tecnologia extracorporal/Perfusão
- Ultrassonografia vascular

3- Como avalia o grau de reconhecimento dos técnicos de cardiopneumologia no hospital?

Nada reconhecido

Pouco reconhecido

Reconhecido

Muito reconhecido

4- Como avalia o grau de reconhecimento dos técnicos de cardiopneumologia dado pelos doentes ou utilizadores do hospital?

Nada reconhecido

Pouco reconhecido

Reconhecido

Muito reconhecido

5- Como avalia a sua relação profissional com os médicos?

Má

Medíocre

Razoável

Boa

6- Como avalia a sua relação profissional com os técnicos de cardiopneumologia?

Má

Medíocre

Razoável

Boa

7- No desempenho da sua actividade quem realiza os relatórios técnicos?

Ninguém

Técnico de cardiopneumologia

Outro/(s) profissional/(ais) de saúde Qual/Quais? _____

8- Em relação à terapêutica, costuma ter opinião nas actividades que realiza no seu serviço?

Não

Sim

9- Tem conhecimento de técnicas de diagnóstico em cardiologia ou pneumologia que sejam os médicos a executar em vez dos técnicos de cardiopneumologia?

Não

Sim Qual/Quais? _____

10- Algumas actividades dos médicos deveriam ser competência dos técnicos de cardiopneumologia?

Não

Sim Qual/Quais? _____

11- Por exemplo, na sua opinião quando os médicos delegam actividades nos técnicos de cardiopneumologia, fazem-no porque:

Essas actividades não têm interesse para a medicina

Essas actividades dão muito trabalho

Outro/(s) motivo/(s) Qual/

Quais? _____

12- Considera que poderia realizar autonomamente todas as funções que exerce no seu serviço, sem a supervisão médica?

Não

Sim

13- Das áreas de actividade de cardiopneumologia indique a que considera mais complexa:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ecocardiografia | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiologia | <input type="checkbox"/> |
| Estudo da Função Respiratória | <input type="checkbox"/> |
| Intervenção invasiva cardiovascular | <input type="checkbox"/> |
| Tecnologia extracorporal/Perfusão | <input type="checkbox"/> |
| Ultrassonografia vascular | <input type="checkbox"/> |

14- Das áreas de actividade de cardiopneumologia indique aquela que os técnicos de cardiopneumologia têm maior capacidade para executar com autonomia:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ecocardiografia | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiologia | <input type="checkbox"/> |
| Estudo da Função Respiratória | <input type="checkbox"/> |
| Intervenção invasiva cardiovascular | <input type="checkbox"/> |
| Tecnologia extracorporal/Perfusão | <input type="checkbox"/> |
| Ultrassonografia vascular | <input type="checkbox"/> |

15- No seu serviço, em que área/(s) de actividade deveria ter mais autonomia?

Ecocardiografia

Electrocardiologia

Estudo da Função Respiratória

Intervenção invasiva cardiovascular

Tecnologia extracorporal/Perfusão

Ultrassonografia vascular

16- Das actividades que realiza, considera ter autonomia funcional?

Não

Sim

17- Qual o grau de autonomia que julga ter no exercício da sua profissão?

Baixo

Nem baixo nem elevado

Elevado

18- No seu serviço existe possibilidade de progressão na carreira profissional:

Não

Sim

19- Está satisfeito com a sua situação actual?

Não, porque não sou reconhecido/(a) enquanto profissional

Não, porque o meu trabalho é sub-aproveitado

Sim, porque realizo as actividades que gosto

Sim, porque realizo boa parte das actividades inerentes à profissão

20- Se pudesse mudaria de profissão?

Não

Sim Para qual? _____

21- Sexo?

Masculino

Feminino

22- Qual a sua idade? _____

23- Possui cédula profissional de técnico de cardiopneumologia?

Não

Sim

24- Em que ano concluiu o curso de cardiopneumologia? _____

25- Em que escola concluiu o curso de cardiopneumologia?

