

Universidade Aberta

**Vivências dos Enfermeiros Estrangeiros
num Hospital Português**

Dissertação de Mestrado

Elaborada por

Florbela Tavares Montenegro Resende

Sob orientação da Professora Doutora Luísa Aires

No âmbito do XIV Mestrado em Relações Interculturais

Porto, 2006

Universidade Aberta

**Vivências dos Enfermeiros Estrangeiros
num Hospital Português**

Dissertação de Mestrado

Elaborada por

Florbela Tavares Montenegro Resende

Sob orientação da Professora Doutora Luísa Aires

No âmbito do XIV Mestrado em Relações Interculturais

Porto, 2006

Dedicatória

A todos os que cuidam de alguém, com amor e carinho, e no entanto são invisíveis aos olhos dos outros e da sociedade.

Agradecimentos

A todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

À Professora Doutora Luísa Aires, orientadora desta dissertação;

Ao Sr. Enfermeiro David, Enfermeiro Director do Hospital onde se realizou este estudo;

Aos Enfermeiros-Chefes e aos Enfermeiros Espanhóis do mesmo Hospital;

A quem facultou “os meios informativos”, Sr. Lima e filhas, e D. Márcia;

À Sra. Enfermeira Henriqueta, enfermeira docente, e à colega de trabalho Enfermeira Fátima Silva;

Aos meus Pais,

A todos vós que me acompanhastes nesta etapa importante da minha vida, com paciência, carinho e dedicação ...

O meu sincero agradecimento

A Autora.

Resumo

A visibilidade das transformações da sociedade portuguesa, enquanto receptora de fluxos imigratórios, é notória, inclusivamente ao nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde. Efectivamente, estes também acolhem profissionais de saúde de outros países, neste caso enfermeiros, assistindo-se a uma progressiva reconfiguração do *corpus* profissional. Esta despertou o nosso interesse, levando-nos a questionar qual será a vivência desses trabalhadores na nossa realidade hospitalar. É mesmo o que nos propomos com este estudo: explorar e compreender como o enfermeiro estrangeiro vive a sua experiência subjectivo-interior das emoções, no seu meio laboral. Para tal dividimos o trabalho em quatro partes, a saber, o enquadramento contextual do tema, o percurso metodológico realizado, bem como a análise e a discussão dos dados.

Dada a natureza da problemática escolhida, optamos por uma metodologia qualitativa, mais precisamente pela *Grounded Theory* (Glaser Strauss, 1967). Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-directivas, áudio-gravadas, e posteriormente transcritas na sua totalidade. Da análise dessa informação emergiram temas, indicadores e categorias. A mesma análise permitiu-nos ainda constatar que alguns dos enfermeiros em causa se deparavam com certas dificuldades no seu quotidiano, desenvolvendo estratégias para as ultrapassar. Essas estratégias passavam por vezes, pelo questionar, pelo “relativizar” e pelo “dar sentido” às experiências vividas, mas envolviam sempre a comunicação.

Não obstante, os dados revelam que, para a maioria dos entrevistados, o processo de adaptação ao contexto laboral não trouxe grandes problemas. Esses dados só permitiriam fundamentar a teorização do modelo explicativo, mediante maiores diversidade e variabilidade, decorrentes da realização de estudos mais alargados.

Résumé

La visibilité des transformations de la société portugaise, en tant que société recevant des flux migratoires, est notoire. Et ceci y compris au niveau des services de santé. Effectivement, ceux-ci accueillent également des professionnels de santé d'autres pays, en l'occurrence des infirmiers, ce qui amène à une progressive reconfiguration du *corpus* professionnel. Ce fait a éveillé notre intérêt et a suscité notre recherche sur l'expérience de ces travailleurs, dans notre milieu hospitalier. C'est vraiment ce que nous nous proposons avec cette étude: explorer et comprendre comment l'infirmier étranger vit son expérience subjective-intérieure des émotions, dans son milieu de travail. En pensant à cela, nous avons divisé cet ouvrage en quatre chapitres, à savoir, la contextualisation théorique du thème, le processus méthodologique suivi, ainsi que l'analyse et la discussion des données.

Étant donné la nature du problème, nous avons choisi une méthode qualitative, plus précisément la *Grounded Theory*. Les propos ont été recueillis grâce à des entretiens semi-directifs enregistrés et, plus tard, transcrits intégralement. De l'analyse de cette information surgissent des indicateurs, des catégories et des thèmes. Elle nous a aussi permis de constater que certains de ces infirmiers ont eu des difficultés dans leur quotidien, développant des stratégies pour les surmonter. Si les stratégies ont inclus, parfois, le questionnement et une recherche du sens du relatif des expériences vécues, en revanche elles n'ont jamais oubliées la communication.

Malgré tout, les données montrent que, pour la plupart des interviewés, l'adaptation au milieu professionnel s'est faite sans grand problème. Il est vrai que seule une plus grande diversité et variabilité de données, provenant d'études plus amples, permettrait la consolidation théorique de la formule explicative proposée.

Summary

The visibility of the changes in Portuguese Society as a result of the influx of immigrants, is also apparent in the context of services rendered by the health service. Positions are open to health workers from other countries, in this case nurses, giving rise to a progressive restructuring of the professional *corpus*. This aspect has aroused our interest and made us wonder what the daily life of these workers is like, within our hospital world. This is the subject of our essay: to research and understand how the foreign nurse feels about his/her daily life within his/her sphere of work. We have divided the subject into four parts viz the general context, the methods used and analysis and discussion of the data.

Given the nature of our chosen theme, we have opted for a qualitative methodology, namely the Grounded Theory. These data were collected by means of interviews semi-directive, audio-recorded, and later transcribed as a whole. From this analysis emerged indications categories and topics. It also showed us that some of the nurses in question came up against certain difficulties in their daily life and are devising methods to get round them. These strategies are sometimes to question, relativize and find meaning in their experiences, but always involved communication.

However the data show that for the majority of interviewees, the process of adaptation in the sphere of work did not raise many problems. These data would only permit a consolidation of theories if further more comprehensive research were carried out.

ÍNDICE

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
0 – INTRODUÇÃO	19
1 – IMIGRAÇÃO	22
1.1 – Fases da imigração contemporânea	22
1.1.1 – A fase “espontânea”	22
1.1.2 – A fase de “regularização”	24
1.1.3 – A fase da “imigração programada”	24
1.2 – Políticas de imigração	24
1.2.1 – Política de “Laissez-Faire”	25
1.2.2 – Políticas Integracionistas / Assimilacionistas	25
1.2.3 – Políticas Integracionistas / Pluralistas	25
1.2.4 – Políticas Integracionistas / Assimilacionistas	26
1.3 – Factores relevantes na abordagem da imigração	27
1.4 – Dificuldades encontradas	29
1.4.1 – Pela sociedade de partida	29
1.4.2 – Pela sociedade de acolhimento	29
1.4.3 – Pelos migrantes	30
1.5 – Aculturação	33
1.5.1 – Stress de aculturação	33
1.5.2 – Estratégias de adaptação e aculturação.....	34
1.6 – Nós e os outros	36
1.6.1 – Que outros?	36
1.6.1.1 – Nacionalidade	36
1.6.1.2 – Género	38
1.6.1.3 – Grupo etário	40
1.6.1.4 – Distribuição por distrito	43
1.6.2 – As identidades	45
1.6.3 – Atitudes perante a imigração	47
1.6.4 – Trabalhadores - migrantes	50
1.6.5 – Enfermeiros estrangeiros	52
1.6.5.1 – Nacionalidade	53

1.6.5.2 – Género	54
1.6.5.3 – Grupo etário	54
1.6.5.4 – Grau académico	54
1.6.5.5 – Categoria profissional	55
1.6.5.6 – Sector de actividade	55
1.6.5.7 – Distribuição por distrito	56
1.6.5.8 – Comparação com a população global de enfermeiros	57
2 – O MERCADO DO TRABALHO	60
2.1 – Um mercado em mudança	60
2.2 – Políticas da saúde	62
2.3 – Os enfermeiros no mercado do trabalho	65
2.3.1 – Tipos de integração profissional	66
2.3.2 – Cultura organizacional	68
2.3.2.1 – Relações de poder dentro das organizações	75
2.3.3 – Transculturalidade em enfermagem	81
2.3.4 – Trabalhar com pessoas de culturas distintas	83
2.3.4.1 – Diferentes perspectivas	83
2.3.4.2 – Um exemplo	85
2.3.4.3 – Um modelo de trabalho	86
3 – AS EMOÇÕES.....	88
3.1 – O que são as emoções?	89
3.2 – Que emoções?	90
3.3 – Mecanismos de defesa.....	96
3.4 – Emoções e comunicação	99
3.5 – Breve olhar sobre a experiência emocional do enfermeiro na história.....	101
3.6 – Os enfermeiros e as emoções.....	103
4 – A COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL.....	107
4.1 – Breve introdução.....	107
4.2 – Alguns modelos de comunicação	108
4.2.1 – O modelo ocidental	108
4.2.2 – Os modelos asiático e oriental	109
4.3 – Algumas teorias de comunicação intercultural interpessoal.....	110
4.3.1 – Teoria da gestão e da incerteza	110
4.3.2 – Teoria da adaptação transcultural	111
4.3.3 – Teoria da Construção da Terceira Cultura	112
4.4 – Luz e sombra	113
4.4.1 – A comunicação verbal	113
4.4.2 – A comunicação não-verbal	114

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO	115
1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	116
2 – A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO ADOPTADA.....	120
2.1 – A metodologia da grounded theory	120
2.2 – O acesso ao campo	122
2.3 – A amostra seleccionada	122
2.3.1 – Entrada e permanência no terreno	122
2.3.2 – A caracterização da amostra	124
2.4 – A colheita de dados	126
2.5 – A análise de dados	128
2.6 – A emergência da estrutura conceptual	130
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	132
PARTE III A – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	133
1 – A RELAÇÃO COM O OUTRO	134
1.1 – As atitudes dos outros profissionais de saúde	135
1.2 – A relação enfermeiro-doente/família	140
1.3– As emoções e os sentimentos vividos	143
2 – COMUNICAÇÃO.....	149
2.1 – Os diferentes estilos	149
2.2 – O idioma	151
3 – AS DISPARIDADES SOCIAIS	155
3.1 – A hierarquização social em contexto de trabalho	155
3.2 – A hierarquização social em contexto informal	158
4 – OS LAÇOS AFECTIVOS	163
4.1 – A decisão de emigrar	163
4.2 – A decisão de permanecer	164
4.3 – As várias fórmulas	165
5 – O REGRESSO	169
5.1 – O regresso incondicional	169
5.2 – O regresso condicional	169
5.3 – As expectativas de regresso	170
5.4 – Os motivos do regresso	171
5.5 – Os motivos para não regressar	172
6 – AS CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM	175
6.1 – As concepções do outro sobre enfermagem	175
6.2 – As funções	177
6.3 – A qualidade dos cuidados	179
6.4 – A situação na enfermagem	181

7 – A DECISÃO DE EMIGRAR	187
7.1 – As motivações	187
7.2 – A escolha do país	189
7.3 – A decisão em si	191
8 – A ADAPTAÇÃO AO MERCADO DO TRABALHO	195
8.1 – O período em si	195
8.2 – As dificuldades sentidas	198
8.3 – A previsão das dificuldades futuras	203
9 – A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	208
9.1 – A experiência profissional anterior à imigração	208
9.2 – As imagens da experiência profissional	209
9.3 – As implicações da experiência profissional vivida	211
10 – A ATITUDE DAS ORGANIZAÇÕES	214
10.1 – O acolhimento por parte do hospital	214
10.2 – O procedimento da ordem dos enfermeiros	215
10.3 – A atitude de uma escola superior de enfermagem	216
11 – HIPÓTESE INTERPRETATIVA E EXPLICATIVA DA VIVÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO ESTRANGEIRO NA NOSSA REALIDADE HOSPITALAR	219
PARTE IV – CONCLUSÕES	223
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	230
ANEXOS	

ANEXO I – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género.

ANEXO II – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, e género, segundo o grupo etário.

ANEXO III – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o distrito de residência.

ANEXO IV – Procedimento adoptado para a caracterização da população estrangeira.

ANEXO V – Membros efectivos e activos com Nacionalidade Estrangeira inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 31-12-2000.

ANEXO VI – Membros efectivos e activos com Nacionalidade Estrangeira inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 31-12-2004.

ANEXO VII – Membros efectivos e activos inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 31-12-2004.

ANEXO VIII – Pedido endereçado à Direcção de Enfermagem para ser autorizado o estudo.

ANEXO IX – Modelo que serviu como guião de entrevista.

ANEXO X – Questionário realizado para caracterização da amostra.

ANEXO XI – “Calendarização” da pesquisa.

ANEXO XII – Transcrição das entrevistas.

Índice de Figuras	Pág.
Figura 1 – a hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow	72
Figura 2 – diagrama da tese de Johnson: divisão do trabalho, relações profissionais e poder profissional	77
Figura 3 – diagrama da tese de Freidson: fontes do poder profissional	78
Figura 4 – modelos de análise do poder profissional	80
Figura 5 – diagrama representativo do processo vivencial do enfermeiro estrangeiro num hospital português	222

ABREVIATURAS

A – anos

Aç. – Açores

Ap. – Aposentados

B - Bacharelato

C – castelhana

Categ. Prof. – categoria profissional

C.S. – Centros de Saúde

E – entrevistado

E.g – enfermeiro (generalista)

E.l – exercício liberal

Esc. – escolas

F – sexo feminino

G – galega

I – investigadora

L - Licenciatura

M – sexo masculino

Md – Madeira

N – Norte

O.i – Outras instituições

S – Sul

Tempo de exp. no serviço – tempo de experiência no serviço

Tempo de exp. profissional – tempo de experiência profissional

SIGLAS

ACIME – Alto Comissariado para a Integração e para as Minorias Étnicas

ARS – Administração Regional de Saúde

CEEAS – Commission Européen Emploi et Affaires Sociales

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

Índice de Quadros**Pág.**

Quadro 1.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade	37
Quadro 1.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, em valores percentuais, arredondados por defeito	37
Quadro 1.C – População estrangeira residente em Portugal em 2005, segundo os países de maior proveniência	38
Quadro 2.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género.....	39
Quadro 2.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género, em valores percentuais, arredondados por defeito	39
Quadro 3.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e sexo, segundo o grupo etário dominante	41
Quadro 3.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e sexo, segundo o grupo etário minoritário.....	42
Quadro 4 – População estrangeira por nacionalidade, segundo a idade activa e a idade da reforma em valores percentuais	43
Quadro 5.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e segundo o distrito de residência.....	44
Quadro 5.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e segundo o distrito de residência, em valores percentuais	45
Quadro 6.A – Distribuição numérica dos enfermeiros estrangeiros por regiões em 31.12.2000 e 31.12.2004.....	56
Quadro 6.B – Distribuição percentual dos enfermeiros estrangeiros por regiões em 31.12.2000 e 31.12.2004, em relação ao total desses enfermeiros.....	56
Quadro 7.A – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo géneros	58

Quadro 7.B – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo a categoria profissional e o sector de actividade	58
Quadro 7.C – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo o grupo etário	58
Quadro 7.D – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo a região	59
Quadro 8 – Distribuição percentual dos enfermeiros participantes, em diversas categorias	125
Quadro 9 – Caracterização dos enfermeiros participantes	125-A
Quadro 10 – Duração das entrevistas	127
Quadro 11 – A relação com o outro	147 / 148
Quadro 12 – A comunicação	154
Quadro 13 – As disparidades sociais	162
Quadro 14 – Os laços efectivos	168
Quadro 15 – O regresso	174
Quadro 16 – As concepções de Enfermagem	185 / 186
Quadro 17 – A decisão de emigrar	194
Quadro 18 – A adaptação ao mercado do trabalho	206 / 207
Quadro 19 – A experiência profissional	213
Quadro 20 – A atitude das organizações	218

ANEXOS

ANEXO I – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género.

ANEXO II – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, e género, segundo o grupo etário.

ANEXO III – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o distrito de residência.

ANEXO IV – Procedimento adoptado para a caracterização da população estrangeira.

ANEXO V – Membros efectivos e activos com Nacionalidade Estrangeira entre 31-12-2000 e 31-12-2004.

ANEXO VI – Membros efectivos e activos em 31-12-2004.

ANEXO VII – Pedido endereçado à Direcção de Enfermagem para ser autorizado o estudo.

ANEXO VIII – Modelo que serviu como guião de entrevista.

ANEXO IX – Questionário realizado para caracterização da amostra.

ANEXO X – “Calendarização” inicial da pesquisa.

ANEXO XI – Transcrição das entrevistas.

A arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções do outro. Mas primeiro precisamos de compreendê-los na sua vivência e compreender o que o relacionamento envolve.

Diogo

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

0 – INTRODUÇÃO

A construção do espaço europeu foi acompanhada, ao longo dos anos, por diferentes vagas migratórias, frequentemente associadas a factores económicos (imigração para trabalho). Numa União Europeia atractiva como espaço económico, para fluxos populacionais de todo o mundo, o nosso país também sofreu alterações. E é assim que se converteu de país de emigração (até aos anos sessenta) em país de imigração (nos anos setenta). Assiste-se, então, a uma modificação intensa na composição estrutural da população portuguesa, aprofundada até aos dias de hoje com múltiplas e diversificadas correntes migratórias. Desde os fins da década de noventa, essa imigração deixou de ser quase exclusivamente lusófona como acontecia até essa altura. Portugal vê-se, pois, confrontado com os desafios que esses fluxos de migração económica colocam a vários níveis, incluindo a da sua inserção/integração no mercado de trabalho.

A Teoria sobre Migrações Internacionais de Alejandro Portes (1981; 1999, cit. in Pires, 2003), chamada também de “Teoria do Mercado de Trabalho Segmentado”, defende que os mercados de trabalho se caracterizam por possuírem dois segmentos principais (característica dual). Teremos assim um mercado primário, definido pela estabilidade das condições de emprego e das relações laborais, bons salários, perspectivas de carreira e protecção social garantida. Na prática, ele corresponderá a grandes organizações públicas e privadas, assim como a departamentos de Estado. Os migrantes nele inseridos terão entrado através de canais legais e acedido aos empregos por qualidades individuais, e não por origens étnicas. A sua função será a de reforçar a força de trabalho nacional e as suas condições de mobilidade serão idênticas às dos nativos. Por outro lado, existirá um mercado secundário, abrangendo empregos com baixa qualificação, baixos salários, fracas oportunidades de promoção, insegurança laboral e, frequentemente, ausência de assistência social. Os migrantes participantes desse mercado terão um estatuto jurídico precário (habitualmente temporário ou ilegal). Recrutados com fundamento nas origens e não em qualificações (dadas as vulnerabilidades associadas aquela condição), ocuparão tarefas pontuais, sem perspectiva de mobilidade. Exercerão uma função disciplinadora da força de trabalho

local.

Acontece que a atenção da opinião pública e as políticas vigentes quanto à imigração têm-se sobretudo orientado, em Portugal, para estes últimos migrantes (do mercado secundário de trabalho). Esse facto sucede porque estes migrantes são os que habitualmente apresentam maior visibilidade social, quer por características étnicas ou raciais particulares, quer por trabalharem em locais abertos e/ou ocuparem muitas vezes os espaços públicos. Pelo contrário, os migrantes inseridos no mercado primário são habitualmente “invisíveis” e não problemáticos, carecendo de atenção do ponto de vista político. É nesta categoria que se inscrevem os enfermeiros estrangeiros em Portugal. Existem, mas pouco se sabe sobre eles. Na verdade, não consta mesmo haver qualquer estudo sobre a sua situação no trabalho.

Contudo, é bom recordar a declaração do Ministério da Saúde de que os “profissionais da Saúde são o capital nobre da Saúde”, pelo que os enfermeiros são parte integrante deste. É também bom lembrar que as representações sociais de um profissional e a sua vida emocional no trabalho, influenciam o seu nível de satisfação, e com este a qualidade dos cuidados, logo, do próprio Sistema de Saúde (Donabedian e Martin, cit. in Resende, 2001:15).

Percebe-se assim a importância de um estudo sobre as vivências dos profissionais estrangeiros em causa, no seu meio laboral. Para benefício do nosso país no sentido de promover a harmonia das suas populações e de melhores cuidados de saúde. Para as próprias instituições de Saúde, com o intuito de maximizar o seu desempenho. MAS também para os enfermeiros em particular. Com efeito, face a uma “nova” realidade (colegas estrangeiros), podem ser eles os “focos de mudança” e os “propulsores” da adaptação dos seus pares. Um modelo a seguir pela sociedade em geral. O percurso intercultural da própria investigadora permite-lhe desde já esta asserção.

Afinal a “integração” não é um fenómeno unilateral. De facto, não parece ser suficiente a implementação das regras definidas pelo Estado de acolhimento para ela suceder. Ela parece depender também das condições estabelecidas entre todos os cidadãos para viverem juntos, tal como da atitude e estratégias seguidas nesse processo pelos estrangeiros. Será então interessante conhecer um pouco esta realidade, o que se procurou fazer com este trabalho. O mesmo foi dividido em quatro partes, todas elas interligadas.

Na primeira parte, é apresentado o enquadramento contextual do tema que se pretende

estudar. Ela abarca concepções teóricas essenciais para a análise e discussão, em domínios tão variados como a imigração, o mercado do trabalho e as emoções. Áreas essas que sofreram mudanças ao longo dos anos, mudanças essas que não ficaram sem referir e que foram comprovadas por diversos autores. Na segunda parte, mencionou-se o percurso metodológico efectuado. Nela foram considerados o método de investigação usado e a justificação de tal opção, um “delinear” da problemática e dos objectivos do estudo, bem como as principais fases do processo investigativo e as limitações do dito trabalho. Finalmente, na quarta e última parte coube a discussão dos dados, tendo em conta a articulação dos mesmos com o referencial teórico. Procurou-se ainda suscitar a reflexão e “dar voz” àqueles que, não raras as vezes, são esquecidos. Não seja logrado esse desejo!...

1 – IMIGRAÇÃO

Embora Portugal seja tradicionalmente um país de emigração, tem sofrido mudanças profundas nos últimos tempos, ao receber vários fluxos imigratórios.

É certo que a imigração não é uma realidade nova neste território. Basta lembrar a presença dos ingleses desde o século XVIII, primeiro no Norte do país, associada a actividades empresariais (sectores agrícola, comercial e industrial) e, mais tarde no Sul. Ou recordar o acolhimento de famílias reinantes da Europa, destituídas, e de nobres russos exilados. Não esquecendo igualmente os refugiados de múltiplas proveniências europeias com especial destaque, já no século XX, para os Judeus fugidos à guerra e às perseguições nazis. Relembrando ainda os trabalhadores espanhóis, nomeadamente galegos, no início do dito século.

Contudo, a década de 60 (desse mesmo século) assinala verdadeiramente o início da imigração “contemporânea”, a qual abrange três fases: a fase espontânea, a fase da “regularização” e a fase da “imigração programada” (Horta, 2004).

1.1 – Fases da imigração contemporânea

1.1.1 – A fase “espontânea”

A primeira, designada de “espontânea”, corresponde ao período entre os anos sessenta e os anos oitenta inclusive. Não existe então regulação dos fluxos migratórios.

A emigração portuguesa, solicitada para a reconstrução europeia no pós-guerra, origina uma carência de mão-de-obra em certos sectores da economia portuguesa (construção civil, obras públicas e outros). Essa necessidade vai ser inicialmente preenchida por populações africanas de expressão portuguesa (imigração lusófona) cujos países têm uma ligação histórica com Portugal (predominância dos cabo-verdianos). A maioria desses imigrantes apresenta baixos estatutos socio-económicos e qualificações, o que se coaduna com as necessidades do nosso país.

Mas são os anos 70 que representam um marco decisivo na imigração em terras lusitanas. Com o processo de descolonização (1974-1975), as guerras de libertação das ex-colónias (Ásia e África) e os desequilíbrios económicos desses novos países independentes, assiste-se a um enorme fluxo de indivíduos provenientes dos territórios em questão (imigrantes das Províncias do Ultramar). A estes vêm juntar-se brasileiros, cidadãos originários de países com laços históricos com o nosso (como Índia e Guiné) e os “retornados” (nacionais geralmente regressados dos territórios Ultramarinos, sobretudo de Angola e Moçambique). Porém, estes últimos não são considerados como migrantes internacionais por deterem a nacionalidade portuguesa.

E chegamos assim aos anos 80. A recessão económica impera na Europa, levando os principais países industrializados a fecharem as suas fronteiras à Imigração. É nesta época, mais precisamente em 1996, que Portugal adere à Comunidade Económica Europeia. Dela obtém fundos para o seu desenvolvimento estrutural (económico, social e tecnológico), apresentando, nesse tempo, maiores abertura e dinamismo económico e tornando-se mais atractivo para a imigração. A tal ponto que se verifica um grande crescimento de toda as comunidades migrantes (com excepção dos cabo-verdianos) e a recepção de novas levas migratórias. Estas abrangem cidadãos oriundos de Macau (após integração deste território na China) e da Europa Comunitária (principalmente do Reino-Unido, Espanha, Alemanha e França). A proximidade e as boas condições de vida que Portugal oferece aos seus vizinhos da UE (União Europeia), para exercício de uma actividade profissional, bem como períodos prolongados de lazer ou reforma, terão motivado a vinda destas populações. O seu número tem vindo quase a duplicar em cada década desde 1980 até à actualidade.

Apesar de tudo, Portugal não podia ser classificado como um país de imigração, nos finais da década de 80. Com efeito, a população imigrante não era globalmente muito significativa, estimando-se que em 1989 essa “comunidade” representava 1% da população total residente (dados dos SEF).

1.1.2 – A fase de “regularização”

Os anos 90 revelam uma evolução dos fluxos imigratórios similar à década precedente, tanto em relação às origens predominantes desses fluxos (em primeiro, os Cabo-Verdianos, seguidos dos Brasileiros), como à proporção das diferentes origens nacionais e regionais. Todavia, observa-se um maior leque de abertura dessas origens, existindo inclusivamente pela primeira vez uma significativa comunidade chinesa.

Em termos quantitativos, nota-se uma quase duplicação do efectivo de residentes (legais) face ao decénio anterior, sem contar com um número presumivelmente elevado de clandestinos. Este facto leva Portugal a implementar, entre 1992 e 2001, sucessivos processos de legalização extraordinária de imigrantes em situação irregular – fase de regularização.

1.1.3 – A fase da “imigração programada”

A viragem do século traz alterações quantitativas e qualitativas no contexto imigratório em Portugal. De facto, surgem levas imigratórias sem qualquer afinidade linguística ou cultural com os portugueses, procedentes da Europa Central e de Leste (com destaque para os naturais da Ucrânia, Rússia e Moldávia). Estima-se mesmo que, actualmente, os ucranianos constituem a terceira comunidade, após os cabo-verdianos e os brasileiros. Outras mudanças ocorrem às mãos do governo português. É nesta fase que são instauradas quotas de entrada (valores limites) para os imigrantes e medidas sancionatórias para os infractores (trabalhadores/entidades empregadoras). Os poderes públicos tomam finalmente plena consciência da importância do fenómeno imigratório, o que nem sempre sucedeu. O que é bem visível nas diferentes políticas de imigração seguidas ao longo dos tempos.

1.2 – Políticas de imigração

Como poderá deduzir-se pelo que já foi dito, a atitude das autoridades portuguesas face aos imigrantes sofreu variações nestes anos todos, traduzindo-se em diferentes políticas de imigração.

1.2.1 – Política de “Laissez-Faire”

Esta política, vigorando de 1974 a 1990, resume-se apenas à atribuição do estatuto de minorias étnicas. Não há nem regulação dos fluxos migratórios, nem reconhecimento laboral, social e cultural do imigrante. A esta “despolitização” do fenómeno migratório contrapõem-se os seus “actores”, iniciando movimentos associativos, tanto para defender e representar os seus interesses junto dos poderes decisórios, como para preservar as suas culturas de origem. A maior visibilidade destes movimentos e da própria imigração conduz a alterações nas políticas adoptadas.

1.2.2 – Políticas Integracionistas / Assimilacionistas

Entre 1990 e 1994, é defendida a “assimilação” dos imigrantes, para manter a segurança e a coesão da sociedade. Nesse sentido, são instituídos diversos programas, medidas e canais institucionais, de âmbito nacional e local, alguns dos quais em parceria com organizações não-governamentais. A par com essas iniciativas, são aplicadas normas limitativas à entrada de imigrantes, de acordo com o que acontece na própria UE (imigração zero). Datam dessa altura várias legislações restritivas, nomeadamente sobre a imigração, o asilo e a nacionalidade. Chegamos assim a outra fase.

1.2.3 – Políticas Integracionistas / Pluralistas

No período abrangido entre 1995 e 2000, é permitida a manutenção da diversidade e da identidade cultural dos grupos minoritários residentes na nossa sociedade. A pouco e pouco, esses grupos desempenham um maior protagonismo político e social, muito devido a mecanismos de representação política. A esse propósito destaca-se o papel do Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) e de outros órgãos. O conjunto de direitos adquiridos é variadíssimo, abarcando os domínios político, social e civil, e com fundamento na Convenção Europeia dos Direitos do Homem e na Carta Social Europeia. Estamos no limiar de uma nova era.

1.2.4 – Políticas Integracionistas / Assimilacionistas

Iniciada em 2001, essa fase perdura até ao presente. Caracteriza-se pelo combate à imigração clandestina e pela estipulação de quotas de entrada (valores limites) dos estrangeiros, adequadas às necessidades do mercado de trabalho. Aposta-se ainda na inserção/integração dos grupos ou comunidades estrangeiras residentes em Portugal, tomando consciência que «[...] *para que as competências dos imigrantes possam ser plenamente aproveitadas, é necessário dotarmo-nos de mecanismos que permitam o seu reconhecimento pelas entidades próprias*» (Boletim Informativo do ACIME, cit. in Duarte, 2003). Por outro lado, além de ser exigido um contrato de trabalho formalizado por escrito, são proibidas as discriminações baseadas nas raças, cor, religião, nacionalidade ou origem étnica. São numerosos os direitos institucionais aprovados, bem como vários foram também os processos extraordinários de legalização de estrangeiros em situação irregular (1993, 1996 e 2001).

É inegável que as diferentes políticas implementadas pelos países receptores tiveram impacto nas vivências dos acolhidos. Desse modo, quando em presença de políticas mais permissivas, os indivíduos lutaram por uma certa projecção social, de forma mais ou menos ostensiva. Ao invés, quando confrontados com políticas “repressivas”, os mesmos defrontaram-se com os desafios da clandestinidade e da preservação da sua identidade cultural.

Enfim, as lutas protagonizadas por uns e outros permitiram gradualmente o alcance de múltiplos direitos de cidadania, sejam eles políticos (como os direitos de asilo, de voto em eleições autárquicas), em caso de reciprocidade (só se os mesmos direitos forem outorgados aos portugueses residentes no país em questão), dos movimentos associativos, ou direitos sociais e civis (esferas laboral, educacional, social, jurídica e da saúde). Procura-se que esses direitos sejam equiparados entre os nacionais e os estrangeiros, especialmente no que respeita a direitos fundamentais. Para uma “imigração internacional” (pois é disso que se trata) mais justa. Uma imigração que obriga à consideração de outros factores que não as políticas vigentes.

1.3 – Factores relevantes na abordagem da imigração

As migrações são um fenómeno complexo que pode ser melhor estudado, à luz de certos aspectos. Carmo (2003) alerta-nos para a importância desses elementos. Desse modo, segundo o autor supracitado, é necessário considerar a natureza das motivações de deslocação. Serão elas de ordem económica? A resposta será positiva se estiverem em jogo essencialmente questões de cariz laboral, tais como desemprego ou trabalho precário, baixos salários e más condições de vida, entre outros. Diz-nos Rocha-Trindade (1995) que esta é a mais generalizada das motivações e que afecta os países mais pobres ou menos desenvolvidos, as regiões mais deprimidas e as classes sociais mais desfavorecidas. Nestes casos, a deslocação é frequentemente impulsionada por recrutadores, pelos media ou por compatriotas no estrangeiro, sendo facilitada por redes de transportes e comunicação desenvolvidas.

Contudo, mais diversificadas ainda são as causas de ordem não económica. Efectivamente, da lista constam motivos demográficos (maior densidade populacional), sociais (carência em infra-estruturas sociais, por exemplo), bem como de ordem familiar (reagrupamento familiar) e pessoal (gosto de viver no estrangeiro; realização profissional). A acrescentar a estes motivos, temos ainda as causas religiosas/culturais (interdição de professar outros cultos; existências de práticas rituais “violentas”), históricas (existência de forte tradição de imigração) e políticas (devido a conflitos armados ou não, incluindo perseguições étnicas ou religiosas). Estas últimas reflectem desajustes graves entre um sistema político e a aceitação do mesmo por parte (ou pela generalidade) dos cidadãos, podendo mesmo ser concedido, em situação de excepcional gravidade, o estatuto de asilo político. Mas existem outras situações graves que podem atingir de forma imprevista as populações, privando-as dos seus recursos e impossibilitando até a sua sobrevivência diária. São as motivações de emergência (Rocha-Trindade, 1995), as que decorrem de grandes catástrofes, como a invasão e a guerra, a fome, os efeitos de terremotos e erupções vulcânicas, por exemplo. O povo torna-se então refugiado (conceito que não se aplica somente a situações de raiz política). Por fim, a referida autora (Rocha-Trindade, 1995) assinala a existência da migração de quadros e especialistas como aquela em que se verificam formas de

recrutamento selectivo de determinados perfis profissionais disponíveis num país e cuja falta é reconhecida num outro. Note-se que esta situação não é considerada um verdadeiro fluxo migratório, a não ser que envolva um substancial número de pessoas e exista uma perspectiva da sua radicação a longo prazo ou com duração indefinida. Resta acrescentar, como o fez a mesma autora, que podem existir outros tipos de migração que não se enquadram nas classificações propostas. Fazemos mesmo nossas as palavras de Gungnu (1992, cit. in Miranda, 2002:37): «*Os migrantes de hoje são muito diferentes dos migrantes do passado, genericamente trabalhadores não qualificados que procuravam melhores condições de vida ou simplesmente de sobrevivência, em países mais ricos.*»

Outro aspecto a ter em conta na análise das migrações é a distância percorrida, pois que esta pode ser grande (temos como exemplos as migrações longínquas ou transoceânicas que ocorreram da Europa para outros continentes) ou curta (caso das principais migrações contemporâneas desde o início da década de noventa). Igualmente importante a duração de permanência, podendo esta ser definitiva (o que acontece em geral nas migrações transoceânicas) ou temporária (migrações sazonais, anuais ou plurianuais; contratos por temporada). Neste último caso, acaba por dar-se o regresso, ou seja, a inversão do fenómeno migratório, com a fixação definitiva no país de origem, após um período mais ou menos longo de estadia no estrangeiro (Rocha-Trindade, 1995). O Conselho das Comunidades Portuguesas (cit. in Rocha-Trindade, 1995) faz mesmo a distinção entre “regresso” e “retorno”, sendo que o primeiro implica a deslocação voluntária para o país de origem e, no segundo, essa saída é compulsiva. O facto é que nem sempre é fácil para o que imigrou definir a sua data de regresso, o que, juntamente com a distância envolvida na migração, pode afectar a estrutura familiar dos grupos migrantes (este é outro factor que deve ser apreciado, quando se fala em imigração).

Por fim, importa ainda ter em atenção as qualificações dos migrantes (as mais elevadas facilitam geralmente a sua entrada e integração sócio-profissional nos países de destino). Dever-se-á também atender à proximidade cultural entre os migrantes e a população anfitriã (língua, etnia, cultura). Afinal, uma maior proximidade traduzir-se-á em maiores facilidades de integração e maior preferência dos migrantes nas políticas de imigração. O que não é de desprezar quando se sabe as dificuldades existentes para os migrantes, as sociedades de onde partiram e aquelas que os recebem.

1.4 – Dificuldades encontradas

As migrações podem acarretar uma multiplicidade de problemas, para os diferentes intervenientes, problemas esses aos quais aludiremos de seguida.

1.4.1 – Pela sociedade de partida

Conquanto as economias enviadas pelos imigrantes possam ser de grande importância para a sociedade de origem, esta também se depara com dificuldades.

Com efeito, ao envio de remessas está subjacente, em muitos casos a manutenção dos laços familiares, especialmente dos conjugais. Ora, o fenómeno migratório pode ser destruturador dos mesmos, levando nalguns casos a uma ruptura total. No círculo dos amigos e vizinhos, as relações também podem sofrer alterações, com um confronto de valores entre os que partiram e os que ficaram. Nalguns casos poderão até ser extintas certas práticas tradicionais ou até adoptadas práticas novas. Além disso, a emigração traz consequências em termos demográficos (normalmente envelhecimento da população) e no mercado do trabalho (carência de determinado tipo de mão-de-obra essencial ao desenvolvimento económico do país).

É certo que este país não será o único com problemas. É necessário considerar também a situação do país receptor.

1.4.2 – Pela sociedade de acolhimento

Aos problemas de natureza moral e cultural, podem juntar-se alguns de natureza institucional. Com efeito, a este nível, são apontados os agravamentos das despesas para os contribuintes, quando os imigrantes são/estão legalizados, e a instabilidade das instituições políticas, se não houver um controlo suficiente/adequado das entradas. Este último facto poderá mesmo colocar em risco a segurança do país, na opinião de certas pessoas.

Por outro lado, são invocados problemas económicos. Entre estes, o acréscimo da população activa e menos qualificada que conduz a uma competição injusta para a força

de trabalho nacional, mais marcante em época de desemprego. Como diz Archdeacon (1952, cit. in Rocha-Trindade, 1995), a imigração causa o mínimo de problemas quando os imigrantes “*servem o interesse económico da população de acolhimento e não comprometem a imagem ideal que a sociedade tem de si próprio*”. Caso contrário, poderão surgir sentimentos de xenofobia e racismo por parte das populações anfitriãs, o que poderá culminar na adopção de medidas restritivas à entrada de migrantes pelos governos (impacto de ordem sócio-político). E isso apesar dos benefícios, em termos demográficos, para o país de acolhimento, já que as “levas migratórias” poderão ser responsáveis por um rejuvenescimento da sua população e por um aumento de efectivos em sectores onde eles escasseiam.

Enfim, não será difícil perceber que também o migrante se depara com obstáculos na sua trajectória.

1.4.3 – Pelos migrantes

«*A vivência migratória envolve a capacidade de fazer face á mudança que a decisão migratória origina [...]*» (Ramos, 2004:256). Uma mudança que afecta várias áreas, podendo originar outras tantas dificuldades.

Uma das dificuldades prende-se com os laços afectivos. Não podemos esquecer que a afectividade é absolutamente central em toda a experiência humana (Music, 2002, cit. in Diogo, 2004). E falar nessa dimensão remete-nos de algum modo para o conceito de “família”, ou seja, para aquela micro-população no seio do qual acontecem nascimentos, mortes e, muito frequentemente migrações (Rosa e tal, 2003, cit. in).

Na verdade, ao imigrar, a pessoa vê-se repentinamente privada de amigos, porventura da família, do seu estatuto ou posição, e talvez das suas posses. Ocorrem transformações sociais e familiares, a saber, ao nível das relações interindividuais e intergrupais dos padrões de actividade e de relações sociais, e nos papéis familiares. O imigrante pode mesmo sentir a perda da sua cultura de origem, a chamada “desvinculação”. Existe então uma ruptura em relação ao conjunto de valores transmitidos pela mesma, ou seja no processo de socialização primária do imigrante (Deaux, 1996, cit. in Neto, 2002). Assim, as relações sociais e familiares pautar-se-ão eventualmente pelo “distanciamento” e pelas relações superficiais ou mesmo conflituosas.

Por outro lado, de um espaço fisicamente limitado e onde é conhecido, o imigrante transita para outro marcado pelo anonimato e onde o tempo se “conta com outra aceleração”. Este acontecimento implica a adaptação a outros modos de vida, com espaços e tempo específicos que lhes conferem significado. As mudanças físicas (novos meio, habitação e hábitos de vida) obrigam assim a um redimensionar que pode não ser fácil. Ainda mais quando a outro espaço (novo país) corresponde um meio francamente diferente (ruralidade versus urbanismo). O “confronto” será á medida do contraste entre as expectativas do imigrante e a realidade do espaço envolvente (humano e físico) ou a falta dele. Um embate influenciado pois pela fragilidade ou ausência (conjugada ou individual) de património económico (pobreza), cultural (falta de educação formal ou académica) e social (redes de relações fracas ou inexistentes). Nessa medida, pode-se afirmar que o capital social do imigrante, aquela «*capacidade para mobilizar recursos escassos em virtude da sua pertença a redes ou estruturas sociais mais amplas*» (Portes, 1981; 1999, cit. in Pires, 2003:219) é valioso. Sobretudo se considerarmos que «*[...] as pertenças étnicas podem fazer surgir redes de base étnica [...]*» (Quintino, 2004:289).

Mas as dificuldades não se esgotam aqui. Podem ainda surgir perante as mudanças culturais (a nível das educação, religião e língua) e as psicológicas (relacionadas com as motivações, aptidões e identidade individual e cultural), reflectindo-se até no âmbito do apoio social. Além do mais, as mudanças biológicas (novas alimentação e doença) podem traduzir-se igualmente em problemas inclusivamente na saúde, nomeadamente no acesso aos cuidados e aos géneros alimentares. A somar a estes factores, por vezes existem mudanças de cariz político (perda de autonomia). Por outro lado, os cidadãos em causa deparam-se, em certas ocasiões com novas formas de emprego que não as tradicionais. Podem ainda enfrentar a exploração e o risco de denúncia por parte dos empregadores (para não serem pagos os salários), as baixas remunerações, a sobrecarga horária, bem como ausência de comprovativo e de garantia de continuidade do trabalho. O processo migratório não é pois isento de obstáculos e inscreve-se no tempo. Na opinião de Ramos (2004), ele ocorre mesmo em três fases. Assim, na primeira fase, a de ruptura e transição físico-espacial, encontram-se as dificuldades físicas, habitacionais, sociais, comunicacionais e relacionais com a sociedade receptora. Ao segundo momento, o do confronto, corresponde a aprendizagem em que são reintegrados novos hábitos, valores e padrões de vida. Por fim, na última fase, dá-se a consciencialização e

a decisão do carácter definitivo ou não, da escolha migratória. É uma etapa marcada pelo diferentes comportamentos e estratégias da adaptação que o indivíduo adopta, os quais podem facilitar ou não a integração.

Enfim, existe uma multiplicidade de experiências que podem deixar marca, sendo frequentemente situações de mudança, de crise, que provocam modificações nas representações, nas apreciações e na forma de agir de cada pessoa (Honoré, 2004, cit. in Diogo, 2004).

1.5 – Aculturação

Diz-nos Neto (2002:246) que a aculturação «*é uma forma de mudança cultural suscitada pelo contacto com outras culturas*». Pode ocorrer a nível populacional (ecológico, cultural, social e institucional), quando se verifica ao nível dos grupos/populações. Surgem então, com frequência, alterações na estrutura social, na economia e na organização política. «*O processo de aculturação acompanha-se de mudanças culturais diversas, temporais e espaciais, e provoca a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretção de traços culturais dos grupos em presença*» (Ramos, 2001:165). Pode acontecer igualmente a nível individual, denominando-se de “aculturação psicológica”. Sucede quando um indivíduo está em contacto com outras culturas e participa em maior ou menor grau, e de forma pessoal, no processo de aculturação ao qual o seu grupo cultural ou étnico está sujeito. Neste caso, as transformações surgem no comportamento, na identidade, nos valores e nas atitudes da pessoa, embora exista uma certa presença e continuidade das características tradicionais da mesma.

Um facto é inegável. Para haver aculturação tem de haver contacto, ou interacção entre culturas, contínuo e directo (Neto, 2002). Essa interacção pode originar o “stress de aculturação”. Afinal, conforme a cultura ou subcultura, a mesma realidade poderá ter significações diferentes, produzindo percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua e desentendimentos.

1.5.1 – Stress de aculturação

Esta forma de stress manifesta-se por problemas de saúde mental (confusão, depressão, angústia e outros), sentimentos de marginalidade e de alienação, dificuldades identificatórias e aumento de sintomas psicossomáticos. Sendo assim, pode causar uma redução na saúde dos indivíduos e incluir aspectos físicos, psicológicos e sociais. Pode também ser agravada por diversos factores. Incluem-se nestes os conflitos étnicos, a própria noção da identidade do imigrante, a discriminação, os discursos desvalorizantes e os estereótipos negativos em relação às minorias, o isolamento social, a precariedade das condições de vida e de trabalho, e a falta de recursos em geral.

Para gerir uma situação difícil, considerada ameaçadora e causadora de stress, o indivíduo dispõe de certos recursos, as chamadas capacidades de “*coping*”. Estas abrangem não só as estratégias cognitivas e comportamentais da pessoa, como ainda as suas reacções emocionais negativas ao acontecimento em causa. As primeiras (estratégias) são determinadas pelas características individuais (psicológicas, recursos físicos, competências sociais e de resolução de problemas) e os recursos ambientais (recursos materiais, económicos e suporte social).

Ramos (2004) define quatro estratégias de “*coping*”, conforme seja centrado no problema ou na emoção, ou ainda seja evitante ou vigilante. No primeiro caso mencionado, pretende-se controlar o problema que está na origem do sofrimento do indivíduo.

Por outro lado, quando centrado na emoção, o “*coping*” tem como objectivo a regulação das tensões e do sofrimento emocional provocados pela situação. Quanto ao “*coping evitante*”, tem como meta reduzir a tensão emocional do indivíduo, socorrendo-se este de estratégias passivas (fuga, evitamento, negação, resignação, fatalismo e distração). Por fim, o “*coping vigilante*” visa a resolução da situação, através de estratégias de implicação, vigilância e acção (suporte social, procura de informações e de meios).

Enfim, após o que foi exposto, nunca será de mais salientar que a aculturação é influenciada por distintos factores. Estes abarcam a natureza e as condições de acolhimento da sociedade receptora, o tipo de grupo em aculturação, o modo de aculturação experimentado e um determinado número de características demográficas, sociais e psicológicas do grupo e das pessoas.

1.5.2 – Estratégias de adaptação e aculturação

«A adaptação do indivíduo migrante coloca em jogo várias estratégias, diferentes modalidades de aculturação, múltiplos factores individuais e colectivos [...]» (Ramos, 2004:258). Berry (1989, cit. in Ramos, 2004) identifica quatro tipos de estratégias de adaptação na base de quatro modos de aculturação:

- **Assimilação:** processo unilateral sofrido por um grupo social, geralmente minoritário. Os elementos desse grupo abdicam dos seus padrões culturais e identidade, apropriando-se dos elementos culturais de um outro grupo, para se

adaptarem às exigências de uma situação desigual de encontros entre grupos.

➤ **Integração** – capacidade de confrontar e de mudar valores, normas e modelos de comportamento, tanto da parte do imigrante como da sociedade de acolhimento. Implica assim tanto a manutenção parcial da identidade cultural do grupo étnico/cultural de origem, como também uma posição de igualdade e de participação entre os diferentes indivíduos (imigrantes ou não). É o modo mais adaptativo de aculturação.

➤ **Marginalização** – impossibilidade do indivíduo participar no funcionamento das instituições e na vida social do grupo maioritário, por imposição deste grupo, mediante práticas discriminatórias. Esta situação, condicionada por políticas assimilacionista, com perda de identidade cultural do indivíduo/grupo não dominante, o que se traduz geralmente por stress e desorganização mental.

➤ **Separação** – actuação do indivíduo no sentido de preservar a sua identidade cultural, sem qualquer relação com a comunidade dominante. Encontra pois a sua razão de ser no desejo e no poder do grupo minoritário em decidir a sua orientação. Pelo contrário, fala-se em **segregação** quando é o grupo dominante a impedir o estabelecimento de relações e a impor ao indivíduo/grupo minoritário a manutenção das suas características culturais.

A adaptação dos indivíduos jogar-se-á então entre a importância dada à herança cultural do grupo de origem e a importância dada à sociedade em que se inserem. Nesse processo, a par com mudanças culturais diversas, ocorre «[...] *a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretação de traços culturais dos grupos em presença*» (Ramos, 2004:259).

1.6 – Nós e os outros

Constata-se que os movimentos migratórios mais recentes sofreram variações quanto à sua composição e ao seu destino. Com efeito, é possível verificar o fluxo de trabalhadores industriais, dos serviços desqualificados ou semi-qualificados (mais ligados ao sector dos serviços), em direcção aos grandes centros urbanos das economias industrializadas (com base em elementos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF, ano de 2005).

1.6.1 – Que outros?

Os dados mais recentes obtidos são referentes a 2005. Dada a abundância dos elementos disponíveis, foi restringida a análise efectuada a determinados aspectos, considerados mais relevantes para o estudo desenvolvido. Para facilitar a compreensão da informação processada, foram elaborados quadros a partir dos dados do SEF relativos ao ano supracitado. No anexo IV, estão explicitados os passos seguidos/os cálculos realizados para a elaboração dos referidos quadros.

1.6.1.1 – Nacionalidade

Antes de mais, observa-se que a população estrangeira com estatuto de residente em Portugal alcançava os duzentos e setenta e cinco mil e novecentos e seis indivíduos no ano em causa. Desses, a maioria era de origem africana, sobretudo dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), e com destaque para os cabo-verdianos, seguidos dos angolanos e dos guineenses. Mas veja então o quadro seguinte.

Proveniência geográfica	Número de pessoas
África	125934
Europa	88560
América Central e do Sul	37617
Àsia	12847
América do Norte	10108
Oceânia	556
Apátrida	273
Desconhecida	11

Quadro n.º 1.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Proveniência geográfica	% da amostra total
África	46
Europa	32
América Central e do Sul	13
Àsia	5
América do Norte	4
Oceânia	0,2
Apátrida	0,1
Desconhecida	0,004

Quadro n.º 1.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, em valores percentuais, arredondados por defeito (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Proveniência geográfica	Países em destaque
África	PALOP
Europa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os da União Europeia ➤ Fora da UE: <ul style="list-style-type: none"> * Roménia (1º)
América Central e do Sul	Brasil
Àsia	China (1º) Índia (2º) Paquistão (3º)
América do Norte	Estados Unidos da América (EUA)
Oceânia	Austrália
Apátrida	----- --
Desconhecida	----- -

Quadro n.º 1.C – População estrangeira residente em Portugal em 2005, segundo os países de maior proveniência (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Aprofundando os dados, tornou-se evidente que, relativamente à proveniência geográfica, e para cada continente, certos países lideram.

A informação foi transmitida respeitando a importância numérica de cada comunidade estrangeira e de acordo com a sua proveniência geográfica (Continente). A mesma sequência será adoptada nos quadros subsequentes.

1.6.1.2 – Género

Praticamente em todas as comunidades estrangeiras predominam os homens. Ora, há quem defenda (Rocha-Trindade, 2001) que quando a decisão de emigrar assenta em motivos de ordem económica, é clássico ser o homem a emigrar em primeiro lugar. Poderá então ser esse o caso. (Excepções à regra foram as populações sem origem). Constata-se que a população estrangeira com estatuto de residente em Portugal

alcançava os duzentos e setenta e cinco mil e novecentos e seis.

Proveniência geográfica	Sexo masculino	Sexo feminino
África	72027	54974
Europa	46141	42076
América Central e do Sul	17610	19810
Ásia	7213	5628
América do Norte	5754	4384
Oceânia	300	254
Apátrida	152	121
Desconhecida	6	10

Quadro n.º 2.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género (fonte: SEF, www.sef.pt/estatisticas)

Proveniência geográfica	% da população masculina em relação ao total da população estrangeira do continente em causa	% da população feminina em relação ao total da população estrangeira do continente em causa
África	57	43
Europa	52	48
América Central e do Sul	47	53
Ásia	56	44
América do Norte	57	43
Oceânia	54	46
Apátrida	56	44
Desconhecida	73	27

Quadro n.º 2.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade, segundo o género, em valores percentuais (fonte: SEF, www.sef.pt/estatisticas)

Foi ainda possível, a partir da fonte consultada, delinear a proporção de ambos os sexos em relação à população total do continente referido.

Com base nos dados revelados nos quadros anteriores, podemos enunciar algumas constatações. Primeiro, que a maioria dos estrangeiros residentes em Portugal é de origem africana, nomeadamente dos PALOP (com laços históricos com o primeiro). Na verdade, constituem quase metade de toda a comunidade estrangeira. Os europeus representam igualmente uma proporção significativa dessa população, seguindo-se-lhes os migrantes originários da América Central e do Sul. Mais modestas são as comunidades provenientes da Ásia e da América do Norte. Por fim, numericamente pouco significativas são as populações que vêm da Oceânia e as que são apátridas ou de origem desconhecida. Curioso, no entanto, observar como existem pessoas com estas características (apátridas ou de origem desconhecida) no nosso país. Por outro lado, qualquer que seja o seu país de origem, com excepção daqueles da América Central e do Sul, os estrangeiros são predominantemente homens.

1.6.1.3 – Grupo etário

Procuramos analisar o grupo etário em relação à nacionalidade e ao género. Essa análise permitiu-nos tecer algumas considerações interessantes.

Observamos assim que, a nível da comunidade da Europa, predomina a população com vinte e cinco anos ou mais, sendo que a maioria é do sexo feminino. Ao contrário, a partir dos sessenta e cinco anos, destaca-se o sexo masculino. No que diz respeito à população do continente Africano, sobressaem as pessoas com idades compreendidas entre os trinta e os trinta e quatro anos, inserindo-se mesmo nesse grupo a maioria dos homens. As mulheres, elas, incluem-se essencialmente na faixa etária dos vinte e cinco aos vinte e nove anos. Quanto ao grupo minoritário, ele abrange os imigrantes com idade dos sessenta aos sessenta e quatro anos. Situação um pouco similar à da comunidade da América Central e do Sul, na medida em que, também nesse caso, encontra-se o grupo etário minoritário (para ambos os sexos) nessa faixa etária. Todavia, existem mais indivíduos dos vinte e cinco aos vinte e nove anos, coincidindo com uma prevalência maior em ambos os sexos. Diferente é o “enquadramento” da

população asiática. Nesse caso, e em ambos os sexos, o grupo etário que se destaca é o dos trinta aos trinta e quatro anos, havendo menos indivíduos dos sessenta aos sessenta e quatro anos. Esse grupo é igualmente minoritário na população da América do Norte, recolhendo a faixa etária dos vinte aos vinte e quatro anos o maior número de indivíduos, especialmente do sexo masculino. Por outro lado, os imigrantes da Oceânia distribuem-se maioritariamente, e de igual forma, em idades compreendidas entre os vinte e cinco e os vinte e nove anos e entre os trinta e os trinta e quatro anos. As crianças do sexo masculino, dos zero aos quatro anos, constituem o grupo mais pequeno. Finalmente, enquanto que nos que «não têm pátria», são mais as pessoas de ambos os sexos com idades dos trinta aos trinta e quatro anos, para aqueles de nacionalidade desconhecida existe uma grande disparidade nos dados.

Todas as informações apuradas permitem-nos concluir que a população estrangeira é sobretudo jovem, havendo até geralmente menos pessoas dos sessenta aos sessenta e quatro anos.

Proveniência geográfica	Grupo etário dominante		
	em geral	por sexo	
		Masculino	Feminino
África	30 – 34	30 – 34	25 – 29
Europa	25 – 29	65 anos ou mais	25 – 29
América Central e do Sul	25 – 29	25 – 29	25 – 29
Àsia	30 – 34	30 – 34	30 – 34
América do Norte	20 - 24	20 – 24	10 – 14
Oceânia	30 – 34	25 – 29 e	30 – 34
Apátrida	30 – 34	30 – 34	30 – 34
Desconhecida	10 – 14 e 35 – 39	40 – 44	35 – 39

Quadro n.º 3.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e sexo, segundo o grupo etário dominante (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Proveniência geográfica	Grupo etário minoritário		
	em geral	por sexo	
		Masculino	Feminino
África	60 – 64	15 – 19	10 – 14
Europa	15 – 19	60 – 64	55 – 59
América Central e do Sul	60 – 64	60 – 64	60 – 64
Àsia	60 – 64	60 – 64	60 – 64
América do Norte	60 – 64	55 – 59	60 – 64
Oceânia	0 - 4	0 – 4	60 – 64
Apátrida	55 – 59	15 – 19 e	55 – 59 e
Desconhecida	vários: 20 – 24 30 – 34	vários	25 – 29

Quadro n.º 3.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e sexo, segundo o grupo etário minoritário (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Se tomarmos como referência a idade de vinte e cinco anos (em diante) para o início da vida activa num adulto (para abranger também uma população com estudos superiores) e os sessenta anos como a idade inicial da reforma (já o era de facto para muita gente), podemos ainda fazer outras observações. Por exemplo, podemos referir que globalmente prevalecem as populações em idade activa, especialmente as que são provenientes da Ásia e da América Central e do Sul, sem contar a população apátrida e a de origem desconhecida. Digno de registo o facto de termos uma população significativa em idade da reforma, originária da Europa e da América do Norte.