26- Quais as suas habilitações literárias?

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

27- Pertence a alguma associação profissional?

Não

Sim Qual/Quais? _____

28- Em que área/(s) de actividade é que trabalha?

Ecocardiografia

Electrocardiologia

Estudo da Função Respiratória

Intervenção invasiva cardiovascular

Tecnologia extracorporal/Perfusão

Ultrassonografia vascular

29- Qual a sua categoria profissional no serviço de cardiologia e/ou pneumologia?

- Técnico especialista de 1ª classe
- Técnico especialista
- Técnico principal
- Técnico de 1ª classe
- Técnico de 2ª classe
- Outro Qual? _____
-

30- Qual o seu vínculo actual a este serviço?

- Contrato por tempo indeterminado/efectivo
- Contrato a termo certo
- Recibo verde
- Outro Qual? _____
-

FIM.

Anexo 3**Tabela 5:** Área de actividade que considera ser mais valorizada pelos outros profissionais de saúde

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	25	15,7%	25,0%
Electrocardiologia	16	10,1%	16,0%
Estudo da Função Respiratória	13	8,2%	13,0%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	46	28,9%	46,0%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	43	27,0%	43,0%
Ultrassonografia Vascular	16	10,1%	16,0%
Total	159	100,0%	159,0%

Tabela 6: Área de actividade que considera ser mais valorizada pelos técnicos de cardiopneumologia

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	31	20,5%	31,0%
Electrocardiologia	8	5,3%	8,0%
Estudo da Função Respiratória	12	7,9%	12,0%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	43	28,5%	43,0%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	43	28,5%	43,0%
Ultrassonografia Vascular	14	9,3%	14,0%
Total	151	100,0%	151,0%

Tabela 7: Opinião sobre o grau de reconhecimento no hospital

	N	%
Nada Reconhecido	2	2,0
Pouco Reconhecido	35	34,3
Reconhecido	61	59,8
Muito Reconhecido	4	3,9
Total	102	100,0

Tabela 8: Opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

	N	%
Nada Reconhecido	6	5,9
Pouco Reconhecido	54	52,9
Reconhecido	33	32,4
Muito Reconhecido	9	8,8
Total	102	100,0

Tabela 9: Opinião sobre a relação com os médicos

	N	%
Razoável	33	32,4
Boa	69	67,6
Total	102	100,0

Tabela 10: Opinião sobre a relação com os restantes técnicos de cardiopneumologia

	N	%
Razoável	11	10,8
Boa	91	89,2
Total	102	100,0

Tabela 11: Elaboração de relatórios técnicos

	N	%
Ninguém	8	7,8
Técnico de Cardiopneumologia	69	67,6
Outro	18	17,6
Técnico de Cardiopneumologia e Outro	7	6,9
Total	102	100,0

Tabela 12: Opinião sobre o hipotético desempenho de prescrição clínica pelos técnicos de cardiopneumologia

	N	%
Não	54	52,9
Sim	48	47,1
Total	102	100,0

Tabela 13: Opinião sobre as tarefas de diagnóstico executadas pelos médicos

	N	%
Não	21	20,6
Sim	81	79,4
Total	102	100,0

Tabela 14: Opinião sobre as competências dos técnicos de cardiopneumologia

	N	%	% Válida
Não	47	46,1	47,0
Sim	53	52,0	53,0
Total	100	98,0	100,0
Missing	2	2,0	
Total	102	100,0	

Tabela 15: Opinião sobre a delegação de tarefas pelos médicos

	N	%	% Válida
Essas actividades não têm interesse para a medicina	17	16,7	17,3
Essas actividades dão muito trabalho	45	44,1	45,9
Outro	36	35,3	36,7
Total	98	96,1	100,0
Missing	4	3,9	
Total	102	100,0	

Tabela 16: Opinião sobre a realização de tarefas autónomas no serviço, sem a supervisão médica