Proveniência geográfica	% (por defeito) da população em idade activa	% (por defeito) da população na idade da reforma
África	58	5
Europa	57	15
América Central e do Sul	61	3
Àsia	64	6
América do Norte	38	14
Oceânia	60	10
Apátrida	76	2
Desconhecida	91	não existe

Quadro n.º 4 – População estrangeira por nacionalidade, segundo a idade activa e a idade da reforma, em valores percentuais (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

1.6.1.4 – Distribuição por distrito

Para melhor visualização e compreensão dos dados, optou-se por agrupar os distritos em três zonas (Norte, Centro e Sul), além das ilhas. Considerou-se que o Norte abrange Viana do Castelo, Bragança, Vila Real, Braga, Porto e Aveiro. Na zona Centro englobou-se Viseu, Coimbra, Guarda, Castelo Branco, Leiria, Évora, Beja e Portalegre. Por fim, no último grupo (Sul) foram incluídos Lisboa, Santarém, Setúbal e Faro. Importa ainda mencionar que as percentagens apresentadas foram arredondadas (por defeito ou por excesso, conforme o mais correcto em relação ao valor obtido), pelo que o total poderá não perfazer exactamente os cem por cento.

Verificou-se que Lisboa é o destino preferencial dos imigrantes. Do lado oposto, temos sobretudo Beja e Bragança, o que poderá estar associado a uma escassa oferta de trabalho nesses locais, nas áreas procuradas por muitos imigrantes (comércio e construção civil). Por outro lado, nota-se uma “distribuição diferencial” ao longo do

país. Desse modo, a Norte sobressaem em primeiro as populações da América Central e do Sul, e depois os asiáticos e os europeus. No Centro do país, destacam-se as populações de proveniência desconhecida. Depois existe uma distribuição mais ou menos equilibrada entre as comunidades europeias, aquelas das Américas e as da Oceânia. No Sul, temos a população africana em destaque, seguindo-se aqueles que “não têm pátria”, os da Oceânia e os da Ásia. Por fim, enquanto nos Açores a comunidade estrangeira mais importante provém da América do Norte (talvez devido à existência da Base das Lages), na Madeira, os apátridas, os europeus e os cidadãos da América Central e do Sul, constituem o grupo mais numeroso.

Proveniência geográfica	Distrito com maior n.º de imigrantes	Distrito com menor n.º de imigrantes
África	Lisboa	Beja
Europa	Lisboa	Bragança
América Central e do Sul	Lisboa	Bragança
Ásia	Lisboa	Beja
América do Norte	Lisboa	Bragança
Oceânia	Lisboa	Guarda
Apátrida	Lisboa	Vários
Desconhecida	Lisboa	Vários

Quadro n.º 5.A – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e segundo o distrito de residência (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Para melhor compreensão, optamos ainda por apresentar elementos relativos á distribuição geográfica dessa população estrangeira no nosso país.

Proveniência geográfica	Distribuição por zona (% de imigrantes)				
	Norte	Centro	Sul	Açores	Madeira
África	5	3	91	0,4	0,3
Europa	14	12	70	1	3
América Central e do Sul	30	11	55	1	3
Ásia	14	6	79	0,4	0,7
América do Norte	12	11	64	12	0,8
Oceânia	7	10	80	0,7	2
Apátrida	7	4	85	1	3
Desconhecida	7	43	50	0	0

Quadro n.º 5.B – População estrangeira residente em Portugal em 2005, por nacionalidade e segundo o distrito de residência em valores percentuais (fonte: SEF, www.sef.pt/estatísticas)

Importa ainda acrescentar que todos os dados referem-se aos “residentes”, logo aos que são evidentemente conhecidos pelas autoridades.

1.6.2 – As identidades

“Identidade” não tem sido palavra fácil de definir ao longo dos tempos. Ainda mais numa era de mudanças, em que são promovidas as noções de aldeia global e cultura planetária. Quem são os “outros” e quem somos “nós”?

Certo é que existe uma identidade singular/individual que é a imagem que temos de nós mesmos, definida a partir das nossas identidades pessoais e sociais, como nos diz Alsina (1999:176). Assim, essa identidade está entrelaçada com as identidades colectivas, desenvolvendo-se numa rede cultural e num contexto psicossociológico, assim como sócio-histórico e político. Sainsaulieu (1988, cit. in Serra, 2000) realça que a identidade

individual está associada ao poder, no sentido em que depende das lutas que a pessoa enfrenta a nível social para se conseguir impor e ser respeitada pelos outros. Diz-nos mesmo um Dicionário de Sociologia que o “eu” de cada um se define pelo exercício de alteridade, pela interacção com e pelo reconhecimento do outro. Um reconhecimento que passa pelo conceito de *cidadania*, enfim, daquela «*pertença a um estado, pertença essa acompanhada de plenos direitos políticos [...]*». (Miranda, 2002:39). Afinal, num mundo de nações como é o mundo de hoje (porque constituído, organizado e pensado em termos de estado-nação), espera-se que todas possuam uma identidade nacional que os ligue a uma, e geralmente apenas a uma, entidade nacional (ibidem).

E é esse *Estado-nação*, «*entidade dotada de soberania política sobre uma área territorial claramente definida [...]*» (Bastos, 1999, cit. in Miranda, 2002:39) que faculta a *identificação objectivante* do cidadão. Esta identificação realista, hierarquizante e simplificadora, permite a diferenciação entre os “nacionais” e os diferentes tipos de estrangeiros. Consubstanciada em “documentos de identificação”, a sua memória é depositada em “arquivos nacionais”.

Além da identificação mencionada anteriormente, podemos ainda referir a *identificação subjectiva (pessoal/grupal)*. Esta é muito complexa, subversiva e idealizante, na medida em que envolve a posição do sujeito, a sua geneologia familiar e histórica, a sua biografia e alianças familiares e grupais, os seus ideais cívicos e outros. Pressupõe contextos relacionais multi-identitários, pelo que poderá coincidir ou não com a identificação objectivante.

Uma das formas mais comuns de identificação subjectiva que não coincide com a identificação objectivante é a identidade étnica. É uma identidade sócio-histórica reconstruída em diáspora, referenciada a uma pátria ou origem distante ou perdida e, sobretudo, a uma genealogia. Essa identidade pode ou não estar ligada a uma identidade nacional actual (como decorre das migrações) ou desejada. A sua defesa pode passar pela exacerbação de marcadores culturais e corporais distintivos (como vestuário, adornos, língua e outros), por formas permanentes ou cíclicas de congregação sócio-espacial, e estratégias (lúdicas ou agonísticas) de exibição identitária ou de invisibilização e/ou secretismo, bem como pela “distintividade psicolinguística” (Giles et al, 1977, cit. in Miranda, 2002). Afinal, como salienta Miranda (2002), as diversas formas de distintividade linguística são percebidas como essenciais no processo de criação ou preservação de identidades étnicas ou nacionais. No caso dessa identidade

(étnica) ser forte, mas coexistir com a identificação com a sociedade de acolhimento, o nível de adaptação social dos imigrantes será mais elevado. Fala-se então da identidade “integrada” ou “bicultural” (Ramos 2004). Adler (1982, cit. in Alsina, 1999:185) menciona também a identidade multicultural, a qual se permite negociar permanentemente novas construções da realidade. É, pois, uma identidade flexível. Pelo contrário, a identidade “marginalizada” pressupõe a recusa de identificação dos ditos imigrantes, não só com o grupo étnico, como também com o grupo receptor. Nessa situação, verificar-se-á a existência de valores mais baixos de adaptação social, (Ramos, 2004).

O facto é que estudos recentes sobre o racismo apontam que, no senso comum, as representações do outro são cada vez menos construídas com base na ideia de raça e cada vez mais na ideia de diferenças culturais e étnicas (Vala, 1999). E, a esse propósito, não haverá melhor altura do que esta para reflectirmos sobre as atitudes manifestadas para com essas “identidades diferentes”.

1.6.3 – Atitudes perante a imigração

Os acontecimentos da actualidade dão relevância à opinião de Silva (1994, cit. in Miranda, 2002), segundo a qual a tensão entre a globalização e o particularismo é característica da modernidade. Uma tensão que pode ser agravada, conforme as atitudes manifestadas perante a imigração, por parte dos Estados de acolhimento e pelas populações em si. Assim, “pensar sobre a imigração” implica uma reflexão relativamente a essas atitudes, abrangendo as duas dimensões referidas Estado e população.

No caso dos países receptores, são notórias as diferenças existentes no tipo de política seguida (Rocha-Trindade, 1995). Desse modo, temos aqueles que procuram a homogeneização étnica do todo nacional, pela expulsão pela força das minorias étnicas. As qualidades mais óbvias do outro são alvo de reinterpretação (Miranda, 2002), processo esse que leva ao aniquilamento, à destruição simbólica, à desumanização do outro, como diz Tajfel (1983, cit. in Miranda, 2002). Esta resposta, dita assimilacionista, será a que é defendida, por exemplo, pela França. Noutros países ainda (os de língua alemã), é negada a cidadania política aos trabalhadores imigrantes, vigorando o chamado sistema dos trabalhadores convidados (Gastarbeiter). Por fim, o modelo

multicultural é adoptado em alguns países, com nuances diferentes, por exemplo quanto à atribuição de direitos sociais e de infra-estruturas só para os imigrantes estrangeiros. Esta perspectiva tende a fomentar a aculturação do migrante, sendo que esta consiste num modo de mudança cultural provocada pelo contacto entre culturas (Ramos: 2001, cit. in Sousa: s.d), enfim, num processo de aquisição e de aprendizagem dos elementos da cultura receptora. Nesse contexto, a participação social dos imigrantes na sociedade de acolhimento – integração é propiciada.

Na verdade, Serra é categórico ao afirmar que acontecimentos significativos «[...] *podem determinar uma alteração de estilo de vida do indivíduo, na medida em que por vezes obrigam a uma modificação de hábitos, de padrões de actividade e de relações sociais [...]*» (2000:35). E é desta tentativa de construir um equilíbrio social e emocional, bem como da aceitação das normas sociais vigentes na sociedade receptora, que depende o grau de adaptação a uma cultura. Recordemos a afirmação de Rocha-Trindade em como «[...] *o conceito chave assenta na “capacidade de cooperar”, cooperação essa que deve basear-se no estabelecimento de um compromisso entre os desejos individuais e os requisitos sociais [...]*» (1995:102).

«*O reconhecimento de um outro implica, obviamente, o reconhecimento de uma diferença e, longe de ser neutro, causa inquietação, receio, uma inquietante estranheza*» (Memmi, 1993, cit. in Miranda, 2002:45). Ora, se bem que a maioria dos portugueses faça seu o “discurso da tolerância” (Miranda, 2002:24), diversas sondagens (Miranda, 2002) põem em causa a realidade dessa tolerância. Na verdade, e sobretudo, «*os portugueses parecem ter internalizado uma norma anti-racista vigente na sociedade que os impede de exprimir publicamente crenças racistas, não deixando, no entanto, de exprimir atitudes e crenças que contrariam essa mesma norma*» (Miranda, 2002:2). É mesmo o “racismo subtil”, como o definem Pettigrew e Meertens (1995, cit. in Miranda, 2002:25). Aquele «*Racismo Português Suave*» (Portas, 1992, cit. in Miranda, 2002:26) que dá relevo ao conceito de «*limiar da tolerância*». (Memmi, 1993, cit. in Miranda, 2002:45). Segundo Memmi, à menor concentração (visibilidade) do outro corresponderia a tolerância. Pelo contrário, havendo uma maior concentração (visibilidade) do outro, as barreiras protectoras desaparecem e ele é encarado como uma ameaça. O prestígio social desse outro poderá ser então afectado. Por outro lado, a ameaça sentida não é sempre da mesma maneira, uma vez que a atitude face aos

imigrantes varia consoante as suas origens. (Lopes, 1992, cit. in Miranda, 2002:27). E é tão diversificada que algumas noções serão apresentadas de seguida (Miranda; Neto 2002):

➤ **Ansiedade intergrupar:** angústia que deriva da antecipação de consequências negativas durante as interações intergrupais e tem consequências comportamentais, cognitivas e afectivas que geralmente são negativas.

➤ **Discriminação:** processo de hipervalorização do grupo de pertença e de desvalorização do grupo dos outros, através do qual é possível conquistar uma identidade social positiva. Fala-se em “discriminação percebida” quando existe uma percepção subjectiva de tratamento de grupos étnicos ou de membros de grupo com base no preconceito racial e no etnocentrismo.

➤ **Estereótipos:** conjunto de crenças que se associam a grupos sociais, como por exemplo, grupos étnicos, sexuais e etários. Essas crenças geralmente são simples muitas vezes generalizadas de modo excessivo e frequentemente erradas. Uma vez que um estereótipo se estabelece, muitas vezes com base na avaliação errada da covariação de características, permanecerá devido ao processamento enviesado da informação subsequente.

➤ **Etnofobia:** recusa de uma dada etnia.

➤ **Heterofobia:** recusa do outro com base em uma qualquer diferença que não seja necessariamente de ordem biológica.

➤ **Racismo:** tanto define uma doutrina, um dogma, uma ideologia ou um conjunto de crenças, como um conjunto de práticas, atitudes e comportamentos. Traduz as percepções e os comportamentos negativos que membros de uma dada “raça” social apresentam em relação a membros de outra “raça social”.

➤ **Viés nas atribuições:** sucede quando existe uma rotulagem enviesada e o erro irrevogável da atribuição.

O “rótulo enviesado” descreve o mesmo comportamento de modo favorável para elementos do mesmo grupo, e desfavorável para elementos “de fora”.

A atribuição é uma inferência que visa explicar porque é que um determinado

acontecimento ocorreu ou que tenta determinar as disposições de uma pessoa. Quanto ao “erro irrevogável” da atribuição salienta as tendências de observadores com preconceitos em classificar como traços estáveis dos membros dos grupos minoritários qualquer acção negativa praticada por um desses elementos, alvo de preconceito. Não obstante, quando um membro de um grupo minoritário é visto a executar uma acção positiva, ela não é atribuída a disposições internas.

➤ **Xenofobia:** antipatia pelas pessoas ou coisas estrangeiras. Manifesta-se por atitudes, percepções ou comportamentos relativos a alguém de outra nacionalidade que não a do próprio, a um outro estrangeiro.

Apesar de tudo o que foi dito, «[...] *não existe na sociedade portuguesa um sentimento de rejeição em geral dos estrangeiros ou desta ou daquela comunidade imigrante*» (Leitão: 1991, cit. in Miranda, 2002:27). Contudo, é um facto que «[...] *não existe hoje nenhum país onde se possa dispensar a reflexão sobre a maneira de fazer viver em conjunto populações diferentes, sejam elas locais ou imigradas*» (Maalouf: 1999, cit. in Miranda, 2002:24). Nem mesmo Portugal, cujo mercado de trabalho se internacionalizou.

Será bom então reflectirmos um pouco sobre os “trabalhadores-migrantes”.

1.6.4 – Trabalhadores - migrantes

Segundo Rocha-Trindade, trabalhadores-migrantes “*são as pessoas que vão exercer, exercem ou exerceram uma actividade remunerada num Estado de que não são nacionais*” (1995:301).

Esta noção é, sem dúvida, actual pois que, como nos diz Ramos (1999), «(...) *les migrations internationales sont avant tout des migrations de travailleurs(...) c'est un fait social complexe et aussi un phénomène nombreux*». A mesma fonte (255) realça mesmo que « *a internacionalização da produção e do mercado do trabalho acelera a mobilidade dos recursos humanos* », mobilidade essa que resulta da procura de melhores condições de vida.

Ora, ao princípio económico de que qualquer pessoa deve ser livre de poder oferecer a sua força de trabalho no mercado que melhor a remunere, corresponde, a nível político,

um direito individual consagrado pela Revolução Francesa. Aquele que estabelece que todo o homem tem o direito de abandonar o seu país e de a ele regressar.

O migrante torna-se nesse caso um actor económico, cultural, social e político, logo, um membro potencial da sociedade pela qual optou. Beneficia, nesse contexto, de alguns direitos fundamentais. Esses direitos não estavam no centro das preocupações dos primeiros Tratados elaborados pela então Comunidade Europeia. Não obstante, a pouco e pouco, a situação viria a alterar-se, inclusivamente quanto ao enquadramento legal da imigração para trabalho.

Assim, pode-se mencionar (por exemplo, com base em Rocha-Trindade, 1995) a realização de diversas convenções relativas aos trabalhadores-migrantes (OIT, n.º 37, 1949), à promoção de igualdade de oportunidades e de tratamento desses trabalhadores (OIT, n.º 143, 1975), à discriminação em matéria de emprego e profissão e aos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (1990).

Importantes também foram o Conselho da Europa sobre o Estatuto Jurídico do Trabalhador Migrante (1977) e a Carta Comunitária dos Direitos Fundamentais dos Trabalhadores, (s.d, cit. in Rocha-Trindade, 1995) reconhecendo um núcleo mínimo de direitos sociais garantidos, dos quais vários em matéria de trabalho. Pode-se ainda referir o Tratado da Comunidade Europeia, estipulando nos seus art.s 48º a 66º a livre circulação de trabalhadores, o direito de estabelecimento e a livre circulação de serviços. Enfim, actualmente a legislação referente ao trabalhador-migrante é profícua e abrange uma multiplicidade de aspectos (tais como as condições de trabalho, incluindo higiene e segurança, salário, formação, cessação de contratos e outros).

Em Portugal, foram igualmente várias as legislações referentes às populações estrangeiras, promulgadas a nível da Constituição da República Portuguesa (CRP), do Código Civil (CC) e de diversas Convenções.

A esse título, como nos ainda diz Rocha-Trindade (1995), não se pode deixar de fazer referência, entre as muitas, ao Decreto-Lei n.º 97/77, de 17 de Março (sobre o trabalho de estrangeiros em Portugal), assim como aos Decreto-Lei n.º 59/93 e 60/93, de 3 de Março (sobre entrada, permanência e afastamento de estrangeiros no e do território nacional). Salienta-se, outrossim, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 38, de Abril de 1993, que delineou um programa de actuação incluindo medidas para os sectores do emprego e da formação profissional. Não é de esquecer também, ao abrigo da CRP (art. 15º, n.º 1), a equiparação de direitos entre nacionais e estrangeiros (permanecendo ou

residindo em Portugal), salvaguardando direitos políticos, funções públicas sem carácter predominantemente técnico e direitos e deveres reservados pela Constituição e pela Lei exclusivamente aos cidadãos portugueses (art. 15º, n.º 2 da CRP).

1.6.5 – Enfermeiros estrangeiros

Abrangida também pelas mesmas directrizes comunitárias, encontra-se uma categoria de trabalhadores-migrantes: os enfermeiros estrangeiros.

Recorde-se, antes de mais, que estrangeiro significa “pessoa natural de um país diferente daquele onde se encontra” (in Dicionário da Língua Portuguesa). É de salientar ainda que, no caso dos enfermeiros estrangeiros, os factores causais que permitiram a sua vinda para Portugal ligam-se essencialmente à escassez da oferta destes profissionais no nosso país, decorrente do aumento da procura, aumento esse relacionado quer com o desenvolvimento económico e social do país, quer com uma maior esperança de vida da população. (Peixoto, 1997, cit. in Vitorino, 2007).

Não obstante a carência de enfermeiros, a vinda dos seus congéneres estrangeiros poucas vezes procede de uma procura activa por parte do nosso país. Na verdade, não raras vezes, são esses profissionais estrangeiros que, por várias razões, decidem entrar em Portugal. Entre essas motivações, pode-se assinalar os motivos pessoais (alguns europeus), as necessidades de carreira, sobretudo numa fase inicial (espanhóis) e a procura de melhores condições económicas (brasileiros), como nos diz Peixoto (1997, cit. in Vitorino, 2007). Estes casos ilustram formas típicas de **brain gain** (ganho de cérebros).

Contudo, é importante lembrar que a imigração de profissionais qualificados para Portugal, como, por exemplo, os enfermeiros estrangeiros, conhece importantes limites. Em primeiro lugar, as recompensas económicas e as condições de trabalho são, na maioria dos casos, mais atractivas em países mais desenvolvidos, países esses por vezes também com escassez de recursos humanos na área da saúde (como o Reino Unido e a Irlanda, por exemplo). Em segundo lugar, o nível de qualificação da população portuguesa tem aumentado, havendo desemprego de diplomados, o que já sucede também com os enfermeiros. Em terceiro lugar, persistem obstáculos, de natureza social e institucional, à integração de estrangeiros qualificados no mercado de trabalho nacional. O domínio da língua portuguesa e razões de “relações humanas” são algumas

das barreiras apontadas nas profissões na área da saúde, as quais justificam uma preferência pela formação de nacionais (em alternativa à imigração) e um maior rigor na certificação de estrangeiros. O reconhecimento de diplomas é outro obstáculo. Afinal, o conteúdo das formações é frequentemente muito heterogéneo de país para país, o que é evidente no caso da Enfermagem. Devido à variedade do significado da profissão e da formação correspondente, a nível internacional, e à própria evolução da formação no nosso país, não é fácil estabelecer paralelismo entre diplomas. Por outro lado, as qualificações obtidas no exterior da UE são “pouco transparentes” e existe uma aparente hierarquização dos imigrantes, com maior facilidade de reconhecimento de diplomas provenientes de países mais desenvolvidos (Peixoto, 1997, cit. in Vitorino, 2007).

Todavia, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), os estrangeiros que possuem o título de Enfermeiro podem exercer no nosso país a actividade profissional daí decorrente. Aqueles detentores do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (exclusivamente) só podem desempenhar funções em serviços especializados de Obstetrícia, em obediência às directivas comunitárias. A mesma fonte (OE) propicia dados estatísticos interessantes para a caracterização sócio-demográfica da comunidade estrangeira em questão, presente no nosso país entre 31/12/2000 e 31/12/2004 (ANEXOS V e VI).

1.6.5.1 – Nacionalidade

Em termos de nacionalidade, prevalece a espanhola, tendo sofrido um importante aumento até 2004. Segue-se a nacionalidade brasileira, com um decréscimo evidente dos seus efectivos no mesmo período, o que aconteceu também à nacionalidade angolana, apesar de manter a mesma posição na tabela dos estrangeiros.

Dos dados transmitidos sobressai que as maiores comunidades de enfermeiros estrangeiros parecem partilhar laços históricos, senão linguísticos (ou uma certa proximidade pelo menos), com o nosso país. A excepção à regra, em termos de língua, reside na população de enfermeiros franceses que substitui, em termos quantitativos, a comunidade de profissionais guineenses, esta ocupando assim o terceiro lugar.

Constata-se ainda, na mesma fase, o aparecimento de outras nacionalidades, a saber argentina, australiana, austríaca, dinamarquesa, grega, helvética, luxemburguesa, moldava, norueguesa, peruana, russa, sul-africana, tailandesa e ucraniana. No entanto,

no seu conjunto representam apenas 1,62% do total dos estrangeiros.

1.6.5.2 – Género

Dos enfermeiros estrangeiros, a maioria são mulheres, numa proporção quase três vezes superior à dos homens. Essa tendência mantém-se em 2004, embora um pouco mais atenuada. Parece contrariar os estudos apontando os homens como primeiros migrantes económicos, mas corresponde possivelmente ao “perfil” de uma profissão mais exercida por mulheres (“mais feminina”), desde a sua origem até aos dias de hoje, conforme nos diz Collière (1989, cit. in Bragança, 2002).

1.6.5.3 – Grupo etário

Enquanto que em 2000 predominava o grupo etário dos 26-30 anos, seguindo-se aquele dos 31-35 anos, em 2004 verifica-se precisamente o inverso. Por outro lado, como a faixa etária dos 31-35 anos sofreu um aumento substancial (quase dez vezes mais), assistiu-se a uma maior disparidade entre os diferentes grupos etários. No que concerne aos outros grupos etários, verifica-se que as tendências evolutivas se mantêm.

A medida que aumenta a idade, diminui o número de enfermeiros estrangeiros. Não obstante e globalmente, o seu número aumentou entre 2000 e 2004, chegando mesmo a duplicar. As únicas excepções dizem respeito aos grupos dos 56-60 anos (aumento menos significativo – situação de pré-reforma?) e dos 61 anos em diante (níveis estáveis, coincidentes provavelmente com os enfermeiros em fim de carreira ou mesmo aposentados).

1.6.5.4 – Grau académico

Quanto ao grau académico, destaca-se um grupo que possui outro tipo de habilitações literárias que não o bacharelato ou a licenciatura. Seguem-se os detentores de um bacharelato e, por fim, de uma licenciatura (ambos como é evidente, na área de Enfermagem).

Comparando percentualmente (valores por defeito) as diferentes categorias, nota-se outros pormenores de interesse. Observa-se assim que tanto os enfermeiros estrangeiros

com bacharelato, como os que têm uma licenciatura, diminuíram no período em questão (de 19,22% para 7,12% no caso dos primeiros, e de 4,95% para 4,16% no caso dos outros). Pelo contrário, os que não têm essas habilitações passaram de 75,82% para 88,71% no mesmo intervalo.

1.6.5.5 – Categoria profissional

Sobressaem nitidamente os enfermeiros generalistas, tendo quase quadruplicado, no período de tempo e nas populações contemplados. Destes profissionais, a maioria são mulheres (quase na proporção de 3:1).

No que toca aos enfermeiros especialistas, não houve variações significativas do seu número, com excepção dos enfermeiros especialistas em Saúde na Comunidade (aumento para mais do quádruplo). Este facto poderá talvez ser explicado pelas carências manifestas nesse sector, em Portugal, e pelas vagas disponibilizadas para suprir as mesmas.

Importa acrescentar que, no caso dos enfermeiros especialistas, também se destacam numericamente as mulheres.

1.6.5.6 – Sector de actividade

No período abrangido e como sector de actividade preferencial, mantêm-se os hospitais, com um valor que foi superior ao quádruplo. No que respeita aos outros locais de trabalho, as estatísticas apontam alterações significativas.

Contrariamente ao que acontecia inicialmente, em 2004 a escolha do exercício liberal já não é a segunda prioridade, privilegiando-se antes o trabalho em outras instituições e em Centros de Saúde (nestes últimos, deu-se mesmo um acréscimo acentuado). Parece existir uma procura de um “contexto mais estável” de trabalho.

Por outro lado, enquanto que o número de enfermeiros laborando em estabelecimentos de ensino de Enfermagem é idêntico nas duas épocas, o número de aposentados sobe praticamente nove vezes em 2004.

Outro dado relevante consiste na presença de aposentados do sexo masculino, o que não sucedia em 2000. Em qualquer dos casos, o número de mulheres é superior ao dos homens nos diferentes locais de trabalho.

1.6.5.7 – Distribuição por distrito

Grosso modo, aos mesmos distritos correspondem as mesmas posições na época de 2000-2004. Assim, Lisboa continua a ser líder, seguindo-se, por ordem decrescente, Faro, Aveiro, Porto, Coimbra, Setúbal e Portalegre (com uma inversão entre os dois penúltimos). No entanto, de uma análise mais pormenorizada depreende-se que a única região a ter aumentado substancialmente, quanto aos já referidos profissionais estrangeiros, é a do Sul. Senão, veja-se os seguintes dados determinados para cada região (manteve-se os mesmos “agrupamentos geográficos” que no item 1.5.1.4, assim como o “tipo” de arredondamento percentual):

	NORTE		CENTRO		SUL		ILHAS	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004
N.º de enfermeiros estrangeiros	174	385	64	158	398	1800	7	26

Quadro n.º 6.A – Distribuição numérica dos enfermeiros estrangeiros por regiões em 31/12/2000 e 31/12/2004 (fonte: SEF, www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

	NORTE		CENTRO		SUL		ILHAS	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004
% de enfermeiros estrangeiros	27	16,2	9,9	6,7	61,9	76	1,1	1,1

Quadro n.º 6.B – Distribuição percentual dos enfermeiros estrangeiros por regiões em 31/12/2000 e 31/12/2004, em relação ao total desses enfermeiros (fonte: SEF, www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

A conjectura actual do mercado de trabalho pode explicar esses dados. Afinal, até para os “nacionais” só existe oferta de trabalho (quase nula nesta altura) no Sul, o que se repercute certamente também na contratação de enfermeiros estrangeiros.

Para além disso, e mais uma vez, em qualquer que seja o distrito / a região, o número de

enfermeiras estrangeiras supera a dos seus congéneres masculinos.

1.6.5.8 – Comparação com a população global de enfermeiros

Da análise comparativa efectuada entre os enfermeiros estrangeiros e a totalidade dos enfermeiros registados em Portugal na O.E. (ano 2004), foi possível tirar certas ilações (ver ANEXOS VI e VII respectivamente). Assim, constata-se que os enfermeiros estrangeiros correspondem (somente) a perto de 5% da totalidade desses profissionais no nosso território e a menos ainda da população estrangeira em geral. De facto, embora os dados desta população sejam referentes a 2005, é previsível que a relação existente entre as duas populações não ultrapasse os 0,9%. Pelo contrário, foram vários os enfermeiros, chefes incluídos, a afirmar que registou-se um decréscimo de enfermeiros estrangeiros, mais precisamente de espanhóis. É significativa ainda a proporção de enfermeiros estrangeiros, não numericamente, mas no que diz respeito aos enfermeiros (elementos do sexo masculino) em geral. Sobressai também o valor obtido para os enfermeiros generalistas e para aqueles a exercer em hospitais (um indício de prevalência nessas categorias e em ambos os países). Por fim, destaca-se o valor correspondente ao grupo etário mais jovem (dos vinte e um aos trinta anos). Além de que os números nos sugerem que uma boa parte dos enfermeiros estrangeiros em idade de se reformar (ou já reformados) não permanece aqui, regressando possivelmente ao seu país.

A respeito do que foi dito anteriormente, sugere-se a consulta dos quadros reproduzidos a seguir. Considere que “**R**” significa a relação percentual dos enfermeiros no nosso país, nas mesmas condições. Tenha igualmente em atenção que, as regiões foram divididas conforme já o tinham sido feito anteriormente, assim como foi aplicado mais uma vez o arredondamento por defeito (ver 1.5.1.4 e 1.5.5.7).

Valor Percentual	Categoria	Total	Género	
			Masc	Fem.
R		5,2	7,6	4,7

Quadro n.º 7.A – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo o género (fonte: www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

Valor Percentual	Categoria	Enf. G.	Enf. E.	Sector de actividade					
				Hosp	C.S.	Esc.	O.I	E.L	Ap.
R		6	0,6	4,9	2,6	0,3	2,1	1,8	2,4

Quadro n.º 7.B – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo a categoria profissional e o sector de actividade (fonte: www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

Valor Percentual	Categoria	Grupo etário					
		21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
R		12,5	3,5	1,8	1,3	0,7	2,5

Quadro n.º 7.C – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo o grupo etário (fonte: www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

Categoria Valor Percentual	Região				
	N	C	S	Aç.	M
R	2,5	1,5	10,5	1,8	0,2

Quadro n.º 7.D – Relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, segundo a região (fonte: www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

Legenda das abreviaturas/siglas utilizadas:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| Aç. – Açores | Fem. - Feminino |
| Ap. – Aposentados | Hosp. – Hospitalais |
| C. – Centro | M – Madeira |
| C.S. – Centro de Saúde | Masc. – Masculino |
| E.e – Especialistas | N – Norte |
| E.g – Enferm. generalistas | O.I – Outras Instituições |
| E.L – Exercício liberal | S – Sul |
| Esc. - Escolas | |

2 – O MERCADO DO TRABALHO

Num mundo em constante mutação, o mercado do trabalho assume igualmente um carácter dinâmico.

2.1 – Um mercado em mudança

A abertura das fronteiras económicas e financeiras, com as consequentes trocas comerciais e o aumento do fluxo de pessoas e materiais, contribui sem dúvida para as mudanças no mundo do trabalho, mudanças essas que devem ser entendidas em função da estrutura dos oportunidades de trabalho e das motivações dos trabalhadores imigrantes, como salienta Piore (1979).

A esse propósito, os autores clássicos são unânimes em considerar os motivos de ordem económica na origem da decisão de migrar dos indivíduos e dos grupos. Os *Modelos de atracção-repulsão* (que englobam o Modelo de Ravestein e o de Lee), cit. in Rocha-Trindade (1995), preconizam mesmo que os fluxos migratórios são no sentido de zonas com fracas oportunidades para outras de oportunidades elevadas, em relação às condições de vida. As «*Leis da Migração*», elaboradas por Lee (1969, cit. in Rocha-Trindade, 1995), aprofundam esse ponto de vista, destacando além da intervenção de variáveis relacionadas com a área de origem (factores de repulsão), e de outras com a área de destino (factores de atracção), um conjunto de “variáveis intervenientes” (obstáculos e factores pessoais), no processo migratório. Ficámos também a saber, pelo referido autor, que a maioria dos migrantes desloca-se para curtas distâncias e, além disso, são mulheres. O que os motiva são aspectos essencialmente económicos, pois «[...] nenhuma destas correntes pode ser comparada em volume com aquelas que estão na origem do desejo intrínseco à maioria dos homens em melhorar as suas condições materiais de existência» (Lee, 1969, cit. in Rocha-Trindade, 1995:75). O *Modelo do equilíbrio* partilha dessa mesma perspectiva, embora com algumas nuances. Ele também defende que a mobilidade geográfica dos trabalhadores ocorre em resposta aos

desequilíbrios na distribuição do que chama aqui de “factores de produção” (terra, trabalho, capital e recursos humano). Desse modo, a migração resulta de uma tomada de decisão racional dos indivíduos que escolhem, de entre as várias alternativas disponíveis no “mercado de imigração” (internacional), aquele destino que maximize o seu bem-estar, proporcionando-lhe maiores proventos.

A literatura consultada permite-nos afirmar que não são só os motivos económicos que podem originar a partida. Já o tínhamos referido no capítulo anterior (no item 1.3), reiteramo-lo agora aqui, socorrendo-nos das *Teoria da segmentação do mercado do trabalho* (Portes, 1999, cit. in Pires, 2003). Esta aponta factores económicos, demográficos e de funcionamento dos mercados de trabalho, como responsáveis pela partida, transmitindo pois uma visão holística das “causas migratórias”. Por outro lado, não é possível ignorar o papel desempenhado pelas redes sociais no processo migratório. Efectivamente, estas redes baseadas em laços familiares, de amizade e na identidade de uma determinada comunidade, como nos diz Rocha-Trindade (1995), ao proporcionar o acesso dos actores a certos recursos, como assistência e informação, influenciam-nos a migrar. O que contribui para explicar a manutenção de certos fluxos populacionais, mesmo após a cessação das condições estruturais que lhe deram início. Estes fluxos migratórios são assim condicionados, e condicionam, as estruturas económicas, sociais e políticas de sociedade receptora. Uma sociedade receptora cujo universo laboral está em franca mutação. Senão vejamos o que acontece na União Europeia...

Censos efectuados (Observatório de Imigração, 2000) permitem-nos afirmar que o desemprego galopante constitui o mais grave problema económico e social para a quase totalidade dos Estados-Membros da União Europeia. Indicavam ainda que, no período estudado (2000), a taxa de emprego na Europa era de sessenta e um por cento, verificando-se que, nesse espaço geográfico, um em cada dez cidadãos procuravam emprego em vão. Números que não parecem decrescer, com o passar dos anos...

Portugal não escapa a esta situação, evidenciando mudanças de aproximação aos padrões europeus, como afirmam Barreto et al (cit. in Bragança, 2002:10), inclusivamente no que se refere à composição sócio-profissional dos trabalhadores. Efectivamente, nos últimos anos e com base em dados oficiais (a mesma fonte), o sector primário desceu (representava perto de onze por cento em mil novecentos e noventa e um e sete por cento em dois mil), enquanto que os restantes sectores subiram, com

destaque para o sector terciário (que passou de vinte e sete por cento e meio para cinquenta e cinco por cento em dois mil). As mudanças sofridas tornaram o nosso país numa “economia de serviços” (Graça; Kompier, cit. in Bragança, 2002:11). Além disso, constatou-se como foi dito no capítulo anterior a existência de um fluxo de população estrangeira para Portugal, contribuindo para uma pluralidade cultural, étnica e religiosa. Por outro lado, no “novo” mercado do trabalho, os trabalhadores deparam-se com estratégias de *downsizing* (supressão de níveis hierárquicos intermédios), de *de-layering* (redução de gestores intermédios) e de *outsourcing* (contratação de serviços fora da empresa), como salientam Coz e Williamson (2001, cit. in Bragança, 2002). Enfrentam ainda uma maior carga horária e trabalho que não lhes é familiar (Bonnie et al, 2000, cit. in Bragança, 2002), assim como trabalho precário e inseguro, o medo do desemprego, a irregularidade salarial e a perda de capacidades de trabalho, o que causa stress, até para aqueles que trabalham (Who, 2001, cit. in Bragança, 2002). Enfim, como nos diz, Bragança (2002), existem cada vez mais *stressores ambientais*, como sobrecarga laboral, falta de pessoal, más condições de trabalho, relações conflituosas/más com colegas, falta de reconhecimento e problemas com a gestão. Uma realidade à qual não é alheio o universo da Saúde, regido por políticas que, elas também, foram mudando com o decorrer do tempo.

2.2 – Políticas da saúde

Não se pretende fazer aqui uma exposição exaustiva das políticas que foram seguidas na área da Saúde, mas apenas transmitir uma visão global das mesmas, antes e depois do 25 de Abril.

Assim, na época anterior à Revolução, imperava a iniciativa privada, cabendo ao Estado meramente uma função subsidiária para a camada mais pobre da população. As Misericórdias (instituições de solidariedade social e organização privada para a população trabalhadora e seus familiares) eram fundamentais por desempenharem funções de instituições hospitalares organizadas de modo regionalizado (Graça, cit. in Silva, 2004).

Foi com Ricardo Jorge que se exigiu ao Estado melhores condições sanitárias e responsabilidade pela condução de políticas sociais que proporcionassem à população

cuidados de saúde, apoio na doença e na incapacidade (Lucas, 1984, cit. in Silva, 2004). A legislação produzida para os novos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” foi profícua, tentando minimizar as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde e de financiamento dos mesmos. Este período (de 1937 a 1945) é considerado como caritativo – corporativista (Machado, cit. in Silva, 2004), destacando-se nessa altura o Estatuto de Assistência Social (Lei n.º 1988, de 1944).

A fase posterior (de 1945 a 1971) é classificada de assistencial, apesar de se manter a filosofia de acção baseada na caridade. Nesta época, mais precisamente em 1958, nasce o Ministério da Saúde. Publica-se o Estatuto da Saúde e Assistência (Lei n.º 2120 de 1963) e o Estatuto Hospitalar (48.357 de 1968). Contudo, permanecem ainda distintas condições de acesso aos cuidados de saúde, entre os pobres a cargo do Estado, os que descontam para aceder aos referidos cuidados e os profissionais liberais, clientes do privado.

O ano de 1971 traz com ele uma nova reforma (Decreto-Lei n.º 4131, de 27 de Setembro), modificando-se então a Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, em moldes modernos. A essa época (fase sanitária) corresponde o reconhecimento do direito à Saúde para todos os portugueses.

Mas esse reconhecimento obrigaria a vários esforços, após a Revolução de 1974. Um deles foi a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1979 pela Lei Arnault, o qual resultou da adopção da Constituição da República Portuguesa (1976; artigos 63 e 64), da integração dos Serviços de Previdência no Ministério da Saúde e da oficialização das Misericórdias. Esta entidade, financiada pelo Estado, permitiria uma cobertura universal, geral e gratuita, da população portuguesa quanto a serviços de Saúde (promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde).

Nos anos subsequentes, verificar-se-ia progressos extraordinários. A evolução científica e tecnológica dos meios, a par com a melhoria dos indicadores económicos e culturais, bem como das condições de prestação de cuidados de saúde, haveria de proporcionar um crescimento importante na taxa de cobertura nacional.

A década de 80 traz mais mudanças, conquanto a um ritmo mais lento. É criada, em cada distrito, uma Administração Regional de Saúde (ARS – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo). Cada ARS dispõe de um Conselho de Administração que é a autoridade de Saúde, com funções de distribuição de recursos e de avaliação de instituições e serviços prestados de cuidados de saúde. O SNS abre-se à possível obtenção de lucros,

com as medidas necessárias para tal, ao mesmo tempo que se limita a aquisição de novas tecnologias. Ganham força os subsistemas e os serviços privados.

E chega-se desse modo ao ano de 1990, altura em que foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, cit. in Silva, 2004) definindo o Estatuto do Sistema de Saúde. Este inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), todas as entidades públicas responsáveis pela promoção, prevenção e tratamento na área da Saúde, e todas as entidades privadas e profissões liberais com acordo com o SNS para uma ou várias daquelas actividades. De um papel supletivo na área da prestação de cuidados, o Estado passou a assumir todos os papéis relevantes; no planeamento, no financiamento, na organização, na prestação e na avaliação. Este é o denominado modelo “normativista”.

Desde finais dos anos 90, têm ocorrido novas práticas de gestão, como a adopção de diferentes formas e figuras jurídicas. Estas incluem sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e estabelecimentos privados com os quais são celebrados contratos (serviços convencionados). Abrangem ainda estabelecimentos públicos com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e, em alguns casos, patrimonial e de natureza empresarial.

Parece pois, que, a pouco e pouco, o sector da saúde procura “(...) *esforçar-se para combinar vantagens do sistema público (equidade e eficiência económica) com as vantagens do sistema privado (satisfação dos consumidores e eficiência técnica na prestação de cuidados)*” (OPSS, cit. in Silva, 2004:9). Nesse sentido, prevê-se um maior desenvolvimento dos serviços sociais, cuidados domiciliários e cuidados de âmbito extra-hospitalar para as populações carenciadas (Andersen, 1992, cit. in em Silva, 2004). É provável que os fundos sejam atribuídos a programas em face do custo-utilidade. Este facto acarreta o risco de não haver investimento em programas menos lucrativos, mas necessários à sociedade (Campos, 1996, cit. in Silva, 2004).

Enfim, tudo aponta para que o Sistema de Saúde Português tente estabelecer “(...) *plataformas de entendimento que definam melhores compromissos entre a qualidade dos serviços, a economia dos recursos e a satisfação de utilizadores e prestadores (Reis, 1986, cit. in Silva, 2004)*”. Nessa lógica de economia de recursos estão também contemplados os recursos humanos.

Recursos nos quais também estão incluídos os enfermeiros. Eles também (e evidentemente), como parte integrante do Universo da Saúde, estão sujeitos às modalidades flexíveis de organização, incluindo uma gestão de recursos humanos mais

individual e baseada em apresentação de resultados. Na verdade, certos autores (Demerouti et al, 2000, cit. in Bragança, 2002) asseguram que a profissão de Enfermagem está cada vez mais sujeita a uma grande variedade de stressores (como as exigências dos clientes, pressão com o tempo, sobrecarga de trabalho, novas tecnologias e redução orçamental). A própria globalização traz novos desafios, com “levas migratórias” de enfermeiros de outros países, familiarizadas com outros “modelos profissionais”. Ora como diz nos Pedroso (1996), as condições de trabalho que se criam, podem impedir o desenvolvimento de competências, as quais serão indispensáveis aos enfermeiros, para a prestação de cuidados de enfermagem que se desejam, sejam de “excelência”.

2.3 – Os enfermeiros no mercado do trabalho

Quando se fala em mercado do trabalho ocorrem muitas vezes à mente as palavras “inserção” ou “integração”. Nota-se que, se para vários autores o seu uso é indistinto, para outros não reúne consenso.

Diz-nos o Dicionário de Sociologia que a integração *“é um processo mais ou menos lento, voluntário, individual ou colectivo, que corresponde à adaptação a um novo “modus vivendi” próprio de um colectivo que não é o seu de origem”*. A integração significa, assim, uma combinação de elementos de duas culturas _ coexistência de dois grupos culturais diferentes. A pessoa sente-se integrada quando efectuou um percurso que lhe permite incluir-se no novo conjunto. O seu grau efectivo de integração depende da aceitação pelo grupo receptor, de maneira que os seus elementos sintam que ela está em harmonia com eles e actuem como reconhecendo-se realmente pertença desse grupo. Esse grau pode ainda depender de políticas conducentes a facilitar esse processo. A forma mais suave de integração é a inserção e, por isso, muitas vezes, os dois conceitos confundem-se e utilizam-se indiferentemente, embora na inserção a aculturação seja mais ténue do que na integração.

Para Michel Vernières (1997), a inserção profissional é um processo através do qual indivíduos que nunca pertenceram à população activa acedem a uma posição estabilizada no sistema de trabalho. Alguns autores acreditam que os primeiros momentos no contexto de trabalho são muito importantes e que o período de integração

é determinante para o indivíduo, tanto no primeiro emprego, como no seu sucesso futuro (Viens, 1996, cit. in Serra, 2000). Efectivamente, essa integração gera emoções que, «*enquanto pensamento em acto, alicerçados num sistema de valores, interferem na realização do trabalho quotidiano*» (Mercadier, 2004, cit. in Diogo, 2004:103). Por outro lado contribui para o reconhecimento efectivo do indivíduo pela sociedade e para aumentar a sua disposição para produzir.

No caso dos enfermeiros estrangeiros, a integração profissional tem sofrido a influência de várias “concepções de enfermagem”, os seja, de diferentes “quadros socioculturais da profissão” (Peixoto, 1997, cit. in Vitorino, 2007:215). Com efeito, a grande heterogeneidade de formação a nível de Enfermagem (formações superiores e não superiores; formação autónoma ou com maior dependência da medicina) tem colocado problemas particulares, dado que nem sempre é fácil os enfermeiros apresentarem os mesmos tipos de competências (ibidem). Por isso, foi defendido que deve existir precaução na gestão de fluxos dos imigrantes em causa, especialmente no que diz respeito à sua entrada excessiva. De facto, esta não garante uma formação em exercício para todos. Mas, por outro lado, várias foram as vantagens apresentadas para a vinda destes imigrantes. Assim, alega-se que eles trazem alguma “tensão” ao sistema, na medida em que já tiveram de enfrentar um choque quando emigraram e evitam a acomodação, a qual pode afectar os nacionais. Além disso, eles são agentes de mudança, nem que seja pelo facto de revelarem uma grande exigência quanto ao funcionamento das instituições e ao desempenho dos seus profissionais, por já terem contactado outros países (da fonte supra-citada).

2.3.1 – Tipos de integração profissional

Refere Abreu que «*Os ajustamentos recíprocos que a esfera do trabalho requer determinam transformações identitárias mais ou menos duráveis nos indivíduos, em conformidade com as percepções que as determinam*» (2001:20). Este processo contribui de forma favorável (ou não) para a integração profissional.

Paugam (s.d) apresenta-nos uma classificação muito própria para a integração profissional. Assim, a acreditar neste autor, a integração pode ser assegurada, incerta, laboriosa ou desqualificante.

A integração *assegurada* é aquela que garante aos indivíduos o reconhecimento do seu

trabalho, no sentido da sua contribuição à obra produtiva (reconhecimento material e simbólico), mas também simultaneamente, o reconhecimento dos direitos sociais que dela derivam. Presume-se que a primeira condição seja preenchida quando os trabalhadores se dizem satisfeitos no seu trabalho quando as suas vivências são satisfatórias. Quanto à segunda condição, ela será realizada se o emprego exercido, dada a sua continuidade, permitir ao trabalhador planificar o seu futuro. Esta é verdadeiramente a integração ideal, fomentando o desenvolvimento de projectos de carreira, o empenho no trabalho para alcançá-los e uma “integração conseguida” com os entrevistados e os superiores hierárquicos.

A integração *incerta* corresponde a uma forma de integração profissional mais limitada. É vivida por trabalhadores que têm boas condições de trabalho e boas relações com colegas e superiores, mas sabem que têm fortes hipóteses de ficarem sem emprego (instabilidade). Pode ser o caso de trabalhadores com contrato a termo certo ou trabalhando em empresas com futuro incerto.

A integração *laboriosa* é uma forma de integração profissional bastante clássica. Diz respeito aos trabalhadores globalmente insatisfeitos no seu trabalho, mas cujo emprego não está ameaçado. Neste caso, a actividade laboral não é fonte de satisfação pois implica sofrimento físico _ quando as condições de trabalho são penosas _ ou moral, quando o ambiente dentro da empresa é tenso e as relações com colegas e superiores são más. O único motivo de interesse do trabalho é o salário, para melhoria das condições de vida. Nesta perspectiva, não é o trabalho em si mesmo que assevera a integração profissional, mas sim a sua estabilidade.

A *integração desqualificante* traduz uma crise, pois conjuga insatisfação no trabalho e instabilidade do emprego. Pode manifestar-se por problemas relacionais dentro da empresa, alimentados pelo sentimento de ameaça vividos pelos trabalhadores. Esse sentimento ocorre pelo facto de o trabalhador perceber a sua identidade ameaçada no seio do grupo, seja porque tem um estatuto nitidamente inferior ao dos outros trabalhadores, seja porque o grupo em si está condenado a desaparecer. É considerada integração profissional uma vez que os trabalhadores têm emprego, um contrato de trabalho e um salário, logo, os elementos básicos para a sua integração. Todavia, são privados de tudo o que lhes possa dar um sentido, tal como reconhecimento, dignidade, forma de expressão e estabilidade. O seu próprio estatuto social é posto em causa, daí o uso do termo “desqualificante” (referente ao processo de desqualificação social).

Pode-se concluir que, numa sociedade produtivista, os modos de integração baseiam-se, em grande medida, na actividade profissional que confere aos indivíduos segurança material e financeira, relações sociais, uma organização do tempo e do espaço, bem como uma identidade. É fácil ainda deduzir que a integração laboral está fortemente diferenciada segundo as categorias em causa.

Na realidade, o nível de formação e as especialidades de formação, assim como outros factores (sexo, idade, a região de formação), terão influência na inserção/integração laboral. Neste domínio, assumem igualmente importância a situação do mercado de trabalho e o modo de gestão do emprego. A empresa é um actor tradicional de inserção profissional dos indivíduos (Vernières, 1997), mas a falta de emprego e o desemprego substancial existentes, tornam o seu papel ainda mais central e predominante para a “iniciação ao trabalho”.

2.3.2 – Cultura organizacional

«A cultura influencia o modo como a administração, o pessoal e os pacientes captam, identificam, caracterizam e resolvem os problemas» (Andrews, 1998, cit. in Tappen, 2005:170). No caso da cultura portuguesa, principalmente administrativa e legislativa, observa-se a predominância de um forte controlo da incerteza (um valor muito acima da média), uma fraca masculinidade, um baixo individualismo (com valores muito abaixo da média) e uma alta distância hierárquica (um pouco acima da média).

Várias são as vozes em favor de uma *cultura de apoio e de inovação* (Serra, 2000:47) dentro das empresas, aquela cultura em que são valorizados os recursos humanos, o compromisso, a partilha de informação e a tomada de decisões de modo participativo e consensual. Nesse modelo, aposta-se na coesão, no apoio colectivo, num forte sentido de pertença ao grupo, mas sem prejuízo para a inovação e a criatividade de cada um. «Deve ser implementada uma cultura de empresa que favoreça o trabalho em equipa e o debate aberto, percebendo que melhor saúde para os seus trabalhadores e um melhor relacionamento no trabalho, contribuirá para uma moral mais elevada do seu pessoal e maior produtividade», alerta-nos Who (1998, cit. in Bragança, 2002:18). Efectivamente, os trabalhadores, como actores no contexto de trabalho, encontram-se num estado de interdependência estratégica com os restantes actores do sistema, sendo condicionados por um conjunto de estruturas e regulações locais. (Pedroso, 1996). É pois

compreensível que nesse contexto a comunicação seja crucial. Afinal, é ela que permite que haja coordenação do trabalho e a cooperação entre os trabalhadores, respeitando os seus valores, atitudes, sensibilidades, crenças e culturas e experiências anteriores, e estimulando a sua motivação (Silva, 2004). Não será mentira então afirmar que a organização assume um papel fundamental na construção do clima psicológico que se desenvolve dentro da organização, gerando emoções e sentimentos nos empregados e influenciando o seu comportamento na empresa. De facto, «*os sentimentos e as atitudes têm um impacto indiscutível na forma como executam o seu trabalho*» (Silva, 2004:12). Se «*uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo e está de acordo com o que espera obter*» (Graça, 1989, cit. in Resende, 2001:9) o seu desempenho será influenciado favoravelmente. Pelo contrário, se não se verificar «*a medida em que uma pessoa pode satisfazer necessidades individuais, pessoais e profissionais como empregada*» (Gordon, 1989, cit. in Resende, 2001:9), o trabalho será afectado de forma negativa. Existe pois uma correlação positiva entre a cultura organizacional e a satisfação do trabalhador (Vala, 1999), podendo a primeira promover o nível de integração do segundo). Enfim, por terem noção que as emoções, «*enquanto pensamento em acto, alicerçados num sistema de sentidos e valores, interferem na realização do trabalho quotidiano*» (Mercadier, 2004, cit. in Diogo, 2004:103), foram muitos os autores a preocuparem-se com os factores interferindo com essas emoções e, logo, com o trabalho. Contudo, seria demasiado fastidioso mencioná-los a todos. Por isso deixaremos aqui apenas a opinião de alguns autores, considerada mais relevante no âmbito deste estudo.

A satisfação e a motivação no trabalho serão dois dos factores “de interferência” em questão. «*Torna-se imprescindível para o indivíduo elaborar projectos ao nível do funcionamento motivacional, sendo que, se estes não existirem, é sinal que há problemas a esse nível*» (Jesus, 2000, cit. in Bragança, 2002:90). Câmara (2000, cit. in Bragança, 2002:97) desenvolve essa perspectiva, alegando que os factores que procuram evitar a insatisfação no trabalho (factores higiénicos) são extrínsecos ao mesmo. Neles estão incluídos as políticas da empresa e a sua administração, o tipo de supervisão, as relações interpessoais, as condições de trabalho, o salário, o estatuto e a segurança. O dito autor aponta ainda a realização do indivíduo, o reconhecimento por aquilo que foi realizado, o trabalho em si, o nível de responsabilidade e a evolução na carreira, como factores de crescimento ou motivacionais. Furnham (1997), tanto quanto

Herzberg (1959), Chambel e Curren (2000), todos citados por Bragança (2002) comungam das mesmas ideias, tendo-lhes todavia introduzida uma ou outra nuance própria. No entanto, para eles também, quanto mais motivados e realizados os trabalhadores se sentirem no desempenho das suas funções melhor será a resposta do hospital no cumprimento dos seus objectivos. Herzberg (1974 cit. in Bragança, 2002), ciente deste último facto, propôs até o enriquecimento de funções, com modificação do conteúdo das tarefas, das obrigações específicas e das funções para motivar os trabalhadores.

Afinal, é bom ter presente que os trabalhadores são seres sociais complexos, com sentimentos, desejos e temores. «*São pessoas que se implicam individualmente e colectivamente com a organização onde estão inseridos, através do seu trabalho, e este pode tornar-se para eles uma fonte de satisfação ou de frustração*». (Fachada, cit. in Silva, 2004:1), conforme virem ou não satisfeitas as suas necessidades. Maslow (1954, cit. in Resende, 2001:11-12) procurou definir essas necessidades. Este autor, na sua teoria da Motivação, identificou cinco níveis de necessidades humanas e colocou-as por ordem hierárquica (hierarquia das necessidades humanas):

- Ao primeiro nível correspondem as necessidades fisiológicas, que compreendem o sustentar da própria vida (alimentação, habitação e vestuário). São também denominadas de biológicas ou básicas.
- O segundo nível engloba as necessidades de segurança, as que dizem respeito ao físico e à privação (de satisfazer as necessidades fisiológicas básicas).
- O terceiro nível abarca as necessidades sociais ou de afiliação (bem-estar, conforto, integração social) e dizem respeito ao pertencer e ser aceite pelos vários grupos (associação, participação, aceitação por parte dos outros).
- O quarto nível abrange as necessidades de auto-estima, ou seja, os sentimentos de confiança e consideração por si próprio, prestígio, poder e controle, isto é, as necessidades relacionadas com a forma como a pessoa se vê e se avalia.
- No quinto e último nível aparecem as necessidades de auto-realização ou de actualização de si próprio, ou seja, as necessidades de maximizar o seu próprio potencial, de auto-realizar-se. Estão relacionadas com a autonomia, independência, auto-controlo e a utilização dos seus talentos.

A Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de Maslow é visualizada como uma

pirâmide, em cuja base se situam as necessidades mais primárias (fisiológicas e de segurança) e no topo as necessidades secundárias (sociais, de estima e de auto-realização), conforme se poderá observar pela figura 1 (na página seguinte).

Da teoria de Maslow depreende-se o seguinte:

- São as necessidades não satisfeitas que encaminham o homem para os seus próprios objectivos, através da influência que exercem no seu comportamento;
- O homem quando nasce apresenta necessidades fisiológicas (necessidades inatas ou hereditárias).
- Desenvolve novos padrões de necessidades, surgindo as necessidades de segurança.
- Controladas pelo indivíduo as suas necessidades fisiológicas e de segurança (necessidades primárias) logo começam a surgir novas necessidades (secundárias), tais como as necessidades sociais, de estima e de auto-realização. Mas os níveis de necessidades mais elevados só aparecem quando os níveis que lhe são inferiores estão de certa forma alcançados.
- Nem todos os indivíduos conseguem chegar ao topo da pirâmide das necessidades. Alguns fixam-se nas necessidades de estima, outros nas necessidades sociais, e outros ainda nas necessidades fisiológicas e de segurança. Por outro lado, nem todas as pessoas conseguem atingir o nível das necessidades de auto-realização. Este último nível das necessidades, quando atingido, leva a pessoa a auto-desenvolver-se e a realizar o seu próprio potencial.
- Toda a necessidade está relacionada com o estado de satisfação ou não satisfação de outras necessidades. Necessidades não satisfeitas influenciam e são motivadoras do comportamento.
- O ciclo motivacional é mais rápido para as necessidades de nível baixo e mais longo para as necessidades de nível mais elevado.

Em conclusão e segundo o autor, à medida que o homem satisfaz as suas necessidades básicas, outras mais elevadas predominam no seu comportamento. Essas necessidades estão reproduzidas na figura seguinte:

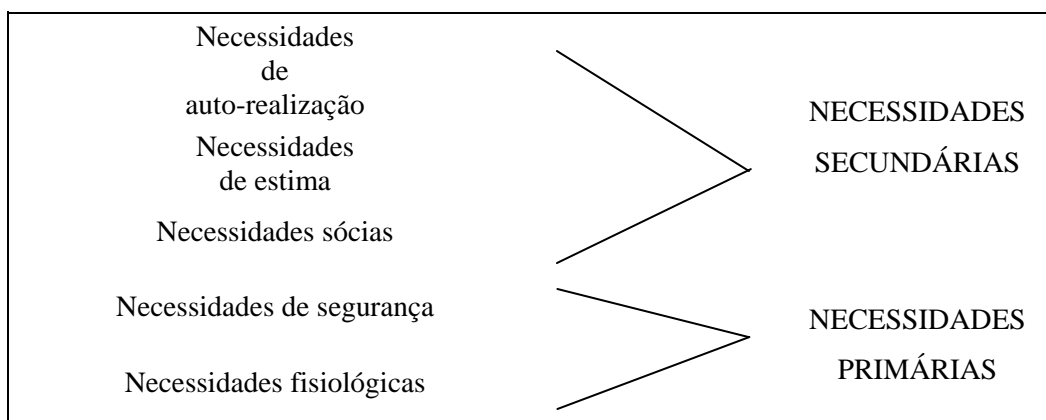


Figura 1 – A hierarquia das necessidades humanas segundo Maslow (fonte: adaptado por Resende, 2001:11)

A hierarquia das necessidades de Maslow, reproduzida na Figura, é a seguinte:

necessidades fisiológicas (ar, comida, repouso, abrigo, etc.);

necessidades de segurança (protecção contra o perigo ou privação);

necessidades sociais (amizade, inclusão em grupos, etc.);

necessidades de estima (reputação, reconhecimento, auto-respeito, amor, etc.);

necessidades de auto-realização (realização do potencial, utilização plena dos talentos individuais, etc.).

E é nessa realidade (“de necessidades”) que se movem as identidades ou comunidades profissionais. A identidade profissional traduz simultaneamente a imagem que o indivíduo possui de si próprio (Morley, 1982) e a forma como se define por referência às instâncias que o rodeiam, designadamente ao grupo de pertença (Dubar, 1989), como nos dizem ambos estes autores referidos por Abreu (2001:20). Forma-se sobretudo através de processos sociais, determinados pelas estruturas sociais nas quais as identidades se configuram, e reconstitui-se a partir das interacções sociais, sobretudo no local de trabalho. Enfim, globalmente, pode-se dizer que a identidade em questão é a forma como os diferentes grupos de trabalho se identificam com os pares, com os chefes e com outros grupos. Assenta, pois, em representações colectivas distintas, que por sua vez condicionam a definição dos actores e do sistema social da empresa.

Poplin prefere usar uma terminologia diferente, referindo-se a “comunidade profissional”. Esta pode ser entendida como um entre outros grupos sociais (Poplin, 1979, cit. in Samouco, 1989:154), impondo-se com uma cultura própria, «[...]

alicerçada sobre uma ideologia e crenças comuns e sobre uma forma de agir colectiva, comunicativa e intencional» (Scott, cit. in Serra, 2000:99). Como grupo de características corporativas, caracteriza-se pela homogeneidade de habilitações para uma actividade e por uma certa coesão e solidariedade (Samouco, 1989). Define mesmo um território e, simultaneamente a sua periferia e margens.

Ora, a «[...] *co-existência de grupos no seio de uma sociedade multigrupal requer provavelmente alguma validação social mútua. É concebível que ocasionalmente um grupo se envolva numa batalha competitiva com outro grupo»* (Van Knippenberg, cit. in Miranda, 2002:82). Efectivamente, na base da diversidade de interesses e da identidade social dos actores desenvolvem-se determinados processos de acção social. Assim, poderá ocorrer competição, negociação e coligação ou aliança. Poderão surgir ainda conflitos entre os grupos favorecidos (ou majoritários) que detêm uma posição de superioridade e dominante e os grupos desfavorecidos (ou minoritários), no universo organizacional. Neves e Jesuíno (2000, cit. in Arcanjo, 2003) reconhecem mesmo que estatutos e poder são factores que afectam o funcionamento dos sistemas humanos em contexto de trabalho. De tal forma os afectam que cada categoria procura desfazer-se das actividades menos gratificantes fazendo-as realizar pela categoria inferior. Isso revela, por exemplo, que uma profissão não se exprime somente por uma multiplicidade de tarefas, mas também por um papel social que pode evoluir no tempo segundo as relações que podem estabelecer-se no trabalho. Por outro lado, é certo que *“a forma como os homens exprimem até os seus impulsos mais íntimos revela-se profundamente marcada não apenas pelo conteúdo cultural do meio em que decorre a sua existência, mas também pelo teor das relações sociais.”* (Samouco, 1989:72). Mais ainda, que a instituição funciona então *«como lugar de reestruturação e representação de si e do seu grupo, por parte dos actores organizacionais»* (Lopes; Reto, 1990, cit. in Serra, 2000). É bem a evidência que a identidade, pessoal ou social, é um fenómeno contextualizado e fluído (Miranda, 2002). As mesmas relações entre os indivíduos podem ser percebidas ou como diferenças ou como similaridades que as unem numa mesma categoria, advindo da comparação efectuada uma perspectiva positiva ou negativa desse elemento/grupo social. Desse modo, conforme a identificação ou não a um grupo ou a uma categoria, existirá aproximação ou afastamento dos indivíduos. Pelo menos é o que defende a Teoria de Tajfel (Abreu, 2001), a qual tenta até demonstrar que os indivíduos negociam a sua pertença grupal em função da valorização que julgam daí poder

resultar. Abreu (2001) afirma mesmo que a auto-estima e a necessidade de distintividade social positiva são fontes de disposição para a dinâmica identitária, uma vez que se colocam no centro do jogo estratégico de definição de pertenças.

O que não se pode ignorar é que a capacidade dos indivíduos e dos grupos descobrirem e criarem dimensões de comparação úteis à sua identidade, é um dos aspectos fundamentais do comportamento social, (Miranda, 2002). É essa capacidade que faz com que os enfermeiros procurem activamente uma identidade profissional demarcada e autónoma (Lima Basto et al, 1998, cit. in Bragança, 2002). De facto, eles lutam por uma nova independência na hierarquia de poderes nos contextos de trabalho e, em simultâneo, pela fuga ao controlo da divisão médica do trabalho. Reivindicam, inclusivamente, o direito de não se responsabilizarem por actividades recusadas pelos médicos. Eles, que estão muitas vezes condicionados na sua actuação pela falta de poder de decisão, já que a administração de cuidados e a divisão do trabalho, projectada sob a forma de hierarquia, é regulada pela profissão dominante. (Freidson, 1984, cit. in Abreu, 2001). O conteúdo do trabalho dos profissionais estará restringido pelas ordens médicas, o que se traduz num menor prestígio social (da mesma fonte). Além do mais, «*é frequente que outros profissionais (administradores, gestores, médicos) tomem decisões sobre fenómenos que dizem respeito e são do domínio exclusivo dos enfermeiros*» (Catarino, s.d, cit. in Pedroso, 1996). Será pois pertinente abordar a noção de poder e as relações que se podem estabelecer em volta dele. Mais, uma vez que permanece «*[...] diferenciação cultural interna a partir das identidades profissionais*» (Serra, 2000) é previsível que as formas de relacionamento não sejam sempre as mais cordiais e as mais respeitáveis, no âmbito do trabalho, sendo afectado o clima organizacional (ou ambiente relacional).

Compete pois às Organizações harmonizar os seus elementos e fazer face aos problemas de adaptação ao meio externo e de integração no seu meio interno, tal como defende Neves (2000, cit. in Arcanjo, 2003). Este reconhece que, se as organizações só existem enquanto há pessoas, então a cooperação entre todos torna-se essencial para a sua existência e bom funcionamento (Serra, 2000). Para tal, e com o intuito também de melhorar o desempenho dos seus trabalhadores, devem procurar satisfazer as necessidades e os interesses destes. Afinal, não há instituição mais “inteligente” do que aquela que está apta a reconhecer «*[...] as diferenças e desenvolver a flexibilidade suficiente para respeitar e aceitar as diferenças e semelhanças, promovendo uma*

gestão mais eficaz» (Kavanagh; Kenne, 1992, cit. in Tappen, 2005:170).

2.3.2.1 – *Relações de poder dentro das organizações*

Um estudo de Wright (1997, cit. in Estanque; Mendes: 1997), tece algumas considerações sobre a sociedade portuguesa. Refere assim que, no nosso país, o peso do Estado sobre a sociedade civil ao longo deste século, num contexto de desenvolvimento industrial tardio, teve repercussões complexas a vários níveis. Estes efeitos tornaram-se marcantes na estruturação das classes, na orientação ideológica e nas atitudes dos actores sociais. Nesse sentido, assinala a existência de um sector da classe média com forte componente de capital escolar e técnico-científico, favorecendo o desenvolvimento de práticas corporativas, tanto na afirmação de identidades como nos processos de recrutamento.

O trabalho em causa sustenta também que, tal como acontece noutros países de desenvolvimento tardio, as qualificações (capital cultural e credenciais académicas) revelam-se tão essenciais na estruturação das relações sociais quanto a mobilidade, escolha do cônjuge e laços de amizade. Acrescenta ainda que a posse da propriedade privada, dos meios de produção e do poder e autoridade, tem implicações directas no acesso aos recursos e privilégios distribuídos na sociedade. Este facto ocorre, entre outros, pelo acesso a oportunidades de vida diferenciadas que a dinâmica do mercado ajuda a estruturar. Por outras palavras, o bem-estar de uns leva à exploração e exclusão de outros. Dessa forma, as interdependências criadas pelas classes sociais continuam a propiciar mecanismos que recompõem e reformulam as distâncias sociais e que regulam as principais barreiras do sistema de oportunidades no terreno sócio-económico. Assim sendo, voluntariamente ou não, as classes privilegiadas promovem e reproduzem vários mecanismos que visam a reconversão em seu benefício da situação de precariedade, exclusão e exploração em que se encontram as classes e grupos desfavorecidos. Num contexto de instabilidade do mercado do trabalho e de persistência do desemprego, as relações laborais estabelecidas com esses grupos são precárias, conduzindo até à aceitação por parte destes trabalhadores de empregos sem qualquer tipo de autonomia. Enfim, a pesquisa conclui que as relações de propriedade e as relações formais e directas de autoridade, no local de trabalho, acentuadas pelo efeito das qualificações, criam alguma distância nos laços informais de amizade e nas afinidades pessoais. A

nossa sociedade será assim uma sociedade “heterogénea e fragmentada” (da mesma fonte: 206).

Ficamos a saber por Weber (1978, cit. in Estanque, 1993), que o poder é uma relação social entre dois ou mais actores, em que um deles está em condições de pôr em prática a sua própria vontade, apesar da resistência dos outros. A sua distribuição está patente na troca de serviços e capacidades efectuados no mercado (classes) e nas dimensões simbólicas da “honra” e dos estilos de vida (grupos de status).

Przeworski (1985, cit. in Estanque; Mendes: 1997) sustenta que as classes estão em constante organização e reorganização, sofrendo a interferência de dinâmicas históricas e contextuais (Wright, 1997, cit. pela fonte anterior). Além disso, este autor afirma que as referidas classes são formadas devido ao efeito das lutas. Por outro lado, o poder, que é fundamentado em interesses (individuais, grupais ou de classes), procura perpetuar-se sobre a forma de “autoridade”. Para legitimar a sua acção, serve-se de mecanismos que asseguram a coordenação ou acomodação dos interesses divergentes. Afinal, parece certo que *«a classe dominante não se apoia apenas na coerção mas também, e geralmente até mais, na aceitação pelas classes subordinadas de preceitos morais e políticos que suportam e reforçam essa dominação»* (Miliband, 1984, cit. in Estanque 1993:266).

Foram vários os autores que tentaram explicar os mecanismos que sustentam essas relações de poder. Não obstante, serão aqui apresentados apenas os modelos considerados por muitos autores como sendo mais relevantes, enquanto paradigma do poder. Esses modelos têm algo em comum: a noção de ocupação (profissão). Esta não será mais do que a organização do trabalho produtivo em papéis sociais, papéis esses que os trabalhadores ocupam através do mercado de trabalho (Rodrigues, 2002). Mercado esse visto de forma diversa consoante os modelos.

O modelo de Johnson (1972)

De acordo com Johnson (1972), a divisão do trabalho resulta em diferentes actividades ocupacionais. Por outro lado, os saberes ocupacionais especializados na produção de bens e serviços, existentes em qualquer sociedade, criam relações de dependência social e económica e relações de distância social. Por sua vez, esta última (distância social) gera um grau variável de incerteza ou indeterminação na relação entre produção e

consumo, causando uma tensão determinada pela potencial exploração. Esse nível de indeterminação tem consequências significativas para a relativa autonomia e os recursos disponíveis, de modo às ocupações (profissões) se imporem face a outras ocupações e imporem as suas definições na relação com os consumidores dos seus serviços.

A figura seguinte ilustra as diversas relações estabelecidas.

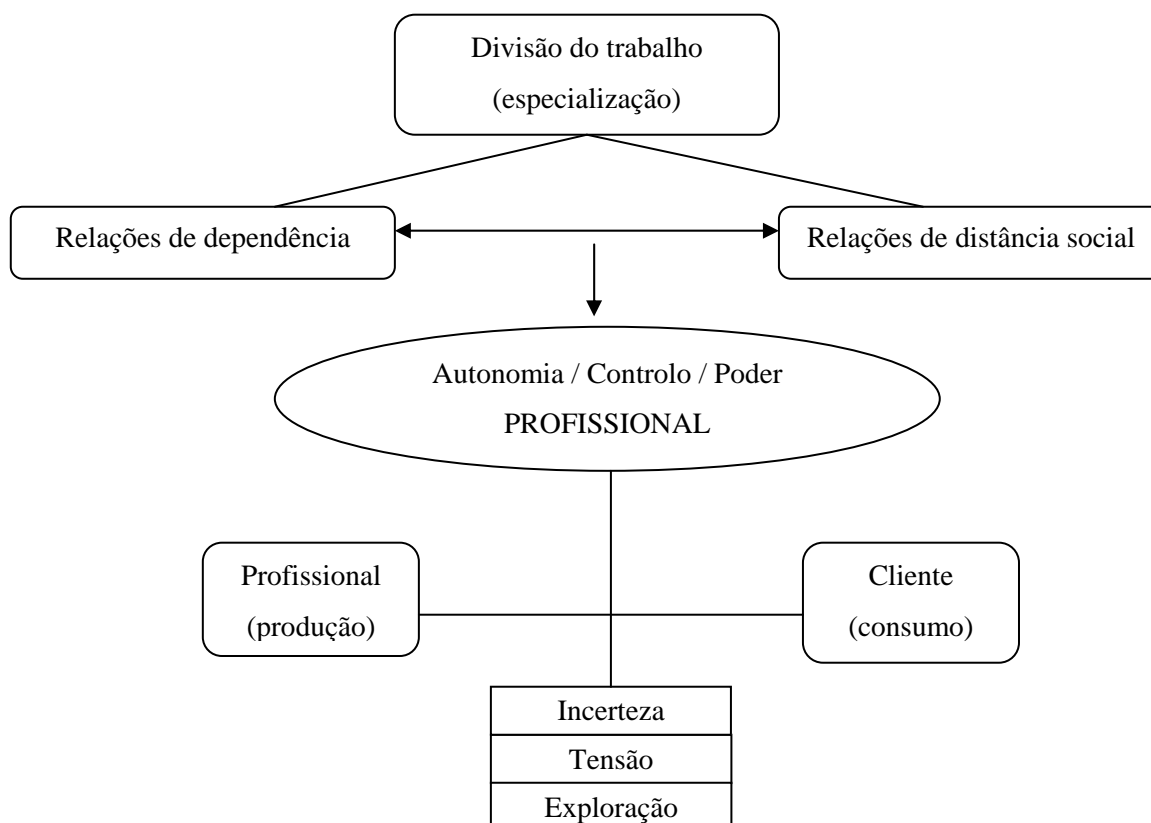


Figura 2 – Diagrama da tese de Johnson: divisão do trabalho, relações profissionais e poder profissional (in Freire, 2002:48)

Para o autor em causa, o poder profissional decorre sobretudo da contribuição do grupo profissional para a produção de lucro, a realização do capital e a reprodução das relações sociais assegurando a manutenção do modo de produção capitalista (factores que o autor classifica de funções globais do capital). Johnson defende igualmente que o facto de umas ocupações exercerem domínio sobre outras deriva das relações que as unem à classe dominante. Enfim, nesta perspectiva, pode-se dizer que um status ocupacional ganha significado social, mediante o controlo da relação com o cliente (controlo da relação produção/consumo).

O modelo de Freidson

Segundo Freidson (1994), o poder profissional assenta essencialmente sobre as vantagens (autonomia e poder sobre o próprio trabalho) atribuídas em função do monopólio do conhecimento (expertise) e de credenciais (gatekeeping). Poder profissional esse que inclui a capacidade de definir a forma como o trabalho deve ser realizado - controlo sobre o trabalho ou autonomia técnica. Esta autonomia permite ao trabalhador individual realizar actividades na qual ele, e não a hierarquia organizada, é soberano. Além do mais, ela alarga também a área de influência do dito trabalhador, devido ao controlo de importantes informações propiciado pela sua situação de expert em áreas particulares de actividades.

Por outro lado, o poder profissional é consolidado pela posse de credenciais. Estas podem ser ocupacionais (licenças, graus, diplomas e certificações para permitir o acesso ao mercado) e institucionais (instituições de acreditação de educação superior e outras instituições profissionais facultando formação teórica ou prática). Constituem o mecanismo que permite às profissões deter posições e controlar o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que clientes/público desejam ser resolvidos. Por outras palavras, elas proporcionam o controlo institucionalizado sobre os recursos desejados.

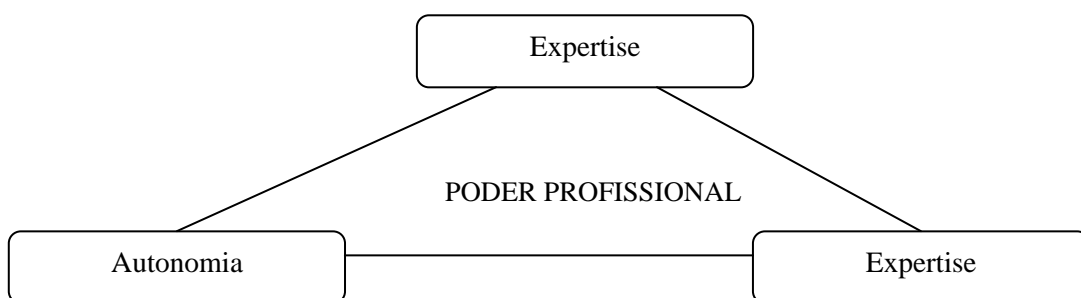


Figura 3 – Diagrama da tese de Freidson: fontes do poder profissional (in Freire, 2002:50)

Neste modelo, o processo de reivindicação de privilégios está principalmente associado ao conhecimento abstracto, aprendido em instituições formais de educação superior. O direito exclusivo de usar e avaliar um certo corpo de conhecimentos e saberes-fazer é concedido pelo Estado aos profissionais, garantindo-lhes poder realizar determinadas tarefas/actividades. Nessa medida, pode-se dizer que os privilégios são organizados legalmente e têm um fundamento político, implicando a manutenção e desenvolvimento

da profissão uma constante e contínua actividade política por parte das profissões.

Os membros das profissões não constituem um agregado homogéneo, já que são diferenciados por especialidades, segmentos, circunstâncias da prática profissional, diferentes posições na hierarquia interna e outras características. Contudo, como grupo, estão continuamente empenhados na tentativa de definir, estabelecer, manter e renovar os campos de actividade e as relações de trabalho com os outros grupos ou segmentos. Esta teoria realça pois a autonomia ou o controlo na organização do próprio trabalho, mediante o monopólio do conhecimento e a protecção do mercado.

O modelo de Larson

Na opinião de Larson (1977), as profissões tentam conseguir, a par com posições económicas, estatuto social e prestígio, exercendo o monopólio e o fechamento sobre um mercado de serviços profissionais. Para tal, recorrem ao controlo de acesso à profissão (controlo do sistema de ensino) e à protecção do mercado (sistema de licenças), transformando uma ordem de recursos escassos (conhecimento e competência) em outros (recompensas económicas e sociais). Tais processos, legítimos jurídica e politicamente, e justificados pelo interesse colectivo de serviço à comunidade, implicam a exclusão e a oposição a outros grupos.

Enfim, neste modelo destaca-se o poder profissional no controlo do mercado e nos processos de monopolização/fechamento, destacando os mecanismos de diferenciação e exclusão social. Acreditando no poder do qual usufruem, em consequência da sua expertise profissional, os trabalhadores (do dito mercado fechado) estabelecem um estatuto profissional que constitui uma barreira a uma sociedade igual e justa.

O modelo de Paradeise

No paradigma de Paradeise (1988), é desenvolvida a ideia dos mercados de trabalho fechados, ou seja, a monopolização de um segmento do mercado de trabalho, com vista ao controlo da incerteza das relações de troca. Assim, grupos profissionais controlam as condições para o exercício da profissão, definindo os termos da formação inicial (duração e forma dos estudos ou da aprendizagem), da entrada na actividade e da regulação do seu exercício e da concorrência entre pares.

Todos esses mercados fechados definem, constroem e realizam a qualificação de uma mão-de-obra para tarefas determinadas, apoiando-se no reconhecimento social de uma competência específica incorporada por certos trabalhadores num dado momento e universo de produção. Nesse processo, onde intervêm os produtores, os empregadores e o Estado, surgem dilemas permanentes, resultantes da diversidade das expectativas de cada interveniente.

Reunindo os contributos dos diversos autores mencionados, poder-se-á chegar a uma conclusão, a de que o poder profissional é, então, definido ou identificado pela capacidade de transformação de determinada ordem de recursos (cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controlo sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais). No seu conjunto, estes recursos permitem manter e alargar o poder profissional.

A figura reproduzida a seguir traduz a síntese do que foi dito.

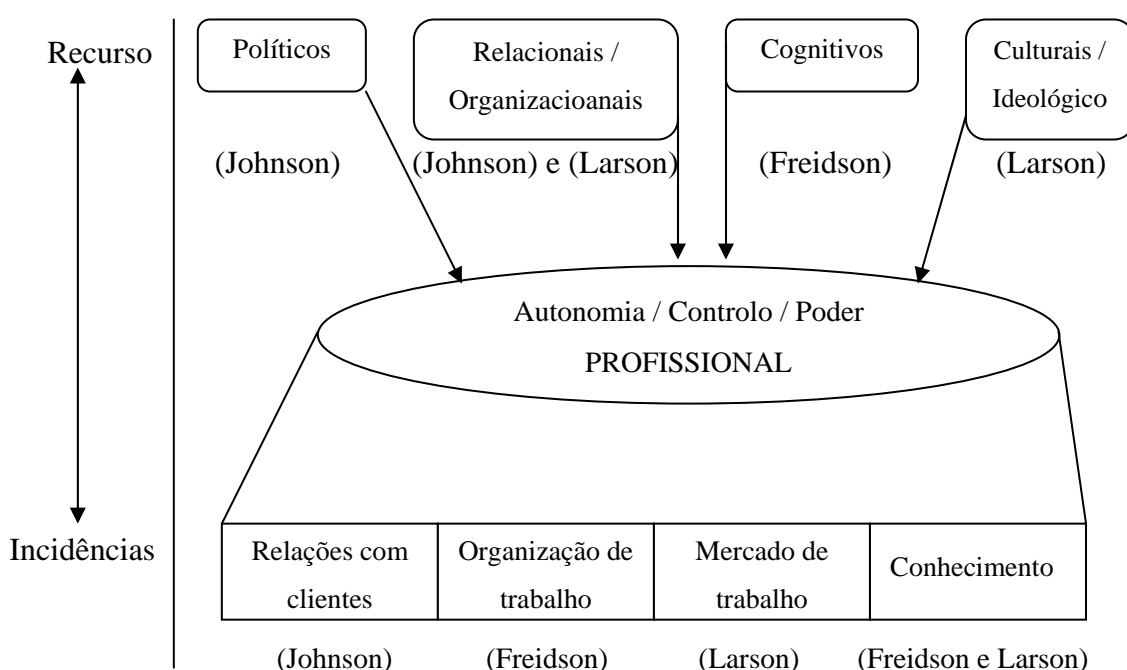


Figura 4 – Modelos de análise do poder profissional (in Freire, 2002:323)

Um facto que parece evidente é que o modelo de mercado perfeito não existe, uma vez que a vida económica apela à fragmentação do corpo social, como nos diz Rodrigues (cit. in Freire, 2002). Sobretudo num contexto em que permanece «[...] diferenciação

cultural interna a partir das identidades profissionais» (Lopes; Reto, 1990, cit. in Serra, 2000).

2.3.3 – Transculturalidade em enfermagem

Para conhecer o homem, torna-se indispensável conhecer o seu percurso, a cultura ou sub-culturas em que se processam os fenómenos de aculturação e socialização, o ecossistema em que vive, os valores que o homem defende e pautam a sua conduta (Samouco, 1989). A comunicação é fundamental para obter esse conhecimento.

Ora, na opinião de Potter e Perry (cit. in Gomes, 2001), a comunicação intrapessoal é complexa e única para cada pessoa, dado que é influenciada diferentemente por variáveis intra-pessoais. De facto, na opinião dos mesmos autores, cada indivíduo faz diferentes associações e interpreta as mensagens de forma distinta, conforme as percepções, valores, cultura, conhecimento, papéis sociais e ambiente de interacção.

Assim, pode-se afirmar que o conceito de comunicação transcultural é outrossim essencial neste processo. Com efeito, se essa comunicação não for eficaz, os mal-entendidos não-de sobrevir e possíveis prejuízos para os cuidados. Note-se que se “(...) *o cuidar é universal e humano porém, as expressões, processos e modos de cuidar, variam de cultura para cultura. A cultura é vista como uma componente de toda a vida humana e portanto, uma componente básica do que é cuidar em enfermagem*” (Ribeiro, 2000:99). Assim, existe uma ligação entre o padrão cultural do profissional de saúde e a forma como são prestados os cuidados. «*A questão essencial do sentido do cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada um sentido*» (Honoré, 2004, cit. in Diogo, 2004:18).

É bom recordar que Florence Nightingale (1894) deu origem ao conceito de transculturalidade em Enfermagem, ao afirmar que “*é uma realidade dizer que as mulheres que ensinam na Índia devem conhecer a língua, a religião, superstições e os costumes dos alunos indianos; e o mesmo se passa em relação à Inglaterra*” (Pestana, 1995). Contudo, a vertente transcultural da Enfermagem havia de permanecer no esquecimento até aos anos sessenta. Ganharia nessa altura novo fôlego, com uma enfermeira e antropóloga americana, Madeleine Leininger.

Esta autora desenvolveu uma Teoria Transcultural do Cuidar, (cit. in Sousa, s.d)

denominada Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural ou Teoria do Sol Nascente (1991). Este modelo põe em causa a orientação etnocêntrica do sistema de saúde ocidental. Nele é preconizada a importância do estudo das diferentes culturas à luz da Antropologia, com a constituição de bancos de dados sobre saúde, doença e cuidados de enfermagem. Estes bancos de dados facultariam um melhor cuidar em contextos multiculturais, ao respeitar o equilíbrio bio-psicossocial e cultural do doente. Assim, o cuidar transcultural é holístico e, para que seja culturalmente congruente, deve respeitar os padrões culturais do indivíduo, família e grupos (atendendo à língua, religião, organização social, política, educacional, económica, tecnológica, etno-histórica e ambiental de cada grupo particular).

A mesma fonte (Leininger, 1991, cit. in Fernandes, 1998) conceptualiza três modalidades para a orientação de tomadas de decisão, juízos de valor e acções de enfermagem, no sentido da prestação dos cuidados já referidos (segundo o autor supracitado). Desse modo, menciona os cuidados que preservam ou mantenham os hábitos culturais (*cultural care preservation and/or maintenance*). Apresenta ainda os cuidados de enfermagem que se acomodam aos hábitos culturais ou que os negociam (*cultural care accomodation and/or negotiation*). Identifica finalmente os cuidados de enfermagem que reeducam hábitos culturais (*cultural care reparting or restructuring*). O enfermeiro detentor de conhecimentos transculturais respeita estes três aspectos, sempre que tiver de tomar decisões.

A preocupação com a Enfermagem Transcultural está a aumentar no seio dos profissionais, mesmo que surjam opiniões discordantes em relação à teoria de Leininger. Todavia, de uma ou de outra forma, todos os autores consideram os aspectos culturais, se bem que em graus e perspectivas diferentes. E esse facto, apesar do enfermeiro não poder ser um perito em todas as culturas, como nos diz Alibhai (1989, cit. in Fernandes, 1998). Porém, é fulcral que manifeste respeito por todas as culturas, isto é, “*relativismo cultural*”. Este conceito, definido por Galanti (1997, cit. in Fernandes, 1998), traduz uma atitude oposta ao etnocentrismo, procurando compreender os comportamentos no contexto cultural.

Afinal, se é verdade que a cultura “*inclui todas as convicções, valores e padrões de comportamento, comuns num determinado grupo de pessoas*” (Leininger, 1986, cit. in Tappen, 2005:172), não é menos certo que a própria forma como é percebida e avaliada a Enfermagem difere entre culturas e grupos étnicos.

2.3.4 – Trabalhar com pessoas de culturas distintas

Muitos são aqueles que aludem à ligação entre o padrão cultural do profissional de saúde e a forma como são prestados os cuidados. Segundo Arcanjo (2003:8), *“A cultura entendida como sinónimo de significado partilhado, socialmente construído, é influenciadora dos modos de pensar, sentir e agir dos actores organizacionais, podendo influenciar a evolução da organização hospitalar para uma resposta satisfatória à “Missão” que a nossa sociedade dela espera”*.

2.3.4.1 – Diferentes perspectivas

De acordo com o Modelo de Kluckhohn (1976, cit. in Tappen, 2005), todas as culturas desenvolvem um conjunto de orientações em cinco áreas essenciais, partilhadas por membros daquela cultura. (Estas diferenças são gerais e não específicas).

Uma dessas áreas diz respeito à bondade ou maldade inatas. Outra refere-se à relação com a natureza (as pessoas dominam as forças da natureza ou são por elas dominadas?) A orientação no tempo é também contemplada, na atitude do indivíduo perante a mudança, no planeamento da carreira e no respeitar de horários (existe variação do significado de estar “à hora certa”, entre os diferentes povos). Neste âmbito, é tido em conta se as pessoas dão mais ênfase ao passado, ao presente ou ao futuro. A forma como a pessoa é vista é também considerada, ou seja, o ser, vir a ser, ou fazer. (Por outras palavras, dá-se mais atenção ao que a pessoa é, ao que a pessoa pode ser ou ao que a pessoa faz?).

As culturas que privilegiam o ser investem no auto-desenvolvimento. Naquelas em que vigora o fazer, valoriza-se a acção e a realização, como modo de contribuir para a produtividade e os lucros. Nas outras, onde impera o vir a ser, aposta-se na análise do processo de aprendizagem e desenvolvimento em relação aos propósitos do grupo ou da organização. Finalmente, são igualmente tidas em consideração as relações com os outros. Neste caso, são analisados a autonomia e independência do indivíduo, o tipo de relações privilegiadas (relações verticais/lineares – progenitores – ou, pelo contrário, as colaterais – membros do grupo de pertença) e as metas prioritárias (as do grupo sobre as do indivíduo ou vice-versa).

Mas as diferenças culturais existentes, em termos de convicções, valores e comportamentos, são bem mais numerosas. Entre elas contam-se diferenças de relação das pessoas com a autoridade, o espaço interpessoal, o uso de contacto visual, a expressividade, o idioma e a comunicação, as formas de pensar, o uso da evidência (Axtell et al, 1991, cit. in Tappen, 2005), bem como o estilo de liderança e a administração preferidos.

No que concerne às relações com quem detém autoridade, constata-se que, se em alguns grupos culturais o respeito por essas pessoas evidencia-se pelo silêncio, noutros grupos essa atitude é interpretada como rudeza ou falta de inteligência.

Encarado também de forma distinta nas várias culturas é o espaço interpessoal. Realmente, o afastamento ou aproximação da pessoa podem ser vistos como frieza e indiferença, ou ousadia e inconveniência, respectivamente, e consoante a cultura correspondente. Passíveis também de má interpretação os tipos de contacto visual mantido (mais acentuado em certos povos) e a expressividade demonstrada (menor em grupos culturais mais tradicionais, como Chineses e Japoneses). O próprio idioma pode ainda induzir interpretações erróneas, mesmo no uso da mesma língua. (Com efeito, podem ser faladas distintas versões do mesmo idioma, conforme as regiões). Esses enganos podem ser potenciados também por diferenças no estilo da comunicação, mais concretamente, no significado dado a expressões/palavras.

Para além dos factores já enunciados, observa-se variabilidade intercultural das formas de pensar, manifestada, entre outros, pela abordagem incrementada (intuitiva e criativa/objectiva, lógica e científica), pela distinção (clara ou não) entre saúde física e mental e pelo uso de evidência. (O respeito pelo método científico é mais elevado nos países ditos “desenvolvidos”). O estilo de liderança e gestão preferidos, com tudo o que inclui de diferenças nos níveis de hierarquia existentes, no número de reuniões, na burocracia e outros, sofre outrossim variações nos diferentes países.

Enfim, como nos diz Ramos (2004), parece mesmo que a comunicação intercultural pressupõe a tomada em conta da identidade do outro na interacção com ele e as suas reacções à alteridade. Afinal, a própria forma como é percebida e avaliada a Enfermagem difere, entre culturas e grupos étnicos. Fazendo jus às palavras de Andrews (1998:30 cit. in Tappen, 2005:170), “*A cultura influencia o modo como a administração, o pessoal e os pacientes captam, identificam, caracterizam e resolvem os problemas*”.

2.3.4.2 – *Um exemplo*

A visão da Enfermagem difere para os seus “actores”, não só de país para país, como no mesmo território nacional. A prova-lo, as perspectivas da profissão em Portugal e em Espanha.

No nosso país, a concepção da Enfermagem não é consensual. Gandara e Lopes (1992, cit. in Pedroso, 1996) partilham a ideia de que hoje em dia os enfermeiros se distribuem predominantemente em três grupos distintos.

Num grupo, estão incluídos os enfermeiros hipertecnicistas ou tecnicistas, ou seja, aqueles que valorizam exclusivamente os cuidados de enfermagem técnicos. Noutro grupo, inserem-se os enfermeiros que enfatizam o cuidar, colocando a tónica dos cuidados na inter-relação. No último, integram-se os enfermeiros que se preocupam em desenvolver tarefas.

Basto (1991, cit. in Pedroso, 1996) é também da opinião que existem, por parte dos enfermeiros, três tomadas de posição quanto ao modo de estar na profissão. Assim, para uns, o trabalho representa o desenvolvimento de tarefas da responsabilidade dos médicos. Os seus problemas têm a ver com as condições de trabalho e com o desprazer no que fazem e não com o que é e para que serve o que estão a fazer, tal como nos diz a fonte supra-citada.

Para outros, o modelo biomédico fornece as linhas orientadoras para a melhoria dos cuidados que pretendem (valorização da dimensão técnica dos cuidados). Por fim, um terceiro grupo engloba os enfermeiros que aspiram a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do utente, independentemente do seu diagnóstico médico.

Alberdi Castell (Pedroso, 1996), ao analisar a prática de Enfermagem em Espanha, o seu país, identificou pelo menos três noções diversas sobre o núcleo da profissão e o objectivo do papel do enfermeiro nos cuidados de saúde.

Dessa maneira, as “*enfermeiras tecnológicas*” perspectivam o diagnóstico e tratamento mais eficaz da doença como sendo os fundamentos do seu trabalho. Desejam definir as áreas de responsabilidade actual e assumir novas áreas de actuação em torno do diagnóstico e tratamento, adaptando a função de enfermeiro a essas responsabilidades.

Por outro lado, as “*enfermeiras cuidadoras*” consideram as necessidades do doente como “núcleo de trabalho”, fazendo da satisfação dessas necessidades a finalidade dos

seus cuidados. Aspiram à formulação clara de uma identidade diferenciadora, redefinindo as áreas de responsabilidade actual, e a demonstrar a necessidade real do seu papel específico para o sistema sanitário.

Por último, as “*enfermeiras ATS*” (auxiliares técnicas de saúde) estimam que o trabalho médico constitui a essência da sua actividade profissional. Visam atingir o maior rendimento desse trabalho, mas não têm a preocupação de encontrar o seu papel, por se verem como ajudantes.

É bom que saibamos das diferenças existentes entre a nossa realidade e a do país vizinho. Afinal, como Arcanjo (2003) foca, a crescente contratação de enfermeiros espanhóis poderá trazer eventualmente problemas de integração face à cultura organizacional e à língua, bem como possíveis influências sobre a cultura da organização.

Concluir-se-á que parecem oportunas as palavras de Ramos (1993, cit. in Sousa: s.d) nos transmitindo que a imigração é algo mais que um encontro cultural, implicando uma determinada forma de adaptação social à cultura do país de acolhimento. Afinal, devemos ter sempre em mente que o Mundo da Enfermagem abrange diversos domínios, proporcionando outras tantas dimensões do profissional (Diogo, 2004) e em que os contextos social (História), do sujeito (a sua biografia), da profissão (modelos profissionais) e da acção (modelos organizacionais) encontram um lugar (Rebelo, 1998, cit. in Diogo 2004).

2.3.4.3 – Um modelo de trabalho

Ruth M. Tappen, enfermeira americana, preocupou-se em estudar questões relacionadas com a multiculturalidade no trabalho. Em 2005, esta autora apresentou um modelo para trabalhar com pessoas de culturas diferentes. Este assenta sobre a consideração e o respeito por trabalhadores de grupos culturais distintos.

Com esse intuito, preconiza-se o conhecimento dos padrões da sua cultura e da cultura dos outros. Incentiva-se os profissionais a aprender mais acerca de convicções, valores e práticas culturais, para que possam interpretar o comportamento com base no seu significado para a outra pessoa e para a cultura dela. Dessa maneira, defende-se a observação de padrões culturais diferentes no comportamento, de forma a distinguir o comportamento que precisa de ser mudado daquele que pode ser ajustado. É ainda

realçada a necessidade de adaptar um pouco os seus padrões para reduzir a diferença entre eles e os das outras pessoas. E, sobretudo, alerta-se os trabalhadores para resistir a ver todos, numa determinada cultura, como sendo iguais.

Mai-Dalton (1993, cit. in Tappen, 2005) já anteriormente tinha apresentado algumas medidas que considerava cruciais para os profissionais de várias culturas. Entre estas, propunha o aumento da consciência cultural, ensinando as diferenças, dando ênfase às semelhanças culturais e criando também sistemas e redes de apoio, informais. Recomendava o estabelecimento de políticas e procedimentos reconhecendo e valorizando a diversidade, ou seja, proibindo a discriminação. Nesse sentido, defendia a criação de comités de confiança para avaliar da justeza das políticas e a sua implementação, e a formação de grupos conselheiros. Referia ainda a necessidade de aumentar o contacto entre grupos, disponibilizando-se tempo, esforço e empenhamento. Afinal, este é o autor que proferiu a seguinte afirmação:

«É essencial respeitar as diferenças nas atitudes, nos valores e no comportamento, e incluir o compromisso pessoal com a imparcialidade; uma atitude anti-sexista, anti-racista, anti-etnocentrista e anti-idade; uma profunda compreensão da diversidade; abertura à mudança; a visão de uma organização genuinamente multicultural, e a capacidade para aceitar o comportamento esperado de outros». (Mai-Dalton, 1993, cit. in Tappen, 2005:178).

Foi também ele que assinalou o que não devia ser feito. Rejeitou a assimilação total ou parcial (mudança) dos trabalhadores estrangeiros no grupo cultural prevacente e uma atenção privilegiada dispensada apenas a um segmento de mão-de-obra, seja do grupo minoritário, seja da maioria. Opôs-se a baixar os padrões de performance e promoção para as mulheres e as minorias. Recusou finalmente a ideia de não proporcionar bons modelos de funções e bons mentores.

A bem da harmonia, devemos ter em conta que o reconhecimento público completo de cidadãos iguais pode exigir o respeito pelas identidades únicas de cada indivíduo, independentemente do sexo, raça ou entidade, e, em segundo, o respeito pelas actividades práticas e maneiras de ver o mundo, tal como preconiza Amy Gutman, (cit. in Taylor, 1998).

3 – AS EMOÇÕES

Hoje em dia reconhece-se que o bem-estar individual transcende a prosperidade económica, envolvendo várias componentes, tais como respostas emocionais, áreas de satisfação e um julgamento final de satisfação na vida. O trabalho é considerado um dos domínios, tal como a família, a saúde, as finanças, o lazer e o grupo de pertença (Diener et al, 1999, cit. in Bragança, 2002).

Honoré (2004, cit. in Diogo, 2004) advoga que a chamada prática cuidadora dos profissionais de saúde revela uma disposição de humor, um sentimento sobre a situação através do qual nós descobrimos o mundo em que existimos, previamente a toda a informação, a todo o conhecimento. É pois uma maneira de vivenciar uma situação em que estamos presentes, sendo que a palavra “vivência” significa o modo como alguém vive ou se comporta (in Dicionário da Porto Editora).

A avaliação que as pessoas fazem dos acontecimentos da vida traduz-se em emoções e disposições que designamos por afectos, segundo Diener et al (1999, cit. in Bragança, 2002). Podem ainda manifestar-se por sentimentos.

Determinados autores usam indistintamente os termos “emoções” e “sentimentos”. Todavia, para outros, estes últimos são considerados estados afectivos mais duradouros, com menor intensidade vivencial que as emoções, e geralmente não acompanhados de correspondentes somáticos. Os sentimentos podem derivar das emoções que lhe são cronologicamente anteriores e com as quais guardam correlações compreensíveis, quanto aos seus conteúdos. Apesar disso, ambos (sentimentos e emoções) permitem-nos uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas, o que lhes confere um importante papel cognitivo (Damásio, 2003; 2004). Esta convicção é partilhada pela generalidade dos pensadores, mesmo que a divisão entre emoções e sentimentos não seja linear.

Mas então o que são as emoções?...

3.1 – O que são as emoções?

Na escola nada aprendemos sobre a afectividade. Na verdade, neste caso também as opiniões não são consensuais, tão diversas quanto as áreas de estudo envolvidas (Filosofia, Literatura, Psicologia, Antropologia e outros). Não obstante, alguns autores arriscaram algumas definições.

Dessa forma, Oatley e Jenkins (2002) são da opinião que as emoções são processos que estabelecem, mantêm, alteram ou determinam a relação entre a pessoa e o meio em assuntos importantes para a pessoa. Escada (2004) aprofunda esta perspectiva, garantindo que as emoções são a base da nossa existência, uma vez que elas são indispensáveis para nos fornecer os motivos para a acção. De acordo com esta ideia parece estar também Goleman (2006:22) pois que *«todas as emoções são essencialmente impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós»*.

O termo “emoção” também tem sido utilizado para designar impulsos, motivações e estados de dor e prazer. Estes fenómenos são sustentados por uma base biológica comum, caracterizada pelo neurocientista português, António Damásio (2003).

O modelo por ele apresentado defende que as emoções são conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão e cuja finalidade é ajudar o organismo a manter a vida (função de sobrevivência). De facto, desempenham um papel regulador com vista à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno. Pode-se pois afirmar que as emoções são processos biologicamente determinados (dependentes de dispositivos cerebrais estabelecidos de forma inata), activados automaticamente, sem deliberação conscientes, embora influenciadas na sua expressão pela aprendizagem (variação individual) e a cultura. Os dispositivos produzindo emoções, desde a sua regulação à representação dos estados corporais, ocupam uma área restrita de regiões cerebrais. Iniciam-se assim ao nível do tronco cerebral e progridem para as partes superiores do cérebro. Das variadas respostas emocionais resultam modificações profundas, tanto ao nível corporal (meio interno, sistema visceral, vestibular e músculo-esquelético como cerebral (modo de operação de múltiplos circuitos cerebrais). O conjunto destas modificações constitui o substrato para

os padrões neurais que eventualmente se tornaram nos sentimentos de emoções. Esta ocorrência não impede também que existam centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades (Goleman, 2006).

3.2 – Que emoções?

As emoções mantêm graus de parentesco e semelhanças familiares entre si. De facto, interagem dentro da própria família e mesmo entre famílias, revelando a ideia de continuidade entre emoções que habitualmente consideramos como sendo distintas. Uma das analogias recorrentes é a de “família” de emoções.

Alguns estudiosos, entre os quais Goleman (2006) apresentam as seguintes famílias básicas de emoções:

- **ira:** raiva, fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo, ódio e violência patológicas.
- **tristeza:** dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, auto comiseração, solidão, abatimento, desespero, e quando patológica, depressão profunda.
- **medo:** ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, preocupação, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror e, como psicopatologias, a fobia e o pânico.
- **prazer:** felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo, e no extremo, mania.
- **amor:** aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape.
- **surpresa:** choque, espanto, assombro, admiração.

- **aversão:** desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.
- **vergonha:** culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição.

Esta é igualmente a classificação proposta por Luís Miguel Neto e Ivete Azevedo (2003). Vale a pena desenvolver um pouco cada item (“emoção-mãe”), à luz dos autores em questão.

A ira está à cabeça de um grande conjunto de emoções que, se bem que tenham uma função importante na vida humana, são parte das causas de muitos dissabores nos indivíduos e nas relações de grupo.

Na literatura científica da Psicologia, ela é definida como «*uma emoção de tonalidade negativa subjectivamente experienciada como um estado de excitação e antagonismo contra alguém ou alguma coisa percebido como a causa de acontecimento(s) de carácter aversivo para o próprio*» (Novaco, 2000, cit. in Neto; Azevedo, 2003:52). É pois uma realidade subjectiva, baseada na percepção de uma realidade exterior _ atribuição de mal, prejuízo ou dano infligido (e/ou da sua intenção) por agentes exteriores, podendo ter como objecto tanto a própria pessoa, como o grupo nacional ou étnico, família ou propriedade a que se pertence/se está ligado.

O contexto circunstancial e cultural modela e regula a expressão de ira, o que pressupõe a existência de um mesmo código entre o sujeito da ira e quem ou aquilo que é percebido como sua origem. Quando não existe este dado de contexto, a emoção não se verifica ou não ocorre da mesma forma.

A *ira* possui tanto um considerável poder adaptativo (protecção da auto-estima, exaltação da capacidade de ultrapassar obstáculos) como desadaptativo, individual e socialmente (diminuição do processamento de informação e das capacidades de controlo cognitivo do comportamento).

Assim, a ira é acompanhada pela tendência a cometer dano, dolo ou qualquer forma de comportamento hostil, agressivo ou mesmo violento. Também fisiologicamente verifica-se alterações a nível dos sistemas cardiovascular, límbico, endócrino, músculo-esquelético e nervoso (autónomo e central). Aumentam a tensão arterial, o ritmo cardíaco e a respiração.

A *tristeza* é a mais comum das emoções ditas “negativas”, sendo habitualmente ocasionada por situações de perda (no mundo das relações interpessoais ou de posses) e

desapontamento (situação subjectiva acompanhando a consciência da não realização de objectivos e intenções). Tem um valor adaptativo, propiciando um abrandamento e incremento das capacidades analíticas, com consequências geralmente positivas, quer para o indivíduo que vivência a emoção, quer para a comunidade/espécie à qual pertence. As lágrimas e uma expressão facial de contracção da zona ocular são alguns dos muitos evidentes sinais fisiológicos de tristeza.

As formas de enfrentar a tristeza no mundo da experiência vivencial real são tantas quanto as suas causas. Incluem-se, neste âmbito, a identificação e proscricção dos pensamentos “ruminativos”, o planeamento e execução de actividades, o exercício físico, a mudança de ambiente e o envolvimento numa situação que provoque o interesse intelectual da pessoa.

O *medo* constitui a experiência consciente da activação do sistema psicológico de defesa perante uma ameaça. Não obstante, existem extensos processos e mecanismos não conscientes que integram o referido sistema de respostas. É muito importante, do ponto de vista da sobrevivência, e em sentido estrito e imediato, porque pode permitir uma resposta adequada a um perigo real. Neste caso também, são várias as respostas fisiológicas existentes à situação de medo (como, por exemplo, a elevação da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, e o lançamento de hormonas na corrente sanguínea).

O *prazer* (ou alegria), ao promover habitualmente uma maior confiança em si próprio e um incremento da energia, é concomitante com a autoconfiança e a elevação da auto-estima. Pode ser passivo, quando traduz um sentimento de tranquilidade e de contentamento com as circunstâncias da vida, que é fonte de agrado e que se deseja tornar permanente. Pode ser activo, quando se distingue da anterior porque integra um desejo intenso de partilha do próprio sentimento com as pessoas e meio ambiente envolvente. A alegria, enquanto entidade colectiva, é uma emoção dissipadora do conflito e tensão interpessoais, facilitando o bem-estar nas relações sociais (valor adaptativo). Além do mais, em termos de funcionamento individual, é também uma emoção facilitadora do rendimento e eficácia, embora não os influencie directamente nas tarefas que implicam o pensamento analítico, crítico ou a resolução de problemas.

A expressão fisiológica da alegria inclui uma característica considerada como um elemento universal da condição humana: o sorriso. As particularidades do significado da sua expressão só são minimamente inteligíveis se tivermos conhecimento das circunstâncias de quem sorri.

O *amor* envolve diferentes significados, conforme o “sentir” de cada um. Porém, Fehr (1998), Aron e Westbay (1996), (cit. in Neto; Azevedo, 2003), identificam três dimensões principais para o amor.

A intimidade é um desses domínios, incluindo o sentir-se livre para falar acerca de qualquer assunto, a honestidade, a abertura e a compreensão. Outro aspecto é o compromisso, com tudo o que diz respeito a devoção, protecção, comprometimento, pôr o outro em primeiro lugar e sacrifício. Finalmente, temos a paixão que engloba a euforia, a excitação, a atracção física e a paixão sexual. A conjugação destas três dimensões aparece explícita ou implícita na literatura científica sobre o amor, literatura essa que distingue geralmente seis tipos de amor.

São assim feitas referências ao amor erótico (distinto do amor romântico e do apaixonado), ao lúdico (conquista, flirt), ao amor implícito na amizade, ao obsessivo e maníaco (possessão e dependência), ao pragmático (carácter prático) e ao amor-ágape (amor devoção e entrega incondicional). Outros autores distinguem igualmente os conceitos de amor romântico, amor companheiro e amor apaixonado. É o fundamento da existência do indivíduo em sociedade e pode traduzir-se por diversas manifestações fisiológicas, como palpitações, aumento da pressão arterial e alteração da coloração da face.

A *surpresa* tem vindo a ser considerada uma das emoções básicas do ser humano, apesar de ser relegada por alguns para o segundo plano. A expressão facial relativa à surpresa é identificada pela abertura de boca, arquejar das sobrancelhas, abertura exagerada dos olhos (“arregalar” dos olhos) e franzir da testa. Estudos revelaram que a característica (do fâcies) da admiração é reconhecida como tal, independentemente de aprendizagens suscitadas pela experiência de vida cultural específica.

A *aversão (a repulsa)*, inicialmente associada a alimentos, passou a integrar muitos outros objectos, substâncias e situações. Podemos exemplificar com a repulsa que acompanha a existência de preconceitos relativos a membros de outros grupos étnicos. Neste caso, pode estar associada à emergência de comportamentos complexos e extremos.

A repulsa contextualiza as relações individuais ou grupais, definindo, em primeiro lugar, a minha pressuposta superioridade moral em relação a essa pessoa ou grupo.

As suas expressões variam de pessoa para pessoa, podendo incluir manifestações verbais (depreciativas) ou físicas/fisiológicas (“esgar” da face, “repelões” e outros).

A *vergonha* será a “menos negativa” das emoções negativas, de acordo com Izard (1991, cit. in Neto; Azevedo, 2003). De forma indirecta pode contribuir para o desenvolvimento das aptidões sociais, ao tornar-nos mais sensíveis às opiniões dos outros. É frequentemente negada e, como tal, indetectável. Pode esconder, não raras vezes, outras emoções, tais como ira, culpa e depressão. Embora confundida por vezes com a culpa, estudiosos ressaltam que a vergonha está associada à exposição e desaprovação de pessoas exteriores, enquanto a culpa provém de uma experiência privada (auto-avaliação). Se no primeiro caso a pessoa sente-se mal consigo mesmo, no segundo caso sente-se mal relativamente a um determinado comportamento. Assim, enquanto a vergonha acarreta sofrimento, a culpa induz remorso e arrependimento em relação ao comportamento errado. Embora a vergonha possa levar ao aparecimento de sintomas psicológicos, também pode evitar algumas atitudes precipitadas e o erro em situações futuras (regulando o excessivo entusiasmo e conduzindo à reflexão). Resta acrescentar que, tanto a vergonha como a culpa, podem variar, no seu sentido e função, de cultura para cultura.

Outra classificação das emoções (Greenberg, 2000) baseia-se na utilidade ou prejuízo destas para o comportamento adaptativo do organismo, com relação à intensidade e às condições ambientais em que são despertadas. São então designadas de emoções *primárias* e emoções *secundárias*.

A primeira categoria abarca as emoções inatas e úteis para assegurar a sobrevivência, tais como a alegria, a tristeza, o medo, a raiva, a surpresa e o nojo. São produzidas reflexamente em resposta a certos estímulos, em associação com certas respostas fisiológicas.

O segundo grupo abrange as emoções secundárias ou contemplativas como, por exemplo, o humor, o riso, a reverência e as emoções religiosas. Resultam de uma aprendizagem e da combinação entre diferentes acontecimentos e reacções emocionais primárias. Há ainda quem refira as *emoções sociais* (culpa, vergonha e remorso).

De todas as variações que existem deste (e a partir deste) modelo, a perspectiva de Greenberg é assaz interessante. Este psicólogo estabelece quatro categorias de emoções, a saber, a emoção primária adaptativa, a emoção primária desadaptativa, a emoção secundária e a emoção instrumental.

A *emoção primária adaptativa* é a resposta fundamental, visceral, às situações. Tem muito valor para a nossa sobrevivência e bem-estar (emoção saudável), constituindo

uma reacção a algo que está mesmo agora a acontecer. Quando a situação que a originou desaparece ou é enfrentada, essa reacção desaparece. Constitui a fonte principal da nossa “inteligência”. (Exemplos dessas emoções: a raiva, o medo e a tristeza).