	N	%	% Válida
Não	39	38,2	38,6
Sim	62	60,8	61,4
Total	101	99,0	100,0
Missing	1	1,0	
Total	102	100,0	

Tabela 17: Área de actividade mais complexa

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	13	9,0%	12,7%
Electrocardiologia	11	7,6%	10,8%
Estudo da Função Respiratória	8	5,6%	7,8%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	21	14,6%	20,6%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	79	54,9%	77,5%
Ultrassonografia Vascular	12	8,3%	11,8%
Total	144	100,0%	141,2%

Tabela 18: Área de actividade que os técnicos de cardiopneumologia têm maior capacidade para executar com autonomia

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	32	15,4%	31,7%
Electrocardiologia	73	35,1%	72,3%
Estudo da Função Respiratória	55	26,4%	54,5%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	9	4,3%	8,9%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	15	7,2%	14,9%
Ultrassonografia Vascular	24	11,5%	23,8%
Total	208	100,0%	205,9%

Tabela 19: Área/(s) de actividade com pouca autonomia

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	47	48,0%	61,8%
Electrocardiologia	20	20,4%	26,3%
Estudo da Função Respiratória	11	11,2%	14,5%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	9	9,2%	11,8%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	5	5,1%	6,6%
Ultrassonografia Vascular	6	6,1%	7,9%
Total	98	100,0%	128,9%

Tabela 20: Autonomia funcional

	N	%
Não	2	2,0
Sim	100	98,0
Total	102	100,0

Tabela 21: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional

	N	%
Baixo	2	2,0
Nem baixo nem elevado	30	29,4
Elevado	70	68,6
Total	102	100,0

Tabela 22: Progressão na carreira

	N	%
Não	64	62,7
Sim	38	37,3
Total	102	100,0

Tabela 23: Opinião sobre a satisfação profissional

	N	%	% Válida
Não, porque não sou reconhecido/(a) enquanto profissional	8	7,8	8,2
Não, porque o meu trabalho é sub-aproveitado	17	16,7	17,3
Sim, porque realizo as actividades que gosto	55	53,9	56,1
Sim, porque realizo boa parte das actividades inerentes à profissão	18	17,6	18,4
Total	98	96,1	100,0
Missing	4	3,9	
Total	102	100,0	

Tabela 24: Opinião sobre a mudança de profissão

	N	%	% Válida
Não	74	72,5	74,0
Sim	26	25,5	26,0
Total	100	98,0	100,0
Missing	2	2,0	
Total	102	100,0	

Tabela 25: Distribuição por sexo

	N	%
Masculino	18	17,6
Feminino	84	82,4
Total	102	100,0

Tabela 26: Distribuição por idade

	N	%	% Válida
20-29	41	40,2	40,6
30-39	41	40,2	40,6
40-49	14	13,7	13,9
50-59	5	4,9	5,0
Total	101	99,0	100,0
Missing	1	1,0	
Total	102	100,0	

Tabela 27: Cédula profissional

	N	%
Não	1	1,0
Sim	101	99,0
Total	102	100,0

Tabela 28: Ano de conclusão do curso de cardiopneumologia

	N	%
1970-1979	1	1,0
1980-1989	13	12,7
1990-1999	26	25,5
2000-2009	62	60,8
Total	102	100,0

Tabela 29: Escola onde concluiu o curso de cardiopneumologia

	N	%	% Válida
ESTES Lisboa	71	69,6	70,3
ESTES Coimbra	11	10,8	10,9
ESS Egas Moniz	8	7,8	7,9
ESSCVP	5	4,9	5,0
ETSS Lisboa	4	3,9	4,0
Hospital Santa Maria	1	1,0	1,0
Hospital São João	1	1,0	1,0
Total	101	99,0	100,0
Missing	1	1,0	
Total	102	100,0	