A *emoção primária desaptativa* surge quando o nosso sistema emocional funciona mal, com um sentimento de mal-estar crónico. Esta emoção pode ocorrer devido a uma qualquer situação exterior ou interior, baseando-se geralmente numa aprendizagem anterior. Pode permanecer activa durante muito tempo, mesmo com a cessação da situação que a ela deu origem. De uma maneira geral, desorganiza-nos não sugerindo nenhuma sensação nítida da direcção a tomar.

Pode resultar de uma aprendizagem traumática, quando advém da “transposição” para o presente de emoções do passado. (Tristeza, raiva, medo e vergonha pertencem a este grupo).

A *emoção secundária* é uma emoção reactiva ou defensiva que obscurece o sentimento primário, ou seja, que responde a uma emoção primária. É problemática porque, frequentemente, esconde o que estamos a sentir no mais íntimo de nós mesmos. É muito fácil que seres humanos condicionados para serem fortes ou, pelo contrário, submissos, tenham problemas em admitir as suas emoções básicas.

A emoção secundária provém pois das nossas tentativas de julgar e de controlar as nossas respostas centrais.

A *emoção instrumental* é uma emoção que influencia, e por vezes manipula, que se usa com o propósito de obter algo que se deseja. Expressamos este tipo de emoção porque aprendemos que, com isso, as outras pessoas reagem como queremos ou, pelo menos, como esperamos. O uso dessa emoção é, em muitos casos, inconsciente. Contudo, a sua expressão é ora consciente, ora espontânea, e traduz um estilo emocional, mais do que uma reacção momentânea. Com o passar do tempo, pode passar a fazer parte da personalidade. Se a emoção instrumental for utilizada com demasiada frequência, sem termos consciência do que fazemos, é possível que os outros acabem por se afastar de nós, sentindo-se manipulados.

O facto é que o debate científico sobre a classificação das emoções continua. Tanto mais que, se existe um reconhecimento universal de quatro expressões faciais de emoções (medo, ira, tristeza e prazer), a forma como elas são demonstradas pelo sentimento é moldada pela experiência de vida e pela cultura. Gera-se pois infundáveis

tonalidades de vida emocional.

No entanto, Damásio (2003) é peremptório em afirmar que a existência das emoções é universal. Em todas as culturas, homens e mulheres de todos os níveis económicos e de todos os graus de instrução têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar de emoções desagradáveis. As emoções são mesmo a linguagem comum de todos os seres humanos. «*No campo emocional, somos todos parecidos e podemos encontrar-nos para lá das culturas*» (Filliozat, 1997:255). Efectivamente, em todo o mundo, as mesmas contracções musculares exprimem a surpresa ou o medo, a alegria ou a raiva. O corpo fala. Os sentimentos e as emoções vivem-se no corpo. Um facto por demais evidente quando os seres humanos comunicam. Nesse caso, eles têm tendência a adoptar espontaneamente as mesmas posturas, os mesmos gestos, o mesmo tom de voz e, por vezes, o mesmo vocabulário. Ao adoptar uma postura próxima da do interlocutor, pode-se sentir o que ele vive dentro de si (identificação com a vivência dele), porque todos os seres humanos, nas mesmas posturas, sentem as mesmas emoções.

Ora, o mundo actual reclama expressão emocional e empatia. Tanto quanto exige autonomia, iniciativa, criatividade, autenticidade, realização pessoal e espírito crítico. «*Só o acesso às nossas verdadeiras emoções é que pode permitir-nos responder aos desafios que a nossa sociedade e a sua complexidade nos impõe*» (Filliozat, 1997:14). Quando não existe uma gestão conveniente das emoções, ferimo-nos uns aos outros. Podem até surgir mecanismos de defesa, aos quais os próprios enfermeiros não são alheios na sua prática cuidadora.

3.3 – Mecanismos de defesa

Os conflitos emocionais e a impotência para responderem ao sofrimento dos doentes promovem o desenvolvimento, consciente ou inconscientemente, de mecanismos de defesa, que podem envolver limites simbólicos, físicos e mesmo arquitectónicos (distanciamento).

Assim, no parecer de Morse (1992, cit. in Diogo, 2004), alguns desses mecanismos consistem no afastamento, na protecção, na limitação da consciência, na rotulação, no distanciamento e na negação. Qualquer um deles pressupõe a *repressão emocional* em

vez da regulação emotiva, ou seja, da capacidade de gerir as emoções nas diversas situações do quotidiano. Esta capacidade implica a habilidade de compreender e nomear as emoções e sentimentos.

Foram vários os que pesquisaram o modo como as pessoas enfrentam e lidam com as suas emoções. Mayer (1993, cit. in Goleman, 2006) identificou três grupos distintos de pessoas conforme o seu procedimento.

Refere primeiramente os *auto-conscientes*, logo, os que estão conscientes dos seus estados de espírito à medida que eles ocorrem. Essa capacidade de análise (devido à auto-observação) ajuda-os a controlar as emoções (auto-conhecimento) e pode sublinhar outros traços de personalidade, como a autonomia e a capacidade de percepção dos seus próprios limites, o optimismo e uma boa saúde psicológica. Quando caem num estado de espírito negativo, não ficam obcecados e são capazes de libertar-se rapidamente dele. A consciência das emoções é a competência emocional básica sobre a qual todas as outras se constroem.

Menciona depois aqueles que estão *imersos*, na medida em que se deixam frequentemente dominar pelas emoções. São instáveis e não muito conscientes dos seus próprios sentimentos. Em consequência disso, pouco fazem para tentar escapar aos estados de espírito negativos, sentindo que não têm controlo sobre a sua vida emocional. Por último, alude às pessoas que são *aceitantes*. Frequentemente conscientes do que sentem, costumam aceitar as suas emoções, não fazendo nada para modificá-las. Esta categoria de pessoas compreende dois tipos. Temos aqueles que normalmente estão bem dispostos e não sentem por isso necessidade de mudar, e aqueles que deixam-se invadir frequentemente por estados de espírito negativos, aceitando-os passivamente.

Outros investigadores delinearão estratégias para enfrentar e lidar com as emoções e os sentimentos no que toca ao sofrimento emocional (estratégias de superação e de alívio do sofrimento emocional). Temos, por exemplo, Magalhães (1995, cit. in Diogo, 2004) que apresenta um processo pautado por tarefas específicas, obrigatoriamente pessoais, mas podendo ser desenvolvidas com a ajuda de outra pessoa.

Dessas tarefas, consta o “*admitir*”, ou seja, o consciencializar, o confrontar e o manter conscientes as perdas e as falhas causadoras do sofrimento, bem como as circunstâncias que para ele contribuíram, evitando a negação e a evasão. Faz parte também o “*relacionar*”, o saber, e o comparar a situação e a experiência de sofrimento com outras do próprio ou de terceiros, o que permite aumentar a confiança e o reconhecimento dos

seus modos de reagir e de lidar com as situações. Está igualmente incluído o “*relativizar*”, o que significa enquadrar o sofrimento no contexto global das experiências existenciais, conferindo-lhe significado como uma vivência passageira para um estágio de desenvolvimento mais elevado. É ainda mencionado o “*comunicar a outro*”. Isto equivale a transmitir o sentimento de sofrimento profundo a outra pessoa, de maneira a que esta faculte um apoio inter subjectivo e a clarificação realista da situação. Só assim serão possíveis a disposição afectiva e/ou capacidade cognitiva de integração, relacionamento e relativização, face a uma situação grave, inesperada e incompreensível, no quadro de referências actuais do indivíduo. Por fim, é citado o “*tirar proveito*”, que corresponde a procurar o sentido positivo da experiência.

É inegável que as qualidades emocionais influenciam todos os aspectos básicos da vida. Vale pois a pena aprendê-las e aperfeiçoá-las. Não só vale, como é possível, de acordo com Salovey e Mayer (década de 90, cit. in Diogo, 2004), constituindo o que eles chamam de *Inteligência Emocional*. Esta requer cinco qualidades parciais diferentes (consideradas competências humanas essenciais).

É condição essencial *o conhecimento das suas próprias emoções*, como quem diz, a auto-consciência e o reconhecimento de um sentimento enquanto ele está a acontecer. Indispensável ainda *a gestão das emoções*, ou seja, o lidar com as sensações de modo apropriado. É uma capacidade que nasce do auto-conhecimento. Cruciais, sem dúvida, *a auto-motivação* (auto-controle emocional) *e a empatia* (o reconhecimento das emoções dos outros). Outrossim fundamental *a gestão dos reconhecimentos*, o que implica a capacidade de gerir as emoções dos outros.

É verdade que as pessoas diferem nas suas capacidades emocionais em cada um destes domínios, podendo as mesmas serem aperfeiçoadas com o esforço adequado. A mobilização das emoções em prol de um objectivo é essencial para o desenvolvimento da *Inteligência Emocional*, fomentando a concentração, a auto-motivação, a competência e a criatividade. O auto-controlo emocional (a capacidade de adiar a recompensa e dominar a impulsividade), ele, está subjacente a todo o tipo de realização. «*Quando um homem é a presa das suas emoções, não é senhor de si mesmo, mas está à mercê da fortuna*» já proclamava Espinosa, (1975, cit. in Diogo, 2004:38). Ora, a arte de nos relacionarmos é a aptidão para gerir as nossas emoções e as dos outros, bem como a capacidade para conjugar as várias competências pessoais já enunciadas. São estes os alicerces da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal. Uma

eficiência que carece de um “instrumento”: a comunicação.

3.4 – Emoções e comunicação

Os enfermeiros estão expostos a uma gama de factores de stress que levam ao envolvimento em conflitos emocionais: o confronto com pessoas com doenças graves e que morrem, a absorção da revolta e da mágoa expressa pelo cliente, a comunicação de más notícias (Saraiva, 2003). Sim, o *stress emocional* está não raras vezes presente, quais efeitos negativos permanentes a afectar a personalidade do enfermeiro em consequência das condições psicológicas e sociais em que exerce a profissão. E um dia chega mesmo a *exaustão* emocional, um estado de exaustão/desânimo devido a situações de fracasso sucessivas...

Estas situações têm implicações para os trabalhadores na sua própria vida pessoal. O que se passa com as pessoas durante o seu dia de trabalho repercute-se na vida do trabalhador e na sociedade como um todo, pelo que estes aspectos não podem ser ignorados, como já dizia Lawler (1996, cit. in Bragança, 2002). Afinal, “*os sentimentos e as atitudes têm um impacto indiscutível na forma como executam o seu trabalho*” (Cushway e Lodge, 1998, cit. in Silva, 2004:19).

“Mas como poderão os enfermeiros libertar-se dessas emoções, desses sentimentos negativos?”

Célere será a resposta de quem conhece a realidade da Enfermagem “por dentro”: pela comunicação. Ficamos a saber por Cunha (2000, cit. in Diogo, 2004:34) que a comunicação abarca todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos e emoções, porquanto se trata de um comportamento básico das relações humanas. Ela liga-nos aos outros, ao Mundo.

Schein (1982, cit. in Serra, 2000:106) especifica mesmo que “*O diálogo, a comunicação e a troca de ideias no seio dos grupos, proporcionando o desenvolvimento de filosofias, conceitos e padrões que ajudam a reduzir a incerteza em nosso ambiente social*” são fundamentais.

Vários são os autores que partilham desta opinião, entre os quais Oatley e Jenkins (2002). Alguns, tal como Colliere, defendem mesmo a existência de grupos de expressões e tempos de palavra, muito para além da passagem de turno (Colliere, 2003,

cit. in Diogo, 2004), para o desenvolvimento do profissional de Enfermagem. Não é possível esquecer que a comunicação é uma pedra angular na Enfermagem, como em qualquer “profissão de relação”. A capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência e de transmiti-la aos seus pares, para aliviá-la, corrigi-la ou como simples “desafo”, pode conduzir a maiores autonomia e responsabilidade e, com elas, ao desabrochar da “maturidade”.

Pelo contrário, negar as emoções ou reprimi-las, será fonte de sofrimento e tão prejudicial como a experiência emocional extrema, podendo mesmo manifestar-se através de doenças psicossomáticas. Os enfermeiros não são diferentes dos demais trabalhadores. Apresentam um conjunto de necessidades psicológicas e sociais, sendo que as primeiras se referem ao facto de se sentirem aceites e o seu contributo pessoal ser compreendido e as secundas, a necessidade de pertença a um grupo. Se o trabalhador tiver problemas de inserção ou de relação num grupo, pode desenvolver atitudes negativas e insatisfação em relação ao trabalho. Poderá tentar mudar de emprego, reduzirá os níveis de produtividade, aumentará o absentismo ou desenvolverá efeitos negativos no seu comportamento (Chambel; Curral, 2000, cit. in por Bragança, 2002). Assim, as dificuldades de relacionamento interpessoal reflectir-se-ão em vários domínios, devido a emoções e sentimentos, parecendo comprovar os dizeres de Watzlawick (1993, cit. in Diogo, 2004:26). “*A comunicação afecta o comportamento e este é o seu aspecto pragmático, isto é, os efeitos comportamentais da comunicação*”.

Ao invés, a “verdadeira” comunicação e os “verdadeiros” relacionamentos interpessoais, alicerçados sobre a autenticidade, a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia, são capazes de suscitar o crescimento da pessoa (Rogers, 1985, cit. in Diogo, 2004), beneficiando com isso a própria qualidade dos cuidados.

O clima organizacional ou o ambiente relacional afecta pois o processo de cuidar. “*O cuidar em enfermagem tem no seu cerne a pessoa e a relação entre pessoas, e nesta relação a experiência e a partilha da emoção*” (Diogo, 2004:54).

Essa partilha pode sofrer várias nuances. Pelo menos é o que pensam Riopelle et al (1993, cit. in Diogo, 2004), ao defender a existência de três níveis de comunicação em Enfermagem. Nesta óptica, existe a *comunicação de cada dia ou comunicação funcional*. Esta é a que no dia-a-dia nos permite interagir com os nossos semelhantes, constituindo pois o nível elementar das relações humanas. Assenta na personalidade dos intervenientes, nas suas *vivências* anteriores, nos seus *sentimentos*, na sua *cultura*, na

sua educação, na sua forma de expressar-se, nos seus interesses e nos seus desejos. Ao ser influenciada pela disposição daqueles que a partilham e pelo contexto em que se desenrola revela-se frágil e variável. Não podemos deixar de mencionar aqui a importância da comunicação com os colegas de trabalho. A possibilidade de estabelecer relações informais/de amizade com os colegas no local de trabalho (Turner; Laurence, cit. in Serra, 2000) é essencial para as necessidades sociais de cada indivíduo (Lawler, 1994). Pelo contrário, má comunicação entre os indivíduos da mesma empresa afecta a motivação para o trabalho e a própria execução (Serra, 1999, cit. in Bragança, 2002). Além deste tipo de comunicação podem ainda ser estabelecidas tanto *a comunicação terapêutica ou relação de ajuda como a comunicação pedagógica ou educação do cliente*.

Não obstante a importância da comunicação, “*a estrutura está concebida para eliminar por completo as relações de tipo pessoal e as considerações emocionais*” (Merton, cit. in Samouco, 1989).

3.5 – Breve olhar sobre a experiência emocional do enfermeiro na história

O Cristianismo era ainda uma criança e já os cuidados eram ministrados pela “velha”, pela “mulher que ajuda”, pela matrona, pela parteira. Nesta época, os sentimentos exprimiam-se pelo riso e pelo choro, traduzindo a expressão e manifestação das emoções de carinho, de cólera, de alegria, de amor, de ódio, de medo, de vergonha... Enfim, as sensações, as emoções, as percepções psico-afectivas construía os sentimentos, as representações, o pensamento, a imagem do corpo em relação aos outros e desenvolviam a auto-estima.

O século XIII anuncia uma viragem. Nesta altura, os cuidados começam a ser prodigalizados por mulheres consagradas religiosas, modelo social das mulheres prestadoras de cuidados (que viria a dominar ainda até à Segunda Guerra Mundial). Os sentimentos eram então reprimidos e mascarados por detrás de condutas. Minimizados e considerados como algo vergonhoso, representavam pobreza e destruição da imagem de si próprio. Cediam o lugar ao “sentido do dever”, à satisfação do “bem-fazer”, bem como aos sentimentos de salvar o mundo e de remissão do pecado.

Outras perspectivas trazem os fins do século XVIII e o século XIX. Nesta fase, os

cuidados passam a ser assumidos por antigas amas (as antigas parteiras) e, posteriormente, por pessoas com ensejo de dedicação aos doentes, como as senhoras visitadoras, religiosas e, por vezes, padres. Inicialmente, os sentimentos eram considerados uma expressão colorida e figurada das emoções, podendo chegar à “*vulgaridade*” e contrastando com a contenção das pessoas de bem.

A implementação da instrução médica reforça essa visão. Os manuais (redigidos por médicos, cirurgiões e oficiais de saúde) recomendam boas maneiras e uma conduta educada, privilegiando os aspectos moral e técnico. O método proposto por esses manuais vai, a partir daqui, reger os cuidados. Fundamenta-se na ordem e *no distanciamento da realidade banal*, proibindo o questionamento e centrando-se na reprodução de actos/técnicas e na sua aplicação. Cria assim *um pensamento mecanicista*. Este, acentua a ruptura entre o corpo e o espírito, exclui a expressão das emoções e dos sentimentos, ignora ou condena mesmo a experiência adquirida pela vida, substituindo-a pelas qualidades pré-estabelecidas.

A partir do final do século XIX até cerca de 1960, as enfermeiras hospitalares e seus congéneres masculinos, instruídos, começam a ser os cuidadores. Nesta etapa vigora novamente a repressão das emoções, com o desenvolvimento de sentimentos de minimização, de desconfiança de si, de culpabilização, de submissão e de dependência, de insatisfação e de impotência para fazer reconhecer a sua competência e de desvalorização social. Qualquer expressão de sentimentos é substituída pelo sentido do dever cumprido, pela satisfação de fazer bem ao doente, de aliviar o sofrimento, e pelo orgulho de ser útil à Humanidade.

A década de 60 vê nascer, na Europa e nos Estados Unidos, correntes psicológicas que dão ênfase à *relação prestador de cuidados – pessoa cuidada* (a escola da interação). Se por um lado essa relação ainda hoje é valorizada (humanização dos cuidados), por outro lado reitera-se actualmente a obrigatoriedade de “ser neutro”. Como afirma Collière (2003, cit. in Diogo, 2004), «*a relação nos cuidados é cada vez mais valorizada mas, no entanto, os “cuidados técnicos” continuam a condicionar a prática do cuidar em Enfermagem; “uma e outra” não se encontram, permanecendo dissociadas*». Com efeito, para a mesma fonte, a uniformização e a impregnação ideológica dos cuidados, cada vez mais centrada na indução e na reprodução de comportamentos, leva a uma menor expressão das representações subjacentes às motivações, aos modos de agir e de reagir, tanto dos doentes como dos cuidadores.

Há até quem defenda que o registo das emoções deve desaparecer, aquando o cumprimento de um cuidado técnico, para que a eficácia seja possível. É o caso de Anne-Marie Prevost (cit. in Diogo, 2004), numa Dissertação de Medicina. Nessa obra, a supra-citada expõe o que considera ser o *perigo da emoção* na abordagem dos cuidados, inclusive de Enfermagem. Esta concepção implica o esquecimento provisório da relação com o outro e o afastamento entre os protagonistas (o prestador de cuidados e a pessoa cuidada), num privilegiar inequívoco da técnica, e continua a ser veiculada pela via da formação e da socialização profissional. “*A aprendizagem dos cuidados é, portanto, feita na negação das emoções dos que cuidam*” (Mercadier, 2004, cit. in Diogo 2004:164).

Concluir-se-á que, durante muitos anos, o pensamento dos enfermeiros foi condicionado no sentido de reprimir as emoções, os sentimentos e o envolvimento emocional com o cliente. Esta situação continua a verificar-se no presente, devido ao peso da cultura organizacional e para bem da rentabilidade. Uma perspectiva economicista do trabalho e das pessoas que é corrosiva. Tanto mais porque as emoções têm uma função social importante por regularem as relações entre o indivíduo e o seu meio.

Enfim, sociedade estranhamente ambivalente aquela que “apregoa aos quatro ventos” a humanização dos cuidados, instituindo na prática medidas/políticas a ela contrárias...

3.6 – Os enfermeiros e as emoções

Sendo o cuidar uma interacção entre pessoas sabemos que toda e qualquer interacção é contaminada por emoções e sentimentos (Goleman, 2006). Estes (emoções e sentimentos) constituem nos dizeres de Diogo (2004), uma experiência subjectivo-interior, de acordo com as leituras e significações atribuídas aos acontecimentos vivenciados. Nessa medida, o cuidar é uma experiência privada, embora possa revestir várias nuances.

Efectivamente, a experiência emocional dos profissionais considerados cuidadores pode traduzir uma certa ambivalência. Assim, verifica-se o facto de sentir simultaneamente duas emoções opostas/contraditórias, relativamente ao seu agir, como define Goleman 2006, conforme a satisfação ou não perante os esforços realizados. Poderá então surgir “bem-estar” ou, pelo contrário, “mal-estar”, a que não serão alheias as exigências do

trabalho. Popma (1998) e Jesus (1996), ambos citados por Bragança (2002) são unânimes na consideração de que ocorre mal-estar profissional quando as exigências laborais excedem as capacidades do trabalhador. Este último autor defende também que o sentimento em questão manifesta-se por atitudes negativas, por fadiga, exaustão emocional (estado de exaustão ou de desânimo devido a situações de fracasso sucessivas), stress emocional (efeitos negativos permanentes sobre a personalidade) e, no plano da motivação, por perda de idealismo e diminuição do empenhamento e do envolvimento. Desse modo, pode afectar não só o normal funcionamento das empresas, com o aumento do absentismo e dos custos da doença, como a própria coesão social. Rub (2000, cit. in Bragança, 2002) alega mesmo que, nos enfermeiros, o stress relacionado com o trabalho põe em risco tanto o bem-estar físico e mental dos referidos profissionais com a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

É de tal modo evidente o impacto do stress profissional sobre os trabalhadores e as organizações que a Comissão das Comunidades Europeias propôs (2000) uma Nova Estratégia Comunitária de Saúde e Segurança no trabalho (cit. in Bragança, 2002). Esta pretende a melhoria contínua do bem-estar no trabalho, na sua dimensão física, moral e social, apostando essencialmente na luta contra o stress, a depressão e a ansiedade.

Como nunca ganham protagonismo as noções de *satisfação profissional (satisfação laboral ou satisfação no trabalho)* e de *stress profissional (laboral ou relacionado com o trabalho)*. O primeiro conceito define uma resposta individual emocional, afectiva e gratificante, que resulta da situação de trabalho (Ferreira et al, cit. in Serra, 2000). O segundo traduz uma reacção emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica, que resulta dos aspectos negativos e nocivos da natureza do trabalho, da organização e do ambiente onde a pessoa trabalha. Caracteriza-se por graus elevados de sofrimento e mal-estar, muitas vezes acompanhado do sentimento de não se conseguir sair deste estado (Commission Européenne Emploi et Affaires Sociales, 1999, cit. in Bragança, 2002).

Ora, é inegável que a Enfermagem é uma profissão particularmente vulnerável ao stress. Junte-se a isso igualmente os conflitos de autoridade (Serra, 1999, cit. in Bragança, 2002), a competição entre os hospitais, o pouco feed-back do seu trabalho e poucas oportunidades, as situações inesperadas e urgentes, o trabalho monótono ou rotineiro e o nível de responsabilidade (Mcintyre, 1994, cit. in Bragança, 2002). Não esquecendo, claro, a atenção e os cuidados que têm de ser prestados continuamente aos doentes.

Enfim, todo um conjunto de factores que podem ser de natureza física, psicológica ou social (Stordeur et al, cit. in Bragança, 2002), organizando-se em outras tantas categorias, como salienta Hartrich (ibidem).

Teremos, então, os stressores ambientais/organizacionais (tudo o que diz respeito à própria organização, condições e regulação do trabalho), os stressores intrapessoais (expectativas individuais, vulnerabilidade e ameaças pessoais, falta de conhecimentos e aptidões) e os stressores inerentes à função (incluindo pressões do tempo / dos prazos e dos utentes / da família). Neste último caso e pela importância que assume no quotidiano dos enfermeiros, é bom destacar o sofrimento emocional decorrente do facto de lidar com a tragédia, com as crises, a morte e a dor.

É indiscutível que a Enfermagem não é apenas marcada pelo sofrimento, envolvendo antes uma vasta panóplia de emoções. E isso apesar dos académicos parecerem sentir mais prazer em investigar as emoções e os estados mentais negativos (hostilidade, agressão, cólera, ...) que os positivos (amor, altruísmo, simpatia, generosidade, compreensão e humor). Na verdade, actualmente, diversos autores (cit. in Diogo, 2004) têm vindo a explorar toda a dimensão do envolvimento emocional e a expressividade emocional nos cuidados.

A esse propósito, mencionaremos por exemplo, Olga Vasconcelos. No seu estudo, sobre as «*vivências das enfermeiras que cuidam do recém-nascido de mãe toxicodependente*» (1999), revelou-nos os sentimentos negativos e as dificuldades de relacionamento das cuidadoras referidas para com as mães. Noeli Ferreira (1996) preferiu pesquisar “*as emoções na Enfermagem Oncológica*”, identificando uma multiplicidade de sentimentos existentes, com maior incidência dos sentimentos positivos. O que não implica que não haja dificuldades profissionais e pessoais a interferir na dinâmica da prestação de cuidados, como nos recordam Edna Martins e col., na sua investigação sobre as “*reações e sentimentos dos profissionais de enfermagem face aos clientes em fase terminal*” (1999). As autoras acreditam que, se os ditos profissionais forem ajudados a elaborar a vivência das perdas no dia-a-dia do seu trabalho de uma forma mais saudável, podem verificar-se implicações na melhoria do atendimento. Daí também a relevância do “*humor nos cuidados de enfermagem*”, temática desenvolvida por Helena José (2002). Na pesquisa por ela efectuada é estabelecida uma relação entre os sentimentos experienciados e o bem-estar (ou não) do cliente e o apreço dado ao enfermeiro.

Catherine Mercadier optou por um tema mais abrangente ao estudar “o trabalho emocional dos prestadores de cuidados – enfermeiros e auxiliares de enfermagem (2004). Na sua análise descritiva da experiência emocional, dá ênfase à existência de regularidades e variabilidades, mediante a percepção da situação e em função do contexto. Refere o controlo das emoções enquanto obrigação implícita, interiorizada durante a socialização profissional, e que se traduz numa relação terapêutica caracterizada pela neutralidade. Através dos actos técnicos, o confronto com as emoções deixa de ser directo. O que não parece assim tão linear no trabalho de Paula Diogo (2004) “*relativo à vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora – uma história explicativa do processo emotivo-vivencial do enfermeiro em situações de cuidados*”. São-nos transmitidas experiências ricas em variabilidades, incertezas, dificuldades de toda a espécie, incluindo emoções passíveis de não serem controladas. Emoções muito pouco exploradas. De facto, um olhar mais atento mostra quão tímidos são ainda os esforços no sentido de nos revelar a realidade dos enfermeiros. E se escrevemos muito pouco sobre nós, ainda menos o fazemos em relação aos colegas estrangeiros. Neste âmbito, são mesmo notórias as carências.

Não obstante, tanto para uns como para os outros, faz todo o sentido a afirmação de Watson (1988, cit. in Guerreiro, 2000), segundo a qual é através da reflexão no que somos, no que fazemos e no motivo que nos levou a agir, que podemos crescer, desenvolver e sentir maior bem-estar. É essa reflexão que nos permite melhor entender a nossa “vivência”, a saber, o modo como vivemos ou nos comportamos. É ela que nos pode tornar mais conscientes da nossa experiência de vida e das impressões (sentimentos e emoções) retidas. Um facto essencial, se nos lembrarmos que «[...] as nossas emoções empregam subtil mas inevitavelmente a nossa vida mental» (Filliozat, 1997:16). São elas que conferem-nos o sentimento de existência no mundo. Mas são elas também que nos permitem sentirmo-nos mais próximos, mais solidários e reforçar a cooperação com os outros. Enfim, vivências, bem como emoções e sentimentos, constituem sempre um trinómio que poder-se-ia condensar numa só palavra “vida emocional”. Uma realidade cuja importância transparece nas palavras de Filliozat (1997:16): «A nossa vida emocional, consciente ou inconsciente, faz o papel de filtro entre o exterior e o interior, dirige as nossas escolhas, pode alterar a nossa relação com o real, e levar-nos tanto para os sucessos como para as derrotas».

4 – A COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL

Seria contraproducente abordarmos comunicação intercultural sem falarmos, mesmo que de forma breve, sobre a comunicação.

4.1 – Breve introdução

A comunicação é sempre a busca do outro e de uma partilha, de acordo com o seu primeiro sentido (surgido em 1160). Essa partilha ganha uma dimensão maior no século XVI, com o desenvolvimento das técnicas, entre as quais a imprensa. É nessa época e na seguinte (século XVII) que a comunicação identifica-se com a transmissão/a difusão de informação e assume-se como um dos valores ocidentais por excelência. Com efeito, ela é então associada à ideia do progresso, do conhecimento, da informação, da compreensão e do desaparecimento das barreiras entre os homens e as culturas.

Expressar-se, falar com alguém e partilhar algo com os outros, faz parte da definição do ser humano. Na verdade, a comunicação está omnipresente nas nossas sociedades, desenvolvendo-se em vários espaços, tais como família, escola, hospital, empresa e médias e sendo neles confrontados a profundas mudanças (sociais, culturais e políticas). A pluralidade e a pluri interdisciplinaridade fazem pois parte da comunicação.

É certo que a relação estabelecida entre as pessoas (comunicação) é feita a partir das significações comuns por elas atribuídas à comunicação verbal (palavras, entoações) e à não-verbal (expressões faciais, gestos, olhares, posturas, posições no espaço, objectos e roupas). Mas não é menos exacto que essas significações sofrem a influência de diversos factores (por exemplo, a idade, o sexo, a classe social, a categoria profissional e o lugar de residência), dos quais um dos mais significativos será talvez o contexto cultural. A esse propósito, é bom recordar Ramos (2004) que nos diz que a comunicação é um fenómeno social complexo, cada acto de transmissão de uma mensagem estando integrado numa matriz cultural. Efectivamente, cada uma das culturas continua a definir um horizonte que delimita o espaço de entendimento e de compreensão dos acontecimentos e das mensagens (domínio cultural da comunicação).

O contexto cultural favorece pois uma produção de sentido determinada, ou seja, à comunicação subjaz certos valores fundamentais para a interpretação e a construção de sentido. Do que se depreende que, geralmente, a comunicação efectiva será tanto mais fácil quanto houver uma relativa similaridade cultural entre os intervenientes, já que os mal-entendidos serão menores. Desse modo, o conhecimento das variações culturais dos elementos que constituem a comunicação verbal e não-verbal poderá ajudar a ultrapassar algumas das dificuldades que se colocam à comunicação intercultural. Por isso, não basta saber falar um idioma estrangeiro. Deve-se ainda ter presente a concepção da realidade, o sistema de valores (distinto eventualmente do nosso) e o modelo comunicativo que sustentam o comunicado. Samovar e tal (1981, cit. in Ramos, 2001) sustentam mesmo que existem dois tipos de dimensões culturais que afectam a comunicação. Teremos assim de considerar os modelos culturais que influenciam a nossa maneira de pensar, perceber e codificar, bem como os modelos culturais que influenciam a maneira de comunicar com as pessoas pertencentes a outras culturas. Com efeito, os modelos cognitivos, tanto quanto os princípios e valores culturais, diferem segundo os grupos culturais. A própria língua, ao ser o primeiro meio através do qual uma cultura transmite esses valores, crenças e normas, desempenha um papel fundamental na interacção dos indivíduos. Interacção essa que pode ser predominantemente corporal, ou pelo contrário verbal, conforme o estilo de comunicação privilegiado na cultura em causa. Afinal, esta é determinante para os nossos comportamentos rotineiros, condicionando a forma como nos comportamos no tempo e no espaço.

Apresentaremos agora alguns modelos de comunicação.

4.2 – Alguns modelos de comunicação

Hall (1978), Servaes (1989) e Casimir (1993), todos eles citados por Alsina (1999), podem contribuir para melhor conhecer certos modelos de comunicação.

4.2.1 – O modelo ocidental

Este modelo assenta no conceito de poder. Com efeito, o conhecimento transmitido visa

primordialmente conseguir as coisas que o poder pode proporcionar, ainda que também estabelecer a paz e a ordem. Valoriza ainda a razão, a lógica e a percussão, desenvolvidas entre ambos os interlocutores e, dessa forma, a própria comunicação verbal. As emoções ficam em segundo plano, servindo mais para comover do que para convencer. A tónica é mesmo colocada no confronto, na argumentação, na negociação bilateral e no debate. E deste, espera-se como final a vitória ou a derrota correspondente. Neste processo, é dada a primazia ao emissor, ou seja, ao que produz a comunicação e a codificação. O individualismo é também muito forte, prevalecendo o “eu”.

Enfim, vigora uma forma de comunicação directa e explícita, em que se destacam o conteúdo da mensagem e a análise da realidade, exterior a si mesmo. Estas são as características das “culturas de baixo contexto” (*low context*), como lhes chama Hall (1978, cit. in Alsina, 1999). A este pormenor falta apenas acrescentar que os ocidentais fazem tudo para manter a comunicação, mesmo que seja parcial.

4.2.2 – Os modelos asiático e oriental

Se bem que possam existir diferenças relevantes entre estes dois modelos, foram ambos condensados num só mediante a informação recolhida a partir dos autores supra-citados. Neste caso, tão importante quanto a mensagem é o intercâmbio emocional, o estar juntos e o prazer da comunicação. O desenvolvimento dos sentimentos é mesmo o principal propósito da comunicação e, de todos eles, os mais significativos são o amor, a piedade e a paz. Por outro lado, a forma que ela (comunicação) assume é indirecta e implícita, sendo que as afirmações proferidas são relativas. Na verdade, a maior parte da informação está no contexto físico ou bem interiorizada na pessoa, e não tanto na parte codificada, explícita e transmitida da mensagem. Talvez por isso seja dado ênfase não só ao receptor e à descodificação da mensagem, como também à comunicação verbal. Predominam a consciência de grupo (o “nós”) e formas diferenciadas de falar e de interacção social, segundo a idade e o estatuto social. Por outro lado, prefere-se não comunicar a só fazê-lo parcialmente.

Perante o que foi dito, pode-se concluir que a cultura é um factor decisivo para o que recordamos ou o que ignoramos. Na impossibilidade de processar toda a informação, o indivíduo só fixa o que considera importante. «*Lo que un individuo elige recoger, sea*

cosnciente o inconscientemente, es lo que da estructura y significación a su mundo» diz-nos mesmo Hall (1978, s.p., cit. in Alsina, 1999). É também em função disso que ele poderá ter maiores ou menores consciência do processo comunicativo intercultural e habilidade para negociar os significados culturais (criando novas categorias e empatia), para executar a conduta necessária para comunicar-se apropriadamente com as múltiplas identidades dos interlocutores manifestando competência intercultural interpessoal (nas suas dimensões emotiva, cognitiva e comportamental). O que sugere que as pessoas refractárias a receber novas ideias ou a avaliar novos valores terão menor destreza na comunicação intercultural. Não serão, porventura, tão hábeis em adaptar as suas comunicações e conduta, assim como em conseguir e usar informação adequada, na comunicação intercultural interpessoal.

Foram várias as teorias que procuraram definir melhor o processo implicado na já referida comunicação. Todavia, por contingências de tempo, apenas serão referidas algumas delas, expostas por Alsina (1999).

4.3 – Algumas teorias de comunicação intercultural interpessoal

São três as teorias assinaladas como essenciais na matéria em causa, pelo autor anterior (Alsina, 1999).

4.3.1 – Teoria da gestão e da incerteza

Esta teoria, elaborada por Gudykunst (1988; 1993) defende que deve ter-se particular atenção ao que fazemos, quando fazemos e ao que dizemos, na altura que falamos. Reconhece os três níveis intervenientes (emotivo, cognitivo e comportamental) nos contactos interculturais e a ansiedade e a incerteza existentes em grande parte desses encontros. Procura soluções para estes últimos problemas, de modo a conseguir uma comunicação mais eficaz. Para tal, assinala os elementos que serão essenciais para a mesma e aqueles que podem ser um obstáculo (como, por exemplo, a língua do interlocutor).

Assim, além de conceitos tais como comunicação efectiva e tomada de consciência do processo comunicativo (inter)cultural (auto-consciência cultural), conceitos que já

abordamos subtilmente em relação à competência intercultural interpessoal, o autor em questão alude a outros termos na sua teoria. São eles a noção de forasteiro, de incerteza e de ansiedade, que passaremos a evocar sucintamente.

A respeito do primeiro termo, pode-se dizer que define os que estão longe e perto ao mesmo tempo. Perto porque interagem com um grupo local (de referência) e longe porque são “de fora” e não pertencem a esse grupo (critério de inclusão ou de exclusão). Dessa maneira, a própria constituição do grupo de referência estabelece o grau de diferenciação, mesmo a despeito da proximidade geográfica. Por outro lado, o que pensamos sobre os forasteiros é condicionado por um fenómeno cognitivo – a incerteza. Quando esta é elevada, a comunicação é difícil. Contudo, se ela for inexistente, a comunicação será aborrecida e pouco estimulante, pelo que um ponto médio de incerteza será o ideal para uma comunicação eficaz. A incerteza pode ser predictiva, acompanhando a nossa predição face às atitudes, sentimentos, crenças, valores e condutas dos forasteiros. Ou então pode ser explicativa, ocorrendo relativamente à explicação das atitudes, sentimentos e pensamentos desses mesmos forasteiros. Por outras palavras, de acordo com os nossos critérios culturais, pode ser difícil encontrar uma explicação para determinadas reacções dos que são “de fora”, a tal ponto que, antecipando consequências negativas da interacção com essas pessoas, pode emergir um componente emocional – a ansiedade.

Qualquer que seja o caso, o facto é que não conseguimos comunicar efectivamente quando a nossa ansiedade ou incerteza são demasiado altas ou baixas.

4.3.2 – Teoria da adaptação transcultural

Esta teoria, de Kim (1998; 1995), pretende descrever e explicar o processo de adaptação transcultural. Reconhece, tal como a teoria anterior, as três dimensões (emotiva/afectiva, cognitiva e comportamental/operacional) como intervenientes do processo em causa. Além disso, ela dá ênfase à troca gradual que se produz num indivíduo que completou o seu processo de socialização primária numa cultura nova e desconhecida. É assim uma teoria fundamentalmente assimilacionista, pois nega a negociação intercultural e só contempla a adaptação do forasteiro. Apesar de admitir que o ser humano (presume-se que qualquer um) é um sistema aberto, logo, um intercâmbio com o exterior. Esta constatação está mesmo na base dos pressupostos enunciados pela autora. Para esta, o

ser humano é um produto em transformação contínua, mediante mudanças internas que não afectam a sua coerência e unidade. Esse fenómeno é multidimensional e multifacetado, resultante das interacções da pessoa com o seu meio, as quais influem também sobre a sua bagagem interior cognitiva e emotiva (influência mútua simultânea do intra-pessoal e do inter-pessoal). Essa sua capacidade de adaptação ao meio social é inata, completa e dinâmica, e tem na comunicação o seu instrumento de eleição.

A luz da perspectiva mencionada, a adaptação obriga a processos de aprendizagem (aculturação) a par de processos de desaprendizagem (desaculturação). Este facto pode levar o indivíduo a tomar diferentes atitudes, tais como assumir uma nova identidade (identidade intercultural), ou entrar em conflito com os seus pontos de vista anteriores (“choque cultural”), ou ainda acomodar-se. Em qualquer um destes casos, o indivíduo encontra-se mais ou menos dependente do ambiente de acolhimento para satisfazer as suas necessidades pessoais e sociais, sendo certo que essa dependência também está condicionada pela comunicação desenvolvida. Quanto a esta, a autora distingue a comunicação pessoal (de simbolismo privado) e a social (de simbolismo público). Relativamente a esta última, diferencia até a que surge do contacto com pessoas nativas (comunicação interpessoal autóctone) daquela que é produzida pelos meios de comunicação social (comunicação de massas autóctone). Ambas, de maneira diferente, ajudam o forasteiro a obter informação sobre a conduta dos nativos e a estabelecer pontos de referência para validar a sua própria conduta.

Claro está que essa informação também pode ser obtida pelos forasteiros no contacto com os membros da sua própria cultura, o que pode oferecer-lhes, além do mais, distintos tipos de apoio. Kim (1995, cit. in Alsina 1999), afirma mesmo que um grupo étnico forte oferece aos seus membros um grande suporte informativo emocional e material, facilitando a adaptação dos forasteiros na fase inicial. Uma adaptação que, segundo ela, está directamente associada à participação do forasteiro em actividades de comunicação interpessoal e da comunicação de massa da sociedade. E que nunca se completa.

4.3.3 – Teoria da Construção da Terceira Cultura

Esta teoria, delineada por Casimir (1993), sugere a possibilidade de construir uma terceira cultura a partir do contacto intercultural. Aposta assim na comunicação

intercultural interpessoal cooperativa e interactiva. Como tal, valoriza a mútua aceitação dos modelos de interacção e o diálogo intercultural. Parte do pressuposto que a diversidade cultural, étnica ou nacional, existentes nos diversos estados, são características da universidade, pelo que é possível, desejável e benéfico, para os intervenientes de uma relação intercultural, negociar as suas diferenças culturais, desenvolver uma terceira cultura e assimilar valores e costumes dessa mesma cultura. Esse processo interactivo e mutuamente benéfico implicará então a reconfiguração das identidades culturais individuais. A autora conclui que a pessoa “multicultural” deve ser detentora de flexibilidade cognitiva, sensibilidade cultural, compreensão empática e criatividade, bem como da capacidade de relativizar as atitudes e valores culturais. Ou não fosse a comunicação uma mescla de palavras e silêncios, de luz (o que é dito) e de sombra (o que não o é).

4.4 – Luz e sombra

A comunicação intercultural tem vários matizes, conforme se trate de comunicação verbal ou não-verbal.

4.4.1 – A comunicação verbal

A comunicação verbal tem uma evidente importância no âmbito da comunicação intercultural. Afinal, a língua é a barreira mais significativa a esse nível, pelo que a existência de um idioma comum entre os interlocutores é de suma relevância. Contudo, nem mesmo assim os mal-entendidos são sempre evitados. De facto, a cada língua um conhecimento cultural próprio. A teoria do relativismo linguístico, baseado na hipótese de Sapir-Whorf (cit. in Alsina, 1999), é bem clara a esse respeito. Efectivamente, ela defende que a língua de um povo dá forma à sua cultura porque determina a percepção e a representação que tem o emissor da realidade, criando estruturas intelectuais e emocionais específicas, o que poderá explicar porque a comunicação intercultural reveste tantas características distintas. Ainda mais se considerarmos que são três as situações que podem marcar os encontros interculturais.

Num caso, um dos interlocutores fala a língua materna do outro, ou seja, a língua que

utiliza é diferente daquela com que foi socializado. Por outro lado, temos a situação em que os intervenientes partilham a mesma língua materna, mas as suas culturas (de origem) não são iguais. Finalmente, pode acontecer que ambos procurem usar uma terceira língua comum.

Não devemos esquecer que a língua pode igualmente ser um instrumento de poder. Realmente, os indivíduos e os grupos podem utilizá-la para controlar os demais ou para resistir a tal controlo, para modificar a sociedade e/ou para suprimir as identidades culturais. No desenrolar da comunicação verbal são tomadas posições, de exclusão ou inclusão, face ao interlocutor. É o poder social associado à língua, como constataram Giles e Wiemann (1987, cit. in Alsina 1999). Estes reconhecem até que os imigrantes que conhecem o idioma da sociedade receptora desenvolver-se-ão mais facilmente na mesma, adquirindo um poder social maior. Assim sendo, a língua poderá não ser um factor de união. Até o silêncio, na sua forma universal, reveste diferentes funções e interpretações, consoante as culturas. Não só o silêncio, como o que carece de uma expressão verbal.

4.4.2 – A comunicação não-verbal

Mesmo quando a língua é comum, não existe uniformidade de regras para a comunicação não-verbal. Basta recordar que ela serve para comunicar atitudes e emoções (com diferentes expressões) e apoiar a comunicação verbal (que não é linear). Nessa medida, ilustra o que é dito, controla a sincronização, traduz a reacção do ouvinte, mantém a atenção e até substitui, em certas circunstâncias, a linguagem verbal. É, pois, deveras importante no contexto da comunicação intercultural. De forma que, conquanto o comportamento não-verbal seja inato e universal, característico da espécie humana, a socialização confere-lhe “nuances” culturais. Pode, então, existir uma variabilidade de significados para o mesmo gesto nas diversas culturas. Importa pois saber decifrar as mensagens transmitidas, um desafio do qual os enfermeiros não se podem escusar. Afinal de contas, ser enfermeiro é incontestavelmente mais que desempenhar bem uma técnica...

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO

1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Não é possível negar que a Enfermagem, tal como outras ciências, se tem desenvolvido num contexto multicultural. Mas, apesar dessa constatação, a verdade é que não abundam os trabalhos sobre a interculturalidade nessa área. Mais a mais, conquanto o “contentamento” dos enfermeiros tenha sido objecto de várias pesquisas e até consagrado na “Lei de Bases da Saúde” (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, cit. in Resende, 2001), não existem quaisquer estudos sobre os enfermeiros estrangeiros. E é esta lacuna que a presente investigação propõe, de alguma forma, preencher, para bem das instituições de Saúde, com vista à sua coesão e optimização face a uma realidade assaz recente – a recepção de enfermeiros estrangeiros. Para bem ainda dos enfermeiros em geral, proporcionando conhecimentos necessários dessa realidade, numa sociedade “global”, e pertinentes para a sua prática profissional. Desse modo, com o trabalho desenvolvido, a investigadora pretendeu adquirir dados para a fundamentação teórica do fenómeno estudado, aprofundar o conhecimento sobre esta realidade social e fomentar um trabalho potencialmente de interesse para diversas entidades, constituindo-se num eventual indicador para estudos futuros (objectivos gerais). Por outro lado, a um nível mais específico, procurou-se aplicar e explorar os conhecimentos adquiridos, aperfeiçoando-se a capacidade de reflexão, desenvolvendo a perícia como pesquisadora e enriquecendo a sabedoria com dados relativos à problemática proposta. Uma problemática que também é cara, não só pela sua condição de investigadora, como pelo facto de ser ela própria um produto da “interculturalidade” (tendo mesmo dupla nacionalidade).

É assim que este documento aborda as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português, dando “voz” a esses profissionais. Nele, procurar-se-á responder à seguinte questão:

«Quais os factores que poderão afectar as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português?»

Desta questão central derivam outras:

- As circunstâncias e motivações da vinda influenciam as representações dos enfermeiros sobre a sua situação laboral?
- As diferenças linguísticas condicionam as vivências dos enfermeiros estrangeiros no que respeita a sua situação profissional?
- O “ambiente relacional” determina as concepções dos enfermeiros estrangeiros quanto à sua situação laboral?
- A atitude das autoridades legais e institucionais condiciona as vivências dos enfermeiros estrangeiros em relação à sua situação no trabalho?
- As expectativas de fixação ou de regresso influenciam as representações dos enfermeiros estrangeiros sobre a sua situação profissional?
- A satisfação profissional afecta as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português?

Afinal, também no caso dos enfermeiros estrangeiros e fazendo jus às palavras de Diogo (2004:80), acreditamos que para cuidar com sensibilidade e afecto carecemos, primeiramente, de aprender a compreender as nossas vivências, emoções e sentimentos, pois *«quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros»*.

Não gostaríamos de prosseguir sem clarificar alguns conceitos relacionados com as questões anteriores, na eventualidade de não o ter feito suficientemente/adequadamente na primeira parte (enquadramento conceptual).

Sendo assim, consideramos oportuno clarificar os seguintes conceitos:

- Ambiente relacional: ambiente interno existente entre os membros de uma organização, ou seja, o conjunto das diferentes relações estabelecidas no trabalho entre dois ou mais indivíduos. Algumas relações são necessárias (como as utilitárias), outras são importantes e, outras ainda são espontâneas. Na área da saúde, isso abrange as relações com os inquiridos de profissão, com a equipa multidisciplinar e com os utentes – indivíduos e/ou famílias (definição elaborada a partir de Sagehomme, 1997:63).

- Estrangeiro: pessoa natural de um país diferente daquele onde se encontra (cit. in Dicionário da Língua Portuguesa, 2002:696).
- Imigrantes: todo o indivíduo que deixa o seu país para se estabelecer no estrangeiro, seja de forma permanente ou temporária com o objectivo de satisfazer necessidades consideradas essenciais (cit. in Ramos, 2004:245).
- Integração: é um processo mais ou menos lento, voluntário, individual ou colectivo, que corresponde à adaptação a um novo “modus vivendi” próprio de um colectivo que não é o seu de origem. A integração significa, assim, uma combinação de elementos de duas culturas – coexistência de dois grupos culturais diferentes. A pessoa sente-se integrada quando efectuou um percurso que lhe permite incluir-se no novo conjunto. O seu grau efectivo de integração depende da aceitação pelo grupo receptor, de maneira que os seus elementos sintam que ela está em harmonia com eles e actuem como reconhecendo-a realmente pertença desse grupo. Esse grau pode ainda depender de políticas conducentes a facilitar esse processo. A forma mais suave de integração é a inserção e, por isso, muitas vezes, os dois conceitos confundem-se e utilizam-se indiferentemente, embora na inserção a aculturação seja mais ténue do que na integração (definição baseada no Dicionário de Sociologia, 2002:209).
- Representações Sociais: representações partilhadas por um grupo social, essencialmente em termos de conteúdo, que definem modos de pensamento comuns, normas, mitos, que regulam e legitimam os grupos sociais. Formadas a partir das interacções, as representações sociais dizem assim respeito à construção de uma realidade (interpretação da mesma), e visam a inscrição social dos indivíduos, preenchendo assim uma função de integração. (com base na definição do Dicionário de Psicossociologia Climepsi Editores, 2005).
- Satisfação profissional na área da saúde: é **«um factor que interfere positivamente no atendimento do utente e no relacionamento na equipa de saúde»** (Donabedian, 1966, cit. in Resende, 2001:9).
- Trabalhadores-migrantes: “são as pessoas que vão exercer, exercem ou exerceram uma actividade remunerada num Estado de que não são nacionais” – Conceito dado pela Convenção Internacional relativa à Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros da sua Família (art. 2, n.º 1) – (cit. in Rocha-Trindade, 1995:49).
- Vivências: modo como vivemos ou nos comportamos (dicionário de Português,

2002:1730). Falta acrescentar que optou-se por utilizar indistintamente as expressões “meio laboral” ou “meio profissional” para identificar o meio em que decorre o exercício da actividade profissional.

2 – A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO ADOPTADA

Nunca é demais enfatizar a mensagem de Honoré (cit. in Diogo, 2004:18). «*A questão essencial do sentido de cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada um sentido*». E para descobrir esse sentido, nada melhor do que estudar o mundo interior das experiências em vez do mundo exterior da observação. «*Podemos escolher em buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores, em vez de nos concentrarmos no mundo público das técnicas de cura [...]*». (Watson, 2002, cit. in Diogo, 2004:23). Este é o paradigma que sustenta esta pesquisa sobre as vivências dos enfermeiros estrangeiros no seu cuidar diário. Afinal, a Enfermagem, como ciência humana que é, pode escolher métodos que permitam aceder ao mundo subjectivo e interior dos significados pessoais do enfermeiro.

2.1 – A metodologia da Grounded Theory

Diz-nos Polit (1995) que só é possível compreender e analisar as vivências dos enfermeiros com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como é definida pelos seus próprios actores. Tendo em atenção esse facto foi escolhida uma metodologia **qualitativa** (é a ideal para o estudo de algo tão subjectivo como as vivências) – neste caso a *Grounded Theory*. Este método foi apresentado inicialmente por Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967, sendo desenvolvido também mais tarde por Juliet Corbin. Actualmente, estes três autores são considerados as principais referências quanto à metodologia em causa.

A metodologia da *Grounded Theory*, baseada no princípio da indução, é utilizada para explorar os processos sociais existentes nas interações. Com esse intuito, procura as propriedades e relações entre as diferentes categorias ou temas.

A vantagem dessa lógica exploratória é permitir elaborar novos modelos teóricos, em ambientes naturais. (É assim que “nasce” a **Teoria “Fundamentada” ou “Enraizada”** – *Grounded Theory*). Graças a essa opção, podemos “*constituir teorias a partir da*

realidade social concreta e nas quais os actores se sentissem reflectidos e que pudessem elas próprias ser uma resposta para os problemas que estudavam” (Lopes, 2003:64). A “cena social” em que se movimenta a Enfermagem, com toda a riqueza e a diversidade da experiência humana que a caracteriza, constitui o ponto de partida para o quadro conceptual da investigação.

Da ilação dos processos dominantes surgiu a transcrição escrita, a categorização, a codificação, a interpretação e a análise sobre a informação recolhida, bem como a conceptualização e a elaboração do relatório de investigação. A descoberta de conexões existentes entre os diferentes temas emergentes tornou possível apresentar explicações de processos ou estruturas sociais chaves, que derivam ou se fundamentam nos dados empíricos, como nos dizem Streubert e Carpenter (2002). Estes mesmos autores alegam mesmo que o quadro conceptual movimenta-se de um nível descritivo para um nível teórico.

Podemos concluir, como o fizeram Strauss e Corbin (1998), que a *Grounded Theory* é uma metodologia cuja finalidade é a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos, analisados e comparados através do processo de investigação.

«Mas porquê eleger a *Grounded Theory* e não outra metodologia qualitativa?» poderá indagar o Leitor. Para responder a isto, devemos atender à temática da investigação. Embora esta verse sobre uma realidade patente no nosso país (a presença de enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal), a mesma não foi objecto de nenhum estudo. Ora, sabemos por Lopes (2003) que a teorização do não-conhecido ou do já conhecido mas carecido de novas abordagens, é a finalidade por excelência desta abordagem metodológica. Por outro lado, implica técnicas sistemáticas e processos de análise que capacitem o investigador a desenvolver uma teoria substancial que vai ao encontro de critérios de “boa” ciência: significância, compatibilidade entre a teoria e a observação generalizada, reprodutibilidade, precisão, rigor e verificação (ibidem). Efectivamente, a teoria pode ser testada empiricamente. Proporciona ainda um campo dinâmico de saber que encontra o seu fundamento no quotidiano de certos prestadores dos cuidados de saúde (os enfermeiros), logo na experiência, e não em estudos prévios. Este conhecimento é crucial para o enriquecimento da Enfermagem e dos seus profissionais pois «[...] não só explicita a vivência real como também revela bloqueios, dificuldades, fragilidades dos participantes em campo e, deste modo, permite projectar modos de ajuda, estratégias de acção, formações específicas» (Diogo, 2004:85). Para além disso,

faculta um método próprio para a clarificação de conceitos significativos, assim como relações e contextos presentes, na área referida. O que não é de desprezar se considerarmos a apreciação de Almeida (1989, cit. in Resende, 2001:2) como o «*cuidado de enfermagem comporta na sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem) (...), o saber é considerado como o instrumento que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho instrumental, legitimado e reproduzido pelo ensino dessa prática*».

2.2 – O acesso ao campo

Foi escolhido propositadamente um contexto hospitalar para desenvolver esta investigação, porque “à priori”, a população seria mais vasta e mais diversificada. Por outro lado, era do conhecimento público, entre os enfermeiros, que o hospital onde se realizou este estudo tinha uma população significativa de colegas seus estrangeiros. Daí a opção por essa instituição. Mas faltava ainda a permissão para aí efectuar o trabalho de campo, pelo que foi formalizado um pedido oficial à Direcção de Enfermagem, nesse sentido (anexo VIII). A autorização foi concedida verbalmente, aquando uma entrevista marcada no período em causa, Essa entrevista serviu para a apresentação pessoal da mestranda, a clarificação dos propósitos da pesquisa e a apresentação do modelo elaborado para guião da entrevista (anexo IX). Foram então facultados os primeiros dados úteis para a investigação, a saber, a caracterização (quantitativa) dos enfermeiros estrangeiros e a sua localização (serviços), bem como a identificação dos Enfermeiros–Chefes. Outro encontro com o Enfermeiro–Director serviria para delinear uma estratégia de concertação com os referidos Enfermeiros–Chefes, ficando então acordada a distribuição por estes de um questionário à população–alvo do estudo (total da população). Consulte, a esse propósito, o anexo X.

2.3 – A amostra seleccionada

2.3.1 – Entrada e permanência no terreno

Esclarecedora é a opinião de Patton (1990, cit. in Guerreiro, 2000) sobre a constituição

de uma amostra. Este autor afirma que o número de sujeitos depende do que se procura, como os dados serão usados e que recursos dispomos para efectuar o estudo, incluindo o tempo.

No caso presente, respeitando a metodologia da *Grounded Theory*, optou-se pela construção progressiva da amostra, a chamada “amostra teórica”, que é intencionalmente seleccionada. O número de sujeitos do estudo foi determinado pelo atingir da redundância de informação (o facto de não acrescentar nova informação) ou saturação de campo. Afinal, quando existem constrangimentos de ordem temporal pode o investigador determinar um número mínimo de sujeitos cujas informações cubram razoavelmente o fenómeno em estudo (Patton, 1990, in Guerreiro, 2000). Assim, esses sujeitos constituem o que Morse designou por «*peritos experênciais, ou seja, indivíduos detentores de um conhecimento particular e cabal sobre o fenómeno em estudo*» (1994, cit. in Diogo, 2004:86). O tamanho da amostra dependeu pois mais da quantidade de dados recolhidos do que do número de sujeitos. Todavia, se bem que a amostragem teórica abandone o critério da representatividade, a presente investigadora procurou de alguma forma também respeitar esse aspecto (com base na caracterização da amostra), para “maior justiça” e uma vez que cada participante em si detinha a oportunidade de conhecimento quanto ao fenómeno estudado.

É importante salientar que não existia qualquer ligação com os participantes antes deste estudo, tendo sido fundamental a atitude dos Enfermeiros–Chefes para o estabelecimento de uma relação de confiança com esses elementos. Eles contribuíram (e muito) para que os enfermeiros se sentissem à vontade para a participação neste projecto, solicitando-lhes ainda a colaboração no mesmo (o que também seria feito pessoalmente pela investigadora) e combinando mesmo, em certos casos, a data e a hora da entrevista. Contudo, na maioria dos casos, os encontros viriam a ser marcados pessoalmente, após anuência dos próprios em serem participantes. Note-se que, numa fase anterior, tinha sido distribuído pelos Enfermeiros–Chefes um questionário para caracterização da população pretendida, questionário esse em que já era explicitada a razão de ser da pesquisa que viria a ser desenvolvida (anexo X). Depois da investigadora ter “seleccionado” os elementos, os mesmos foram identificados apenas pelos chefes (uso de um código), de modo a preservar o seu anonimato. Além disso, todas as entrevistas foram realizadas no próprio serviço, num ambiente familiar aos participantes, mas permitindo que se mantivesse a confidencialidade dos dados.

Não podia deixar de ser destacada aqui a excelente colaboração prestada pelos vários elementos envolvidos no processo de pesquisa. Desde o Enfermeiro-Director, aos Enfermeiros-Chefes. Sem esquecer os próprios seguranças da instituição (que facilitaram sempre a entrada, mediante informação da Direcção de Enfermagem, presumivelmente) e, claro está, os participantes. Não raras vezes acossados pelo tempo (alguns deles também a estudar), mas sempre disponíveis.

2.3.2 – A caracterização da amostra

O estudo incidiu sobre a comunidade estrangeira de enfermeiros de um Hospital do Distrito de Aveiro – Norte. Essa população é composta na totalidade por sessenta e quatro elementos, todos espanhóis (maioritariamente galegos), uma vez que não existia outra população estrangeira no hospital em causa.

Pelo item anterior, apresentaram-se os critérios que orientaram a construção da amostra teórica. Foi efectuada a recolha de dados junto dos enfermeiros estrangeiros em causa (E1 a E11). Posteriormente, transmite-se as características dos mesmos.

Dos dados recolhidos depreende-se que, em termos percentuais, e comparando com a amostra global, destaca-se uma amostra (relativamente) jovem na idade e na profissão. Predominantemente de origem Galega e detentora de um Bacharelato, evidencia disparidades no que diz respeito à existência de redes de apoio no nosso país, antes da vinda. A maioria não teve aulas de português, mas uma percentagem substancial dos enfermeiros em causa já tinha contactado com a nossa língua antes da chegada a Portugal.

Entrevistado	Idade	Sexo	Tempo exp. prof.	Tempo exp. no serviço	Grau Académico	Categ. Prof.	Origem	Contacto c/ a língua antes/depois da vinda	Frequência de aulas de português	Rede de apoio antes/depois da vinda
E1	26-30	F	5-9 A	5-9 A	B	E.G	G	Antes	Sim	Depois
E2	26-30	F	5-9 A	5-9 A	B	E.G	G	Depois	Não	Antes
E3	26-30	F	5-9 A	5-9 A	B	E.G	C	Depois	Não	Depois
E4	31-40	F	10-14 A	5-9 A	L	E.G	G	Depois	Não	Depois
E5	26-30	F	5-9 A	5-9 A	B	E.G	G	Antes	Não	Depois
E6	26-30	M	5-9 A	5-9 A	L	E.G	G	Depois	Não	Depois
E7	26-30	F	5-9 A	5-9 A	L	E.G	G	Antes	Não	Antes
E8	20-25	F	1-4 A	1-4 A	B	E.G	G	Antes	Não	Antes
E9	31-40	M	10-14 A	5-9 A	B	E.G	G	Depois	Não	Sem rede
E10	20-25	F	1-4 A	1-4 A	B	E.G	G	Antes	Não	Depois
E11	31-40	F	5-9 A	5-9 A	B	E.G	G	Antes	Não	antes

Quadro n.º 9 – Caracterização dos enfermeiros participantes (fonte: questionário para caracterização da amostra, ANEXO IX)

Legenda:

A – Anos

B - Bacharelato

C – Castelhana

Categ. Prof. – Categoria profissional

E. G – Enfermeiro (generalista)

F – Sexo feminino

G – Galega

L - Licenciatura

M – Sexo masculino

Tempo exp. no serviço – tempo de experiência no serviço

Tempo exp. prof. – tempo de experiência profissional

2.4 – A colheita de dados

A entrevista é um dos métodos de recolha de dados indicados pelos autores da metodologia da *Grounded Theory* (Streubert; Carpenter, 2002). Foi o método eleito para a efectivação da pesquisa, por permitir apreender o significado que cada pessoa confere à vivência de determinada experiência, bem como validar os aspectos da comunicação não-verbal. Por outro lado, foi utilizada a técnica da entrevista em profundidade, em que a narrativa de vida se inclui.

A recolha de dados foi efectuada mediante um guião da entrevista (anexo IX). Esse instrumento foi testado (quanto à clarificação/compreensão dos termos, por exemplo) em três enfermeiros com as mesmas características indicadas para a amostra (o facto de ser enfermeiro estrangeiro num hospital) - realização dos pré-testes. Só posteriormente o mesmo viria a ser aplicado à amostra “efectiva”. Era colocada inicialmente uma questão aberta: “*Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeiro(a). Porque decidiu vir para Portugal?*”. Essa questão possibilitou aos entrevistados escolher “o rumo” da conversa, transmitindo as suas memórias e representações de forma livre e criativa e, gradualmente, de um nível mais geral para um mais específico. Ocasionalmente (e oportunamente também), uma ou outra questão da entrevistadora permitiu explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos sujeitos, mas mantendo o formato de abertura (entrevista semi-directiva ou semi-estruturada). Progressivamente, o guião da entrevista viria a ser enriquecido e remodelado após cada entrevista (novas questões seriam colocadas).

Antes de iniciar cada entrevista, foram feitos a apresentação da investigadora e o agradecimento ao entrevistado por ter aceite participar. Foram ainda explicadas a natureza do estudo e a sua finalidade, sendo dada a garantia de anonimato ao entrevistado, mesmo que ele (estudo) viesse a ser (parcialmente ou integralmente) publicado e divulgado. Foi igualmente assegurado que as informações seriam usadas/interpretadas no seu devido contexto. A possibilidade de transmitir essas certezas, antes da entrevista e numa amena conversa informal, propiciou o desenvolvimento de uma ligação empática. Só depois destes passos, e com o consentimento do entrevistado, se iniciaria a entrevista (áudio) gravada, num local e

num horário escolhidos pelo próprio (a data já tinha sido previamente acordada). E pôde então o sujeito falar livremente das suas vivências, cabendo-lhe o desenvolvimento da entrevista e o papel central. Nesse processo, respeitando o método adoptado (entrevista semi-estruturada), a entrevistadora esforçou-se por colocar o menor número possível de questões, conduzindo no entanto a entrevista aos seus objectivos. Em nenhum momento a investigadora implicou-se no conteúdo da entrevista, fazendo somente algumas reformulações de vez em quando para ajudar o entrevistado a reorganizar o seu pensamento. Em nenhum momento também foi colocado um limite de tempo ao entrevistado, estando a entrevista condicionada apenas pela verve deste ou pela sua disposição natural em falar, maior ou menor. A cessação de novas questões ou de novos dados (auto-revelação) ditaria o final da entrevista, a qual parece não ter “perturbado” os entrevistados. Apenas uma entrevistada (E3) revelou um certo nervosismo, patente, entre outros, pelo ritmo do discurso proferido. As entrevistas não tiveram todas a mesma duração. Basta consultar o quadro a seguir para ficar esclarecido.

Entrevistas	Duração (em minutos)
E1	12
E2	19
E3	11
E4	12
E5	11
E6	12
E7	14
E8	18
E9	10
E10	19
E11	31

Quadro n.º 10 – Duração das entrevistas

No decorrer das entrevistas, ficou bem visível que o valor da recordação das situações emotivas relatadas não é abalado pelo tempo passado. De facto, os participantes transmitiram as suas vivências com uma vivacidade surpreendente em certos casos, como se as mesmas se reportassem ao próprio dia de hoje. Essa comunicação não se esgotou com as entrevistas, havendo um ou outro participante que necessitou até de um espaço de partilha de emoções no final das mesmas (finda a gravação áudio), o que

nunca foi ignorado. Nessa altura, também foram avisados os entrevistados de um futuro contacto para validação conjunta dos dados, situação prontamente aceite por eles. Entretanto, continuava a decorrer a transcrição das entrevistas, a qual já se iniciara na fase da colheita de dados. O tempo gasto nesse procedimento rondou as quarenta horas (com uma duração média de transcrição de três horas, três horas e meia para cada entrevista, sendo que a mais longa – E11 – atingiu as seis horas). Deve-se ter em conta que a língua também constituiu um obstáculo para a investigadora, necessitando ela de cuidado redobrado para não alterar o que lhe foi dito.

Nesta etapa, para evitar o enviesamento, foi adiada a revisão conceptual até à transcrição completa das entrevistas. O material “obtido” seria triangulado com a orientadora deste estudo e com um enfermeiro galego que não participou nesta investigação, e mais tarde, em Novembro, pelos próprios entrevistados, com excepção de E2, E5 e E11. Efectivamente, nessa altura o primeiro elemento estava de licença de maternidade e os restantes de atestado de longa duração. Os elementos contactados consideraram que tinha sido efectuada uma fiel reprodução do seu discurso.

2.5 – A análise de dados

Finda a transcrição, começou verdadeiramente a análise dos dados com uma e mais leituras do material obtido, para apreender o sentido do todo. Teve-se em atenção todos os momentos das entrevistas, incluindo por exemplo as pausas, o riso e as hesitações. A esse respeito, convém esclarecer que foram usados os seguintes códigos linguísticos: (...) reticências entre parênteses representam um período de hesitação ou de pausa de breve duração; (pausa) traduz um período maior de pausa; [] parênteses recto representa segmentos de texto que não são perceptíveis, devido à qualidade do som ou a pequenas interferências; [] texto entre parênteses recto foi o código atribuído a palavras ou frases, que derivam dos dados e foram acrescentados para clarificar algum aspecto. Os momentos em que algum entrevistado tenha rido ou fungado foram assinalados entre parênteses.

Os dados proporcionados pelas entrevistas formaram um “corpus” abundante e rico em informações, colocando o investigador perante o problema de como dar sentido a esse conjunto de factos sem desperdiçar a riqueza das significações. Com esse intuito,

começou-se por identificar as unidades de significação, tendo em mente que «*as unidades de significação são os constituintes que determinam o contexto do fenómeno e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a esse contexto*» (Deschamps: 1993, cit. in Fortin, 1999:315). Procurou-se ainda reduzir as unidades de significação em significados, por outras palavras, atribuir sentido às unidades de significação, preservando a essência de cada afirmação (apesar da transformação linguística que foi necessariamente aplicada). Procedeu-se então à categorização, envolvendo um longo e minucioso trabalho de comparações, análise e uma “delicada passagem à síntese” (Pereira, 2003, cit. in Diogo, 2004:93). Os significados foram agrupados (de forma indutiva) pela semelhança de sentido, dando origem aos indicadores, primeiras categorias de análise. Da codificação e comparação de cada nova ocorrência (unidade de significação) com as anteriores resultou uma nova categoria ou um indicador já existente. Ficamos mesmo a saber pela fonte supra-citada que a *Grounded Analysis* é particularmente fecunda na descoberta indutiva da ordem categorial a partir da desordem dos dados recolhidos. Mas uma descoberta que também é dedutiva, pois qualquer análise implica um embrenhado movimento de raciocínio indutivo – dedutivo.

Enfim, é assim que progressivamente, se procedeu à “condensação dos dados” (ibidem) ou “redução” dos mesmos, estabelecendo **categorias** (teóricas) que foram incluídas noutras de natureza mais conceptual ou teórica (**os temas**), tendo como base as relações intercategoriais. Nesta fase, tínhamos então três níveis de categorização: categorias descritivas (**indicadores**), categorias mais abstractas de natureza conceptual (**categorias**) e categorias sintetizando as dimensões essenciais da análise (**temas**). O que corresponde à efectivação das etapas do processo de codificação, em conformidade com Streubert e Carpenter (2002). É bom salientar que para esses autores, existe a **codificação de nível I** (identificação e codificação das unidades de significação a partir do texto procedente da transcrição das entrevistas). Temos ainda a **codificação de nível II** (condensação dos códigos de nível I, através do método comparativo constante, comparando-os com os outros e inserindo-os em grupos ou categorias de acordo com uma adequação óbvia. Finalmente, deve-se considerar a **codificação de nível III** (a emergência dos temas centrais).

A corroboração das unidades de significação foi feita pela orientadora deste estudo, após terem sido feitas algumas alterações ou afirmações, o que foi uma contribuição deveras

valiosa. Uma enfermeira docente, com dezanove anos de experiência profissional e detentora de uma especialidade em Saúde Comunitária e de um Mestrado em Psicologia Social (a leccionar actualmente Antropologia numa Escola de Enfermagem), concedeu também à posteriori a sua opinião. Contudo, importa referir que a análise dos dados não se limitaria as fases já referidas anteriormente, abrangendo ainda a sua interpretação.

Uma explicação que careceu de um apoio bibliográfico (a revisão da literatura foi fundamental nessa fase) e de *reflexibilidade* (Cármen de la Cuesta, 2003, cit. in Diogo, 2004) por parte da investigadora (o facto desta se relacionar intimamente com o tema em estudo), mas que obrigou também a um vaivém constante entre o trabalho empírico e o trabalho teórico, enfim, entre a recolha de dados, as suas codificação e análise, bem como a sustentação teórica. Essa situação é própria do tratamento de dados (senão exclusivamente, pelo menos também) na metodologia da *Grounded Theory*. Falta apenas acrescentar que todo o trabalho de categorização foi realizado no programa de processamento de texto do Word (incluindo os quadros).

2.6 – A emergência da estrutura conceptual

Chegada esta fase já tinham sido percorridos todos os passos inerentes à metodologia da *Grounded Theory*, a saber, a produção de dados (entrevistas em profundidade), a análise de dados e a formação de conceitos (codificação de nível I, II e III), o desenvolvimento de conceitos e a emergência da variável principal ou processo sócio-psicológico básico (Diogo, 2004:96). Segundo esta autora, a metodologia utilizada visa a produção de uma teoria a partir da própria investigação, ou seja, uma teoria “enraizada/ancorada” ou baseada nos dados, pressupondo a definição de propriedades e relações entre diferentes conceitos (hipóteses) para compreender e explicar o comportamento dos actores. Desse modo, a teoria não preexiste à investigação, resultando pelo contrário dos dados resultantes desta (pesquisa) e das suas sucessivas transformações. Daí ser definida pelos seus autores como “enraizada” em dados sistematicamente recolhidos e analisados.

Faltava então construir uma estrutura conceptual explicativa que desse resposta à pergunta de investigação proposta neste trabalho. Nesse sentido, procurou-se descobrir o modo como as categorias se relacionavam e “interpretavam” e a ordem categorial, com o intuito de descobrir o fio condutor traduzindo a lógica das vivências dos

participantes. Por outro lado, a fundamentação teórica do modelo explicativo emergente contribuiu para a validação (teórica) da pesquisa efectuada. Uma teoria que pode propiciar um saber inestimável para a prática de enfermagem, já que se apoia na experiência dos profissionais que lhe “dão vida”.

**PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
DADOS**

PARTE III A – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A teoria enraizada exige que os investigadores colham, codifiquem e analisem dados desde o início do estudo, processos esses que decorrem em simultâneo. Durante a análise de dados, emergiu um número elevado de categorias que foram reduzidas pela investigadora (redução). Para tal, essas categorias foram condensadas «noutra mais vasta» (tema), após uma comparação das mesmas para perceber-se como se ligam ou como se agrupam. Por outro lado, procedeu-se à amostra selectiva de dados, ou seja, colheram-se mais dados, de modo selectivo. O intuito era desenvolver hipóteses e identificar as propriedades das principais categorias, com vista à saturação das categorias. Através do processo de redução e comparação viria a emergir a variável principal, aquela que «[...] ilumina o tema principal dos actores em contexto e explica o que se passa com os dados» (Glaser, 1978, cit. in Streubert; Carpenter, 2002:122).

Posteriormente, a investigadora procedeu à amostra selectiva da literatura, para que essa revisão bibliográfica não se traduzisse em enviesamento dos dados obtidos. Efectivamente, nesta fase, o código teórico proporcionou direcção e a memória preservou os pensamentos e as abstracções do investigador relacionadas com a teoria emergente.

1 – A RELAÇÃO COM O OUTRO

Disse um dia Watson (2002, cit. in Diogo, 2004:53-54) que “*o processo de cuidados é um processo relacional, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos*”. De facto, a *relação com o outro* constitui mesmo a essência da Enfermagem, uma relação que esconde a experiência emocional. Uma situação interaccional que, pelo potencial impacto em vários domínios (laboral, social e outros), importa desvendar um pouco. Afinal, não desejamos todos nós melhores cuidados de Enfermagem? Mas então quem se esconde atrás da designação “prestador de cuidados”, neste caso “enfermeiro”? Qual a sua vivência, sobretudo quando trabalha num país que “não é o seu” e quando “o outro” assume tantas formas de sentir?... É isso que descobrimos página após página, palavra após palavra. Por opção metodológica, as entrevistas foram transcritas num

“português incorrecto”, respeitando o discurso proferido, e não em galego (anexo XI). De facto, neste discurso existia frequentemente uma mistura de duas línguas, o que dificultou a transcrição, tornando-a deveras complexa.

1.1 – As atitudes dos outros profissionais de saúde

Porventura, um dos aspectos mais complexos do “viver em sociedade” reside no *ambiente relacional*. Ficamos a saber por Sagehomme (1997) que esse é o ambiente interno existente entre os membros de uma organização, ou seja, o conjunto das diferentes relações estabelecidas no trabalho entre dois ou mais indivíduos. Algumas relações são necessárias (como as utilitárias), outras são importantes e outras ainda são espontâneas. Na área da saúde, este ambiente abrange as relações com os inquiridos de profissão, com a equipa multidisciplinar e com os utentes – indivíduos e/ou famílias. Atendendo a esta concepção, procurou-se caracterizar *as atitudes dos outros profissionais de saúde* para com os enfermeiros estrangeiros e a relação estabelecida pelos utentes e respectiva família com os mesmos. Sem esquecer as emoções e os sentimentos vividos por esses profissionais de saúde.

As atitudes dos outros profissionais de saúde

Ao olhar mais atento de certos entrevistados não escapou o quanto a sua presença intimidou inicialmente os seus colegas de profissão portugueses. O **medo** destes era bem visível:

*Eu acho que tiveram receio [...] (E1)
[...] mas aquelas colegas mais antigos, no início acho que tiveram um bocado de receio. E os nossos chefes também tiveram muito (E1).*

Na verdade, os enfermeiros recém-formados também se ressentiram com os seus congéneres espanhóis. “*Eram quase todos recém-formados, não tem experiência*” assinala-nos o elemento E2. Talvez por identificarem uma **identidade nacional** diferente da sua. “*Eu não sou de cá*” faz questão de salientar a mesma entrevistada. Pese ainda eventualmente a responsabilidade atribuída aos enfermeiros estrangeiros (como nos diz E1) e a importância numérica desses enfermeiros. Afinal...

[...] nós viemos de repente muitos espanhóis para (...) éramos muitos em Medicina. (Pausa). E muitos que já viemos trabalhar deu bastante. (E2).

Parece mesmo que o receio para com os enfermeiros espanhóis estendeu-se também aos auxiliares, nos dizeres do mesmo elemento:

*Depois os os (...) os auxiliares no início estavam um bocadito mais (...) (E2).
Ficavam sempre um bocadito de pé atrás: “olha, são espanhóis”. (E2).*

Essa atitude foi passageira. “Depois passado uma semana, já (...) já (...) (E2). Contudo, mais do que isso demorariam os enfermeiros portugueses a aceitar os seus parceiros de outras nacionalidades. Efectivamente, **os enfermeiros espanhóis não eram reconhecidos no princípio por parte dos seus pares**, alegam os inquiridos.

*Eu acho que tiveram receio (...) é (...) mesmo a nível da responsabilidade deixar um enfermeiro Espanhol sozinho (E1).
Nos trataram como (...) estagiário, não como enfermeiro () (E4) (...) não me consideram profissional (pausa) ou não me consideram que eu tenho experiência. (Pausa). É como se eu vinha saber para a escola, ou (...) de não saber tratar com doentes. (E4)*

A tal ponto que “(...) quem nos mandavam eram eles” (E4). Determinadas intervenções estavam inclusivamente vedadas aos entrevistados, ou por não saberem ou por não lhes ser atribuída essa responsabilidade.

*Nós não podíamos (...) hé (...) tocar as bombas porque não sabíamos. (E4)
Hé, não podíamos assumir responsabilidade de dar medicação ao doente. (E4)
Mas no início não éramos nós que ficávamos de responsáveis. (E1)*

Por vezes, a não-aceitação reveste um carácter mais forte, traduzindo-se em repúdio. De facto, **os enfermeiros espanhóis sofreram rejeição por parte dos seus congéneres portugueses**.

*Foi difícil trabalhar no início na Medicina. Com (...) por causa dos elementos objecto deste estudo. (E4)
Então no início do (...) nos rejeitaram um bocado (). (E4)
Hé (...) tudo tinha problemas. Qualquer coisa que dissesse uma espanhola he (...) e se ainda fazia bem era pior, porque era uma espanhola a fazer. (E1)*

Até o horário era motivo de desaprovação:

E então depois eram elas assim: “â, porque vocês juntam turnos e depois vão sempre para Espanha três ou quatro dias”. (E11)

Nem sempre pacífica também a relação com os médicos:

*A relação nossa com os médicos também acho que é muito má.
Pelo que eu vivi noutros sítios, é muito má. (E10)
Enquanto os médicos (...) tão pouco sempre há algum (...) que quer sempre estar
acima ou (...) chatear-se contigo [...]. (E11)*

Uma relação marcada no início pelo **distanciamento**:

*E médicos, já nós não tivemos tanta relação, sobretudo ao início [...]. (E3)
Não se relaciona muito com os enfermeiros no início. Então nós não podíamos falar
com o médico [...]. (E4)*

Um distanciamento que pode esconder uma aceitação passiva, pois **os médicos não interferiram na vivência profissional dos enfermeiros espanhóis**. Com efeito, segundo um dos intervenientes:

*Eu não acho que nem dificultaram nem ajudaram. (E7)
Dificuldades não puseram, mas agora, ajudar, pronto (...). (E7)*

Contudo, esta opinião não é partilhada por outro entrevistado que considera significativo o apoio prestado pelos referidos profissionais:

Também também por acaso muito (...) muito [...]. (E6)

Não é omitida igualmente a **ajuda oferecida pelas auxiliares**, bem como o **apreço** por elas manifestado. Ouçamos as palavras de uma entrevistada:

Por exemplo o outro dia as próprias auxiliares diziam: “*é que tu (em referência a mim), é que tu pegas numa criança [...] e não vês se tem problemas sociais, se é persona rica do mundo, quer dizer, pegas em todas iguais (...)*” (E10)

Pelo menos, **se não ajudaram**, torna-se claro que **não interferiram** (aceitação passiva). “*Eu não acho que nem dificultaram nem ajudaram*” refere o E7. Dois outros elementos defendem igualmente a ideia que **as auxiliares não dificultaram o trabalho dos enfermeiros estrangeiros**:

*Com as auxiliares não tive dificuldade nenhuma. (E3)
Mas pronto, não houve problema. (E11)*

E esse facto apesar de “[...] *que sempre há uma ou outra que tem a língua mais (...) afiada*”. (E11)

Em verdade, são alguns os entrevistados que reconhecem não só a colaboração das auxiliares, como de todo o pessoal em geral. **Toda a gente apoiou os enfermeiros espanhóis:**

A gente me ajudou muito [...]. (E3)
Toda a gente me ajudou, desde os meus colegas enfermeiros, toda toda a gente [...] inclusivamente o eles me ajudaram muito. (E3)
Toda a gente sabia que éramos espanhóis e tinham um bocado de paciência com nós. (E4)

Foi-nos dito ainda que **existe reconhecimento por parte dos outros profissionais de saúde:**

[...] ficámos responsáveis, sabe, prontos, ao fim de cinco anos [...]. (E1)
Eu sou conhecida no (...) no meu espaço, pelos meus chefes, pelos médicos, pelos meus colegas. (E4)

Esse “status” adquirido confere ao seu beneficiário uma participação activa no serviço. “*E depois eu digo o que penso e o que quero mudar. [...]*” (E4) Algo sem dúvida gratificante, assim como o é a aceitação dos companheiros portugueses. Com efeito, **os colegas portugueses foram muito bons**, segundo determinados inquiridos:

Foram bestiais. (E9)
[...] mas também as colegas foram muito boas [...]. (E10)
De modo que “[...] a relação entre nós enfermeiros é formid (...) é muito boa, é fabulosa mesma”. (E10)

Uma relação em que **os enfermeiros portugueses proporcionaram ajuda:**

A maioria dos intervenientes proporcionou acompanhamento. (E1)
Os participantes enfermeiros ajudaram. (E2)
[...] sempre desde o primeiro dia que vim me trataram muito bem, do chefe às enfermeiras responsáveis, toda a gente me ajudou muito. (E3)

Uma relação em que **não existe nada de negativo a apontar aos colegas de trabalho portugueses:**

E dos portugueses também não tenho nada a dizer. (E2)
Não posso dizer nada mal não. (E3)

O que leva uma das pessoas interrogadas a declarar que “[...] aqui há um sentimento de trabalho em equipo, mas em equipo de enfermagem, não é”. (E10)

E embora essa convicção não seja consensual (importa saber ler nas entrelinhas), foram vários os participantes que admitiram que **os enfermeiros portugueses alteraram o seu procedimento em relação aos colegas espanhóis:**

[...] mas foi no início, mas depois houve uma reunião e se falou já com já faz mais coisas e já começou a trabalhar normalmente. (E4)

Já sente um outro ambiente, uma confiança de muitos anos entre os entrevistados (...). (E6)

[...] vejo que houve mudança dos intervenientes em relação, em relação a nós. (E11)

Uma mudança que obrigou com certeza a alguma introspecção...

Aludindo à opinião de Memmi (1993), a autora Miranda (2002:45) preconiza que «o reconhecimento de um outro implica, obviamente, o reconhecimento de uma diferença e, longe de ser neutro, causa inquietação, receio, uma “inquietante estranheza”, sendo a reacção naturalmente defensiva». Esta crença coaduna-se com o que aconteceu aos enfermeiros estrangeiros. De facto, a reacção inicial dos seus pares foi o medo.

Assim e aparentemente, as várias sondagens (Miranda, 2002:26), relativas às atitudes dos portugueses para com os imigrantes terão razão. Os “nacionais” não são tão tolerantes quanto julgam ser ou querem demonstrar.

E surge então, como já dissemos, o medo, essa emoção primária fulcral para a subsistência. Uma sobrevivência que, neste caso, obriga a encarar o “desconhecido” e o “concorrente” no mercado do trabalho, na pessoa desses numerosos “trabalhadores-migrantes”. Obriga ainda a considerar o conceito de “limiar de tolerância” (Memmi, 1993, cit. in Miranda, 2002:45). É como se a questão residisse na maior ou menor concentração do outro no organismo colectivo. A menor concentração (e visibilidade) do outro, equivaleria a tolerância. Pelo contrário, existindo uma maior concentração do outro, as barreiras protectoras desaparecem e esse outro é encarado como uma ameaça. Mesmo que, publicamente, esse facto seja cuidadosamente escondido sempre que possível, para obedecer à norma anti-racista vigente na sociedade.

Grassa assim um “racismo subtil”, de acordo com a classificação de Pettigrew e Meertens (1995, cit. in Miranda, 2002:25), marcado ocasionalmente por atitudes evidentes de rejeição (bem sentidas pelos inquiridos).

Digno de registo que esse tipo de comportamento ultrapassou o sector de Enfermagem. Realmente, verificaram-se certas manifestações de teor “negativo” por parte dos auxiliares e dos médicos, mas de forma fugaz e em casos pontuais (segundo se deduz). Pouco expressivos também foram os casos de aceitação passiva (não-interferência) por parte dos profissionais em questão (médicos e auxiliares). Na verdade, em relação à forma de proceder do pessoal em geral, foram mais significativos os indicadores “positivos” (ajuda/acompanhamento/bondade) e “neutros” (“nada de negativo”). Demonstra bem a ambivalência que existe na nossa sociedade, a fazer jus às conclusões de Miranda (2002:26).

Essa ambivalência incentivou-nos a explorar mais a temática dos relacionamentos, procurando caracterizar igualmente a relação desenvolvida entre os enfermeiros espanhóis e os doentes e respectivas famílias.

1.2 – A relação enfermeiro-doente/família

Os doentes e respectivos familiares movimentam-se no “universo laboral” do enfermeiro, podendo contribuir (ou não) pelas suas atitudes para o pleno desenvolvimento deste como profissional e ser humano. Poderemos imaginar a frustração dos **enfermeiros espanhóis que foram depreciados por parte das famílias portuguesas no começo da sua actividade profissional**. Pelas palavras de uma entrevistada tomamos conhecimento que:

[...] os pais às vezes no princípio, agora não, mas no princípio he [...] até quem não cuidava deles achavam como se eu tivesse por debaixo de português [...] (E11)

Quando não eram simplesmente agressivos:

É que quando eu cheguei aqui, a gente não nos conhecia. Uma vez um pai disse-me que me ia dar um pontapé e me ia devolver a Espanha. (E11)

Desse modo e neste caso, **inicialmente a agressividade marcou a relação com o profissional estrangeiro**. Contudo, tanto esse aspecto como o anterior só foram referidos por um dos elementos entrevistados, tendo causado choque ao mesmo. E a procura de uma explicação para o comportamento dos pais ...

[...] contrataram essa pessoa hé (...) que não percebo e que ela fala ainda que ela

me percebe a mim, o que me interessa a mim é saber o que ela diz. (E11)

São até vários os entrevistados espanhóis a mencionar que **a relação com os doentes e família só foi parcialmente dificultada pela língua:**

A única dificuldade era um bocado a língua, depois tirando isso (...) (E7) [...] hé (...) sobretudo a língua (...) (E8)

Uma dificuldade mesmo relativa dado que:

*Nos entendemos com os doentes e os doentes te percebem. Qualquer dúvida tornas a repetir. (E1)
[...] teve muita gente que estava disposta a (...) a me compreender. Então, não tive medo por causa inclusive os doentes, todos. (E3)*

Mais do que tudo, torna-se um desafio. Assim, **a relação com os doentes foi estimulante**, nos dizeres de um elemento:

[...] digamos que (...) estimula mais a gente a começar a falar melhor. E quando tem um trato com o doente e vê que não percebe então é que diz: “bem, tenho que ver como é que se diz”, hé (...). (E8)

Esta característica também emergiu na relação com os mais pequenos, pois **as crianças manifestam curiosidade e apreço por enfermeiros de outra nacionalidade:**

[...] as crianças percebem-me, fazem-me querer saber aquilo que tu falas, perguntam-nos, às vezes dizem: “tu és brasileira” ou “tu és inglesa”, porque falo diferente. E então elas gostam de que lhes falem diferente [...]. (E11)

Uma coisa é certa, a pouco e pouco **verificou-se uma mudança de comportamento favorável por parte dos utentes**, concluiu a mesma entrevistada:

*Vejo que houve mudança dos utentes [...]. (E11)
[...] Por exemplo, o meu namorado Espanhol que trabalha em Ortopedia aqui (...) muitas das vezes vem com coisas para casa que lhe oferecem uns senhores. (E11)*

Essa mudança explica-se certamente por uma adaptação bem sucedida dos doentes/famíliares aos profissionais estrangeiros:

[...] cá estão muito acostumada a processos espanhóis, então também (...) já não (...) não apanham assim muitas surpresas. (E8)

Ao ponto que **hoje em dia os enfermeiros espanhóis são mais valorizados que os seus congéneres portugueses**, como focou uma das participantes deste estudo:

[...] Isso e que agora os próprios pais e as próprias gentes, agora que nos conhecem dizem que preferem as enfermeiras espanholas. (E11)

O que não impede uma enfermeira de reconhecer que **o doente e a sua família fazem prova de algum comodismo:**

Eu acho que aqui é um bocado (...) “a enfermeira que faça”. (E5) enquanto que em Espanha “[...] a família está permanentemente e ajuda” (E5)

Os contextos sociais variam sem dúvida, de país para país, o que deve suscitar algumas precauções. Como disse um dia Maalouf (1999, cit. in Miranda 2002), nenhum país pode dispensar a reflexão sobre a maneira de fazer viver em conjunto populações diferentes, sejam elas locais ou imigradas. As dificuldades com que se deparou um entrevistado face à agressividade de determinados pais mostra bem a relevância dessa reflexão.

Com efeito, perante uma identidade nacional distinta, logo com realidades linguística e cultural específicas, as reacções não foram sempre favoráveis (depreciação e agressividade). E se bem que só um entrevistado tenha referido esse facto, não é possível esquecer que ainda existe quem use de discriminação para com os estrangeiros. Porventura, é na tentativa de conquistar uma identidade social positiva que se dá esse processo de hiper-valorização do grupo de pertença e de desvalorização do grupo dos outros (Tajfel, 1983, cit. in Miranda, 2002). Enfim, à luz do que nos foi dito parece mesmo que, apesar de Portugal não ser um dos países mais desenvolvidos na Europa, a sua população autóctone perspectiva-se de forma utópica no mundo (daí a reflexão “como se eu estivesse por baixo de português”). Um mundo que é «[...]constituído, organizado e pensado em termos de estados-nação» (Miranda, 2002:39) e caracterizado por distintivos psicolinguísticos.

A diferença de línguas não pareceu contudo ser um grande obstáculo na relação com os doentes e as suas famílias. Antes constituiu-se em factor de estímulo nos relacionamentos estabelecidos e em motivo de curiosidade e de apreço por parte das crianças. Em qualquer dos casos, as relações viriam a evoluir de forma positiva para os enfermeiros estrangeiros. Talvez porque, como concluiu Leitão (1991, cit. in Miranda, 2002:27) «[...] não existe na sociedade portuguesa um sentimento de rejeição em geral dos estrangeiros ou desta ou daquela comunidade imigrante».

O que não impede de concluir que a cultura é o somatório das maneiras aprendidas

sobre o fazer, sentir e pensar. É pois uma forma de condicionamento que se revela através do comportamento e influencia a maneira pela qual o utente e o enfermeiro se relacionam (Potter; Perry, 1999, cit. in Gomes, 2001).

E, a propósito de relacionamento, quais serão os sentimentos e as emoções vividos pelos enfermeiros estrangeiros?

1.3 – As emoções e os sentimentos vividos

Disse um dia Newton que a toda a acção corresponde uma acção da mesma intensidade, porém em sentido contrário. É pois a lei da “causa-efeito” à qual o ser humano certamente não está imune.

O discurso dos enfermeiros estrangeiros poderia convencer-nos disso. Afinal, a diversidade de emoções e sentimentos por eles apresentados não parece mais que o reflexo das distintas atitudes dos seus colegas de equipe. Realmente, constata-se que procedimentos menos correctos, ou encarados como tal pelos enfermeiros espanhóis, geram neles emoções “negativas”. Ao ponto de, para uma entrevistada, **existir desconforto na relação com os colegas portugueses:**

Acho que há mais dificuldade é sentir-te bem com os teus colegas, do que realmente no teu trabalho. (E11)

Um mal-estar que pode ser acompanhado de **surpresa** perante a realidade com que se deparam:

Mas quero dizer, quando eu cheguei aqui, assombrou-me que havia (...) a (...) que a maioria não, todas as colegas portuguesas deixavam as coisas por fazer e iam tomar o pequeno-almoço. (E11)

O facto é que a surpresa tem vindo a ser considerada uma das emoções básicas do ser humano. De facto, é uma emoção inata e que surge em resposta às situações. Nessa medida é **adaptativa**, pois permite-nos enfrentar os imprevistos da existência, tornando-se fundamental para a nossa sobrevivência (emoção saudável). Daí ser classificada como **emoção primária adaptativa** por Greenberg (2005), aquela emoção que é o prenúncio de uma emoção mais forte, o que no caso do elemento entrevistado não deixou de se verificar:

[...] deixavam (...) tudo por fazer. (E11)
Eu ficava (...) quer dizer, acabava fazendo o meu trabalho e o delas [das colegas portuguesas]. (E11)

Como frisa a entrevistada em causa, em Espanha não é assim. Na sua leitura do contexto circunstancial e cultural, adivinha-se a **insatisfação**, o **aborrecimento** tingido de **revolta**. É mesmo a expressão de «*uma emoção de tonalidade negativa subjectivamente experienciada como um estado de excitação e antagonismo contra alguém ou alguma coisa percebido como a causa de acontecimento(s) de carácter aversivo para o próprio*» (Novaco, 2000, cit. in Neto; Azevedo, 2003:52).

E a indignação/a rejeição só cede o lugar à desconfiança:

O final com a desconfiança disse: “desculpa lá, aqui está-se a passar algo. Há que trabalhar. (E11).

E é também isso que estes profissionais querem: trabalhar. Mais do que tudo, serem reconhecidos como qualificados para o serviço a executar. A negação desse direito é fonte de **revolta**, como explica uma das participantes:

Então houve uma revolta muito grande, pelo menos da minha parte, a gente que já temos uma idade que não assumimos que nos tratem como crianças. (E4)

Mas para outro elemento o motivo de aversão é distinto: a forma de proceder de certos enfermeiros portugueses em relação aos doentes. Sobretudo porque “[...]em Espanha não se dá nada. Podes oferecer flores ou alguma coisa assim. Mas não se dá dinheiro. É muito feio». (E11) Ora... “E aqui ainda há gente que aceita isso. Por parte dos portugueses, isso parece-me muito baixo, muito baixo.» (E11)

Todavia, são vários **os enfermeiros espanhóis** que **manifestam satisfação em relação aos seus colegas de trabalho**:

É mesmo trabalho em equipa e aqui fiz muitos amigos, uns amigos espectaculares [...]. (E10)
[...] a relação entre nós enfermeiros é formid (...) é muito boa, é fabulosa mesmo. (E10)
Foi porreiro. Foram bestiais. (E9)
[...] Nunca senti a rejeição de ninguém por isso voltaria aqui outra vez. (E3)

As asserções dos entrevistados parecem confirmar a perspectiva de Diener et al (1999, cit. in Bragança, 2002) como o bem-estar individual não resulta meramente da

prosperidade económica. Este dependerá igualmente das respostas emocionais, das áreas de satisfação na vida, nos domínios do grupo de pertença e do trabalho, entre outros. Da avaliação feita dos acontecimentos provêm então emoções e disposições (vivências) agradáveis (bem-estar) ou desagradáveis (mal-estar) (Diener et al, 1999, cit. in Bragança, 2002).

No caso da amostra estudada, as atitudes dos enfermeiros portugueses parecem ter induzido com alguma frequência emoções desagradáveis nos seus colegas estrangeiros. Não só pela forma de proceder no trabalho e para com os doentes, mas também para com esses mesmos colegas. Desde o “simples” mal-estar, até à insatisfação, à desconfiança, ao choque e à revolta, poucas emoções primárias (emoções inatas e úteis para assegurar a sobrevivência) “negativas” parecem esquecidas. Sobretudo porque os relacionamentos estabelecidos entre enfermeiros caracterizam-se, por vezes, pela falta de apoio aos intervenientes estrangeiros e pela negação do seu estatuto de “alter-ego”, de acordo com a opinião de alguns entrevistados.

Ora, a CEEAS (Commission Européenne Emploi et Affaires Sociales, 2000) não hesita em indicar o pouco poder de decisão, bem como superiores e colegas pouco cooperantes, como factores de stress relacionado com o trabalho, logo, condição contrária ao bem-estar. Uma linha de pensamento que é ainda adoptada pelos autores supra-citados (Diener et al, 1999, cit. in Bragança, 2002). Afinal, os trabalhadores devem ter oportunidade para consultar os participantes e influenciar o seu local de trabalho, tanto como desenvolver as suas capacidades e aprender com o trabalho. E se essa situação nem sempre aconteceu aos enfermeiros espanhóis, é verdade também que a situação oposta foi fonte de alegria.

Desse modo, à luz da informação obtida, parece que as emoções e os sentimentos vividos não foram assim tão influenciados pela cultura organizacional. Terão sido essencialmente condicionados pelo clima organizacional ou pelo ambiente relacional. Mesmo que um não possa ser dissociado do outro, como no lembra Arcaño (2003). Com efeito, para este autor, perspectiva-se que é o sistema de valores da organização que vai influenciar o modo como o trabalho é desempenhado e como se comportam os funcionários, traduzindo-se em motivação, clima de trabalho e envolvimento.

Tudo o que foi já dito mostra bem como o ser humano não tem apenas aspirações básicas. De facto, e tal como define Maslow (1954), tem igualmente necessidades de ordem superior que abrangem necessidades sociais, de estima e de auto-realização do

potencial e a utilização plena dos talentos individuais, (são apenas algumas das necessidades). E que só se conseguem atingir com a ajuda de terceiros (vide colegas de trabalho), mau grado a presença de stressores ambientais ou organizacionais (tais como as relações conflituosas ou más com os entrevistados e a falta de reconhecimento) no local de trabalho. (Hartrich, 1993, cit. in Bragança, 2002). Os enfermeiros espanhóis não são diferentes dos seres humanos em geral. Sonham como os outros, sofrem como eles numa realidade em que a tensão entre a globalização e o particularismo também é um facto característico de modernidade, como nos diz Silva, (1994, cit. in Miranda 2002). Assim, torna-se por demais evidente que, numa sociedade como à nossa, de “racismo português suave” (Portas, 1992, cit. in Miranda, 2002:26), o ambiente relacional determina as concepções dos enfermeiros estrangeiros quanto à sua situação laboral. O quadro seguinte traduz a codificação dos dados obtidos.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
As atitudes dos outros profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os enfermeiros portugueses manifestaram receio para com os seus colegas espanhóis. ➤ Os auxiliares do serviço demonstraram inicialmente preconceitos em relação aos enfermeiros espanhóis. 	E.1 – E.2 E.2
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No início os médicos não estabeleciam grande relação com os enfermeiros estrangeiros. ➤ A inter relação entre as diferentes categorias profissionais é fraca. 	E.3 – E.4 E.10
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os enfermeiros espanhóis não eram reconhecidos no princípio por parte dos seus pares. ➤ Os enfermeiros espanhóis sofreram rejeição por parte dos seus congéneres portugueses. ➤ O relacionamento dos enfermeiros estrangeiros com os médicos é mau. 	E.4 E.44 – E.11 E.10 – E.11
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os médicos não interferiram na vivência profissional dos enfermeiros espanhóis. ➤ Os médicos ajudaram esses profissionais estrangeiros. ➤ As auxiliares prestaram apoio. ➤ As auxiliares manifestaram apreço para com os enfermeiros espanhóis. ➤ As auxiliares não interferiram. ➤ As auxiliares não dificultaram o trabalho dos enfermeiros estrangeiros. ➤ Toda a gente apoiou os enfermeiros espanhóis. ➤ Os enfermeiros estrangeiros são devidamente reconhecidos pela equipe de saúde. ➤ Os colegas portugueses foram muito bons. ➤ Os enfermeiros portugueses proporcionaram ajuda. ➤ Não existe nada de negativo a apontar aos colegas de trabalho portugueses. 	E.7 E.6 E.6 E.11 E.7 E.3 – E.11 E.3 – E.4 – E.8 E.1 – E.4 E.3 – E.9 – E.10 E.1 – E.2 – E.3 – E.5 – E.6 – E.8 E.2 – E.3

Quadro n.º 11 – A relação com o outro.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
As emoções e os sentimentos vividos	➤ Existe desconforto na relação com os colegas portugueses.	E.11
	➤ Os enfermeiros espanhóis estão desagradados com os seus congéneres portugueses.	E.11
	➤ Os profissionais espanhóis rejeitam o procedimento dos enfermeiros portugueses.	E.11
	➤ A relação com os colegas é pautada pela revolta.	E.4 – E.11
	➤ A desconfiança marca o relacionamento com os enfermeiros portugueses.	E.11
	➤ Os enfermeiros espanhóis manifestam satisfação em relação aos seus colegas de trabalho.	E.3 – E.9 – E.10 – E.11
	➤ Os enfermeiros portugueses alteraram o seu procedimento em relação aos colegas espanhóis.	E.1 – E.4 – E.6 – E.11
A relação enfermeiro – doente / família	➤ Os enfermeiros espanhóis foram depreciados por parte das famílias portuguesas no começo da sua actividade profissional.	E.11
	➤ Inicialmente a agressividade marcou a relação com o profissional estrangeiro.	E.11
	➤ O enfermeiro Espanhol sentiu-se chocado com a atitude dos pais.	E.11
	➤ A relação com os doentes e família só foi parcialmente dificultada pela língua.	E.8 – E.3 – E.7 – E.8
	➤ A relação com os doentes foi estimulante.	E.8
	➤ As crianças manifestam curiosidade e apreço por enfermeiros de outra nacionalidade.	E.11
	➤ Verificou-se uma mudança de comportamento favorável por parte dos utentes.	E.11
	➤ Hoje em dia os enfermeiros espanhóis são mais valorizados que os seus congéneres portugueses.	E.11
➤ O doente e a sua família fazem prova de algum comodismo.	E.5	

Continuação do Quadro n.º 11 – A relação com o outro.

2 – COMUNICAÇÃO

2.1 – Os diferentes estilos

Se bem que a comunicação entre os seres humanos seja um processo universal, a forma como decorre diverge de povo para povo. E não só devido à língua, mas também em consequência do estilo privilegiado. Este facto é notório em relação aos espanhóis.

Os diferentes estilos

Em Portugal prevalecem as formas de tratamento formais, inclusivamente no meio hospitalar. Pelo menos é essa a opinião de alguns enfermeiros estrangeiros:

Aqui acho que (...) se põe um bocado o título (...) a profissão à frente do nome: “Senhor Doutor, Senhora Enfermeira”. (E7)

Por isso aqueles tratos de ao director de serviço há que tratá-lo por “Senhor Dom Professor”, he (...). (E10)

É diferente [em Portugal] porque tu tens que tratar he (...) de uma forma mais (...) digamos mais senhorial algumas pessoas e como mais (...) bruta a outras. (E11)

Essa situação propicia a discórdia, no parecer de uma enfermeira. Para ela, **o trato formal é indubitavelmente um entrave no meio profissional.**

E (...) acho que é pôr travas para (...). Acho que são travas, acho que são travas para (...). (E11)

E um motivo de **rejeição** exprimido abertamente pelo mesmo elemento e outro entrevistado:

[...] já há gente que estuda e não quer ser tratada por doutor porque é uma estupidez. (E11)

[...] É uma estupidez porque eu (...) eu quando estou aflita chamo pelo nome. (E11)

[...] Não tem sentido. (E11)

Lá [em Espanha] não, é um médico como os outros, não merece tratos especiais. (E10)

Mais acrescenta a primeira colega: “Por ter a licenciatura, não sou doutora, e o médico por ter a licenciatura não é doutor, é médico. Afinal, “[...] doutor é quem faz um

doutoramento, quem tem o doutoramento”.

Outras vozes juntam-se à da entrevistada numa recusa subtil do costume português em questão. Este facto é nítido pela forma como os inquiridos defendem um estilo pragmático. Verifica-se assim que **os enfermeiros espanhóis adoptam um discurso informal:**

[...] Nós temos muito o costume de não chamar por você, tratar assim pelo título. Muito “de tu a tu”. (E4)
Eu trato hé (...) por tu aqui alguém. (E7)
[...] eu trato igual eu tento igual a todas as pessoas. (E11)

Mas eles também são os primeiros a dar o exemplo na medida em que **aceitam ser tratados de forma informal:**

Eu me chamo X. O meu nome é X. Não me chame de senhora enfermeira [...]. (E4)
[...] a mim (...) não me importava que as pessoas me tratassem por tu e me chamassem pelo nome. (E7)

Embora, esta última entrevistada admita que «*[...] não me importa que me tratem por “Senhora Enfermeira” que me tratem por tu, enfim, é cultural [...]*».

Uma cultura que, em Portugal está progressivamente em mutação. Pelos menos, pelo olhar de determinados entrevistados, **constata-se alguma mudança no nosso país:**

Mas depois com o tempo foi (...) éramos muitos [...]. (E4)
E ainda que já mudou um bocado de onde eu cheguei [...]. (E11)

Afinal de contas «*[...] não faltamos ao respeito. Podemos falar (...) de tudo e podemos enchermos de médico sem chamar de doutor. Não acontecer nada, inclusive facilitar a convivência*». (E11)

Esta observação torna crível a crença de Potter e de Perry (1999, cit. in Gomes, 2001), segundo a qual o conteúdo de uma mensagem e a maneira pela qual ela é compartilhada é influenciada por vários factores. São esses as percepções, os valores, a cultura os conhecimentos, os papéis sociais e o ambiente de interacção.

Os dados obtidos dos participantes reforçam essa perspectiva. Com efeito, na opinião dos informantes, em Espanha e no meio laboral, predomina um estilo informal entre os colegas de trabalho, quaisquer que sejam as suas categorias/os seus papéis sociais. Assim, as percepções dos enfermeiros espanhóis sobre o que é a comunicação

interpessoal, difere significativamente daquelas dos seus colegas portugueses, influenciados por distintos valores e cultura. E dessas concepções nasce a rejeição dos primeiros ao estilo formal usado em Portugal, sendo este encarado mesmo como um obstáculo no ambiente de trabalho. «A comunicação afecta o comportamento e este é o seu aspecto pragmático, isto é, os efeitos comportamentais da comunicação» já dizia Watzlawick (1993, cit. in Diogo 2004:26). Nessa medida, uma comunicação não só transmite informação, como também define uma relação, ao implicar um comportamento. Ora, se não há comunicação não pode haver relação.

Por outro lado, não é só a comunicação com os doentes que pode sofrer algum “impacto”. Na verdade, essa influência pode ocorrer sobre toda e qualquer comunicação estabelecida no “Universo do Cuidar”, especialmente a “**comunicação funcional**” (Riopelle et al, cit. in Diogo, 2004:27). Efectivamente, esta comunicação, que nos permite interagir com os nossos semelhantes no dia-a-dia, assenta sobre a personalidade dos intervenientes, as suas vivências anteriores, os seus sentimentos, a sua educação, a sua cultura, a sua forma de expressar-se, os seus interesses e os seus desejos. Depende pois da disposição daqueles que a partilham e do contexto em que se desenrola, revelando-se, desse modo, frágil e variável.

Facto tanto mais importante se nos lembrarmos que a comunicação é um dos aspectos fundamentais em qualquer organização. Efectivamente, permite que exista coordenação do trabalho e a cooperação entre os trabalhadores, respeitando os seus valores, atitudes, sensibilidades, crenças e culturas, bem como experiências anteriores, e estimulando a sua motivação.

2.2 – O idioma

Um aspecto a ter em consideração na Comunicação é o idioma. Diversos enfermeiros espanhóis (Galegos) acordaram a similitude do idioma galego com o português. Salientaram que essa **similaridade foi uma ajuda** para eles:

[...] eu sou da Galiza, também isso ajuda um bocadinho [...]. (E1)

[...] Portugal é um bocadinho melhor por causa de (...) do idioma, que é um bocadinho parecido com o galego, não é [...]. (E2)

E a língua, pronto como sou da Galiza hé (...) não me foi assim muito difícil porque há muita semelhança com o português. (E7)

É claro que a semelhança das duas línguas trouxe repercussões na prática da língua portuguesa. Com efeito, **os enfermeiros galegos dominam mal o português**, segundo nos diz um dos participantes:

Por isso nós falamos mal o português porque nunca nos esforçamos (...). (E9)
[...] o idioma para nós os de Valença, por isso falámos mal o português. (E9)

Contudo, uma das entrevistadas reconheceu prontamente que **o facto de não falar galego dificultou a comunicação com as restantes pessoas** (portuguesas):

[...] Então para mim custou-me mais um bocado porque não falava absolutamente nada de galego [...] fogo não estão percebendo nem sequer o que eu digo [...]. (E3)

Mesmo apesar das diferenças também existentes entre as duas linguagens. Efectivamente, «[...] no início os idiomas podem ter um parecido, mas há coisas que (...) não se percebem [...]» (E2). Por outro lado, «[...] a maneira de estruturar as frases e certas palavras são totalmente diferentes». (E7)

É caso para dizer que **os enfermeiros espanhóis salientam algumas particularidades da língua portuguesa**:

[...] tens as palavras que significam em Espanhol uma coisa e em português exactamente o contrário. (E2)
[...] mas a pronúncia enfim é um bocado esquisita. (E11)

Só pouco a pouco as lacunas poderão ser colmatadas. Para tal, é importante encarar **o quotidiano como forma de aprendizagem**, diz-nos um elemento:

[...] mas (...) só o dia-a-dia é que aprendes, pronto, a língua. (E7)

Uma aprendizagem imprescindível, especialmente se considerar que, dos obstáculos à comunicação, a barreira linguística é a mais evidente. Não que tenha sido um obstáculo inultrapassável, neste caso. Efectivamente, a similaridade do galego com o português, se não contribuiu para os enfermeiros espanhóis falarem (melhor) a nossa língua, pelo menos foi uma ajuda para “enfrentarem” a nossa realidade. Alsina (1999) estará então certo quando afirma que os imigrantes que conhecem o idioma da sociedade de acolhimento terão mais facilidade para se desenvolver na mesma, mesmo que preservem a sua “distintividade psicolinguística” (Giles et al, 1977, cit. in Miranda, 2002).

O certo é que, à luz dos dados recolhidos, constatámos que... «A comunicação abarca todas as formas de intercâmbio, sentimentos e emoções, porquanto se trata de um

componente básico das relações humanas» (Cunha, 2000 cit. in Diogo, 2004:34). É complexa e única para cada pessoa, uma vez que cada uma é influenciada diferentemente por distintas variáveis, algumas delas intrapessoais. Nesse campo, podemos ter em consideração as diferentes associações e interpretações das mensagens feitas por cada indivíduo, a par com a disparidade de valores dos referidos profissionais. Como nos diz Hall (1978, s.p. cit. in Alsina, 1999:95), «*Lo que un individuo elige recoger, sea consciente o inconscientemente, es lo que da estructura y significación a su mundo*». Afinal, o que para um é difícil (exemplo: a língua) para outro não o é (devido, por exemplo, à similaridade linguística). Assim, o que se torna mais aceitável para um enfermeiro não o é de todo para o outro. Foi o que aconteceu em relação ao estilo de comunicação vigente no meio estudado que praticamente foi rejeitado por todos os entrevistados, embora de forma mais veemente por uns do que por outros. Dessa maneira, parece confirmar-se a Teoria do Relativismo Linguístico (cit. in Alsina, 1999). Segundo esta, a língua de um povo, ao determinar a percepção e a representação que tem o emissor da realidade, dá forma à sua cultura e cria estruturas intelectuais e emocionais específicas. Enfim, o facto é que ficamos a perceber que, em matéria de comunicação, as diferenças linguísticas condicionam as vivências dos enfermeiros estrangeiros.