Tabela 30: Habilitações literárias

	N	%	% Válida
Bacharelato	6	5,9	6,1
Licenciatura	86	84,3	87,8
Mestrado	6	5,9	6,1
Total	98	96,1	100,0
Missing	4	3,9	
Total	102	100,0	

Tabela 31: Associação profissional

	N	%	% Válida
Não	45	44,1	44,6
Sim	56	54,9	55,4
Total	101	99,0	100,0
Missing	1	1,0	
Total	102	100,0	

Tabela 32: Área/(s) de actividade

	Respostas		
	N	%	Casos (%)
Ecocardiografia	17	13,1%	17,3%
Electrocardiologia	58	44,6%	59,2%
Estudo da Função Respiratória	34	26,2%	34,7%
Intervenção Invasiva Cardiovascular	17	13,1%	17,3%
Tecnologia Extracorporal/Perfusão	2	1,5%	2,0%
Ultrassonografia Vascular	2	1,5%	2,0%
Total	130	100,0%	132,7%

Tabela 33: Categoria profissional

	N	%	% Válida
Técnico Especialista de 1ª Classe	4	3,9	4,0
Técnico Especialista	5	4,9	5,0
Técnico Principal	7	6,9	6,9
Técnico de 1ª Classe	9	8,8	8,9
Técnico de 2ª Classe	72	70,6	71,3
Outro	4	3,9	4,0
Total	101	99,0	100,0
Missing	1	1,0	
Total	102	100,0	

Tabela 34: Vínculo profissional

	N	%	% Válida
Contrato por Tempo Indeterminado/Efectivo	75	73,5	75,0
Contrato a Termo Certo	18	17,6	18,0
Recibo Verde	3	2,9	3,0
Outro	4	3,9	4,0
Total	100	98,0	100,0
Missing	2	2,0	
Total	102	100,0	

Tabela 35: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,225 ^a	2	,004
Likelihood Ratio	10,299	2	,006
Linear-by-Linear Association	4,010	1	,045
N of Valid Cases	98		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,59.

Tabela 36: Medidas de associação: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 1 em função da opinião sobre a satisfação profissional

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,338	,004
Cramer's V	,338	,004
Contingency Coefficient	,321	,004
N of Valid Cases	98	

Tabela 37: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2 em função da opinião sobre a satisfação profissional

	opinião sobre a satisfação profissional		Total
	Não	Sim	
Baixo	16 32,0%	34 68,0%	50 100,0%
Nem baixo nem elevado	6 22,2%	21 77,8%	27 100,0%
Elevado	2 13,3%	13 86,7%	15 100,0%
Total	24 26,1%	68 73,9%	92 100,0%

Tabela 38: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia através da variável 2 em função da opinião sobre a satisfação profissional

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,381 ^a	2	,304
Likelihood Ratio	2,538	2	,281
Linear-by-Linear Association	2,354	1	,125
N of Valid Cases	92		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,91.

Tabela 39: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a satisfação profissional

	Opinião sobre a satisfação profissional		Total
	Não	Sim	
Nem baixo nem elevado	10 33,3%	20 66,7%	30 100,0%
Elevado	15 22,1%	53 77,9%	68 100,0%
Total	25 25,5%	73 74,5%	98 100,0%

Tabela 40: Teste do Qui-quadrado: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a satisfação profissional

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,392 ^a	1	,238		
Continuity Correction ^b	,862	1	,353		
Likelihood Ratio	1,351	1	,245		
Fisher's Exact Test				,315	,176
Linear-by-Linear Association	1,378	1	,240		
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 41: Categoria profissional em função da distribuição por idade

	20-29	30-39	40-49	50-59
Técnico Especialista de 1ª Classe			2 14,3%	1 20,0%
Técnico Especialista		1 2,5%	3 21,4%	1 20,0%
Técnico Principal		1 2,5%	3 21,4%	3 60,0%
Técnico de 1ª Classe		6 15,0%	3 21,4%	
Técnico de 2ª Classe	37 90,2%	32 80,0%	3 21,4%	
Outro	4 9,8%			
Total	41 100,0%	40 100,0%	14 100,0%	5 100,0%