Os dados obtidos encontram-se sintetizados no quadro seguinte.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
Os diferentes estilos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em Portugal prevalecem as formas de tratamento formal, inclusivamente no meio hospitalar. ➤ O trato formal é um entrave no meio profissional. ➤ Os enfermeiros espanhóis rejeitam as formas de tratamento formais. ➤ Os enfermeiros espanhóis adoptam um discurso informal. ➤ Os profissionais espanhóis aceitam ser tratados de forma informal. ➤ Constata-se alguma mudança no nosso país. 	<p>E.7 – E.10 – E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.4 – E.7 – E.11</p> <p>E.4 – E.7 – E.11</p> <p>E.4 – E.11</p>
O idioma	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O idioma galego é similar à língua portuguesa. ➤ A similaridade do idioma galego com a língua portuguesa foi uma ajuda para os enfermeiros espanhóis. ➤ Os enfermeiros galegos dominam mal o português. ➤ O facto de não falar galego dificultou a comunicação com as restantes pessoas. ➤ Os colegas espanhóis salientam algumas particularidades da língua portuguesa. ➤ O quotidiano como forma de aprendizagem. 	<p>E.1 – E.2 – E.3</p> <p>E.7 – E.10</p> <p>E.1 – E.2 – E.7</p> <p>E.9</p> <p>E.3</p> <p>E.2 – E.7 – E.11</p> <p>E.7</p>

Quadro n.º 12 – A comunicação

3 – AS DISPARIDADES SOCIAIS

Mesmo que ignorássemos essa realidade, os intervenientes deste estudo fazem questão de lembrar a estratificação social existente no seio da sociedade portuguesa.

3.1 – A hierarquização social em contexto de trabalho

A análise da estratificação social despertou o interesse de diversos autores, constituindo o mote de numerosos trabalhos sociológicos (Giddens, 1973; Abercrombie et al, 1988; Heath, cit. in Lima et al, 2003). Essa disposição hierárquica pode ser alimentada por alguns factores, tais como a cultura organizacional e a própria cultura de um país. Os enfermeiros entrevistados mostraram-se cientes deste último facto, ao indicar que **existe ainda muita subordinação dos enfermeiros ao médico em Portugal:**

*Acho que o médico ainda tem muito poder sobre as coisas que nos compete [...]. (E4)
Aqui não, aqui não trabalha assim. Eu sou médico, eu decido, eu sei. (E11)*

Na verdade:

Com todos os meus respeitos, aqui em Portugal o médico está numa escala muito alta [...]. (E4)

Esse distanciamento social, com laivos de subordinação, não é aceite por alguns participantes do estudo. Efectivamente, pelas suas alegações, tornou-se evidente que **os enfermeiros estrangeiros recusam a soberania da decisão médica:**

*E o médico dava as ordens e nos transmitiam as ordens dos [médicos]. Como se fosse uma grande pontaria. (Ri) (E4)
Eu acho que os enfermeiros temos mais capacidade para decidir certas coisas, que ainda estamos debaixo do mandato do médico [...]. (E4)*

Tanto é que:

*Parece [as enfermeiras] mais ovelhitas he (...) que que vêm que têm de fazer algo, elas sabiam ou não sabiam, elas fazem. (E11)
Ora, «[...] se eu tenho autonomia de saber o que dou e se é minha responsabilidade*

dar, então eu decido se vou dar ou não». (E11)

Desabafo de um mal-estar, eventualmente o reflexo de uma realidade em que **a inter-relação entre as diferentes categorias profissionais é fraca:**

O equipa de saúde he (...) só se dá bem cada profissional com os seus (...) os seus colegas de profissão, mas há muita pouca inter-relação entre (...) entre uns e outros, acho eu. (E10)

O que realça o facto de que, para os entrevistados, **na área da Saúde as relações entre as distintas categorias profissionais são diferentes em Portugal:**

[...] quer dizer aqui hé (...)há muita diferença entre médico e enfermeira e auxiliar. (E11)

[...] quer dizer, os inter-relacionamentos é isso é o que é diferente [...]. (E11)

Situação que ocorre porque:

Aqui [em Portugal] são muito de grupos, muito separatistas, muito de classes sociais, tipo “médico é mais que enfermeira” e “enfermeira é mais que auxiliar”. (E10)

O que, para esse elemento, é uma dificuldade. De facto, o mesmo alega que **a reduzida interacção entre as diferentes categorias profissionais é um dos problemas em Portugal:**

Acho acho que é um dos problemas também daqui. (E10)

Constatações sobre um “mundo do trabalho” bem diferente do existente no seu país de origem. Pelo menos é a crença de determinados “enfermeiros-alvo”. **Em Espanha a relação entre os profissionais de saúde é maior:**

Por isso a inter-relação em Espanha também é maior. (Pausa). A inter-relação entre entre os distintos profissionais é muito maior. (E11)

Lá em Espanha é uma equipa multidisciplinar. Cada um tem as suas tarefas, mas não funciona sem o outro. (E11)

Mas, mais do que isso, **o relacionamento entre os diferentes profissionais da saúde é muito melhor em Espanha:**

O resto a relação é muito melhor. (E10)

Talvez porque «[...] são muito mais próximos» (E10) ou ainda porque **não se nota tanta distinção entre as classes sociais na realidade laboral espanhola:**

[...] esses esses patamares sociais que podem existir entre determinadas profissões [...] está tudo mais uniformizado. (E6)
Ess [...] essas classes entre colegas de saúde em Espanha não se nota. Não são tão tão notadas. (E6)

Um contexto bem diferente do português, como se depreende das palavras de Serra (2000:204). «*A cultura portuguesa principalmente administrativa e legislativa caracteriza-se por uma alta distância hierárquica [...]*».

O meio hospitalar é um espelho dessa realidade. Pelos olhos de “quem é de fora”, apercebemo-nos da distância e da subordinação que (ainda) existem entre os profissionais da Saúde (médicos e enfermeiros em especial, mas também enfermeiros e auxiliares). Cada elemento dito explode de significado.

Tomamos igualmente consciência de que as instituições de Saúde, pelos seus níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade de pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional (Mcintyre, 1994, cit. in Bragança, 2002), geram stress. Um stress evidente nas relações estabelecidas, nem sempre as mais cordiais e as mais respeitáveis, como sublinha Honoré (cit. in Diogo, 2004). É mesmo de acreditar que cada categoria procura desfazer-se das actividades menos gratificantes fazendo-as realizar pela categoria inferior.

Assim, **estatuto e poder** são factores que afectam o funcionamento dos sistemas humanos em contexto de trabalho, gerando fracas inter-relações ou, inclusivamente, conflitos entre as distintas culturas/grupos profissionais. «*A co-existência de grupos no seio de uma sociedade multigrupal requer provavelmente alguma validação social mútua. É concebível que ocasionalmente um grupo se envolva numa batalha competitiva com outro grupo*» (cit. in Van Knippenberg, 1984, Miranda, 2002:82,). Sobretudo na procura de uma identidade profissional que permita aumentar a autonomia profissional, o que é o caso da Enfermagem em solo português, de acordo com Lima Basto et al. (1998, cit. in Bragança, 2002).

Essa busca assume contornos diferentes para os enfermeiros espanhóis, na medida em que está associada à “reinvenção de uma identidade profissional”. Efectivamente, contrariamente ao que sucede no nosso país, em Espanha essa identidade já está bem demarcada. A vinda para Portugal corresponde pois “à procura de uma identidade perdida” (pelo menos em certa medida) num micro-cosmo (hospital) onde não imperam as relações de proximidade, como no país vizinho. Enfim, é notório que a própria forma

como é percebida e avaliada a Enfermagem difere entre culturas e grupos étnicos.

A esse propósito, importa lembrar a perspectiva (de repúdio) de um enfermeiro estrangeiro perante o tratamento diferencial prestado aqui aos doentes, em função dos seus recursos económicos:

Não concordo minimamente que uma pessoa porque não tenha recursos económicos se é tratado como muitas vezes eu vi tratar-se aqui a pessoas de baixos recursos económicos. E isso para mim é o pior. De tudo é o pior. (E10)

3.2 – A hierarquização social em contexto informal

Sobressai das palavras dos entrevistados que a estratificação social não se limita ao universo laboral, extrapassando as fronteiras da própria instituição hospitalar. Uma das entrevistadas sugere mesmo que **a hierarquização social é intrínseca à sociedade portuguesa:**

[...]a cultura portuguesa acha que gente que estuda é superior a gente que não estuda. (E11)

Como nos diz ainda o referido elemento:

Nota-se que os portugueses hé (...) são pessoas que medem a sua (...) o seu nível o seu nível de vida pelos estudos.

Não medem o seu nível de vida (...) pelo seu nível cultural. (E11)

Desse modo, parece verdade que **a cultura portuguesa despreza as classes menos favorecidas** (comprovado também pelas asserções referidas anteriormente):

E acho que aqui há há um bocadito de desprezo às vezes pelas classes menos favorecidas. (E10)

Nesse sentido, pode-se concluir como **a perspectiva dos portugueses em relação aos níveis sociais é diferente da visão do povo Espanhol.** Um aspecto claramente definido por um dos participantes:

Acho (...) hé (...) que é diferente mais que nada porque a própria gente é diferente. (E11)

Esse aspecto é fonte de aborrecimento:

Para mim Portugal tem um mal muito grande que são as classes sociais e não estou habituada a isso. (E10)

De maneira que:

*A mim é uma coisa que me incomoda muitíssimo. (E6)
Isso a mim pessoalmente incomoda-me. Muito, muito. (E10)
Não tem sentido. (E11)*

Na palavras dos nossos informantes, **a hierarquização social causa mesmo incómodo**. Tanto mais se atendermos ao contexto do país vizinho. Com efeito, **em Espanha existe uma maior uniformização social**. Assim o garante, por diversas vezes, o mesmo enfermeiro (E6):

[...] Lá as pessoas são pessoas e não são doutores [...]. Se calhar esse aspecto lá [em Espanha] está mais nivelado cá ainda se nota mais essa diferença [social]. Também a mentalidade em torno de todas as profissões é um bocado diferente. [...] esses esses patamares sociais [...] está tudo mais uniformizado. (E6)

Esse elemento admite ainda que **a Espanha rural tem um modelo social similar ao português**:

A partida lá lá há trinta anos atrás (...) mas sobretudo na no rural ainda continua a ser um bocado assim. (E6)

Contudo, ele (E6) não duvida que **a sociedade portuguesa vai mudar no que toca à estratificação social**:

*[...] acho que à partida vai mudar aqui também.
[...] e isso vai mudar, vai mudar aqui também como mudou lá.*

Para bem da justiça pois **as pessoas são todas iguais**, como reitera várias vezes o E11:

As pessoas são igual e não (...) não se dividem porque tenham estudado em [...]. Claro, porque as pessoas são iguais. Têm diferentes experiências mas pêro pessoa igual.

Uma convicção apaixonada a deste elemento que não hesita em afirmar:

*Não vales mais por ser uma coisa ou ser uma coisa.
Uma pessoa indonésia vale menos que uma pessoa espanhola? Por favor, vale igual.*

Uma confissão que exalta o valor universal da vida humana. Mas que sugere também

que, para alguns, a «[...] tolerância, enquanto atitude, varia consoante o alvo da comparação e a ordem em que esta se processa», como constatou um dia Miranda (2002:33).

Uma perspectiva que não é partilhada pela entrevistada. Pelo contrário, a atitude dessa e de outros participantes revelam bem como a tolerância para com as outras culturas é reclamada pelo “relativismo cultural”, tal como defende Hannoun (1987, cit. in Miranda, 2002). Afinal, a comparação de outros grupos sociais com o grupo ao qual se pertence não é de todo justa, na medida em que uma «[...] identidade social desapropriada é uma identidade insatisfatória ou mesmo negativa para o indivíduo» (Simões, 1997, cit. in Serra, 2000:103).

É certo que a identidade, pessoal ou social, é um fenómeno sujeito a mudanças, sendo fluído e contextualizada (as asserções dos entrevistados insinuam esse facto). Depende, entre outros, da altura, do espaço e das estruturas sociais. Está ainda relacionada com as lutas que a pessoa enfrenta a nível social para se conseguir impor e ser respeitada pelos outros (Serra, 2000), construindo um “Status adquirido”, (dependente de qualidades, aptidões e esforço de cada homem ou indivíduo). Desse modo, parecem acertadas as palavras de Miranda (2002:81) em como a «[...] capacidade dos indivíduos e dos grupos descobrirem e criarem dimensões de comparação úteis à sua identidade é um dos aspectos fundamentais do comportamento social». O que não significa reinterpretar as qualidades mais óbvias do “outro”, pois isso levaria «[...] ao aniquilamento, à destruição simbólica, à desumanização do outro», como declara Tajfel, (1983, cit. in Miranda, 2002:46).

Talvez seja mesmo isso que fazem os “nacionais”, cada vez que acham «[...] que gente que estuda é superior a gente que não estuda» (E11), desprezando até as classes mais desprotegidas. Pelo menos, parece que em Portugal as qualificações revelam-se essenciais na estruturação das relações sociais, tanto no âmbito de laços informais de amizade, e nas afinidades pessoais, como nas relações formais e directas de autoridade, no local de trabalho. A nossa sociedade será então “heterogénea e fragmentada”. Algo que aborrece “Nuestros Hermanos”, habituados que estão a um contexto que julgam ser mais justo, em que uma pessoa carece do título de “Doutor” para ser respeitada na sua condição de “Ser Humano”. Uma sociedade que, segundo o que foi dito, em tempos, foi similar à nossa, conservando no seu mundo rural as reminiscências desse passado. Uma sociedade que encerra, pelo seu exemplo, a promessa de um futuro diferente para

Portugal... Ventos de mudança! (vide E.6)

Só falta concluir, com base na informação obtida, que *«a forma como os homens exprimem até os seus impulsos mais íntimos revela-se profundamente marcada não apenas pelo conteúdo cultural do meio em que decorre a sua existência mas também pelo teor das relações sociais»* (Samouco, 1989:72). Relações essas que, a nível laboral, revelam o quanto *«[...] a administração de cuidados e a divisão do trabalho, projectada sob a forma de hierarquia, é regulada pela profissão dominante»* (Freidson, 1984, cit. in Abreu, 2001:96). Pelo menos, essa é a avaliação que sobressai dos propósitos dos entrevistados. Dessa forma e segundo as informações obtidas tudo indica que a hierarquização social reflecte-se nas vivências dos enfermeiros estrangeiros no ambiente profissional e na sua percepção da nossa sociedade.

O quadro seguinte reproduz a análise efectuada.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
<p style="text-align: center;">A hierarquização social em contexto de trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe ainda muita subordinação dos enfermeiros ao médico em Portugal. ➤ Os enfermeiros estrangeiros recusam a soberania da decisão médica. ➤ A inter-relação entre as diferentes categorias profissionais é fraca. ➤ Na área da Saúde as relações entre as distintas categorias profissionais são diferentes em Portugal. ➤ A reduzida interação entre as diferentes categorias profissionais é um dos problemas em Portugal. ➤ Em Espanha a relação entre os profissionais de Saúde é maior. ➤ O relacionamento entre os diferentes profissionais da Saúde é muito melhor em Espanha. ➤ Não se nota tanta distinção entre as classes sociais na realidade laboral espanhola. ➤ É rejeitado o tratamento diferencial prestado aos doentes em função dos seus recursos económicos. 	<p style="text-align: center;">E.4 – E.11</p> <p style="text-align: center;">E.4 – E.11</p> <p style="text-align: center;">E.10</p> <p style="text-align: center;">E.6</p> <p style="text-align: center;">E.10</p> <p style="text-align: center;">E.10 – E.11</p> <p style="text-align: center;">E.10</p> <p style="text-align: center;">E.6</p> <p style="text-align: center;">E.10</p>
<p style="text-align: center;">A hierarquização social em contexto informal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A hierarquização social é intrínseca à sociedade portuguesa. ➤ A cultura portuguesa despreza as classes menos favoráveis. ➤ A perspectiva dos portugueses em relação aos níveis sociais é diferente da visão do povo Espanhol. ➤ A hierarquização social causa incómodo. ➤ Em Espanha existe uma maior uniformização social. ➤ A Espanha rural tem um modelo social similar ao português. ➤ A sociedade portuguesa vai mudar no que toca à estratificação social. ➤ As pessoas são todas iguais. 	<p style="text-align: center;">E.6 – E.10</p> <p style="text-align: center;">E.10</p> <p style="text-align: center;">E.11</p> <p style="text-align: center;">E.6 – E.10 – E.11</p> <p style="text-align: center;">E.6</p> <p style="text-align: center;">E.6</p> <p style="text-align: center;">E.6</p> <p style="text-align: center;">E.11</p>

Quadro n.º 13 – As disparidades sociais

4 – OS LAÇOS AFECTIVOS

Cada história de imigração encerra um percurso muito pessoal, em que o trinómio “vir – ficar – partir” não é, de modo algum, uma constante. Ao sabor de emoções e sentimentos, guarda escondida a presença dos laços afectivos. Laços esses com impacto na decisão de emigrar, na de permanecer e nas várias “fórmulas” possíveis.

4.1 – A decisão de emigrar

Na hora de emigrar, por vezes a família do visado tenta interferir (mesmo subtilmente) na decisão, mostrando eventualmente desagrado. Assim, em certos casos **os pais não concordaram com a decisão de emigrar:**

Hé, os meus pais, pronto, disseram logo que não, que pronto que fizesse o que quisesse não eram eles a [...]. (E1)

Os meus pais, os meus colegas não queriam que eu viesse. (E10)

O que torna mais ingrata uma decisão já de si difícil de tomar. De facto, alguns entrevistados afirmam claramente que **a vinda foi custosa por causa dos laços familiares:**

Para mim foi [difícil] porque eu gosto muito dos meus pais, ainda por cima eu sou muito familiar e custou-me sair de casa. (E3)

Eu o meu maior problema foi a família. (E4)

Não negam também que **a estadia em Portugal é acompanhada por ambivalência nos sentimentos:**

Por um lado, é assim, as pessoas ficam divididas. Por uma parte está a família, não é. (E2)

[...] eu gosto muito do meu país, agora, mas também [...]. (E3)

Pronto, tenho saudades da minha família, mas mas (...). (E7)

O desejo de independência a par com o vínculo da família, é responsável por essa dualidade pois:

[...] eu não quero também estar em casa sempre parada. (E3)
[...] vir para aqui foi um bocado (...) a a experiência de independentizar-me e de começar a trabalhar [...]. (E7)

Valeu a uma entrevistada **o apoio do marido:**

Ele [o meu marido] apoiou [...]. (E3)

Enfim, as histórias podem dar-nos um vislumbre para lá das noções convencionais. Afectos, emoções ou sentimentos?... Que importa o nome que se lhes dá? Somente interessa que «*a afectividade é absolutamente central em toda a experiência humana*». (Music, 2002, cit. in Diogo, 2004:41), como podemos notar pelos relatos dos enfermeiros estrangeiros. Com efeito, é ela que nos permite ligação aos outros. Nessa medida, é um desafio no campo interpessoal.

Entre o desejo de trabalho e de independência e o anseio de estar “perto dos seus”, as emoções oscilam. Vivem-se sentimentos contraditórios relativos aos seu agir (neste caso, ao facto de ter emigrado), clara manifestação de “ambivalência”, tão bem definida por Goleman (2006). Só a procura do sentido positivo da experiência poderá, eventualmente, atenuar o sofrimento que habitualmente acompanha a mudança (Honoré, 2004, cit. in Diogo, 2004). E contribuir para a permanência em Portugal.

4.2 – A decisão de permanecer

Repare-se o quanto **o facto de estar acompanhado influenciou sobre a permanência em solo português**, para alguns dos inquiridos:

[...] o meu namorado é português, já me prende muito aqui. Muito [...]. (E3)
[...] sempre estive acompanhada. Não senti (...) a necessidade de voltar para casa, claro. (E7)

Uma permanência que está sempre envolvida numa mistura de emoções (como já foi referido anteriormente), o que se traduz de diferentes maneiras. Desse modo, para muitos enfermeiros **os laços afectivos estiveram na origem do regresso a Espanha:**

Muitos deles voltaram porque tinham lá família [...]. (E1)
[...] há há pessoas que vieram para aqui não aguentaram estar tão longe de casa. (E7)

Outros há que **equacionariam a partida para a “Pátria-mãe” devido à família**

[...] po acaso voltaria, não é, prontos, está a minha família (E1) se calhar ia embora. Tinha também a minha família aí [em Espanha]. (E7)

Este aspecto será novamente focado mais à frente (ver quadro n.º 5), mais pormenorizadamente. Importa agora realçar que para alguns entrevistados **a estadia em terras lusas prolonga-se há alguns anos**, até com alguma surpresa dos próprios:

*Eu levo aqui seis anos, e só vinha três meses. (E1)
Sete anos. (Pausa) Continuo cá. (E5)
Hé (...) foram sete sete anos e tal [...] faz pensar um bocado [...] e um bocadinho a sensação de desconcerto [...]. (E7)*

Um facto que poderá ser decifrado mediante diversas explicações, algumas das quais relacionadas com o estabelecimento de novos laços.

4.3 – As várias fórmulas

Era inevitável que os laços afectivos sofressem alguma (maior ou menor) reestruturação com a vinda para Portugal. Assistiu-se assim à criação de novos laços (namoro/casamento/amizade), à transferência de alguns, à manutenção de outros e ao impacto sobre as relações existentes previamente em Espanha.

O facto do namorado ser português é um vínculo a este país. Isso mesmo nos tinha dito uma das inquiridas anteriormente (veja-se a influência da companhia sobre a decisão de permanecer). Todavia não é o único. Efectivamente, **através do casamento com portugueses foram criados novos laços:**

*[...] outros até casaram com portugueses [...]. (E1)
Ele [o meu marido] está aqui, ele é português. (E5)
Depois, entretanto casei-me com uma enfermeira portuguesa (...). (E9)*

O que, para um entrevistado, proporcionou **um maior círculo de amizades:**

[...] Casei com uma portuguesa e isso também abriu (...) um abanico de possibilidades, não é. (E9)

O pessoal do serviço também fomentou o desenvolvimento de novos laços de amizade com portugueses:

Tenho muitos relacionamentos portugueses. Gente que trabalha aqui comigo que tem muitos relacionamentos de portugueses. (E3)

Um contexto sem dúvida favorável para a **prevalência do número de amigos portugueses:**

E acho que sou uma das pessoas que tem mais amigos portugueses que espanhóis. (E3)
Frequentava também os portugueses sobretudo [...]. (E9)

Mas ainda mais propício ao **estabelecimento de relações de amizade mistas:**

Tenho muitos relacionamentos portugueses. [...]. E espanhóis também. (E3)
Portugueses e espanhóis. Dos dois. (E5)
Tenho relações sociais mistas. (E6)
Espanhóis e portugueses. (E11)

E à **transferência de laços**, o que aconteceu com uma enfermeira. No caso dessa entrevistada, **o cônjuge espanhol veio para cá:**

[...] veio o meu marido de lá [...]. (E1)

Contudo, noutros casos, **mantêm-se em Espanha os laços afectivos mais íntimos:**

[...] e há pessoal que continua cá, namorados lá em Espanha [...]. (E1)
A minha família está lá. Eu caso-me agora em Setembro e o meu marido está lá. (E4)

Uns laços que, em determinados casos, ter-se-ão ressentido com a transferência de país. Certos enfermeiros confessam então que **a vinda para Portugal alterou a situação em relação aos amigos do país de origem:**

[...] e os amigos em Espanha vão fazendo a sua vida, cada um vai tomando o seu caminho, e não vai ser como quando estava na Galiza. (E1)
Mas [...]. É diferente de que eles tivessem lá. (E5)

Torna-se pois perceptível que nem sempre é atingido o equilíbrio almejado. Em determinadas circunstâncias, a saudade fala mais alto. E a decisão de permanecer cai então por terra ou, pelo menos, é abalada devido ao valor atribuído à família. Uma comoção que, para muitos dos entrevistados, não foi sinónimo de partida.

Afinal, quando o estatuto de «Ser» cede o lugar ao de «Anónimo», num espaço geográfico diferente do seu, “reinventam-se” laços efectivos. Estabelece-se novas ligações pelo namoro ou casamento com portugueses (chamemos-lhes companheiros). Cultiva-se amizades mistas (de ambas as nacionalidades, portuguesa e espanhola),

alargando-se o círculo de amigos por vezes graças ao pessoal do serviço e/ou aos respectivos companheiros. Reescreve-se um texto onde certos actores (amigos de antão e família, incluindo eventualmente o futuro cônjuge) encontram-se distantes, seguindo o seu próprio guião (vida). Muda-se o cenário com a vinda do companheiro para terras lusas (poucos o fazem). Concluindo, recorre-se a várias estratégias para preservar os laços existentes antes da migração. Ou não fossem as emoções, como nos diz Goleman (2006), impulsos para agir, e planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós.

Enfim, faz-se o possível para alcançar o bem-estar, sendo evidente que a família e o grupo de pertença são considerados dois dos domínios relacionados como esse bem-estar (Diener et al, 1999 cit. in Bragança, 2002). É certo também que, nessa medida, esses dois factores (família e grupo de pertença) poderão afectar as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português.

O quadrado seguinte ilustra a análises anterior.

Categorias	Indicadores	Identificação dos entrevistados
A decisão de emigrar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os pais não concordam com a decisão de emigrar. ➤ A vinda foi custosa por causa dos laços familiares. ➤ A estadia em Portugal é acompanhada por ambivalência nos sentimentos. ➤ O marido apoiou a vinda. 	<p>E.1 – E.10</p> <p>E.2 – E.3 – E.4</p> <p>E.3 – E.7</p> <p>E.1</p>
A decisão de permanecer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O facto de estar acompanhado influenciou sobre a permanência em solo português. ➤ Os laços afectivos estiveram na origem do regresso a Espanha de muitos enfermeiros. ➤ A estadia em terras lusas prolonga-se há alguns anos. ➤ A decisão de permanecer está envolvida de uma mistura de emoções. 	<p>E.2 – E.7</p> <p>E.1 – E.7 – E.9</p> <p>E.3 – E.5 – E.7</p> <p>E.2 – E.4</p>
As várias fórmulas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O facto do namorado ser português é um vínculo a este país. ➤ Através do casamento com portuguesas foram criados novos laços. ➤ O casamento com uma portuguesa proporcionou um maior círculo de amizades. ➤ O pessoal do serviço fomentou o desenvolvimento de novos laços de amizade com portugueses. ➤ Tem mais amigos portugueses do que espanhóis. ➤ Foram estabelecidas relações de amizade mistas. ➤ O cônjuge Espanhol veio para cá. ➤ Mantêm-se em Espanha os laços afectivos mais íntimos. ➤ A vinda para Portugal alterou a situação em relação aos amigos do país de origem. 	<p>E.3</p> <p>E.1 – E.5 – E.9</p> <p>E.9</p> <p>E.3</p> <p>E.3 – E.9</p> <p>E.3-E.4-E.5-E.6-E.7-E.8-E.9-E.10-</p> <p>E.11</p> <p>E.1</p> <p>E.1 – E.4</p> <p>E.1 – E.5</p>

Quadro n.º 14 – Os laços afectivos

5 – O REGRESSO

Falar em regresso obriga a considerar várias perspectivas.

5.1 – O regresso incondicional

No que diz respeito a voltar ao seu país de origem, os planos dos trabalhadores-migrantes diferem. **Alguns enfermeiros já partiram:**

E pronto a maioria fizemos um ano, para muitos dois anos, e voltamos para Espanha. (E1)

Outros pretendem fazê-lo incondicionalmente, pois **o regresso é uma aspiração para o futuro:**

Penso regressar. (E2)

Regresso [...]. (E3)

Pois no final dos meus dez anos vou-me ir para Espanha. (E11)

Não obstante, regressar pode não ser assim tão simples, dependendo de certos factores. Procuramos descobrir quais são os mesmos.

5.2 – O regresso condicional

Um dos imperativos essenciais ao retorno é a existência de trabalho na terra natal. Mas mais do que pela actividade laboral em si, **o regresso a Espanha poderia ocorrer se existissem lá condições de trabalho:**

Então se as condições de trabalho fossem ideais como estão aqui, por acaso voltaria. (E1)

Se me dissessem: “tens lá emprego conforme aqui”, se calhar até pensava. (E5)

E claro está, **para regressar ao seu país teria de dispor de um trabalho do seu agrado:**

[...] teria que estar num sítio em que (...) que está a trabalhar, que gosta de trabalhar[...]. Tenho os meus gostos [...]. (E7)

Para tal, é fundamental adquirir novos conhecimentos e desenvolver novas experiências. Nessa perspectiva, **o regresso a Espanha será efectivado dentro de alguns anos mediante um curriculum que possibilite o acesso a outras funções:**

[...] quando estou no final da minha carreira e tenho um curriculum (...) interessante [...]. (E11)
Pois no final dos meus dez anos vou-me ir para Espanha de Chefe ou de supervisora [...]. (E11)

Contudo, importa referir agora que as limitações ao retorno são ainda maiores quando estão “outras partes” envolvidas. Nesse caso, **regressaria a Espanha se existisse trabalho para si e respectivo companheiro:**

Se me dissessem: “arranjas emprego lá e o namorado que tens também tem possibilidades”, porque não? (E2)
Mas prontos, já seria também trabalho para o meu marido, não é? (E5)

É igualmente visível que **o retorno ao país de origem está condicionado pelo sentimento de bem-estar experimentado em Portugal:**

Desde que esteja bem cá, enquanto estiver bem cá. (E6)

Torna-se também evidente, depois do que já foi dito, que as previsões de regresso não são idênticas para todos os profissionais abrangidos por esta pesquisa.

5.3 – As expectativas de regresso

Nesta matéria, podemos afirmar que existe uma grande variabilidade. Por um lado, encontra-se quem **não tenha intenção de regressar a Espanha:**

[...] e por acaso eu digo-lhe que não [...]. (E1)
Não, conforme está aquilo, não. (E5)
Não. Não tenho por acaso é uma coisa [...]. (E8)

Ou simplesmente entrevistados para quem **a ideia de regresso causa incerteza:**

Já pensei, só que nunca (...) nunca (...). (E6)

No outro extremo, aqueles que pretendem inequivocamente voltar à Pátria. Neste grupo, podemos distinguir três “categorias” de pessoas. Antes de mais, o que **pensa regressar ao seu país de origem dentro de pouco tempo:**

Eu acho que de pouco [tempo][...]. (E4)

A muito curto prazo. (E10)

Depois, aquele que **tenciona regressar, mas não tem prazo definido:**

Não tenho um tempo ainda (...) definido [...]. (E3)

Não sei se vai ser a curto prazo ou a longo prazo. (E7)

Finalmente, o entrevistado para o qual **a expectativa de regresso é a longo prazo:**

Seria a longo prazo. (E2)

Mas afinal, o que impulsiona os enfermeiros estrangeiros a voltarem (ou não) ao seu país?

5.4 – Os motivos do regresso

Para certos participantes, **o valor atribuído à família está na base da decisão de regresso:**

Regresso porque (...) tenho muitas saudades da minha família. (E3)

Se alguma vez me vou [embora] porque (...) a família (...). (E4)

Pois... a minha família está lá [em Espanha]. Eu caso agora em Setembro e o meu marido está lá. (Ibidem).

O núcleo familiar, centro das preocupações, sobretudo quando **a distância é um obstáculo perante a possibilidade de acontecer um imprevisto à família:**

Quando acontece assim alguma coisa, a distância custa. (E2)

[...] quando às vezes ficar doente [a minha mãe, o meu irmão] estão tão longe estão preocupada. [...]. (E3)

É inegável que para certos casos existe ainda outro “apelo”: o apego ao país que os viu nascer. Efectivamente, **o sentimento de pertença é um motivo para regressar a Espanha:**

Se alguma vez me vou [embora] porque (...) a família, o país é Espanha. Sempre fui um bocado da terra [...]. (E4)

Claro que sonho com voltar a Espanha porque é o meu país. (E7)

Então, o que impede os entrevistados de “voltarem à origem”?

5.5 – Os motivos para não regressar

Novamente, “salta para as luzes da ribalta” o trabalho. Se é ele que poderia incentivar os enfermeiros a partirem, é também ele que os convence a ficar no nosso país. Afinal de contas, **a situação em Espanha a nível laboral não convida ao regresso:**

Não, conforme está aquilo não. (E5)

[...] sou realista, penso: “realmente em Espanha não vou ter um trabalho como tenho aqui a nível de contrato (...)” (E7)

Uma situação que contrasta com a realidade portuguesa. De modo que **a estabilidade alcançada em Portugal faz com que não seja ponderado o regresso a Espanha**, como salienta um elemento:

Nunca pensei em mudar porque a a estabilidade que me dá o contrato que eu tenho cá em Portugal [...]. (E9)

A esta ocorrência pode-se juntar **o facto de sentir-se bem no nosso país como motivo para não regressar:**

[...] enquanto estiver bem cá. (E7)

[...] sinto-me bem. (E7)

Para não falar no **estabelecimento de novos laços que determinam o não regresso:**

Depois entretanto casei-me com uma enfermeira portuguesa (...) portanto (...). (E9)

Os últimos factos reportados evocam a reflexão de que Damásio (2003) segundo o qual homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos, têm emoções e evitam as emoções desagradáveis, procurando mudar de rota se necessário.

E é o que alguns enfermeiros estrangeiros fazem – mudam de rota. Na certeza de que a sua felicidade está junto dos seus familiares, encetam a viagem de volta. A esse propósito, recorde-se a definição de regresso, baseada em Rocha-Trindade (1995), como sendo a inversão do fenómeno migratório, com a fixação definitiva no país de origem,

após um período mais ou menos longo de estadia no estrangeiro.

Na verdade, nem sempre é fácil para o migrante definir a sua data de regresso. Mesmo que este seja um desejo (o que acontece para metade da amostra sensivelmente), é necessário equacionar vários factores. Entre estes, destaca-se uma vez mais o trabalho com toda a sua envolvente. Efectivamente, mais do que a subsistência, são tidas em conta a oportunidade de exercer o trabalho escolhido, as condições atractivas oferecidas e a possibilidade futura de ascensão na carreira. Desse modo, os «[...] *migrantes de hoje são muito diferentes dos migrantes do passado, genericamente trabalhadores não qualificados que procuravam melhores condições de vida ou simplesmente de sobrevivência em países mais ricos*». (Gungnu, 1992 cit. in Miranda, 2002:37).

Para os enfermeiros estrangeiros em causa, o contexto do mercado de trabalho português ainda é mais aliciante e decisivo quando já foram estabelecidos laços afectivos “significativos” no nosso país (namoro ou casamento). Prova de que a situação do emprego não pode ser analisada apenas por referência a si mesma. As ligações entre a situação doméstica e a do emprego parecem ser cruciais. E quando a situação “doméstica” envolve também laços para além-fronteiras, a ideia de partir causa incerteza. Em certos casos, essa incerteza poderá revelar-se-á pela manifestação de uma identidade nacional vincada.

Resta-nos concluir que, afinal, os migrantes de hoje somos potencialmente todos nós (Miranda, 2002:37). E que, numa era em que a “globalização” é o conceito-chave, o valor da família persiste, tão (ou mais) expressivo como a (mera) satisfação de certas necessidades. Parece até mais relevante para as representações dos enfermeiros estrangeiros sobre a sua situação profissional do que as expectativas de fixação ou de regresso.

O que foi dito anteriormente encontra-se sintetizado no quadro seguinte.

Categorias	Indicadores	Identificação dos entrevistados
O regresso incondicional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alguns enfermeiros já partiram. ➤ O regresso é uma aspiração para o futuro. ➤ Não está nos planos o regresso a Espanha. 	<p>E.1</p> <p>E.3 – E.4 – E.11</p> <p>E.1–E.5–E.8–E.9</p>
O regresso condicional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O regresso a Espanha poderia ocorrer se existissem lá condições de trabalho. ➤ Para regressar ao seu país teria de dispor de um trabalho do seu agrado. ➤ O regresso a Espanha será efectivado dentro de alguns anos mediante um curriculum que possibilite o acesso a outras funções. ➤ Regressaria a Espanha se existisse trabalho para si e respectivo(va) companheiro(ra). ➤ O retorno ao país de origem está condicionado pelo sentimento de bem-estar experimentado em Portugal. 	<p>E.1 – E.2</p> <p>E.7</p> <p>E.11</p> <p>E.2 – E.5</p> <p>E.1 – E.6 – E.8</p>
As expectativas de regresso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não tem intenção de regressar a Espanha. ➤ A ideia de regresso causa incerteza. ➤ Pensa regressar ao seu país de origem dentro de pouco tempo. ➤ Tenciona regressar, mas não tem prazo definido. ➤ A expectativa de regresso é a longo prazo. 	<p>E.1-E.5-E.8-E.9</p> <p>E.6</p> <p>E.4 – E.10</p> <p>E.3 – E.7</p> <p>E.2</p>
Os motivos do regresso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O valor atribuído à família está na base da decisão de regresso. ➤ A distância é um obstáculo perante a possibilidade de acontecer um imprevisto à família. ➤ O sentimento de pertença ao país de origem é um motivo para regressar a Espanha. 	<p>E.3 – E.4</p> <p>E.2 – E.3</p> <p>E.4 – E.7</p>
Os motivos para não regressar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A situação em Espanha a nível laboral não convida ao regresso. ➤ A estabilidade alcançada em Portugal faz com que não seja ponderado o regresso a Espanha. ➤ O facto de sentir-se bem no nosso país é motivo para não regressar. ➤ O estabelecimento de novos laços determinam não regressar. 	<p>E.5 – E.7</p> <p>E.9</p> <p>E.6 – E.8</p> <p>E.9</p>

Quadro n.º 15 – O regresso

6 – AS CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM

Não é possível reflectir sobre a Enfermagem sem ter em conta alguns (dos muitos) aspectos, tais como as concepções do outro sobre Enfermagem, as funções, a qualidade dos cuidados e a situação na Enfermagem.

6.1 – As concepções do outro sobre enfermagem

A forma como um país é visto no exterior pode ser uma fonte de informação para o próprio. Assim também para uma determinada profissão, a imagem que o “outro” (o que é “de fora”) tem dela no território de acolhimento. Nesse sentido, será deveras enriquecedor para a Enfermagem tentar descobrir a percepção dos enfermeiros estrangeiros sobre o seu ofício em Portugal.

Aparentemente, os pareceres dos entrevistados não são consensuais. Para um deles, **os enfermeiros são razoavelmente considerados no nosso país:**

*É, estamos realmente mais ou menos bem vistos [...]. (E10)
Acho que estamos mais ou menos bem reconhecidos, não é, a nível profissional.
(ibidem).*

Outros inquiridos não têm o menor problema em afirmar que **os enfermeiros são mais considerados em Portugal do que em Espanha:**

*Pronto, acho que aqui as pessoas, os doentes, os familiares, hé (...) demonstram mais respeito por uma enfermeira. (E7)
Em termos de ser considerados pela sociedade estamos melhor cá em Portugal (...).
(E6)*

Uma visão que não é de todo partilhada por certos participantes. Para alguns desses agentes, **a concepção do enfermeiro é igual nos dois países:**

*Eu penso que é igual. (E5)
Sim, a concepção do enfermeiro é mais ou menos igual [...]. (E7)*

Todavia, este último entrevistado mostra estar inseguro quanto ao afirmado, acabando

por revelar que **existe um maior reconhecimento dos enfermeiros em Espanha**, ideia também defendida por outro elemento:

Em Espanha (...), se calhar hé (...) o doente e a família agradece mais do que aqui. (E5)

Se calhar é um bocadito melhor [...], um bocadito não, muito melhor. (E10)

Segundo este último interveniente, isso acontece «[...] porque também ganhámos um bocadito melhor[...]». A distinção atribuída à profissão serão então reflexo do rendimento auferido pelos actores e não ao contrário (o salário é mais elevado porque a imagem é melhor).

Crenças que não são professadas por outro dos entrevistados que defende que **a profissão de Enfermagem não é tão valorizada em Espanha como em Portugal**:

A Enfermagem lá [em Espanha] se calhar está menos valorizada do que cá para o resto da da sociedade. (E6)

O referido elemento explica esse facto pela área de actuação mais restrita dos enfermeiros espanhóis, o que faz com que «(...) o resto das coisas se calhar mais próprias e que podia contribuir para dar outra imagem e para dar fazer crescer um bocado a profissão fica meio(...) meio aí (...) esque (...) entre esquecidas e (...)».

É por demais evidente que «(...) em Espanha hé (...) não recibes esse trato» (E7). «Não digo não te respeitem na mesma mas o trato é diferente nesse sentido, percebe?» reforça o mesmo interveniente.

Igualmente claro que **os enfermeiros novos não são reconhecidos por parte dos seus pares em Espanha**, nos dizeres de um enfermeiro espanhol:

Em Espanha, sendo a última que chegou por um mês, não posso dizer nada. [...]. Porque não (...) vale nada o que eu digo. (E3)

As opiniões dividem-se de igual modo entre os que acham que os enfermeiros são mais considerados em Portugal do que em Espanha, os que pensam precisamente o inverso e os que acreditam que a concepção da profissão em causa é igual em ambos os países. Não obstante, numa observação mais atenta, constata-se que a primeira afirmação foi feita com mais insistência (mais frequentemente). Por outro lado, se considerarmos a simples asserção de que os enfermeiros são considerados em Portugal (esquecendo o

“razoavelmente” e o “mais”), então é ligeiramente maior o grupo que partilha dessa ideia. Um reconhecimento “diferencial” que eventualmente estará relacionado com as funções exercidas pelos enfermeiros, em ambos os países (segundo se depreende dos dados colhidos).

6.2 – As funções

Os participantes foram “auscultados” sobre as funções dos enfermeiros aqui e além-fronteiras, evidenciando uma variabilidade de convicções a esse respeito.

Um pequeno grupo defendeu que **não há diferenças significativas entre a prática de Enfermagem em Espanha e aquela exercida em Portugal:**

[...] a nível de técnicas e em geral, acho que a Enfermagem de Portugal e Espanha é bastante igual. (E7)

A forma de trabalhar é tudo, é tudo, é tudo muito parecido. (E9)

As funções, as práticas são as mesmas. (E11)

Todavia, outros trabalhadores-migrantes não partilham da mesma opinião, pois «[...] há coisas que aqui eu faço que em Espanha faria auxiliares [...]» (E7). Enfim, são apologistas de que **as funções dos enfermeiros são mais abrangentes em Portugal**, o que poder-se-á traduzir por um acréscimo de trabalho:

Portanto aqui o enfermeiro trabalha mais. (E5)

Temos um bocadinho mais (...) de trabalho [...].(E11)

E se parece que **aqui o enfermeiro trabalha mais**, ainda é mais certo que **em Portugal o trabalho do enfermeiro é diferente comparado com Espanha**. De facto:

O trabalho (...) lá é (...) dividido de outra maneira [...] (E6). É verdade pois «[...] a forma como são distribuídas [as atribuições] entre todos os elementos do grupo são um bocado (...) diferentes [...]. (E6). Não se pode mesmo esconder que...

«É muito diferente (pausa) pelo (...) pelos níveis [sociais] (...)» (E11).

Nem que seja também porque **no nosso país as funções independentes de Enfermagem não estão tão bem definidas como em Espanha:**

«Aqui as enfermeiras não têm isso tão claro». (E11)

Por outro lado, os entrevistados dão-nos a entender que **em Portugal as auxiliares não**

cooperam tanto com as enfermeiras como em Espanha:

E aqui as auxiliares [...] não te sentes tão auxiliada por elas [...]. (E7)
[...] a nível de auxiliar, ali [em Espanha] a enfermeira é mais auxiliar hé (...) por uma auxiliar. (E7)
[...] Ajuda mais, colabora. (E8)

É certo que **no nosso país as auxiliares têm um curso muito básico**, como nos dizem dois colegas:

Aqui acho acho que é um curso mas um curso [pausa] muito básico. (E6).
E aqui as auxiliares como têm uma função mais de auxiliar de (...) senhoras da limpeza [...]. (E6).

Ao invés, **as auxiliares espanholas têm outras habilitações que não têm as suas congéneres portuguesas:**

[...] lá [em Espanha] as auxiliares existe uma carreira de auxiliares (...) como um curso de três anos [...]. (E6).

Determinados participantes afirmam até que **as actividades das auxiliares espanholas abarcam com um domínio mais amplo:**

[...] a função das auxiliares abrange um bocadinho mais que cá. (E1)
[...] lá as auxiliares fazem muita coisa que (...) que as auxiliares não têm funções. (E8)

De maneira que «ali [em Espanha] é realmente uma auxiliar é uma auxiliar de Enfermagem». (E7). Na realidade, **em Espanha as auxiliares assumem funções que são desempenhadas no nosso país por enfermeiros:**

Em Espanha, por exemplo, os cuidados de higiene são dados por auxiliares de Enfermagem [...]. Medicação oral até uma parte das vezes a auxiliar também administra. (E5)
[...] lá [em Espanha] as auxiliares [...] que tem umas competências que aqui fazem parte das competências de Enfermagem que lá estão (...). (E6)
[...] há coisas que aqui eu faço que em Espanha faria auxiliares [...]. (E7)

Mas então o que fazem os enfermeiros no país vizinho?

A resposta é-nos dada por dois dos entrevistados:

Lá em Espanha, a função de Enfermagem eu acho que é mais dar medicação, fazer pensos, mas a nível psicológico, dá-nos pouco apoio [...]. (E1)
Lá [em Espanha] se calhar valoriza-se mais as funções delegadas, administração de medicação, de (...) de aplicar tratamentos, pensos e essas coisas. (E6)

Predomina, assim, o pensamento mecanicista que assenta na reprodução de técnicas e na sua aplicação, limitando-se o papel dos enfermeiros ao cumprimento de tarefas, com exclusão de emoções e sentimentos. Uma directiva que, nos dizeres de determinados enfermeiros, é mais preponderante em Espanha do que aqui. Um facto válido mesmo admitindo que, em ambos os países, actualmente o enfermeiro tem de fazer face, nos seus cuidados, à dominância de uma instrumentalização e de uma tecnologia invasora. Certo é que são tantos os participantes que acham que as funções dos enfermeiros são diferentes em Portugal, se comparadas com Espanha, como aqueles que as caracterizam como mais abrangentes. Com efeito, essas funções englobam actividades que, no país vizinho, são desempenhadas pelas auxiliares. Estas profissionais são inclusivamente apontadas por parte dos entrevistados como mais cooperantes do que as suas colegas portuguesas, sendo detentoras de outras aptidões e habilitações.

O que não se pode contestar é a ligação existente entre o padrão cultural do profissional de saúde e a forma como são prestados os cuidados. Assim também no que concerne aos enfermeiros, os cuidados por eles prestados derivam do próprio contexto cultural dos indivíduos, o que parece corroborar as afirmações de Pearson. Segundo este autor, o passado do profissional, com toda a sua “envolvente” (proveniência, educação e ambiente social) repercute-se decisivamente nas ideias, crenças e valores do mesmo. (Pearson, cit. in Pedroso, 1996). Dessa forma, o referido contexto vai condicionar a percepção que o enfermeiro tem do seu papel e, conseqüentemente, o modo como o vai desempenhar.

6.3 – A qualidade dos cuidados

Os “colaboradores” deste estudo tiveram também uma palavra a dizer sobre a qualidade do trabalho desenvolvido em terras lusas. Assim, um desses elementos declara abertamente que **trabalha-se bem em Portugal:**

Mas eu acho que trabalha-se muito bem cá. (E1)

O que se reflecte nos **cuidados de Enfermagem prestados em Portugal**, os quais **são de melhor qualidade que em Espanha:**

[...] mas eu acho que aqui se dá mais apoio ao doente [...]. (E1)

[...] em termos de de cuidados de Enfermagem hé (...) são melhores os que se prestam cá [em Portugal] dos que se prestam lá [em Espanha]. (E6)

Porventura a explicação deste facto encontra-se na natureza mais alargada das funções desempenhadas pelos enfermeiros do nosso país. «*Hé, porque permitem mais possibilidades com o doente, criar outro tipo de relação, outra empatia (...) (E6)*. Um investimento que poderá traduzir-se por um maior respeito manifestado por parte dos doentes e seus familiares (relembre o que foi dito por E7).

Em Espanha a situação é outra. O enfermeiro está confinado a um papel restrito, meramente técnico. A tal ponto que «*(...) o resto das coisas se calhar mais próprias e que podia contribuir para dar outra imagem e para dar fazer crescer a profissão fica meio (...) meio aí (...) esque (...) entre esquecidas e (...)» (E6)*. (Perdoe o leitor se incorremos em repetições). Tão esquecidas como o acompanhamento do doente:

Em Espanha, [...] não se apoia tanto os doentes [...]. (E1)

É preciosa então a ajuda dos familiares «*[...] que fazem um bocadinho de enfermeiros e de auxiliares [...]*» (E1) e dos acompanhantes em geral. Afinal de contas, «*[...] quem dá apoio às mães é mais as acompanhantes, as sogras, as avós [...]*» e «*[...] se me perguntarem porque se terminou o soro é o acompanhante que avista que chama [...]*» (ambas as citações são da fonte referida anteriormente).

Mas o que se nota realmente é que as respostas dos inquiridos dão razão às afirmações de Herzberg (1959, cit. in Bragança, 2002) sobre a importância do enriquecimento das funções para a satisfação no trabalho. Nesse sentido, este autor defende que deve ser feita uma modificação do conteúdo das tarefas, das obrigações específicas dos trabalhadores e das suas funções. Não se pode mesmo esquecer que o nível de responsabilidade é, como nos diz Câmara (2000, cit. in Bragança, 2002:97), um dos factores de crescimento (ou motivacional) no trabalho. Como tal, esse factor contribui para a satisfação profissional que não é mais do que «*a medida em que uma pessoa pode satisfazer necessidades individuais, pessoais e profissionais como empregada*» (Gordon, cit. in Resende 2001:9). Necessidades essas que, recorde a Teoria da Hierarquia das Necessidades (Maslow, 1954), abarcam muito mais do que condições básicas, contemplando por exemplo o desejo de auto-realização (realização do potencial e utilização plena dos talentos individuais). Enfim, ao que parece, actividades/funções

mais estimulantes propiciam o desenvolvimento de melhores cuidados de Enfermagem, influenciando as vivências dos enfermeiros estrangeiros. Um manancial de experiências a que não será também alheio o contexto que envolve a profissão.

6.4 – A situação na enfermagem

Foram vários os entrevistados a garantir que, na época em que vieram, **o mercado do trabalho português estava aberto para os enfermeiros:**

[...] e como havia trabalho [...]. (E2)
[...] como havia trabalho [...]. (E3)
Que era mais fácil [arranjar trabalho][...]. (E8)

Além disso, **as condições de trabalho eram mais favoráveis:**

[...] e as condições serem também as mais favoráveis.
[...] com condições que em Espanha não conseguia ter. (E11)

Realmente, **a contratação de enfermeiros assumia um carácter estável:**

Antes de começar a trabalhar [...] mas já estava no quadro. (E1)
Trabalho já quase definitivo, não é nada eventual [...]. (E6)
[...] contrato definitivo, logo de início. (E9)
[...] oferta de trabalho fixo [...]. (E11)

Por outro lado, as propostas de trabalho eram sobremaneira aliciantes na medida em que **as oportunidades de aprendizagem eram maiores no nosso país:**

[...] este hospital ofereceu-me uma coisa [...], que era apostar na minha formação. (E9)
[...] tenho mais prática e um curriculum melhor das colegas que têm a minha idade [...]. (E11)

Só que os tempos mudaram, são “outros”. Basta ver como **actualmente é mais complicado trabalhar em Portugal:**

Agora está mais complicado trabalhar cá. (E1)
Agora o pessoal que está a entrar nos hospitais é a contratos de férias e já é bem bom. (E5)
[...] neste momento está mais difícil no trabalho [...]. (E11)
Até «[...] aos enfermeiros portugueses já lhes custa muito mais trabalhar». (E3)

Como duvidar então que as vicissitudes afectem igualmente a população estrangeira?... Os entrevistados são peremptórios ao afirmar que **hoje em dia está mais complicado**

para os enfermeiros estrangeiros trabalharem no nosso país:

[...] para os estrangeiros, tipo espanhóis, está muito complicado [...]. (E1)

É bem verdade que **as coisas mudaram muito**, como faz questão de dizer o E.7.

[...] quando pensas para trás vês que realmente as coisas mudaram muito [...]. (E1)

Um quadro negro se considerarmos o mercado laboral em solo Espanhol. Com efeito, **os enfermeiros não conseguem trabalho no país vizinho:**

Não conseguia trabalhar. (E1)

Porque em Espanha não [...] não havia trabalho na altura. (E5)

[...] havia (...) havia (...) dificuldade em encontrar trabalho e (...). (E11)

Esse estado de coisas mantém-se na actualidade, conforme foi salientado por mais do que um entrevistado em amena conversa informal. Segundo eles, **o trabalho em Espanha é muito instável:**

Trabalhámos, mas trabalhámos quatro meses cá, cinco meses lá. (E1)

[...] em Espanha há uma (...) facilidade por causa de uma instabilidade de (...) trabalho. (E4)

Era só contratos de substituição, de férias, de dois meses, um mês, dias (...). (E5)

Lá trabalhava (...) dia sim, outro dia não trabalhava, depois chamavam-me, trabalhava algum dia, depois parava. (E6)

[...] eu trabalhava no máximo quatro meses por ano em Espanha, em Enfermagem. (E9)

Uma situação que parece afectar o próprio contexto laboral português. De tal forma que também **está mais complicado para os enfermeiros estrangeiros trabalharem em Portugal hoje em dia:**

Agora, sim, para os estrangeiros, tipo espanhóis, está muito complicado [...]. (E2)

[...] em serviços muito especializados já não se contrata enfermeiros espanhóis porque não compensa. (E9)

Bom, neste momento é mais difícil aceitar um Espanhol do que aceitar um português. (E11)

Ora, ainda é mais complicado porque **os enfermeiros não conseguem trabalho no país vizinho**, pois **o trabalho é muito instável**. (vide Quadro n.º 7).

Precariedade, mobilidade e rotatividade: as palavras na ordem do dia. Condições bem patentes na confissão de um entrevistado:

Então, nesses três meses que trabalhei em Espanha corri (uf) os serviços todos do hospital, mas era muito pouco tempo. (E10)

Certos participantes afirmam mesmo que **para os enfermeiros espanhóis a situação laboral no seu país é muito complicada:**

Então as condições para formar uma família, como é o meu caso, é muito complicado. (E1)

[...] na Espanha o emprego era bastante mau. (E2)

[...] porque em Espanha é (...) mais complicado arranjar hé (...) fixo [...]. (E7)

Uma perspectiva nada animadora, susceptível de causar impacto sobre o comportamento dos enfermeiros visados. É o que alega um dos entrevistados para quem **a desmotivação é consequência da falta de estabilidade vivida no trabalho, em Espanha:**

Chega uma altura que nós também nos esforçamos por não dar nada no serviço porque nos vamos embora. (E3)

Perante um cenário onde coexistem a falta de vínculo, as admissões condicionadas e o “turn-over” (grande rotatividade do pessoal, traduzindo constantes entradas e saídas de pessoal na Instituição), alguns inquiridos mostram um certo desalento. Pedrosa já tinha dado conta da existência desses factores na realidade espanhola num seu estudo (1996). Os próprios entrevistados estão de acordo com o facto de a situação estar instável em Espanha, na área de Enfermagem, o que tem vindo a acontecer também agora no nosso país. De facto, contrariamente ao que sucedia antes, o mercado do trabalho já não está favorável aos enfermeiros, especialmente aos enfermeiros estrangeiros. Pelo menos esta é a ideia apresentada pelos entrevistados, podendo ser um indício de discriminação. (Uma entrevistada, E.3, aludiu especificamente a este aspecto num diálogo informal, após o término da entrevista). Uma situação tanto mais complicada quanto o país vizinho não é alternativa para trabalhar.

Finalizaremos, concluindo que o conceito de cuidar, o seu significado, expressão, padrões, processos e estrutura dos cuidados, têm semelhanças e diferenças em todo o mundo. Sofrem influência de factores tais como a percepção do enfermeiro quanto aos benefícios simbólicos recebidos (reconhecimento social e satisfação do trabalho “bem feito”), o seu padrão cultural e as circunstâncias em que se processa a actividade profissional. Afinal, parecem existir mesmo diferentes “concepções de enfermagem”, ou

seja, diversos “quadros socioculturais da profissão” (Peixoto, 1997, cit. in Vitorino, 2007). Como reconheceu Pedroso (1996), as condições de trabalho que se criam podem mesmo impedir o desenvolvimento de competências, competências essas que serão indispensáveis aos enfermeiros, para a prestação de cuidados de enfermagem, que se pretendem, sejam de “excelência”. Ou não fosse a Enfermagem uma profissão abrangendo vários domínios (científico, artístico, humanístico, ético e técnico), correspondendo a outras tantas dimensões do profissional.

Seguidamente, apresenta-se a codificação efectuada a partir dos dados obtidos em relação às concepções de Enfermagem.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
As concepções do outro sobre Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os enfermeiros são razoavelmente considerados no nosso país. ➤ Os enfermeiros são mais considerados em Portugal do que em Espanha. ➤ A concepção do enfermeiro é igual nos dois países. ➤ Existe um maior reconhecimento dos enfermeiros em Espanha. ➤ A profissão de Enfermagem não é tão valorizada em Espanha como em Portugal. ➤ Os enfermeiros novos não são reconhecidos por parte dos seus pares em Espanha. 	<p>E.10</p> <p>E.6 – E.7</p> <p>E.5 – E.10</p> <p>E.5</p> <p>?</p> <p>E.3</p>
As funções	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não há diferenças significativas entre a prática de Enfermagem em Espanha e aquela exercida em Portugal. ➤ As funções dos enfermeiros são mais abrangentes em Portugal. ➤ Aqui o enfermeiro trabalha mais. ➤ Em Portugal o trabalho do enfermeiro é diferente comparado com Espanha. ➤ No nosso país as funções independentes de Enfermagem não estão tão bem definidas em Espanha. ➤ Em Portugal as auxiliares não cooperam tanto com as enfermeiras como em Espanha. ➤ No nosso país as auxiliares têm um curso muito básico. ➤ As auxiliares espanholas têm outras habilitações que não têm as suas congéneres portuguesas. ➤ As actividades das auxiliares espanholas abarcam um domínio mais amplo. ➤ Em Espanha as auxiliares assumem funções que são desempenhadas no nosso país por enfermeiros. 	<p>E.7 – E.9</p> <p>E.6 – E.7</p> <p>E.5 – E.8</p> <p>E.6 – E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.7 – E.8</p> <p>E.6</p> <p>E.6 – E.7 – E.8</p> <p>E.11</p> <p>E.1-E.5-E.6-E.8</p>

Quadro n.º 16 – As concepções de Enfermagem

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
A qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabalha-se bem em Portugal. ➤ Os cuidados de Enfermagem prestados em Portugal são de melhor qualidade do que em Espanha. 	<p>E.1</p> <p>E.1 – E.6</p>
A situação na Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O mercado do trabalho português estava aberto para os enfermeiros. ➤ As condições de trabalho eram mais favoráveis. ➤ A contratação de enfermeiros assumia um carácter estável. ➤ As oportunidades de aprendizagem eram maiores no nosso país. ➤ Actualmente é mais complicado trabalhar em Portugal. ➤ Hoje em dia está mais complicado para os enfermeiros estrangeiros trabalharem no nosso país. ➤ Os enfermeiros não conseguem trabalhar no país vizinho. ➤ O trabalho em Espanha é muito instável. ➤ Para os enfermeiros espanhóis a situação laboral no seu país é muito complicada. ➤ A desmotivação é consequência da falta de estabilidade vivida no trabalho em Espanha. ➤ As coisas mudaram muito em Portugal. 	<p>E.1-E.2-E.3-E.8</p> <p>E.1-E.6-E.10-E.11</p> <p>E.1-E.3-E.6-E.8-E.9-E.11</p> <p>E.9 – E.11</p> <p>E.1-E.2-E.3-E.5-E.9-E.11</p> <p>E.1 – E.2 – E.11</p> <p>E.1–E.5–E.7-E.11</p> <p>E.1-E.3-E.4-E.5-E.6-E.7-E.8-E.9-E.10-E.11</p> <p>E.1 – E.2 – E.5</p> <p>E.3</p> <p>E.7</p>

Continuação do Quadro n.º 16 – As concepções de Enfermagem

7 – A DECISÃO DE EMIGRAR

No palco da emigração, o guião representado não é sempre o mesmo. Basta atender a certos aspectos para perceber esse facto.

7.1 – As motivações

O que leva uma pessoa a trilhar “os caminhos da imigração”?... No cerne da questão estão as motivações subjacentes à partida.

No caso dos enfermeiros estrangeiros, destaca-se o factor “trabalho”. De facto, nota-se que foi primeiramente **a necessidade (e o desejo) de trabalhar** que **motivou o enfermeiro a emigrar** (para todos o participantes):

[...] ficamos estamos tanto ansiosos por já começar a trabalhar ante esta chamada. [...]. (E2)
Então foi mesmo simplesmente por isso, para arranjar emprego [...]. (E11)

Necessidade ou desejo (será que não se confundem aqui?) explicada(o) por um dos entrevistados:

«Chega um ponto que a gente está tão aborrecida mesmo de não fazer nada que (...) ir para qualquer lado [...]. (E8)

Para os participantes, tão forte como o imperativo de trabalhar, é o desejo de equilíbrio na vida. Pelo menos é o que se pode deduzir das afirmações de todos os entrevistados. Todos eles, de uma forma ou outra, deram a entender que **a procura de estabilidade está na origem da vinda:**

[...] depois já nos ofereceram as condições que eram muito boas porque nos ofereciam são um contrato indefinido ao fim de [...]. (E1)
[...] porque temos umas condições boas de trabalho em termos de contrato. Trabalho já quase definitivo, não é nada eventual [...]. (E6)
Este hospital ofereceu-nos logo de início um contrato definitivo. (E9)

Estas afirmações denotam que **a contínua instabilidade vivida no meio laboral**

espanhol propiciou a vinda. Esta dedução foi amplamente corroborada pelas declarações dos participantes:

[...] tu arranjares uma vaga fixa no hospital hé (...) só perto dos quarenta anos [...]. (E2)

Nunca tens a certeza do que vais receber ao fim do mês. (E4)

Era só contratos de substituição, de férias, de dois meses, um mês, dias (...). (E5)

[...] lá [em Espanha] não arranjam trabalho, trabalho muito instável e (...). (E8)

Ouviu-se mesmo a seguinte confissão de uma enfermeira:

E então depois tive cinco meses assim parada e já estava a começar a desesperar. (E10)

Desânimo, desespero, frustração... os vários sentimentos manifestados perante uma realidade que não se compadece dos “cuidadores” ou “prestadores de cuidados”. Alguns entrevistados alegam mesmo que **a decisão de emigrar se deveu à falta de oportunidades em Espanha:**

[...] naquela altura houve certos problemas para nós encontrar trabalho. (E1)

ali [em Espanha] as oportunidades para trabalhar são um bocado complicadas. (E2)

[...] com umas condições que em Espanha não conseguia (...) ter. (E11)

Ora, a ausência de oportunidades não traduz apenas a falta de sustento próprio, o que poderia ser conseguido através de **um** (“qualquer”) trabalho. Indica ainda a impossibilidade de desenvolver o trabalho, ou seja, o seu trabalho, a sua arte. Por isso certos intervenientes referiram que **a vontade de adquirir experiência profissional fomentou a emigração:**

[...] viemos mesmo para ganhar experiência. (E1)

[...] para ter experiência [...]. (E3)

Mas [em Espanha] consegues desenrolar a tua profissão. (E4)

Uma deliberação que, para um participante (E.1), foi acompanhada pelo desejo de **enriquecer o curriculum:**

[...] a fazer assim, a aumentar o curriculum. (E1)

Outra entrevistada alude igualmente ao **desejo de abraçar uma experiência nova** como o motivo que **impulsionou a partida:**

[...] porque prontos tínhamos uma coisa nova [...]. (E3)

É certo que, para alguns dos profissionais em causa, a aventura da imigração começou também pelo **anseio de sair de casa e tornar-se independente**. Para eles, este foi verdadeiramente **um factor que conduziu à imigração**:

[...] não queria ficar em casa, não é. (E2)

[...] eu não quero também estar em casa sempre parada [...]. (E3)

Nunca iria independentizar-me [em Espanha]. (E4)

[...] vir para aqui foi um bocado (...) a experiência de independentizar-me. (E7)

Foram várias as aspirações ao vir para Portugal. A possibilidade de trabalhar, aliada à estabilidade, são aquelas que mais sobressaem. Desse modo, a imigração destes enfermeiros esconde a necessidade primária de sobrevivência, envolvendo aspectos como a sustentação das suas necessidades básicas/elementares e a segurança. Who (2001, cit. in Bragança, 2002) estará então dentro da verdade ao afirmar que o trabalho precário e inseguro, o medo do desemprego, a irregularidade salarial e a perda de capacidade de trabalho, são causas de stress, mesmo para aqueles que trabalham. Essas condições, presentes em Espanha, acabam por funcionar como factores de repulsão, levando os profissionais em causa a emigrar para um país onde lhes é proposto trabalho e de carácter permanente (factores de atracção). Confirma-se assim o Modelo de Ravestein (cit. in Rocha-Trindade, 1995), o qual preconiza que os fluxos migratórios são no sentido de zonas com fracas oportunidades para outras de oportunidades elevadas. Revela-se ainda a pertinência da asserção de Lee (1969, cit. in Rocha-Trindade, 1995:75) em como «[...] nenhuma destas correntes pode ser comparada em volume com aquelas que estão na origem no desejo intrínseco à maioria dos homens em melhorar as suas condições materiais de existência» (emigração económica). Para os entrevistados, ficaram mesmo relegadas para segundo plano a pretensão de ser independente (embora subjacente ao desejo de trabalhar) e a ambição de adquirir experiência profissional.

Coloca-se agora uma questão: porquê a escolha de Portugal e não de outra nação?

7.2 – A escolha do país

O destino de imigração parece ter sido seleccionado com um grande realismo. Efectivamente, factores de natureza prática nortearam a tomada de decisão. Esses

factores estiveram relacionados (directa ou indirectamente) com o trabalho e/ou próprio país.

Desse modo, **a necessidade de enfermeiros em Portugal conduziu à selecção desse país:**

[...] e disse que precisavam de gente. (E3)
[...] e precisavam de pessoal (...). (E3)
E então decidi ir para um sítio onde sabia que precisavam da minha ajuda. (E4)

Este facto aliado às **condições de trabalho mais favoráveis no nosso país:**

[...] e as condições serem também as mais favoráveis. (E10)
[...] com umas condições que em Espanha não conseguia (...) ter [...]. (E113)

É evidente que outros países poderiam ser mais interessantes que Portugal, pelas propostas aliciantes de trabalho para os enfermeiros (caso da Inglaterra e da América). Logo, os dois aspectos mencionados anteriormente só por si não são suficientes para explicar a escolha efectuada. Assim, aprofundando este assunto, aparecem outras ideias. Segundo alguns enfermeiros, **na proximidade geográfica encontra-se o motivo pelo qual foi escolhido o nosso país:**

[...] e a gente cá fica muito mais perto. (E8)
É perto. Mais perto de casa, de casa e dos teus amigos. (E9)
E então escolhi Portugal porque era o que mais perto me ficava dadas as opções que eu tinha [...]. (E10)
Nunca iria independentizar-me [em Espanha]. (E4)
[...] porque (...) estava perto da minha casa [...]. (E11)

Esta resolução foi ainda facilitada pela existência de uma rede de apoio em Portugal. Com efeito, **a presença de conhecidos em Portugal, anterior à emigração, levou à eleição do referido país:**

Porque havia uma colega de uma minha colega que estava a trabalhar aqui [...]. (E3)
[...] foi gente de aqui [...]. (E4)
[...] pronto tínhamos conhecidos [...]. (E8)

Essa rede inclui a presença de um familiar cá:

Foi por causa do meu irmão que tem trabalho cá. (E2)

No caso de uma entrevistada foi distinto o factor que contou. De factor, foi **o conhecimento prévio do país que motivou a preferência pelo mesmo:**

[...] ainda pequena com os meus pais vinha sempre a Portugal, era como se fosse uma parte mais de Espanha. (E11)

Escolha ainda mais justificada porque «[...] em toda Espanha está mais longe» (E11). Por outro lado, essa opção encontra razão de ser na nossa língua. Com efeito, são alguns os entrevistados a revelar que **a opção por Portugal deveu-se ao idioma:**

Portugal é um bocadinho melhor por causa de (...) do idioma [...]. (E2)
O idioma, o idioma para nós os de Valença [...]. (E9)
[...] porque compreendia o idioma [...]. (E11)

Enfim, perante o que nos foi dito, pode-se concluir que a solicitação de enfermeiros a nível do mercado de trabalho português foi o motivo prevalecte para a vinda, a par com as condições interessantes oferecidas no nosso país. Assim, e de acordo com o Modelo do Equilíbrio (Rocha-Trindade, 1995), a mobilidade geográfica resultou de uma tomada de decisão racional dos entrevistados que escolheram, de entre as várias alternativas possíveis no “mercado de imigração”, aquele destino que maximizou o seu bem-estar. Nesse sentido, foram avaliados pelos enfermeiros estrangeiros os custos e benefícios implicados no movimento migratório. Dessa maneira, ao domínio dos motivos económicos junta-se também o aspecto “proximidade geográfica”. Este facto dá mostras da justeza das “Leis da Migração” de Lee (1969, cit. in Rocha-Trindade, 1995). Com efeito, estas assinalam que a maior parte dos migrantes desloca-se para curta distância e que, além disso, a maioria deles são mulheres. (Neste caso este facto ocorre talvez porque a Enfermagem é ainda hoje uma profissão predominantemente feminina).

É importante realçar igualmente que o idioma é um dos critérios que, aparentemente, foi menos tido em conta na altura de escolher o país receptor. Por outro lado, note-se que as redes sociais tiveram um papel na selecção do destino, embora aparentemente também menos relevante (pouco mencionado). Todavia, a sua existência aponta para o facto de que «[...] as pertenças étnicas podem fazer surgir redes de base étnica [...]» (Quintino, 2004:289).

7.3 – A decisão em si

Determinados agentes entrevistaram no “trajecto” seguido pelo migrante. A esse

propósito, podemos mencionar **a escola em Espanha**, a qual **proporcionou dados úteis para a tomada de decisão:**

[...] a nossa escola nos facilitaram os dados para [...]. (E2)
Perguntámos na escola. (E11)

Noutras circunstâncias, **um anúncio num jornal espanhol foi um elemento presente no processo migratório:**

Foi através de um jornal, de um jornal Espanhol [...]. (E1)
Hé, depois também saiu um anúncio no jornal. (E4)
Então no jornal apareceu um anúncio [...]. (E5)
[...] nos jornais espanhóis, colocou (...) anúncios pedindo enfermeiros. (E9)

Contudo, numerosos enfermeiros dispuseram de uma fonte diversa. Para esses, **existiram informadores que facultaram dados de interesse antes da tomada de decisão:**

Foi uma colega que estudou comigo que me disse que tinha saído um anúncio no jornal. (E7)
A minha colega informou-me [...] porque eles o hospital tinha [...] aberto concurso. (E10)
Depois havia alguns médicos que tinham vindo cá. Fomos perguntando. (E11)

Independentemente dos elementos que estiveram em jogo em todo o processo, o facto é que uma proporção significativa da amostra asseverou que **a vinda foi por iniciativa própria:**

[...] já estava com ideia de vir para aqui. (E3)
[...] por minha iniciativa. (E4)
[...] na altura tomei a decisão sozinho. (E9)
Foi uma decisão sozinho (...) e não foi apoiada. (E10)

É visível, pela informação transmitida, que para a maioria dos participantes a vinda resultou de uma decisão própria, embora auxiliada, sempre que possível, pelo recurso a informadores e a um anúncio de jornal. «*Ao efectuarem ligações entre os países de origem e os de destino, as redes sociais baseadas em laços interpessoais constituem factores de intermediação entre os actores individuais e as forças estruturais*» assegura Rocha-Trindade (1995:91). As declarações dos entrevistados dão relevo a essas palavras.

Como conclusão, podemos dizer que a internacionalização do mercado de trabalho acelerou a mobilidade de recursos humanos, os quais procuram melhores condições de

vida. Dessa forma, os trabalhadores-migrantes deslocam-se (como é compreensível) para onde a oferta de trabalho possa ser maior, socorrendo-se da sua «*capacidade para mobilizar recursos escassos em virtude da sua pertença a redes ou estruturas sociais mais amplas*» (Portes, 1999, cit. in Pires, 2003:219). Contudo, eles não descuram aspectos como a estabilidade e a distância geográfica. Na verdade mesmo numa era que exalta as virtudes da globalização e, mediante ela, da mobilidade, essas considerações são feitas. Nem que seja devido à importância dada à família (vide Quadro n.º 15). Sobressai ainda a pertinência da afirmação de Peixoto (1997, cit. in Vitorino, 2007), segundo a qual são as necessidades de carreira, sobretudo numa fase inicial, que motivam a vinda dos espanhóis.

O quadro seguinte reproduz a codificação realizada a partir dos dados obtidos.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
As motivações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A necessidade/o desejo de trabalhar motivou o enfermeiro a emigrar. ➤ A procura de estabilidade está na origem da vinda. ➤ A contínua instabilidade vivida no meio laboral espanhol propiciou a vinda. ➤ A decisão de emigrar deveu-se à falta de oportunidades de trabalho em Espanha. ➤ A vontade de adquirir experiência profissional fomentou a emigração. ➤ Foi tomada a decisão de emigrar com o intuito de enriquecer o curriculum. ➤ O desejo de abraçar uma experiência nova impulsionou a partida. ➤ O anseio de sair de casa e tornar-se independente foi um factor que conduziu à emigração. 	<p>E.1-E.2-E.3-E.5-E.6-E.7-E.8E.10</p> <p>Todos</p> <p>Todos</p> <p>E.1 – E.2</p> <p>E.1 – E.3 – E.4</p> <p>E.1</p> <p>E.3</p> <p>E.2-E.3-E-4-E.7</p>
A escolha do país	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A necessidade de enfermeiros em Portugal conduziu à selecção desse país. ➤ As condições de trabalho mais favoráveis no nosso país conduziram à escolha do país. ➤ Na proximidade geográfica encontra-se o motivo pelo qual foi escolhido o nosso país. ➤ A presença de conhecidos em Portugal, anterior à emigração, levou à eleição do referido país. ➤ O conhecimento prévio do país motivou a preferência pelo mesmo. ➤ A opção por Portugal deveu-se ao idioma. 	<p>E.2-E.3-E.7-E.8-E.9-E.11</p> <p>E.10 – E.11</p> <p>E.3-E.8-E.9-E.10-E.11</p> <p>E.3 – E.4 – E.8</p> <p>E.11</p> <p>E.2 – E.9 – E.11</p>
A decisão em si	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A escola em Espanha proporcionou dados úteis para a tomada de decisão. ➤ Um anúncio num jornal espanhol foi um elemento presente no processo migratório. ➤ Existiram informadores que facultaram dados de interesse antes da tomada de decisão. ➤ A vinda foi por iniciativa própria. 	<p>E.2</p> <p>E.1-E.4-E.5-E.9</p> <p>E.3-E.4-E.6-E.7-E.8-E.10-E.11</p> <p>E.3-E.4-E.5-E.6-E.9-E.10-E.11</p>

Quadro n.º 17 – A decisão de emigra

8 – A ADAPTAÇÃO AO MERCADO DO TRABALHO

Falar em “adaptação” implica reflectir sobre diversos aspectos, como o período em si, as dificuldades sentidas e previstas para o futuro.

8.1 – O período em si

Variáveis de natureza intrínseca como, por exemplo, a personalidade, e outras de carácter extrínseco ao indivíduo condicionam a adaptação ao mercado do trabalho. As primeiras não constituíram objecto de reflexão, dada a sua falta de expressividade neste trabalho. Efectivamente, os entrevistados apontaram unicamente condições que lhes eram “exteriores”, como as responsáveis pela sua (melhor ou pior) adaptação. Relativamente a esta, recolhemos diversas opiniões.

Determinados enfermeiros frisaram que **a adaptação ao trabalho foi gradual:**

Nós começamos com no primeiro dia um doente, no segundo entraram mais dois. Deu para se ir habituando. (E5)

O serviço onde fui trabalhar tem três salas. Só estava uma aberta e depois é que abriram as outras duas. (E6)

[...] todos nós começamos do zero, por isso foi tudo muito devagarinho. (E9)

Pode-se pois afirmar, tomando como exemplo o hospital referenciado neste estudo que **em Portugal, existe um período de integração para os enfermeiros contratados:**

Aqui fazem-se integrações. (E6)

Não é como aqui tens um tempo de integração[...]. (E10)

Situação que contrasta com o que acontece em Espanha, como ficámos a saber por três elementos (E.6, E.7 E.10). Se bem que esta ocorrência (falta de integração) possa ser positiva porque «*aprende-se muito rápido*» e «*tens que saber desenrascar-te*», é evidente que «*em contrapartida, não dá tempo a habituar-se nem a conhecer propriamente o ritmo de um serviço*». (proferido pelo E.10). Contudo o sistema português oferece mais possibilidades, permitindo ainda que «*se sente segura no sentido de eu vou aprender [...]*» (E.10). É certo que «*[...] aqui dá-me a possibilidade*

de (...) *vou-me baldar um bocadinho*» e que **o período de integração foi excessivo**, nos dizeres da mesma entrevistada.

Não obstante, tendo em conta os aspectos positivos mencionados anteriormente, a referida enfermeira é peremptória em concluir que:

Nesse sentido de integração acho melhor o modelo de aqui. (E10)

Declaração tanto mais válida se considerarmos os esforços que o hospital (na pessoa dos seus dirigentes, com relevo para aqueles da área de Enfermagem) envidou para promover a adaptação dos enfermeiros em causa. Entre eles, uma actividade respeitante à aprendizagem da língua. Realmente, um dos enfermeiros estrangeiros focou como **a integração foi facilitada pela existência de um curso de português ministrado no próprio hospital:**

*Depois tivemos umas aulas (...) também de (...) português. [...]
Aqui [no hospital]. Ajudaram. (E1)*

Perspectiva que não é partilhada por outro elemento para quem **as aulas de português dadas não ajudaram nada na integração:**

[...] mas realmente aquilo não deu para nada [...]. (E7)

Possivelmente pela brevidade do curso (quinze dias) e porque «(...) *só o dia a dia é que aprendes, pronto a língua*». (E7)

E é assim que, por esse ou por outro motivo, para alguns dos entrevistados **no início foi difícil trabalhar no nosso país:**

*É assim, no início foi difícil [...]. (E1)
Foi difícil trabalhar no início [...]. (E4)
[...] de início é mais difícil (...). (E6)*

Pelo contrário, outro grupo de participantes acha que **foi difícil trabalhar em Portugal:**

*Naquela altura foi fácil. (E1)
Por isso é que foi tão fácil. (E3)
Neste serviço não [não foi difícil trabalhar]. (E4)
No início foi tudo muito fácil, foi tudo. (E9)*

Estes dados indiciam que **a integração decorreu bem**, nem que seja em determinados casos:

[...] então foi fácil a integração. (E1)
A minha integração foi feita por uma enfermeira portuguesa e eu adorei. (E2)

Uma integração para a qual terão contribuído os enfermeiros originários do país vizinho. A provar este facto, a afirmação de que **os enfermeiros espanhóis que já se encontravam a trabalhar em Portugal funcionaram como factor de integração para os seus conterrâneos:**

Os colegas espanhóis que andavam aqui há mais um bocadinho de tempo foram ajudando. (E1)
Quando eu vim cá já havia colegas espanhóis (...) e (...) um deles [...] foi um que me deu [...] umas dicas interessantes. (E11)

De modo que é possível acreditar que **a integração** tenha sido **facilitada pela proporção substancial de enfermeiros espanhóis no serviço:**

[...] quando eu comecei a trabalhar na Medicina, metade da equipe eram espanhóis. Facilitou-me imenso [...]. (E1)
No início de digamos da adaptação da integração, quase havia mais enfermeiros espanhóis do que (...) portugueses. Isso provavelmente também facilitou, o ser muitos sempre dá (...) outro apoio. (E6)

Mas certos elementos defendem que **o facto de ter vindo juntamente com um grupo de colegas espanhóis** também tenho ajudado **na integração:**

[...] como viemos grupos grandes e já nos conhecíamos, amigos de de turma, então foi fácil a integração. (E1)
E depois na altura que eu entrei entramos há volta de vinte colegas todos espanhóis. (E6)

Então como decorreu globalmente a integração?... Terminologia à parte (a palavra “integração” não é consensual), procuramos desvendar como foi o período de transição para a vida activa dos enfermeiros, aquele em que «[...] o nível de iniciado é experimentado por enfermeiros que integram um novo serviço, em que não conhecem os objectivos e os aspectos inerentes aos cuidados não lhes são familiares» (Benner, 2001, cit. in Diogo, 2004:84).

Descobrimos que, se para alguns não foi fácil trabalhar no nosso país, o contrário verificou-se para uma percentagem significativa da amostra, embora no início não tenha sido simples. Contudo, a existência de um período de integração e o número de doentes atribuído (progressivamente maior) terão contribuído para uma adaptação gradual e bem sucedida. Tornou-se ainda visível a relevância da política seguida pela Direcção de

Enfermagem, não só no que foi mencionado anteriormente, como pelo facto de proporcionar aos enfermeiros estrangeiros que tutela um curso de português. Afinal, não é verdade que a «[...] *comunicação permite que haja coordenação do trabalho e a cooperação entre os trabalhadores [...]*» (Silva, 2004:23)?

E se bem que o curso tenha sido rudimentar e insuficiente, nos dizeres de um elemento, foi valorizado por outro, e denota alguma preocupação com os seus funcionários por parte da referida hierarquia. Este tipo de cultura organizacional, ao promover a satisfação do trabalhador, aumenta o nível de integração, tal como apontam os estudos de Vala (cit. in Pires, 2003). Sendo assim, não é difícil chegar à mesma conclusão que Serra (2000) de como a cultura organizacional desempenha um papel fundamental na construção do clima psicológico que se gera dentro da organização, logo, nas vivências dos indivíduos.

Outro factor que beneficiou os enfermeiros espanhóis foi o “acompanhamento” que receberam por parte dos seus conterrâneos, seja pela vinda conjunta, ou pela existência prévia desses elementos nos serviços. Aflora assim à nossa mente, mais uma vez, a afirmação de Quintino (2004:289) segundo a qual «[...] *as pertenças podem fazer surgir redes de base étnica [...]*». Eventualmente porque a “distintividade psicolinguística” (Giles et al., 1977), que é comum a esses profissionais, permite-lhes preservar a sua identidade étnica ou nacional (Miranda, 2002), além de facilitar a sua compreensão de uma realidade estranha. Realidade essa que previsivelmente lhes terá trazido alguns problemas.

8.2 – As dificuldades sentidas

Realidades diferentes, condições e exigências distintas. Será pois compreensível que um “novo” emprego (sobretudo se “novo” significar “o primeiro”) e uma mudança de país acarretem certas dificuldades. E se algumas são evidentes, outras poderão passar despercebidas à maioria das pessoas.

Na lista das primeiras, encontrámos o idioma. Assim, um pequeno grupo de enfermeiros garante que **a primeira dificuldade sentida foi a língua:**

[...] porque de início é mais difícil (...) prontos e a rede idiomática [...]. (E6)
A primeira dificuldade que vejo é o idioma. (E11)

E mesmo que não tenha sido a única, a verdade é que **a língua trouxe alguns problemas:**

Sim, sim, foi [...]. (E2)

[...] quando conseguia perceber uma fase, logo vinha outra e já perdia-me novamente. (E7)

[...] hé sobretudo a língua (...). (E8)

Ao contrário, igual número de enfermeiros afiança que **a língua não causou grande dificuldade:**

[...] mas não me custou assim tanto como eu pensava. (E3)

[...] não me foi assim muito difícil [...]. (E7)

Não, a língua não. (E10)

Um dos “intervenientes” esclarece-nos que isto acontece «*porque há muita semelhança com o português*» (E7). Um segundo entrevistado não se inibiu até de referir que a língua foi «*o menor problema de trabalho*» (E9). Esse sentimento vai de encontro ao ponto de vista de duas enfermeiras que apontam **a forma de proceder dos colegas de trabalho** como **um obstáculo sentido na adaptação** (porventura um dos principais):

Já tive alguns problemas, porque não consentiam que as auxiliares nos chamassem pelo nome nem nos dissessem por tu nem brincassem com nós. (E4)

Acho que há mais dificuldade é sentir-te bem com os colegas. (E11)

Uma dificuldade acrescida, não só pela estratificação social existente em Portugal (vide Quadro n.º 3) como igualmente pela inexperiência e pela deslocalização/mobilidade sofrida. Na verdade, um dos entrevistados foca especificamente **a falta de experiência** como **um dos obstáculos sentidos:**

Estão, custa um bocadinho (...) o quê o tipo de trabalho. (E8)

Acrescente-se ainda que **o facto de não saber a localização dos recursos materiais** também **dificultou a integração:**

[...] para além de não saber onde é que estão as coisas que são, para mim é (...) uma coisa muito (...) muito importante [...]. (E8)

Mas muitas vezes as dúvidas de nós eram onde é que estava a medicação, onde é que estavam as coisas. (E10)

Não podemos também esquecer a segunda categoria de dificuldades mencionadas inicialmente, ou seja, as que não são conhecidas pela população em geral. Nestas,

devemos considerar as dificuldades que dizem respeito à instituição em si (cultura organizacional) e as relacionadas com a dinâmica dos serviços.

Relativamente ao primeiro caso, um entrevistado confessou que **a cultura organizacional provocou algum aborrecimento:**

Claro que eu às vezes fico chateado com a forma de trabalhar portuguesa. (E8)

A razão dessa contrariedade prende-se com os meandros da burocracia existente no referido hospital e no nosso país em geral, tornando as “estruturas institucionais pesadas”. Esse facto é referido explicitamente pelo enfermeiro em causa:

A burocracia em que este hospital (...) este hospital e por exemplo todo Portugal [...]. (E9)

Para outros dos seus colegas, é a orgânica dos serviços que é fonte de descontentamento, especialmente os horários estipulados. As queixas são variáveis, a esse nível.

Assim, dizem-nos dois participantes que **os horários praticados em Portugal são complicados:**

São muito complicados os horários aqui. (E10)
E o horário em si. (E11)

Uma ocorrência penosa sobretudo se observarmos que **a carga horária dos enfermeiros é excessiva:**

Nós aqui fazemos às vezes cento e oitenta e umas tantas horas por mês, e isso acaba por ser muito cansativo [...]. (E10)
[...] que os horários estão sobrecarregados como está aqui. (E11)

Para além de que **o planeamento do calendário laboral é tardio**, na opinião de uma participante:

[...] há o inconveniente que o nosso horário sai a dia vinte e oito, vinte e nove, quando não é a trinta e um do mês. (E10)

A mesma participante conclui que **a maior dificuldade sentida prende-se com os horários realizados:**

Sem dúvida alguma. Para mim é a maior [...]. (E10)

Enfim... «É difícil ter uma vida fora daqui [do hospital]». (E10)

Ainda é mais difícil se atendermos à interferência de outros factores. Com efeito, **a remuneração auferida tem igualmente impacto na vida quotidiana:**

E aqui é uma vida muito mais calma que eu compreendo porque a gente não tem dinheiro (ri) para fazer mais nada. (E3)

Não restam mesmo dúvidas: **o salário obtido foi uma das causas de dificuldade.** Importa saber interpretar o que nos foi dito:

[...] porque a gente o dinheiro que tem está sempre a poupar para (...) para contas, então não dá. (E3)
Claro que gostava de ganhar muito mais. (E9)

Aliás, em conversa informal, esses dois entrevistados (E.3 e E.9) ofereceram-nos um termo comparativo com Espanha, nessa matéria. Segundo eles, no referido país o salário-base de um enfermeiro ronda os dois mil euros (ultrapassa até este montante nos trabalhadores com vínculo precário, completou E.9). Essa quantia, a par com uma série de condições em vigor no país em questão, tal como uma menor tributação de impostos, proporciona um nível de vida mais elevado, no parecer desses enfermeiros. Daí talvez a declaração de um deles:

Se calhar se tivesse a trabalhar no internamento recebendo o salário que recebem os portugueses, se calhar apetecia-me ir trabalhar para outro lado, lá para a minha terra. (E9)

Das declarações proferidas pelos entrevistados emergem várias dificuldades. Na lista destas, e a somar à inexperiência, aparece o procedimento dos outros colegas. E o facto dos enfermeiros estrangeiros considerarem esse aspecto como obstáculo mostra bem como «*os sentimentos e as atitudes têm uma importância indiscutível na forma como executam o seu trabalho*» (Cushway e Lodge, 1998, cit. in Silva, 2004:19). Não esqueçamos, a esse propósito, as palavras de Pedroso (1996), em como os profissionais, no contexto do trabalho, encontram-se num estado de interdependência estratégica com os restantes actores do sistema, sendo condicionados por um conjunto de estruturas e regulações locais. Nessas estruturas incluem-se os recursos materiais e físicos (cuja localização foi custosa inicialmente), enquanto que as regulações locais traduzem a cultura organizacional. E esta, pelo excesso de burocracia que abarca, foi motivo de contrariedade para um elemento. Recordemos, nesse âmbito que a cultura «*inclui todas as convicções, valores e padrões de comportamento, comuns num determinado grupo de pessoas*» (Leininger, 1986, cit. in Tappen, 2005:172). Assim, a própria forma como é percebido e avaliado o universo hospitalar é diferente entre culturas e grupos étnicos.

Para os enfermeiros estrangeiros, o mercado laboral português é um “mundo” no qual os horários realizados são penosos, no aspecto de planificação e de sobrecarga (sobrecarga laboral e pressão com o tempo). O que realça a perspectiva da Comissão das Comunidades Europeias (2002) segundo a qual o bem-estar no trabalho (oponível à existência de dificuldades) tem sido profundamente influenciado pelas mudanças sofridas nas organizações, uma delas respeitante ao tempo de trabalho. Trabalho esse que não é suficientemente remunerado, no entender de certos entrevistados, e que causa impacto na vida quotidiana/social dos mesmos, tal como o excesso de horas efectuadas. Outra condição que afectou a vida dos participantes deste estudo foi o idioma. Dos obstáculos sentidos este foi o mais evidente, apesar das opiniões se dividirem de igual modo entre os que consideram o idioma (um pouco) difícil e os que não pensam o mesmo (devido à similaridade com o galego). Não obstante, a barreira linguística foi indicada como a dificuldade prioritária, no início. Uma de entre diferentes dificuldades que não se esgotam no tempo presente.

8.3 – A previsão das dificuldades futuras

O mercado do trabalho é cada vez mais marcado pela competitividade, numa lógica agressiva de economia-produção (ou custo-benefício, se preferir). É então natural que, a um contexto em franca mutação, correspondam novas preocupações e dificuldades.

Alguns desses obstáculos foram identificados pelos entrevistados. Dessa forma, um dos entrevistados está convencido que **actualmente os enfermeiros estrangeiros têm menos tempo para a sua adaptação**; o que está subentendido nas suas palavras:

Nós tivemos mais tempo para adaptação. (E5)

Para agravar este quadro muitos enfermeiros estrangeiros partiram. Enfim, **hoje em dia trabalham menos espanhóis nos serviços pelo que será maior a dificuldade de integração dos seus congéneres**:

[...] trabalham lá menos colegas espanhóis [...]. (E6)

Essa situação concorre para que os profissionais em causa não se sintam tão «**abrigadas**», a acreditar na expressão do mesmo entrevistado. O que sem dúvida não coincide com a comunicação de outro participante. Este último assegura que **presentemente os enfermeiros estrangeiros não sentiriam as mesmas dificuldades**

que os seus antecessores:

Sobretudo porque em qualquer sítio que vai tem um Espanhol que o ajuda. (E4)

Todavia, outros obstáculos poderão interferir na adaptação desses enfermeiros ao mercado do trabalho. A esse respeito, um entrevistado refere que **o excesso de trabalho existente hoje em dia será um dos condicionamentos à integração de elementos estrangeiros:**

Porque há muito trabalho. (E5)

*E os colegas não teriam tanta disponibilidade para explicar as rotinas e os (...). (E5)
[...] e o serviço está mais (...). (E6)*

Eventualmente existirá ainda outro factor de interferência – a memória fugaz do passado. Com efeito, as pessoas tendem a apagar as lembranças de certas experiências (iniciais). Desse modo, e **porque as pessoas já se esqueceram da sua própria integração, os enfermeiros estrangeiros terão mais dificuldade a integrarem-se, no futuro:**

[...] porque acho que as pessoas que estão cá já estão integradas e (...) e há muitas pessoas que não se lembram [...]. (E7)

Uma perspectiva não muito animadora, num mercado do trabalho já de si complicado para os enfermeiros, como não é demais relembrar (vide Quadro n.º 6). Sem esquecer que, com a globalização da economia e a competição cada vez maior, a pressão sobre os trabalhadores é também cada vez mais acentuada. Uma situação à qual os enfermeiros também não escapam, pois enfrentam ainda uma maior carga horária e o trabalho que não lhes é familiar, no caso dos recém-formados como afirmam Bonnie et al. (2000, cit. in Diogo: 2004). Não têm tempo para a integração e os seus colegas não têm disponibilidade (temporal e psicológica) para a proporcionar. Este já é e ainda será mais o “drama” do futuro. Um cenário em que os “recém-chegados” de ontem já esqueceram o que passaram e nem têm oportunidade para se lembrar. Um contexto com menos enfermeiros espanhóis do que antigamente, pelo que será maior a dificuldade de integração por um lado, mas facilitada ainda assim pela presença desses elementos “em qualquer sítio” (pareceres divergentes de dois entrevistados).

Em qualquer dos casos é notório que, da adaptação ao mercado do trabalho, fazem parte diversas dificuldades, mesmo que a experiência seja positiva. A factores de índole

pessoal (como a capacidade de adaptação às circunstâncias ambientais e à língua), acresce factores organizacionais ou ambientais. Incluídos nestes stressores temos, por exemplo, a gestão da empresa, as relações más ou conflituosas com os colegas (Bragança, 2002), bem como todo o tipo de pressões relacionadas com o trabalho. A co-pertença, como sendo aquela relação formativa com tudo o que constitui o mundo (Honoré, 2004 cit. in Diogo, 2004:164), poderá ser mesmo posta em causa num “espaço-tempo” que não deixa margem à integração. Um acontecimento tanto mais grave quanto os primeiros momentos no contexto de trabalho são muito importantes e o período de integração é determinante para o indivíduo, no primeiro emprego e no seu sucesso futuro (Viens, 1996, cit. in Serra, 1998). Com efeito, é desse período que depende a independência, a responsabilidade e o reconhecimento efectivo do indivíduo pela sociedade, bem como o aumento da sua disposição para produzir (Fachada, 1991, cit. in Silva, 2004). O facto é que parecem acertadas as alegações de Peixoto (1997, cit. in Vitorino, 2007) como a vinda de profissionais estrangeiros conhece importantes limites, não só pelas condições de trabalho, remuneratórias e do próprio mercado laboral, como por obstáculos de natureza social e institucional. Os dados obtidos são transmitidos seguidamente num quadro.

Categorias	Elementos caracterizadores	Identificação dos entrevistados
O período em si	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A adaptação ao trabalho foi gradual. ➤ Em Portugal existe um período de integração para os enfermeiros contratados. ➤ O período de integração foi excessivo. ➤ A integração foi facilitada pela existência de um curso de português ministrado no próprio hospital. ➤ As aulas de português dadas não ajudaram nada na integração. ➤ No início foi difícil trabalhar no nosso país. ➤ Foi fácil trabalhar em Portugal. ➤ A integração decorreu bem. ➤ Os enfermeiros espanhóis que já se encontravam a trabalhar em Portugal funcionaram como factor de integração para os seus conterrâneos. ➤ A integração foi facilitada pela proporção substancial de enfermeiros espanhóis no serviço. ➤ O facto de ter vindo juntamente com um grupo de colegas espanhóis ajudou na integração. 	<p>E.5-E.6-E.7-E.9 E.6 – E.10 E.10 E.1 E.7 E.1-E.4-E.6-E.8 E.3-E.4-E.5-E.9 E.1 - E.2 - E.3 E.1 – E.6 – E.11 E.1 – E.6 E.1 – E.6</p>

Quadro n.º 18 – A adaptação ao mercado de trabalho

Categorias	Indicadores	Identificação dos entrevistados
As dificuldades sentidas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A primeira dificuldade sentida foi a língua. ➤ A língua trouxe alguns problemas. ➤ A língua não causou grande dificuldade. ➤ A forma de proceder dos colegas de trabalho foi um obstáculo sentido na adaptação. ➤ Um dos obstáculos sentidos foi a falta de experiência. ➤ O facto de não saber a localização dos recursos materiais dificultou a integração. ➤ A cultura organizacional provocou algum aborrecimento. ➤ Os horários praticados em Portugal são complicados. ➤ A carga horária dos enfermeiros é excessiva. ➤ O planeamento do calendário laboral é tardio. ➤ A maior dificuldade sentida prende-se com os horários realizados. ➤ Os problemas com o horário têm repercussões na vida pessoal e social. ➤ A remuneração auferida tem impacto na vida quotidiana. ➤ O salário obtido foi uma das causas de dificuldade. 	<p>E.11</p> <p>E.2-E.3-E.6-E.7-E.8</p> <p>E.9 – E.10 – E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.8</p> <p>E.8 – E.10</p> <p>E.4 – E.6 – E.9</p> <p>E.10 – E.11</p> <p>E.10 – E.11</p> <p>E.10</p> <p>E.10</p> <p>E.10</p> <p>E.3</p> <p>E.3 – E.9</p>
A previsão das dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualmente os enfermeiros estrangeiros têm menos tempo para a sua adaptação. ➤ Hoje em dia trabalham menos espanhóis nos serviços pelo que será maior a dificuldade de integração de seus congéneres. ➤ Presentemente os enfermeiros estrangeiros não sentiriam as mesmas dificuldades que os seus antecessores. ➤ O excesso de trabalho existente hoje em dia será um dos condicionamentos à integração de elementos estrangeiros. ➤ Os enfermeiros estrangeiros terão mais dificuldade a integrarem-se no futuro porque as pessoas já se esqueceram da sua própria integração. 	<p>E.5</p> <p>E.6</p> <p>E.4</p> <p>E.5 – E.6</p> <p>E.7</p>

Continuação do Quadro n.º 18 – A adaptação ao mercado de trabalho

9 – A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A cada vida, a sua história. Na verdade, a história dos enfermeiros estrangeiros iniciou-se antes da vinda para Portugal. Procurou-se então descobrir qual foi a sua experiência profissional, antes de imigrarem. Incidimos ainda sobre as imagens que têm da sua experiência profissional actual e as implicações que essas imagens poderão ter na vinda de outros congéneres.

9.1 – A experiência profissional anterior à imigração

O percurso seguido pelos enfermeiros, antes da vinda para Portugal, não foi de todo idêntico. Não só no que toca ao exercício da profissão em si, como ao período em que isso aconteceu (ou não).

Assim, constatámos que um grupo de enfermeiros **já desempenhava funções em Espanha antes de vir trabalhar para Portugal:**

Eu antes de vir ser enfermeira trabalhava em Espanha. (E4)

Sim, eu trabalhava lá há (...). (E7)

Eu tinha trabalhado [em Espanha] mas [...]. (E8)

Trabalhei sempre na Ortopedia, internamento em Espanha [...]. (E9)

Todavia, para uma proporção significativa deles, **a actividade laboral desenvolvida lá foi de curta duração:**

Só seis meses. (E6)

Trabalhei no Verão de 97 e trabalhei no Verão de 98.

[...] eu trabalhava no máximo quatro meses por ano em Espanha, em Enfermagem. (E9)

Sim, eu trabalhei três meses, trabalhei os três meses de Verão. (E10)

Além de que **o exercício profissional decorreu em serviços de especialidade diferente daquela em que se encontram agora:**

Não, foi no Centro de Saúde. (E7)

Eu tinha uma experiência de trabalho na Urgência e de repente é com recém-nascidos [...]. (E8)

Não tinha a mais vaga ideia do serviço de Pediatria. (E10)

Só mesmo um dos elementos entrevistados tinha trabalhado no mesmo tipo de serviço. Finalmente, para um número menor de enfermeiros estrangeiros **não houve experiência profissional antes da imigração:**

Nunca, nunca tinha trabalhado. (E1)

[...] então o meu primeiro emprego foi cá. (E2)

Observámos então que o facto de ter trabalho em Espanha não foi impeditivo de vir para o nosso país. O contexto do mercado laboral no país vizinho dá-nos a explicação desse fenómeno. Palavra a palavra ficámos a saber da instabilidade reinante lá (retroceda, por favor, ao item 7.1). Mostra-se assim pertinente de novo a afirmação de Who (2001, cit. in Bragança, 2002:63), como «*o trabalho precário e inseguro, o medo do desemprego, a irregularidade salarial e a perda da capacidade do trabalho, são causas de stress, mesmo para aquele que trabalha*». A tal ponto que essa precaridade impulsionou a vinda. Importa saber se esta valeu a pena para os entrevistados.

9.2 – As imagens da experiência profissional

É previsível que a avaliação da experiência profissional decorrida seja tão diversificada como a forma de encarar a vida o é. Os dados revelados pelos entrevistados parecem confirmar esse facto. Com efeito, os sentimentos destes oscilam entre a incerteza e o contentamento.

Desse modo, temos aqueles que demonstram **ambivalência nos sentimentos em relação ao percurso percorrido:**

Hum! Satisfatória, não sei. (E1)

Para mim foi boa. (Pausa). Podia ter sido melhor. (E9)

Portugal deu-me coisas muito boas, mas também noutros aspectos acho que foi assim um bocadito má. (E10)

São vários os motivos apontados como sendo responsáveis por essa ambivalência. No aspecto negativo, destacam-se factores económicos (a remuneração auferida), a forma de trabalhar em Portugal (subjugado pela burocracia – para E.9), o horário praticado, a relação com a equipe e a existência de classes sociais (para E.10). Na vertente positiva, encontra-se o trabalho de equipe, no que toca exclusivamente à Enfermagem (E10).

Para outros dos profissionais em causa, **a experiência vivida foi boa ou mesmo muito boa:**

Pois bem, têm de ser duas: muito boa. (Ri). (E2)
Uma vivência muito positiva, muito positiva. (E3)
Não, foi ótima (...) a sério. (E4)
Muito bom. Muito bom. (E5)
Excelente. (Pausa). Muito boa. (E6)

Uma parte dos enfermeiros estrangeiros considerou mesmo que **a experiência destes anos de trabalho foi profícua:**

Valeu a pena. (E3)
Eu acho que aprendi muito e que ganhei muito segurança como profissional e (...) me enriqueci a nível profissional [...]. (E7)
[...] eu acho que, se algum dia eu deixasse de trabalhar cá, hé, isto ficaria mesmo uma página importante mesmo. (E8)
[...] porque (...) pronto tenho uma séria de atitudes e tal que lá [em Espanha] não tiveram as colegas que tiveram a minha idade [...]. (E11)

Esta circunstância (a consciência da utilidade da experiência) certamente terá contribuído para uma melhor adaptação dos enfermeiros à nossa realidade, incluindo o idioma e a cultura. A este propósito, as palavras de um entrevistado não podiam ser mais explícitas. Ele defende que **poucos enfermeiros espanhóis tiveram dificuldade na adaptação:**

[...] eu acho que poucos enfermeiros espanhóis tiveram dificuldade na adaptação. Espanhóis (...) da Galiza. (E9)

Esta asserção sugere a relação existente entre a região de formação e a adaptação dos profissionais – alvo deste estudo, dado que a primeira implica toda uma envolvente (sócio-cultural e linguística, entre outros) que influencia a percepção da realidade. «A percepção é uma visão pessoal dos acontecimentos, e é formada a partir de expectativas e experiências» (Potter; Perry, 1999, cit. in Gomes, 2001:38), se bem se recordar.

Ora, a percepção das vivências experimentadas no mundo do trabalho traz certamente consequências. Jesus (2000, cit. in Bragança, 2002) defende mesmo que o mal-estar profissional provém da percepção do indivíduo sobre a incapacidade de fazer face às exigências profissionais e manifesta-se, no plano motivacional, por perda de idealismo e diminuição do empenhamento e envolvimento. Essa situação não se terá então

verificado com os entrevistados, uma vez que a maioria dos inquiridos mostrou-se (muito) satisfeito com a “realidade experiencial” do trabalho, sendo que, para alguns deles, a experiência foi até profícua. Poucos foram os participantes que revelaram ambivalência relativamente ao percurso percorrido. Da variabilidade de opiniões manifestadas presume-se a existência de diversas consequências.

9.3 – As implicações da experiência profissional vivida

Só um enfermeiro declara abertamente que **voltaria a vir trabalhar para o nosso país se fosse caso disso:**

E se a fazê-lo, voltasse para tràs, voltaria a vir outra vez. (E4)

Apesar disso, pelos dados apurados, percebe-se que a avaliação feita da experiência vivida influencia a vinda de terceiros. Desse modo, ainda é substancial o número de entrevistados a garantir que **aconselhava incondicionalmente os enfermeiros estrangeiros a virem trabalhar para Portugal:**

Para esta [instituição] em concreto [...] passado a minha experiência aconselhava. (E6)

Da minha experiência recomendo a outras pessoas que quiserem vir para aqui. (E7)

Seria precioso vir para aqui. (E10)

«Eu aconselho todo o mundo que termine que trabalhe» defende E.4 «Depois quando tem experiência que escolha o sítio onde quiser. Mas primeira aprenda [...]. E aprender é trabalhando» diz-nos o mesmo elemento. Esta opinião não é inteiramente partilhada por todos os entrevistados. Efectivamente, uma pequena percentagem destes **recomendava aos seus congéneres virem só em determinadas condições.** É o que se deduz, por exemplo, das palavras de E.9:

A mim correu-me bem porque eu vim para um serviço que deu-me muitas hipóteses de fazer aquilo que eu gosto.

Certos Enfermeiros foram mais explícitos:

Sim. Se não tivessem trabalho em Espanha [...]. (E3)

Aconselhava. Alguém que não tivesse problema nenhum em deixar a família [...]. (E5)

Em alguns casos até, **a vinda já foi sugerida a outros colegas:**

[...] várias pessoas vieram cá trabalhar, porque eu aconselhei a vir cá. (E2)
Há colegas minhas que vieram para aqui porque fui eu que lhes disse [...]. (E10)

Enfim, as circunstâncias positivas que rodeiam a experiência profissional dos enfermeiros estrangeiros parecem ser decisivas para a vinda de conterrâneos seus. Afinal, afigura-se certo que *«a experiência vivida desencadeia mudanças ao nível dos valores, dos sentimentos, dos conhecimentos e das habilidades, ou seja, implica a pessoa toda. Nesse sentido, a experiência assume-se como um referencial de compreensão e de acção relativamente às novas experiências»* (Chickering, 1977, cit. in Diogo, 2004:177). Pode-se pois afirmar que a experiência prepara a experiência, nem que seja de outros profissionais da sua classe. Com efeito, destaca-se que foi significativo o número de entrevistados a aconselhar os seus compatriotas e congéneres a virem para trabalhar para Portugal em qualquer circunstância, tendo a vinda sido já sugerida por alguns enfermeiros. Bem menos foram aqueles que recomendaram a emigração de outrem apenas em determinadas condições, sendo estas, o local de trabalho escolhido, a ausência de actividade laboral em Espanha e a facilidade em deixar a família.

Os dados obtidos permitiram-nos fazer algumas constatações. Entre elas, que a experiência profissional anterior à emigração não parece ter condicionado as vivências laborais ulteriores. Contudo, estas tiveram repercussões sobre o aconselhamento dado a terceiros. Desse modo, *«a compreensão dos motivos que levam a situações de bem-estar profissional pode explicar o comportamento dos trabalhadores durante o seu percurso profissional»* (Chambell; Curral, 2000, cit. in Bragança, 2002:3), assim como a influência exercida sobre os “futuros” trabalhadores-migrantes.

O quadro seguinte transmite a codificação dos dados obtidos.

Categorias	Indicadores	Identificação dos entrevistados
A experiência profissional anterior à vinda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes de vir trabalhar para Portugal já desempenhava funções em Espanha. ➤ A actividade laboral desenvolvida lá foi de curta duração. ➤ O exercício profissional decorreu em serviços de especialidade diferente daquela em que se encontra agora. ➤ Não houve experiência profissional antes da emigração. 	<p>E.4-E.6-E.7-E.8-E.9-E.10-E.11</p> <p>E.4-E.6-E.7-E.8-E.9-E.10</p> <p>E.4-E.6-E.7-E.8-E.10</p> <p>E.1-E.2-E.3-E.5</p>
As imagens da experiência profissional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A experiência vivida foi boa/muito boa. ➤ Ambivalência nos sentimentos em relação ao percurso percorrido. ➤ A experiência destes anos foi profícua. ➤ Poucos enfermeiros tiveram dificuldade na adaptação. ➤ Se fosse caso disso voltaria a vir trabalhar para o nosso país. 	<p>E.2-E.3-E.4-E.5-E.6-E.8-E.9</p> <p>E.1 – E.9 – E.10</p> <p>E.3-E.7-E.8-E.11</p> <p>E.9</p> <p>E.3</p>
O impacto da experiência profissional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aconselhava incondicionalmente os enfermeiros estrangeiros a virem trabalhar para Portugal. ➤ Recomendava aos seus congéneres virem em determinadas condições. ➤ A vinda já foi sugerida a outros colegas. 	<p>E.4-E.6-E.7-E.8-E.10-E.11</p> <p>E.3 – E.5 – E.9</p> <p>E.2 – E.10</p>

Quadro n.º 19 – A experiência profissional

10 – A PRÁTICA DAS ORGANIZAÇÕES

São vários os factores que entram em jogo nas histórias de imigração. Tudo o que foi exposto anteriormente deixou este aspecto bem claro. Só que, até agora, foram apenas evocados aspectos relacionados com os indivíduos em si e não tanto com as instituições. Falarmos seguidamente de qual foi a prática das organizações para com os enfermeiros deste estudo.

10.1 – O acolhimento por parte do hospital

Os entrevistados foram unânimes em como **o hospital facilitou o processo de admissão:**

Foi o hospital que tratou dos papéis todos. (E7)
Facilitaram muito, por acaso facilitaram. (E8)
Foi tudo muito muito fácil. O hospital tratou de tudo. (E9)
Mas no meu caso foi foi o hospital que tratou de tudo. (E10)
[...] o hospital facilitou. (E11)

Na verdade, **pouca coisa foi exigida aquando a selecção do candidato:**

Para trabalhar só foi mesmo o papel que pedimos lá no Ministério [...]. (E1)
A entrevista foram três perguntas [...] e foi muito simples. (E2)
[...] e nos pediram logo todos os papeis, tipo, nada (...) nada de especial. (E3)

Para além disso, **o serviço de pessoal realizou um trabalho de qualidade:**

Aqui o serviço de pessoal por acaso fez um trabalho impecável. Nos orientaram em tudo. (E1)
[...] no serviço de pessoal hé foram sempre super atenciosos [...]. (E7)
Hé (...) também é verdade que no serviço de pessoal ajudaram muito. (E8)

Determinados enfermeiros (E.7, E.8 e E.9) exemplificam a ajuda dada, pelo que ficamos a saber que trataram de todos os papéis, incluindo das autorizações de residência. E não só:

[...] abriram a conta bancária, depois trataram dos papeis da Ordem (...) hé

trataram sempre de tudo, a homologação do (...) do título também trataram. (E7)

Além de que **a instituição hospitalar proporcionou inicialmente alojamento:**

*[...] o hospital ofereceu-nos a morar no andar de Pediatria [...]. (E3)
[...] habilitou-nos partes do hospital para nós podermos ficar cá um tempo e tal.*

Contudo, o contexto foi mudando e, com ele, a atitude do hospital. De facto, e **presentemente, a entidade patronal já não trata da documentação legal dos enfermeiros estrangeiros:**

Eu sei que a gente que está a chegar neste momento são eles que têm que tratar de tudo. (E10)

Analisando atentamente os indicadores obtidos (especialmente os três primeiros em conjunto), deduz-se que a atitude do Hospital para com os enfermeiros estrangeiros foi francamente positiva. Mostra que a referida instituição desenvolveu **uma cultura de apoio** (visível na ajuda dada em matéria de alojamento, de língua e de burocracia), baseada na valorização dos recursos humanos e no compromisso. Procurou «[...] *satisfazer as necessidades e interesses dos seus trabalhadores, por outro lado*» (Fachada, 1991 cit. in Silva, 2004:14), talvez «[...] *com o intuito de incentivar os trabalhadores a um melhor desempenho e, desse modo, concretizar os objectivos do hospital*» (ibidem). Qualquer que tenha sido a motivação que norteou a instituição hospitalar, o facto é que ela teve em conta que as pessoas são o elemento essencial das organizações. «*Uma vez que as organizações só existem quando há pessoas, a cooperação entre todos torna-se essencial para a sua existência e bom funcionamento*» (Silva, 2004:31). Actualmente, pelo menos uma das condições anteriormente oferecidas já não o é (ajuda relacionada com a documentação legal).