Tabela 42: Categoria profissional em função do ano de conclusão do curso de cardiopneumologia

	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009
Técnico Especialista de 1ª Classe		4 30,8%		
Técnico Especialista		4 30,8%	1 4,0%	
Técnico Principal	1 100,0%	4 30,8%	2 8,0%	
Técnico de 1ª Classe		1 7,7%	5 20,0%	3 4,8%
Técnico de 2ª Classe			17 68,0%	55 88,7%
Outro				4 6,5%
Total	1 100,0%	13 100,0%	25 100,0%	62 100,0%

Tabela 43: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

	Nada Reconhecido	Pouco Reconhecido	Reconhecido	Muito Reconhecido
Baixo		2 3,7%		
Nem baixo nem elevado	2 33,3%	22 40,7%	5 15,2%	1 11,1%
Elevado	4 66,7%	30 55,6%	28 84,8%	8 88,9%
Total	6 100,0%	54 100,0%	33 100,0%	9 100,0%

Tabela 44: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da agregação da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

	Pouco Reconhecido	Reconhecido
Baixo	2 3,3%	
Nem baixo nem elevado	24 40,0%	6 14,3%
Elevado	34 56,7%	36 85,7%
Total	60 100,0%	42 100,0%

Tabela 45: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

	Nada Reconhecido	Pouco Reconhecido	Reconhecido	Muito Reconhecido
Nem baixo nem elevado	2 33,3%	24 44,4%	5 15,2%	1 11,1%
Elevado	4 66,7%	30 55,6%	28 84,8%	8 88,9%
Total	6 100,0%	54 100,0%	33 100,0%	9 100,0%

Tabela 46: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da agregação da opinião dos utilizadores do hospital sobre o grau de reconhecimento

	Pouco Reconhecido	Reconhecido
Nem baixo nem elevado	26 43,3%	6 14,3%
Elevado	34 56,7%	36 85,7%
Total	60 100,0%	42 100,0%

Tabela 47: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a relação com os médicos

	Razoável	Boa
Baixo	1 3,0%	1 1,4%
Nem baixo nem elevado	16 48,5%	14 20,3%
Elevado	16 48,5%	54 78,3%
Total	33 100,0%	69 100,0%

Tabela 48: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da opinião sobre a relação com os médicos

	Razoável	Boa
Nem baixo nem elevado	17 51,5%	15 21,7%
Elevado	16 48,5%	54 78,3%
Total	33 100,0%	69 100,0%

Tabela 49: Opinião sobre o grau de autonomia no exercício profissional em função da categoria profissional

	Técnico Especialista de 1ª Classe	Técnico Especialista	Técnico Principal	Técnico de 1ª Classe	Técnico de 2ª Classe	Outro
Baixo					2 2,8%	
Nem baixo nem elevado		2 40,0%	3 42,9%		24 33,3%	1 25,0%
Elevado	4 100,0%	3 60,0%	4 57,1%	9 100,0%	46 63,9%	3 75,0%
Total	4 100,0%	5 100,0%	7 100,0%	9 100,0%	72 100,0%	4 100,0%

Tabela 50: Opinião sobre a agregação do grau de autonomia no exercício profissional em função da categoria profissional

	Técnico Especialista de 1ª Classe	Técnico Especialista	Técnico Principal	Técnico de 1ª Classe	Técnico de 2ª Classe	Outro
Nem baixo nem elevado		2 40,0%	3 42,9%		26 36,1%	1 25,0%
Elevado	4 100,0%	3 60,0%	4 57,1%	9 100,0%	46 63,9%	3 75,0%
Total	4 100,0%	5 100,0%	7 100,0%	9 100,0%	72 100,0%	4 100,0%