10.2 – O procedimento da Ordem dos Enfermeiros

A Ordem dos Enfermeiros, existente desde 1997, regula o exercício profissional de Enfermagem. Como tal, é um dos intervenientes privilegiados no percurso migratório dos “enfermeiros-alvo” deste estudo.

Foram só quatro os que se referiram especificamente ao papel desse organismo. Segundo eles, **a Ordem dos Enfermeiros não pôs qualquer tipo de problema:**

Aqui foi a Ordem dos Enfermeiros que nos facilitaram tudo, facilitaram. (E1)
Sim. Ajudou. Não (...) não pôs entraves. (E4)
A nível da Ordem, nenhum problema. (E11)

Dessa maneira, a Ordem dos Enfermeiros (OE) assumiu um papel favorável para com os enfermeiros estrangeiros, embora menos expressivo do que aquele suportado pela entidade empregadora. Porventura certos entrevistados não terão mencionado a OE em particular, por não se lembrarem, dado que foi o Hospital que tratou de tudo, como foi repetidamente afirmado. Este facto demonstra como, para eles também, a relação com a OE foi pacífica, mesmo que dela não se tenham apercebido. Mostra ainda que a OE tem consciência de que «[...] para que as competências dos imigrantes possam ser plenamente aproveitadas, é necessário dotarmo-nos de mecanismos que permitam o seu reconhecimento pelas entidades próprias» (Duarte, 2005:75).

10.3 – A atitude de uma Escola Superior de Enfermagem

Menos favorável foi a atitude de um estabelecimento de Ensino Superior. Pelos menos é isso que dá a entender um dos participantes (E11).

Assim, quando chegou a altura de realizar a licenciatura, surgiram alguns obstáculos.

Disseram que primeiro estão todos os portugueses:

[...] disseram-me que primeiro estão todos os portugueses [...].

Não contentes com isso, **tentaram encaminhar** o referido elemento **para Terapia da Fala em alternativa ao Complemento de Enfermagem** (licenciatura na área de Enfermagem):

[...] e que se queria podia estudar Terapia da Fala [...].

Acrescente-se também que **não existem “números clausus” para estrangeiros**, o que dificultou ainda mais:

[...] houve mais problema foi no momento de tentar estudar.

Essa situação acabaria por ser ultrapassada com recurso a outra escola e com a apresentação de um guia curricular. «*Ainda bem que em Espanha têm uma guia lectiva*

de x em x anos [...] e (...) explicava e tudo tema por tema», confidenciou a mesma entrevistada. O que mostra a justeza de uma reflexão de Andrews (1998, cit. in Tappen, 2005:170): *«A cultura influencia o modo como a administração, o pessoal e os pacientes captam, identificam, caracterizam e resolvem os problemas».* Um problema de discriminação no caso da escola referenciada. Com efeito, verificou-se um *«processo de hiper valorização do grupo de pertença e de desvalorização do grupo dos outros, processo através do qual é possível conquistar uma identidade social positiva»* (Tajfel, 1983, cit. in Miranda, 2002:48).

Do que foi exposto anteriormente, pode-se concluir como é importante que as diferentes entidades se unam para promover a “integração” dos profissionais estrangeiros, sem atropelar as competências e os direitos dos organismos públicos e das ordens profissionais com essa atribuição. No caso em estudo, existiu essa ligação entre o hospital e a OE, pelo que papel de ambas as organizações contribui positivamente para as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português. Parece mesmo ter ficado provado que a atitude das autoridades legais e institucionais condicionam as vivências dos enfermeiros estrangeiros em relação à sua situação no trabalho.

Categorias	Indicadores	Identificação dos entrevistados
O acolhimento por parte do hospital	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O hospital facilitou o processo de admissão. ➤ A instituição hospitalar proporcionou inicialmente alojamento. ➤ Pouca coisa foi exigida aquando a selecção do candidato. ➤ O serviço de pessoal realizou um trabalho de qualidade. ➤ Presentemente a entidade patronal já não trata da documentação legal dos enfermeiros estrangeiros. 	<p>E.1-E.2-E.3-E.4-E.5-E.6-E.7-E.8-E.9-E.11</p> <p>E.3 – E.9</p> <p>E.1-E.2-E.3-E.5-E.9-E.10-E.11</p> <p>E.1 – E.7 – E.8</p> <p>E.10</p>
O procedimento da Ordem dos Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Ordem dos Enfermeiros não pôs qualquer tipo de problema. 	<p>E.1 - E.4 - E.8 - E.11</p>
A atitude de uma Escola Superior de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Foi mais complicado para estudar em Portugal. ➤ Não existem “número clausus” para estrangeiros. ➤ Disseram que primeiro estão todos os portugueses. ➤ Tentaram encaminhar para Terapia da Fala em alternativa ao Complemento de Enfermagem. 	<p>E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.11</p> <p>E.11</p>

Quadro n.º 20 – A atitude das organizações

11 – HIPÓTESE INTERPRETATIVA E EXPLICATIVA DA VIVÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO ESTRANGEIRO NA NOSSA REALIDADE HOSPITALAR

Nesta etapa, os dados obtidos permitiram-nos elaborar uma hipótese interpretativa e explicativa da realidade em estudo “*Quais os factores que poderão afectar os enfermeiros estrangeiros num hospital português*”. Tal como defende a Grounded Theory, a teoria sucede à investigação empírica e não o contrário.

Como já referimos anteriormente, a variável principal emergiu do processo de redução e comparação. Ela é mesmo o conceito fundamental da produção de teoria.

A abundância de dados gera, em certos casos, a confusão. Tornou-se pois imperativo “dar-lhes sentido”, estabelecendo conexões entre as diferentes categorias principais ou temas. Só assim foi possível descodificar e entender a “realidade vivencial” dos enfermeiros estrangeiros (pelo menos um pouco) num hospital português. E que descobrimos então?...

Antes de mais que, como qualquer outro trabalhador, esses enfermeiros têm necessidades que precisam ser satisfeitas. Necessidades primárias indiscutivelmente, como as de natureza fisiológica (satisfação das necessidades “básicas” ou indispensáveis à sobrevivência) e de segurança (entre as quais, os requisitos “trabalho” e “estabilidade”), sendo que o cumprimento desta última contribui favoravelmente para a satisfação da primeira. Mas também e de forma inequívoca, necessidades de ordem superior (mais abrangentes), quando as primeiras já se encontram satisfeitas. Com efeito, os entrevistados evocam as relações interpessoais (com os pares, com outros profissionais de Saúde e com os doentes e seus familiares) e, com elas, as suas necessidades sociais. “Reclamam” ainda o anseio por realização, reconhecimento/estatuto (necessidades de estima), bem como responsabilidade, progresso e crescimento pessoal (necessidades de auto-realização). Como referem Chambel e Curral (2000, cit. in Bragança, 2002), os trabalhadores apresentam um conjunto de necessidades psicológicas e sociais, referindo-se as primeiras ao facto de se sentirem aceites e ao seu contributo pessoal, e as segundas, a necessidades de pertença a

um grupo. Enfim, em termos globais, a informação analisada está de acordo com a “Teoria da Hierarquia das Necessidades” de Maslow (1954).

Mas a satisfação dessas necessidades nem sempre foi pacífica. De facto, o processo em causa envolveu outras variáveis que não só as características do próprio enfermeiro (a sua personalidade), variáveis que chamaremos de “intervenientes”. Nela incluem-se o ambiente relacional/clima organizacional (todo o conjunto de relacionamentos existente no meio de trabalho), de forma mais directa, e a relação dos entrevistados com as organizações (local/o hospital e geral/a Ordem dos Enfermeiros), a sociedade portuguesa em geral (com a estratificação social patente) e a sua própria família e amigos, de forma mais indirecta. No fundo, todas essas variáveis poderiam resumir-se numa palavra: comunicação. Afinal, não é verdade que a comunicação abarca todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos e emoções, porquanto se trata de um componente básico das relações humanas? (Cunha, 2000, cit. in Diogo, 2004). E não é certo também que «*A comunicação afecta o comportamento e este é o seu aspecto pragmático, isto é, os efeitos comportamentais da comunicação*»? (Watzlawich, 1993, cit. in Diogo, 2004:26).

Dessa forma quando a comunicação é “turbulenta” surgem conflitos e “crises”. A experiência vivida desencadeia mudanças ao nível dos valores, dos sentimentos, dos conhecimentos e das habilidades, ou seja, implica a pessoa toda (Diogo, 2004). Nessas circunstâncias, as representações, as apreciações e a forma de agir de cada pessoa são mesmo alteradas (Honoré, 2004, cit. in Diogo, 2004), na tentativa de transmutar as vivências negativas em vivências positivas. Procura-se as estratégias consideradas adequadas geralmente o diálogo, o relativizar/e o dar sentido à experiência, para evitar a ruptura “total”, o isolamento. Questiona-se assim o procedimento dos outros («Porque me trata por Senhora Enfermeira?» - E.2 - «Porque não trabalham? É preciso trabalhar!» - E.11). É bom que se diga que este é um processo bilateral, pois uns e outros são afectados. Veja, por exemplo, como o discurso dos profissionais portugueses tornou-se, em determinados casos, menos formal. Ou recorde ainda as modificações de atitude, pela positiva, para com os enfermeiros estrangeiros.

Quando a comunicação é tranquila e as várias necessidades dos enfermeiros estrangeiros são satisfeitas, as representações decorrentes do seu trabalho e, logo, as suas vivências, são positivas.

Assim, à questão **«Quais os factores que poderão afectar as vivências dos**

enfermeiros estrangeiros num hospital português?» poderemos oferecer a seguinte resposta:

Todos os factores intrínsecos ao indivíduo (tais como padrão cultural, bem como capacidade de adaptação e sensibilidade) e extrínsecos ao mesmo, que interfiram com a realização das suas necessidades (primárias e secundárias), vão afectar as vivências desses profissionais. Esses factores são tão diversos como o ambiente relacional, a atitude das autoridades legais e institucionais e a satisfação profissional. Outros aspectos como a língua, a família e as circunstâncias e motivações da vinda interferiram igualmente nas vivências desses profissionais. Importa ainda acrescentar que a situação profissional dos enfermeiros em causa parece influenciar mais as suas expectativas de fixação ou de regresso de que o contrário.

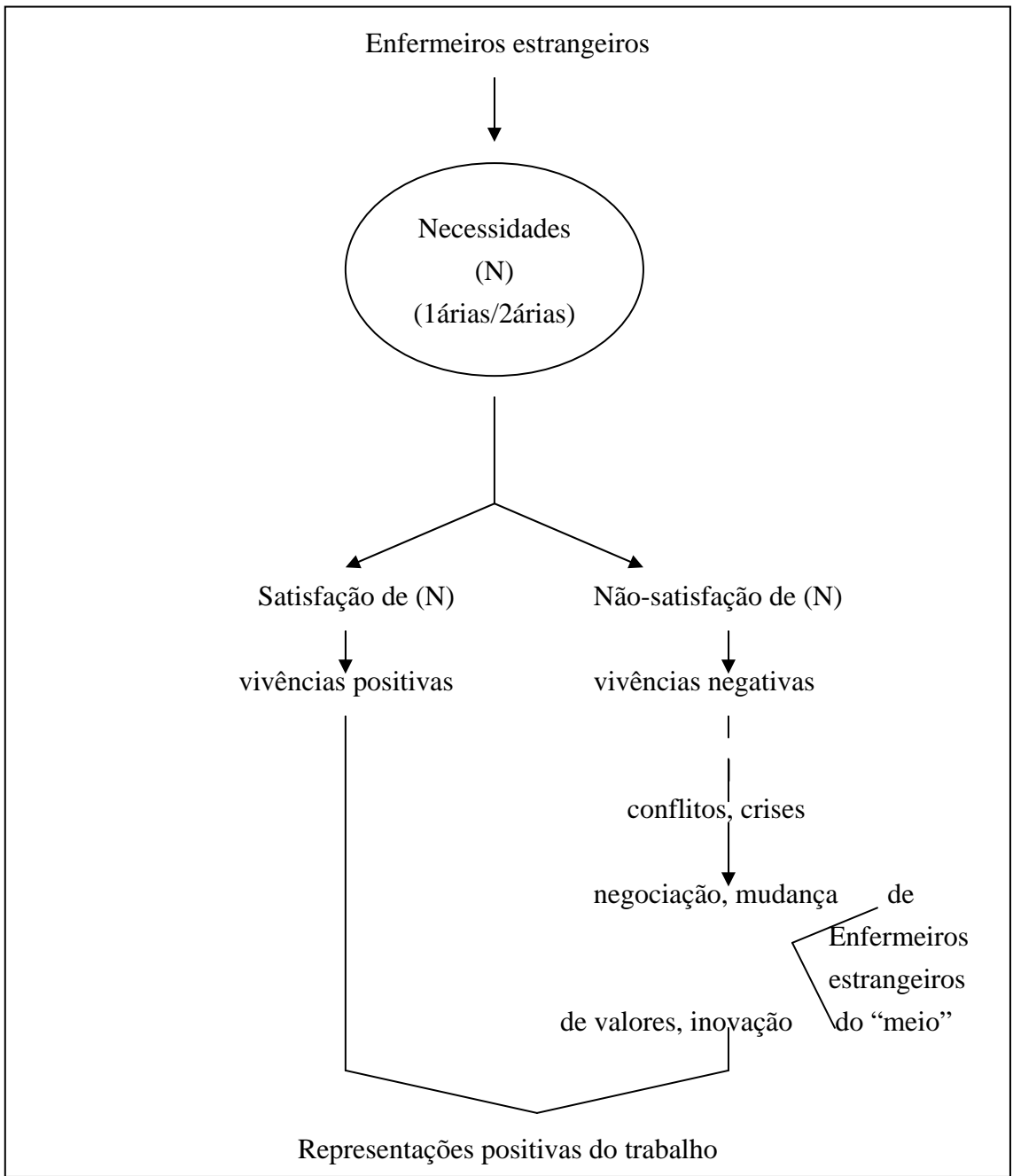


Figura 5 – diagrama representativo do processo vivencial do enfermeiro estrangeiro num hospital português.

PARTE IV – CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Recordamos que, com este estudo, tentou-se descobrir quais os factores que poderão afectar as vivências dos enfermeiros estrangeiros num hospital português.

Para levar a cabo a investigação proposta, foi primeiro contextualizado o fenómeno migratório em Portugal. Nesse sentido, foram referenciadas as fases existentes e as políticas seguidas em matéria de imigração. Interessou-nos igualmente saber quem são esses “estrangeiros”, dos quais alguns são enfermeiros. Procurou-se ainda avaliar o impacto de vários elementos sobre as vivências destes profissionais, tais como diferenças linguísticas, “ambiente relacional”, atitude das autoridades legais/institucionais, bem como satisfação profissional e circunstâncias da vinda, da fixação e do regresso. Foram também referidas as atitudes que os nacionais manifestam para com esses profissionais, assim como as atitudes dos próprios migrantes num mercado do trabalho que se tornou internacional.

É verdade, este mercado sofreu mudanças ao longo dos anos, aos quais os próprios enfermeiros não escaparam. Aludimos a essas mudanças, focando os tipos de integração existentes, a cultura organizacional, a transculturalidade na Enfermagem e as diferentes perspectivas de trabalho. Não podemos olvidar também a importância que reveste actualmente a comunicação intercultural e as emoções dos profissionais em causa, no próprio contexto do trabalho. Emoções cuja repressão fez parte da própria história dos enfermeiros, como pudemos observar.

Na segunda parte deste documento, foi revelado o percurso metodológico seguido. Tomando em consideração que, na base da pesquisa, esteve algo tão subjectivo como a experiência humana, descrita pelos próprios actores, optou-se por uma metodologia qualitativa, mais precisamente pela “Grounded Theory”. Esta opção permitiu a elaboração de um modelo teórico fundamentado numa realidade ainda pouco conhecida. Para tal, procuramos vislumbrar as histórias contadas para lá das noções-convencionais. Com esse intuito, socorremo-nos de indicadores (categorias descritivas) e de categorias teóricas, estas reunidas em temas, que emergiram da análise das entrevistas. Posteriormente, seria efectuada a interpretação dos dados obtidos. Foi mesmo árduo o

caminho percorrido.

Com efeito, este trabalho trouxe alguma dificuldade à investigadora. Por causa da inexperiência da mesma, era previsível que surgissem algumas limitações nesta pesquisa. Por um lado, existia um sério risco de “implicação” da própria investigadora na realidade estudada, com um enviesamento dos dados (considera-se que tal não sucedeu). Por outro lado, delimitar este estudo não foi tarefa fácil, dada a multiplicidade de aspectos envolvidos na temática proposta. Assim, é provável que se tenha omitido factos de interesse para este estudo. Mas o tempo é escasso para uma investigadora quando a uma investigação se soma o exercício profissional da própria. O tempo disponível torna-se então limitado, o que foi também visível para os entrevistados. De facto, além de estes trabalharem em regime de rotatividade (por turnos), acumulam frequentemente outras actividades fora do hospital. Assim, apesar da louvável colaboração desses enfermeiros, não foi possível evitar certas dificuldades na comunicação/recolha de dados. Acrescente-se a este obstáculo, o facto da literatura ser notoriamente escassa em relação a certos temas, concernentes por exemplo à multiculturalidade na Enfermagem.

Não obstante, passo a passo, atravessamos o Rubicão do Acaso em direcção às Margens do Significado.

E ficámos assim a perceber que a história dos enfermeiros estrangeiros já se iniciou antes de chegar ao nosso país. Efectivamente, é ainda em Espanha, devido à falta ou precariedade de emprego e à instabilidade reinantes na Enfermagem, que se prepara a futura aventura – a imigração. Pudemos observar que, na hora de escolher o país de destino, foi considerada a possibilidade de exercer o seu ofício em condições estáveis, num contexto “linguístico-cultural” similar ao seu. Para a tomada de decisão, pesaram ainda as oscilações e características do mercado do trabalho dos dois lados da fronteira, a relação “custos-benefícios” envolvida, bem como a prática das organizações portuguesas e a atitude da população em geral.

Desse modo, tornou-se evidente que na origem da imigração encontrou-se, antes de mais, a necessidade primária de sobrevivência. Foi então esta que propiciou a mobilidade geográfica de zonas com fracas oportunidades para outras de oportunidades elevadas. Mas ficou essencialmente claro que o valor atribuído à família influenciou decisivamente na selecção do país de destino e na decisão de permanência (ou não) nele, dada a proximidade geográfica em relação ao país de origem. Parece assim que, a

despeito da globalização e da mobilidade, sobrevivem, pelo menos para alguns migrantes, certos valores clássicos/tradicionais, como o da família. Na verdade, apesar da reestruturação (maior ou menor) dos laços afectivos, com a experiência da emigração, os participantes deste estudo recorreram a várias estratégias para preservar os laços existentes antes da mesma. Chegámos então á conclusão que a família e o grupo de pertença podem afectar as vivências dos enfermeiros estrangeiros no seu meio laboral. Mesmo que o factor “trabalho”, com toda a sua envolvente, tenha pesado significativamente na decisão de adiar o regresso ou até de não regressar. Verificámos ainda que as expectativas de fixação ou de regresso não influenciaram aparentemente a vida emocional dos enfermeiros em causa, assim como a experiência profissional anterior à emigração.

O que não pudemos também ignorar foi o impacto que a relação com os pares teve nas vivências dos entrevistados. O quanto a diversidade de emoções e sentimentos destes enfermeiros parece corresponder às distintas atitudes dos seus colegas de equipa, autóctones. E como o ser humano tem não só necessidades básicas, como igualmente de ordem superior, as quais só consegue atingir com a ajuda de terceiros. Dessa forma, tornou-se perceptível como o ambiente relacional determinou as concepções dos enfermeiros estrangeiros em relação à sua situação laboral. Um ambiente onde, segundo se depreende, imperam factores como “estatuto” e “poder”, gerando por vezes fracas inter-relações ou mesmo conflitos, entre os diferentes grupos profissionais.

Sobressaiu também o facto de no nosso país, as qualificações revelarem-se fundamentais na estruturação das relações sociais, tanto no âmbito de laços informais de amizade, como nas relações formais e directas de autoridade, no local de trabalho. E como a profissão dominante regula a divisão do trabalho.

É sobretudo notória o quanto a forma como é percebida e avaliada a Enfermagem difere entre culturas e grupos étnicos. Afinal, as afirmações dos enfermeiros estrangeiros alertam-nos para as nossas “limitações culturais”. Aquelas que nos aprisionam a uma sociedade onde o outro é ainda muito avaliado pelo seu estatuto sócio-profissional. Aquelas que nos tornam refém de um “jogo”, onde a Enfermagem é considerada ainda uma criança e os seus actores estão demasiado dependentes de outrem. Negado frequentemente o seu direito à autonomia, a Menina (Enfermagem) portuguesa revela contudo múltiplos talentos, valorizados pelos nossos vizinhos. Estes falaram-nos assim da dimensão gratificante dos cuidados de Enfermagem prestados em Portugal. Uma

amplitude que permite extrapolar o simples domínio técnico, essa realidade “castradora” vigorando em Espanha. Os entrevistados dão pois testemunho de como o acréscimo de trabalho é compensado pelo desempenho de actividades/funções mais estimulantes, traduzindo-se em melhores cuidados de saúde. A este propósito, parece mesmo inegável que existe uma ligação entre o padrão cultural do enfermeiro e a forma como são ministrados os referidos cuidados. Tão certo como o facto das diferentes concepções de Enfermagem, ou seja, dos diversos “quadros socioculturais” da profissão, a par com a estratificação social patente no contexto português, terem afectados a vida emocional dos inquiridos. Ou não fosse a comunicação, não raras vezes demasiado formal, um reflexo dessas diferenças. Como se não bastasse o “idioma”, reconhecido como um ou até o principal factor de interferência na adaptação a uma nova realidade.

Um processo no qual também interferiram variáveis tais como a prática das organizações e a existência de conterrâneos no seio das mesmas instituições.

De facto, conclui-se que a inferência das organizações na vida emocional dos profissionais estrangeiros é inquestionável, propiciando determinados clima e cultura de trabalho. Por outro lado, constatou-se que os imigrantes socorreram-se de redes de apoio, sempre que possível. Mais ainda: foi a experiência de uns, globalmente vantajosa (representações positivas), que fomentou a vinda dos seus conterrâneos, constituindo-se em “propulsora do fenómeno migratório”. E foi ela que permitiu uma melhor adaptação dos “recém-chegados”. De facto, o estudo realizado permitiu destacar o quanto o acompanhamento dos enfermeiros estrangeiros por parte dos seus conterrâneos foi benéfico para o seu processo de adaptação. E como este facto tenderá a desaparecer no futuro, dada a previsível redução do número de enfermeiros estrangeiros. Uma situação agravada por um menor período de integração. Condições essas que não contribuíram para que, futuramente, os enfermeiros estrangeiros que possam vir a ser admitidos, tenham maiores dificuldades na adaptação ao mercado do trabalho português. Importa ter em conta estes dados.

Sugere-se ainda que o âmbito desta pesquisa seja alargado a populações estrangeiras maiores e a contextos de cuidados diferentes. É evidente que os resultados obtidos a partir de onze entrevistas não são passíveis de generalização. Propõe-se igualmente o desenvolvimento de estudos com outras categorias profissionais e incluindo diversas comunidades de migrantes. *«Todos os estudiosos estão de acordo em que as migrações constituem o mais importante fenómeno demográfico deste século, afectando a vida de*

cada vez mais pessoas e com um impacto cada vez mais forte na esfera económica e política de um número cada vez maior de países» (Duarte, 2004:99). Ignorá-lo é contribuir para um futuro turbulento, onde prevaleçam os choques culturais.

Para prevenir eventuais conflitos dessa natureza, as próprias escolas poderiam ser incentivadas a apostar em algumas áreas curriculares relacionadas com a multiculturalidade (políticas de formação a nível nacional) e a promover actividades lúdicas interculturais. Também as Escolas de Enfermagem poderiam incrementar/reforçar a vertente da Multiculturalidade, propiciando maiores contactos com alunos e profissionais de outros países (palestras e “estágios de curta duração”), atitude que poderia ser também a das organizações. Desse modo, a criação de tempos de debate entre o pessoal do próprio país e o pessoal estrangeiro, a par com a criação de gabinetes de apoio para este último, poderia ser um bom contributo para as instituições. No âmbito das mesmas, seria outrossim importante estender o apoio a formações de Enfermagem de nível não superior, com programas específicos para os estrangeiros. Seriam então incluídos aspectos como as funções desempenhadas, a natureza social da profissão em Portugal, comparativamente ao país de origem, e uma formação em língua portuguesa, em particular em português técnico. Para além disso, seria relevante criar ou melhorar as estruturas de acolhimento das instituições para com os profissionais em questão, estruturas essas para o apoiar o aluguer de casa, bem como para facilitar as relações com a administração e com a banca. Poder-se-ia igualmente aumentar a informação sobre as condições de integração no mercado de trabalho português nos eventuais países de origem, estabelecendo por exemplo redes de comunicação partilhada de informação entre ordens profissionais de diferentes países. É fundamental que existam mecanismos eficientes para o reconhecimento das competências dos imigrantes, de tal forma que as mesmas possam ser plenamente aproveitadas.

Resta apenas acrescentar que é premente analisar as “imagens que não são nossas”, mas ainda assim são um retrato da nossa realidade. Para que se possa perceber que a Enfermagem não se resume apenas a uma multiplicidade de tarefas. Reduzi-la a essa dimensão é amputá-la da sua dignidade. É tornar um país infinitamente pobre, com o pior défice possível: o do seu capital humano. Uma constatação da qual a própria investigadora beneficiou. E que incentivou-a a apropriar-se das palavras de Baranne (s/d., cit. in Diogo, 2004:72) «*A enfermeira competente que eu pensava ser apercebeu-se que tinha tudo a reaprender da sua profissão e dos seres humanos. E também de si*

própria».

Possamos todos nós cultivar esta capacidade de reinvenção. Afinal... «*Os migrantes de hoje somos potencialmente todos nós, habitantes desta imensa aldeia global [...]»* (Miranda, 2002:37).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Quanto à metodologia:

CARMO, H.; Ferreira, M. (2003). *Metodologia de Investigação – guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

LOPES, M. (2003). *A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem*. Revista de Investigação em Enfermagem. Vol.8, Lisboa.

POLIT, D; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, R. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2003). Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, J. (2003). *Métodos e Técnicas de Investigação em Antropologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

STRAUSS, A; CORBIN, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Technique and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançado o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

Quanto à temática:

ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra; edições Sinais Vitais.

ALSINA, M. (1999). *La comunicación intercultural interpersonal*. Autores, Textos y Temas Ciências Sociais, 22, Barcelona: Anthopos Editores.

ARCANJO, M. (2003). *A Cultura Organizacional em dois Hospitais Gerais: estudo empírico com base no Modelo dos Valores contrastantes*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

AZEVEDO, I.; NETO, L. (2003). *A nossa vida emocional*. Orientações, vol.17, Queluz de Baixo: Editorial Presença.

BAGANHA, M.; MARQUES, J. *Imigração e Política: o caso português*. Lisboa: Fundação Luso-Americana.

BASTOS, J.; BASTOS, S. (1999). *Portugal Multicultural*. Lisboa: Edições Fim de Século.

BRAGANÇA, M. (2002). *O bem-estar profissional dos enfermeiros do trabalho: um contributo para a auto-valorização destes profissionais*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, apresentada na escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa (texto policopiado).

CARRACHÁS, M.; COLLAÇO, R. (2004). *O Sistema de Saúde: colectânea de legislação*. Cascais: Principia.

CASTLES, S. (2005). *Globalização, Transnacionalismo e Novos Fluxos migratórios: dos trabalhadores convidados às migrações globais*: Lisboa: Fim de Século.

COMISSÃO EUROPEIA (2000). *Política Europeia em Matérias Social e de*

Emprego: uma política para os cidadãos.

COMISSÃO EUROPEIA (2003). *É a nossa Europa: viver, aprender e trabalhar em qualquer país da EU*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

DAMÁSIO, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa – as emoções sociais e a Neurologia do sentir*. Coleção Fórum da Ciência, vol. 58, Mem Martins: Publicações Europa – América.

DAMÁSIO, A. (2004). *O sentimento de si – o corpo, a emoção e a Neurobiologia da consciência*. Coleção Fórum da Ciência, vol. 58, Mem Martins: Publicações Europa – América.

DIAS, I. (Org). *Constituição da República Portuguesa: 4ª Revisão, Setembro de 97*. Lisboa: texto Editora.

Dicionário da Língua Portuguesa (2002). Porto: Porto Editora.

Dicionário de Psicossociologia (2005). Lisboa: Climeps Editores.

Dicionário de Sociologia (2002). Porto: Porto Editora.

DIOGO, P. (2004). *A vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora: uma hipótese explicativa do processo emotivo – vivencial do enfermeiro em situações de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto (texto policopiado).

DUARTE, F. (2005). *Uma verdadeira política de imigração*. Lisboa: Âncora Editora.

ESCADA, A: (2004). *Enmoções*. Leça da Palmeira: Raridade Editora.

ESTANQUE, E; MENDES, J. (1997). *Classes e desigualdades sociais em Portugal – um estudo comparativo*. Saber Imaginar o Social, vol. 1, Porto: Edições Afrontamento.

FERNANDES, A. (1998). *O estado democrático e a cidadania*. Biblioteca das Ciências do Homem, vol.26, Porto: Edições Afrontamento.

FILLIOZAT (1997). *A inteligência do Coração – Rudimentos da gramática emocional*. Lisboa: editora Pergaminho.

FREIRE, J. (2002). *Sociologia do Trabalho – uma introdução*. Biblioteca das Ciências do Homem, Vol. 15, Porto: Edições Afrontamento.

GARCIA, J. (2000). *Portugal Migrante: emigrante e Imigrados, dois estudos introdutórios*. Oeiras: Celta Editora.

GEORGE, F. (2004). *Histórias de Saúde Pública*. Lisboa: Livros Horizonte.

GOLEMAN, D. (2006). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

GOMES, E. (2001). «Cuidar» - a percepção do enfermeiro recém-formado. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

GREENBERG, L. (2000). *As emoções, nosso guia interior*. Apelação: Paulus Editora.

GRINT, K. (1998). *Sociologia do Trabalho*. Sociedade e Organizações, vol.34, Lisboa: Instituto Piaget.

GUERREIRO, H. (2000). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivência de doentes e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

HORTA, Ana Paula (2004). Fotocópias dadas nas aulas de Cidadania e Participação Política no âmbito do XIV Mestrado em Relações Interculturais.

ISEGORIA – REVISTA DE FILOSOFIA, MORAL Y POLÍTICA (2002), vol.26, Madrid: Editora do Instituto de Filosofia.

LAGES, M.; POLICARPO, V. (2003). *Atitudes e valores perante a imigração*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.

LIMA M.; CASTRO, P.; GARRIDO, M. (2003). *Identidade, Conflito e Processos Sociais: A Psicologia Social na Prática*. Temas e Debates em psicologia Social, vol.9, Lisboa: Livros Horizonte.

MASLOW, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row Publishers, 1954.

MASLOW, A. (1973). *A theory of human motivation*. In Leavitt H.J; PONDY, L.R., ed. It. – Readings in managerial psychology. Chicago: the University of Chicago Press (7-25)

MATOS, A. (1994). *Reconstrução das Identidades no Processo de Emigração. A População Caboverdiana Residente em Portugal*. Tese de Douturamento, apresentada no ISCTE de Lisboa.

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO (2002). *Imigração e Mercado do Trabalho*. Cadernos Sociedade e Trabalho, vol.2, Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento.

MIRANDA, J. (2002). *A identidade nacional: do mito ao sentido estratégico*. Oeiras: Celta Editora.

NETO, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

OATLEY, K; JENKINS, J. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, in <http://www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação>

PAUGAM, S. (s.d.). *Le salarié de la précarité*. Paris: Presses Universitaires de France.

PEDROSO, M. (1996). *Integração na vida activa dos profissionais de Enfermagem – contributos para o estudo da problemática*. Dissertação de Mestrado, apresentada em Lisboa (texto policopiado).

PEREIRA, R. (1997). *Ser imigrante num país de emigrantes: contribuição para uma política de imigração em Portugal*. Dissertação de mestrado em Relações Interculturais, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

PESTANA, M. (1995). *A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

PINTO, A. (2005). *Portugal contemporâneo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

PIRES, A. (2003). *Ser imigrante em terra de emigrantes: as representações dos imigrantes face às estratégias de acolhimento e integração da sociedade receptora*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, apresentado na Universidade Aberta de Ponta Delgada (texto policopiado).

PIRES, R. (2003). *Migrações e Integração*. Oeiras: Celta Editora.

QUEIRÓS, E. (2000). *A emigração como força civilizadora*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

QUINTINO, M. (2004). *Migrações e Etnicidade em terrenos portugueses*

guineenses – estratégias de invenção de uma comunidade.

RAMOS, M. (1999). *Evolution du marche du travail au Portugal suite á son intégration communautaire: transformation et defies.* Intégration Européen et Emploi, 55-122, Paris: Presses de la Sorbonne Nouvelle.

RAMOS, N. (2001). *Comunicação, cultura e interculturalidade para uma comunicação intercultural.* In Revista Portuguesa de Pedagogia, 2:155-157.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

RESENDE, F. (2001). *Grau de satisfação dos enfermeiros num serviço de Medicina.* Monografia no âmbito do Complemento de Formação, apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria (texto policopiado).

REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA (1985), vol.1, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

REVISTA TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM (2003), VOL.12, N.º 4, 462-564, Brasil: Edições Florianópolis.

RIBEIRO, P. (2000). *Um olhar sobre o cuidar em Enfermagem.* Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

ROSA, M.; VIEIRA, C. (2003). *A população portuguesa no século XX.* Coleção Breve Demografia, s.n., Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

SAGEHOMME, D. (1997). *Por um trabalho melhor: guia de análise das Condições de Trabalho no Meio Hospitalar.* Manual sinais vitais, vol.6, Coimbra: Formasau.

SALE, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa: Principia.

SAMOUCO, M. (1989). *Antropologia e Medicina: factores sócio-culturais e prática clínica em instituição hospitalar*. Dissertação de Mestrado, apresentada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa (texto policopiado).

SANTOS, B. (1993). *Portugal: um retrato singular – o Estado, as relações salariais e o bem-estar social na periferia: o caso português*. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, E. (2003). *Combate ao racismo-sistema jurídico*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.

SARAIVA, M. (2003). *O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados*. *Revista Investigação em Enfermagem*, vol.8, Lisboa.

SERRA, A. (2000). *Identidade profissional versus identidade organizacional*. Dissertação de Mestrado em Ciências, na área de gestão, estratégia e desenvolvimento empresarial, apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa de Lisboa (texto policopiado).

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS, in <http://www.sef.pt/estatísticas>.

SILVA, A. (2004). *Satisfação profissional em enfermeiros hospitalares: que expectativas?* Dissertação de mestrado em Saúde Pública, apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa (texto policopiado).

SIMÕES, J. (2004). *Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em Saúde – da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

SOUSA, J. *A Oeste do Paraíso: os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os*

Cuidados de Saúde. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa (texto policopiado).

TAPPEN, R. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: conceitos e prática*. Loures: Lusociência.

TAYLOR, C. (1998). *Multiculturalismo – examinando a política de reconhecimento*. Lisboa: edições Piaget.

TRINDADE, M. (1995). *Sociologia das Migrações*. Lisboa: Universidade Aberta

VALA, J. (1999). *Novos racismos – perspectivas comparativas*. Oeiras: Celta Editora.

VARGAS, A.; Ruas, J. (Org) *Código Civil: Agosto de 1993*. Lisboa: Edições Cosmos.

VERNIERES, M. (1997). *L'insertion professionnelle – analyse et débats*. Paris : editions Economica.

VITORINO, A. (2007). *Imigração : oportunidade ou ameaça ? – Recomendações do Fórum Gulbenkian Imigração*. S. João do Estoril: Principia Editora.

EX.MO SR.:

Enfermeiro Director do Hospital de
São Sebastião

Florabela Tavares Montenegro Resende, portadora do Bilhete de Identidade 9026907, Enfermeira a exercer actualmente funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S.A. (Centro de Saúde de S. Mamede Infesta), vem por este meio solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no referido hospital.

O mesmo, no âmbito de um Mestrado de Relações Interculturais, visa o estudo das “Vivências dos Enfermeiros Estrangeiros num Hospital Português”.

Para tal, pretende-se efectuar entrevistas aos enfermeiros em questão, de Janeiro a Março de 2006 (com posterior confirmação dos dados obtidos junto dos entrevistados).

Como empregador desses profissionais estrangeiros, o Hospital em causa pareceu ser o local indicado para o estudo pretendido.

Guifões, 28 de Novembro de 2005

Pede deferimento,

N.B. – Informo que foi enviada carta igual ao cuidado do Sr. Presidente do Conselho de Administração em 28 de Novembro de 2005.

Para contacto:

Florbela Tavares Montenegro Resende
Rua Monte da Terra, n.º 319 – 1º
4460 – 051 Guifões

Telemóvel: 93 8763019

Ou para:

Centro de Saúde de S. Mamede Infesta
Rua Godinho Faria, n.º 731
4465 S. Mamede Infesta

Entrevista n.º 1

Investigador – Bom dia! Eu desejava que me falasse um bocadinho da sua experiência como enfermeira. Porquê que veio para Portugal?

Entrevistado/da – É assim (...). Eus pronto terminei o curso e naquela altura houve certos problemas para nós encontrar trabalho. Da nossa turma três-quatro pessoas trabalharam nesse verão (...) só. Então a gente começou a ficar um bocadinho (...) stressada, ansiosa por ter cursos, para ganhar experiência, mas não experiência com o doente sabe. Mesmo a fazer (...) a fazer assim, a aumentar o curriculum. Mas nesse Verão trabalhou muito pouca gente. Então, isto surgiu (...) a convocatória no Inverno, o concurso foi no Inverno. Então todas aquelas turmas de pronto como o meu curso de outras faculdades mas aquele ano, ficamos estamos tanto ansiosos por já começar a trabalhar ante esta chamada (...). Viemos todos para aqui em (...) em em grupos grandes. Então isso (...) sentimo-nos mesmo menos menos sozinhos, temos menos sozinhos naquela altura.

I – Foi difícil de tomar. Foi uma decisão difícil de tomar o vir trabalhar par Portugal?

E – Não, por acaso não. Viemos bom para uma entrevista e depois já nos ofereceram as condições que eram muito boas porque nos ofereciam são um contrato indefinido ao fim de (...) quase a maioria começamos já com contrato indefinido depois os meus [] a ter contrato de seis meses depois também lutámos para um contrato indefinido. Falo aqui neste hospital não sei (...) sei que há mais colegas que estão na Prelada. Não sei como funcionou lá a chamada para ir para aqui e o tipo de contrato que ofereceram. Então naquela altura nós (...) viemos mesmo para ganhar experiência, não viemos com (...) aquela (...) sensação de querermos ficar para ter vida cá. E (...) não foi pois andamos anos e por acaso estou a gostar muito de estar cá. O meu marido, eu naquela altura namorava com ele mas ele depois também chegou para vir cá para trabalhar. Ele não trabalha na Enfermagem é electricista, mas por acaso está a trabalhar também no Hospital, no ramo da electricidade, mas também está aqui. Naquela altura foi fácil, porque como viemos grupos grandes e já nos conhecíamos, amigos de de turma, então foi fácil a integração. Depois tivemos uma aulas (...) também de (...) portugueses.

I – Onde?

E – Aqui, aqui.

I – Aqui já?

E – Aqui. Ajudaram.

I – Aqui no Hospital? No próprio hospital ou ...?

E – No Hospital. Antes mesmo de haver doentes. Foi uma semana assim de integração por umas certas aulas. Nós também, prontos, eu sou da Galiza, também isso ajuda um bocadinho porque eu tenho cá colegas que eu sabia que mais logo não tiveram aulas e são da parte da (...) da Andaluzia. Tiveram muito mais dificuldade. Mas pronto, nós tivemos mais facilidade em até em relação a, eu acho, que das que estão aqui da minha turma que foi há sete anos. São as que pior falam português e a escrever pois também um bocadinho, mas pronto falamos devagarinho. Nos entendemos com os doentes e os doentes te percebem. Qualquer dúvida tornas a repetir.

I – E disse-me que participou num concurso para vir cá? Foi difícil vir para este hospital? Como é que soube do concurso?

E – Foi através de um jornal, de um jornal espanhol que apareceu lá.

I – Pediram-lhe muita coisa depois aqui no hospital? Foi complicado em termos de burocracia?

E – Não, muito fácil, muito fácil. No início, nós chegámos, sabes, que foi o grande grupo que veio, foi muito fácil, eles facilitaram muito por causa eles só queriam (...) como uma espécie de (...) pronto, de (...) não sei explicar.

I – Diploma, papel, certificado, comprovativo?

E – É assim. É um um certificado que se pede lá para trabalhar cá, conforme aquele (...) pronto é uma espécie (...) equivalência para poder trabalhar, mas só para poder trabalhar, depois para estudar temos que pedir outra. Eu agora estou a fazer o complemento e tivemos que pedir outra equivalência.

I – Também lá, também lá em Espanha?

E – Não, foi cá. Cá. Lá tivemos que pedir, pronto os (...), tudo o que tínhamos dado no curso, os temas (...) o o []. Mas para trabalhar não. Para trabalhar só foi mesmo o papel que pedimos lá no Ministério, foi muito rápido. Lá no espaço de quinze dias foi esse papel, depois lá. Aqui foi a Ordem dos Enfermeiros que nos facilitaram tudo, facilitaram. Foi fácil. Foi muito fácil. Eles, eles nos apoiaram em tudo. Aqui o serviço de pessoal por acaso fez um trabalho impecável. Nos orientaram em tudo.

I – E a nível dos colegas, também acha que tem sido ajudada, colegas de profissão e colegas de outras profissões?

E – É assim, a grande maioria não tiveram problemas porque também aqui neste hospital a gente é toda muito nova. Então (...) tem uma mentalidade mais aberta, mas aqueles colegas mais antigos, no início acho que tiveram um bocado de receio. E os

nossos chefes também tiveram muito. Eu acho que tiveram receio (...) é (...) mesmo a nível da responsabilidade deixar um enfermeiro espanhol sozinho, responsável por um serviço. Agora sim, agora ficámos responsáveis, sabe, prontos, ao fim de cinco anos, ao longo de cinco anos. Mas no início não éramos nós que ficávamos de responsáveis. Podia ser outro enfermeiro português da mesma idade (...), com a mesma experiência, ou seja, nenhuma (ri), mas ficavam eles responsáveis. Depois no primeiro ano continuou sendo assim, sei lá só a partir de (...)

I – Mas sentiu um pouco ajuda dos colegas ou não?

E – Sim, sim, sim!

I – Pelo menos de acompanhamento?

E – Sim, sim! A maioria.

I – E dos outros profissionais, hum (...) médicos, auxiliares, ...?

E – Sim, por acaso sim.

I – Já tinha trabalhado em Espanha?

E – Nunca, nunca tinha trabalhado.

I – E sempre fez cursos por isso entende-se que nunca trabalhou na prática.

E – Não.

I – Alguém a aconselhou a vir?

E – Foi mais (...) hé, os meus pais, disseram logo que não, que pronto que fizesse o que quisesse não eram eles a []. Ele apoiou, mas foi mais é, nós nos sentimos mais apoiados porque tínhamos muitos amigos, muitos colegas, então nós outros vínhamos nos apoiámos. E pronto a maioria fizemos um ano, para muitos dois anos, e voltamos para Espanha. Muitos deles voltaram porque tinham lá família, namorados, sobretudo os namorados que (...). Mas outros não, outros se integraram aqui, outros até casaram com portugueses e outros vieram lá, como é o meu caso, veio o meu marido de lá e há pessoal que continua cá, namorados lá em Espanha, ou namorados cá, mas continuam cá sempre fácil.

I – Então no caso da colega, se puder regressa a Espanha, regressa ou fica cá?

E – É assim. Se (...) é muitas condições, é o que tem que (...). É assim, eu, [] são dois []. Se eu arranjasse o meu trabalho lá com as mesmas condições, porque nós aqui estamos muito bem, lá em Espanha eu posso voltar e posso arranjar trabalho, só que nunca estaria (...). Tenho que apresentar-me em concursos, acho muito complicado obter um lugar fixo, um contrato definitivo, é muito complicado. Trabalhámos, mas trabalhámos quatro meses cá, cinco meses lá. Então as condições para formar uma família, como é o meu caso, é muito complicado. O meu marido também lá trabalharia

muito mais, porque lá (...) no meu povo o trabalho está complicado, faz-se muitas horas. Então se as condições de trabalho fossem ideias como estão aqui, como só aqui, por acaso voltaria, não é, prontos, está a minha família.

I – Nas condições como estão as coisas, lá e cá, regressaria a Espanha?

E – Hum!...

I – Nesta altura, dadas as condições que tem cá de trabalho e as condições que estão lá, regressaria a Espanha?

E – Hum, não! Agora, não. É que eu estou grávida, estou de (...) [] semanas, por acaso a minha mãe disse «mas vem para Espanha, estás mais perto de mim» e por acaso eu digo-lhe que não porque quero ter cá, quero ter cá porque eu conheço o pessoal, e tal, já estou pronto, preferia trabalhar até ao final se correr tudo bem.

I – Mas acha difícil trabalhar cá? Quando olha para trás, e vê o que fez aqui, acha difícil?

E – É assim, no início foi difícil, porque também, pronto, era o primeiro trabalho, também não tinha experiência. Tivemos que ganhar essa experiência, essa responsabilidade. Mas eu acho que trabalha-se muito bem cá. Em Espanha, não se valoriza tanto, sei lá, não se apoia tanto os doentes porque lá o mau é o bom, e às vezes o mau é [] bom. Lá todos os doentes ficam acompanhados por familiares e então, acho que fazem um bocadinho de enfermeiros e de auxiliares os enfermeiros hé (...) prontos os acompanhantes, eu falo por exemplo ao nível de Obstetrícia. Lá em Espanha, hé (...) quem dá apoio às mães é mais os acompanhantes, as sogras, as avós, é (...) sempre, enquanto aqui, pelo menos no meu serviço que na parte privada também, temos Obstetrícia, somos muitos, há uma equipa para acompanhá-las, nós somos (...) pessoal bastante, somos muito pessoal, e gostam muito de nos dar apoio. Lá em Espanha são seis dias que fica uma cesariana ou fica três dias, mas eu acho que aqui se dá mais apoio ao doente pelo facto de não ficarem acompanhados, a grande maioria não ficaram acompanhados. Lá em Espanha, a função de Enfermagem eu acho que é mais dar medicação, fazer pensos, mas a nível psicológico dá-nos pouco apoio porque tu não podes também, estão muito (...) estão muito sobrecarregados os serviços. O trabalho de equipe cá é um e lá são dois. E depois se me perguntarem porque se terminou o soro é o acompanhante que avista que chama, a função das auxiliares abrange um bocadinho mais que cá. Lá tem outros (...) ganhos, são elas que fazem os (...) fazem os [], por exemplo, um doente acamado sei lá as auxiliares [].

I – Então, se eu lhe pedisse uma palavra para definir essa experiência cá em Portugal? Se eu quiser uma palavra que traduzisse a sua experiência?

E – É complicado?

I – É complicado? Desagradável, interessante, ao contrário difícil, uma palavra que ... não sabe?

E – Hum! Satisfatória, não sei.

I – Satisfatória?... Aconselhava alguém a vir trabalhar para Portugal como enfermeiro?

E – Sim. Por acaso os meus colegas é diferente. Em Espanha, trabalhou um colega que já esteve cá e agora está em Inglaterra, também com a profissão de enfermeiro. Tem um intercâmbio cultural.

I – Há mais alguma coisa que me queira dizer?

E – Não. Eu falo, falo ... (ri)

I – Obrigada, então!

Entrevista n.º 2

Investigador – Boa Tarde! Gostaria que me falasse um bocadinho da sua experiência como enfermeira. Porquê que veio, por exemplo, para Portugal? Como é que decidiu vir?

Entrevistado/da – Prontos. Eu tirei o curso em Santiago de Compostela. Acabei o curso no ano 2000 e (...) ali as oportunidades para trabalhar são um bocado complicadas. Quer dizer, tu arranjares uma vaga fixa no hospital hé (...) só perto das quarentas anos é que se calhar tens essa possibilidade. Então entretanto tens de andar de um sítio para o outro. Só trabalhando nas férias (...) e então a gente com vinte e um anos que acabou o curso é muito nova e não tem média de (...) pega nas malas e ir embora. Eu, por acaso, quando acabei o curso, a nossa escola nos facilitaram os dados para hé (...) para Inglaterra, para Itália e para França. O que aconteceu que eu tinha cá um irmão, tinha vindo dois anos antes e (...) então então foi muito fácil. Eu cheguei cá, fiz (...) candidatei-me quando abriam vagas e concorri e entrei.

I – E foi o irmão, foi o irmão que aconselhou, ou foi mesmo por iniciativa própria? Decidiu sozinha?

E – É assim. Eu tinha (...) não queria ficar em casa, não é. A pessoa estuda três anos fora de casa. Não me estava a ver a voltar a casa dos meus pais acabado o curso. Então, a mim importava. Portugal é um bocadinho melhor por causa de (...) do idioma, que é um bocadinho parecido com o galego, não é. Então, prontos, eu vim para aqui. Mas claro já tinha o meu irmão a (...), foi muito mais fácil, facilita muito as coisas.

I – Então, essa decisão foi difícil de tomar? Foi difícil de vir para cá?

E – Não, o que era difícil era ficar em casa.

I – E não foi difícil a nível do Hospital, de (...) das autoridades? Não lhe pediram muita coisa em comprovativo?

E – Não. Não, não. Quando foi a minha altura em Outubro já vai fazer seis anos. Estou aqui há 6 anos. Hé (...) Quando (...) quando vim para aqui, ainda me faltava um papel da escola e não estava (...) certificado, quer dizer, tinham passado tudo, o que faltava era um papel. Quando cheguei, entrei, quando fui [] candidatar-me, eu tive de mandar um papel provisório, nem sequer era o definitivo, e não puseram problema nenhum. A entrevista foram três perguntas. (Ri). Eu vinha cheia de medo e foi muito simples. E depois candidatei-me e eu entrei. E então também na na entrevista me

disseram: «que prefere, uma vaga fixa ou um (...) ou (...) no Raio X, na Imagiologia, ou quer um contrato de três meses na Urgência?» E eu disse: «uma vaga fixa» (Ri). Quando eu disse isso, as minhas colegas em Espanha que estavam todas sem trabalhar, ficaram assim. (Ri). «Tu já estás no quadro, eu não acredito!» Foi (...) Naquela altura pronto foi muito fácil. Depois eu trabalhei na Medicina. Não fui para o Raio X, mas me mandaram hé (...), Antes de começar a trabalhar eu fui para a Medicina, mas já estava no quadro. E passados dois anos pedi transferência e vim para aqui para a Urgência.

I – E como é que veio parar a este hospital? Como é que veio para Este?

E – Foi por causa do meu irmão que tem trabalho cá.

I – No mesmo hospital?

E – No mesmo hospital, sim.

I – Então, em Espanha, não tinha nunca trabalhado?

E – Não (...). Não conseguia trabalhar. Não porque acabei o curso no mês de Julho e vim para aqui em Outubro. Entretanto, estive a tirar a carta de condução, a mesma chamada para (...) trabalhar lá e então o meu primeiro emprego foi cá.

I – E os colegas, os colegas de equipa, enfim enfermeiros, ajudaram? Os outros colegas tentaram ajudar?

E – Sim. Quando eu (...) quando eu comecei a trabalhar na Medicina, metade da equipe eram espanhóis. Facilitou-me imenso, porque no início os idiomas podem ter um parecido, mas há coisas que (...) não se percebem e as pessoas nem se []. Não (...). E então, prontos. Os colegas espanhóis que andavam aqui há mais um bocadinho de tempo foram ajudando. E dos portugueses também não tenho nada a dizer.

I – Então a língua trouxe-lhe alguns problemas?

E – Sim, sim foi, porque eu (...) tinha que ver o que queria dizer montes de coisas, aconteceu imensas vezes aqui porque (...) tens as palavras que significam em espanhol uma coisa e em português exactamente o contrário. Então, as pessoas claro, ficam (...).

I – E os colegas, os colegas, além dos colegas enfermeiros, os outros colegas de trabalho, nomeadamente os auxiliares, deram algum tipo de ajuda (...), tentaram ajudar?

E – Sim. Eu pronto (...). A minha integração foi feita por uma enfermeira portuguesa e eu adorei. E ... gostava muito dela e ... correu muito bem. Depois os os (...) os (...) auxiliares no início estavam um bocadito mais (...). Já sei, eu acho que não sei como que se diz. Ficavam sempre um bocadito de pé atrás. «Olha, são espanhóis». Mas foi só no início. Depois passado uma semana, já (...) já (...).

I – Então, se eu lhe pedisse para dizer uma palavra acerca da sua experiência cá, como enfermeira?

E – Uma palavra? (Ri). Acerca da minha experiência cá? Pois bem, têm de ser duas: muito boa. (Ri).

I – E aconselharia alguém a vir para cá trabalhar, algum enfermeiro?

E – Eu já trouxe muitos colegas novos para aqui. Aqueles que estão aqui a trabalhar como o Roberto sem fazer entrevista, fui eu que entreguei o curriculum. (Ri). E (...) e a namorada dele (...), várias pessoas vieram cá trabalhar, porque eu aconselhei a vir cá.

I – Então, acha difícil trabalhar cá?

E – Difícil? (...). Agora está mais complicado trabalhar cá. Agora, sim, para os estrangeiros, tipo espanhóis, está muito complicado, porque como é normal estamos a [] muitos portugueses e eles vão contratar primeiro. Eu também percebo, não é. Agora acho mais complicado. Há uns anos atrás, não. Era, era difícil.

I – Mas para si, acha que foi difícil? Vendo todo o seu caminho para trás, acha que foi difícil ...?

E – Não, não. Comparando com Espanha, muito fácil até.

I – Se pudesse regressava a Espanha? Pensa regressar?

E – Hum!... Penso regressar. Por um lado, é assim, as pessoas ficam um bocado divididas. Por uma parte está a família, não é. Eu não [] por os amigos, porque amigos também tenho aqui e os amigos em Espanha vão fazendo a sua vida, cada um vai tomando o seu caminho, e não vai ser como quando estava na Galiza. Mas (...) hé (...), pela família, um bocado. Quando acontece assim alguma coisa, a distância custa. Agora, a nível pessoal, o meu namorado é português, já me prende muito aqui. Muito, porque se eu voltar a Espanha, vamos os dois sem emprego, aqui temos os dois emprego. Um bocado complicado. Hum! Ficamos divididos. Se me dissessem: «arranjas emprego lá e o namorado que tens também tem possibilidades», porque não? Se calhar ia embora. Tinha também a minha família aí.

I – Isso a médio prazo, a longo prazo se concorresse para lá? Se pensasse fazê-lo, seria ...?

E – Seria a longo prazo.

I – Aconselhava então, disse-me que aconselhava alguém a vir para cá? Há mais alguma coisa que se lembre desta experiência como enfermeira cá em Portugal?

E – Coisas que me lembre desta experiência?...

I – Que gostasse de me dizer?

E – Hum!... Não sei. (Ri).

I – Pensa que já me disse o essencial?

E – Acho que sim.

I – Então, agradeço a sua ajuda.

E – De nada!

Entrevista n.º 3

Investigador – Gostaria que me falasse um bocadinho da sua experiência como enfermeira. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

Entrevistado/da – Ora bem, decidi entrar para aqui porque na Espanha o emprego está bastante mau. Eu sabia perfeitamente que estava mau. Estudei Enfermagem, mas eu sabia que estava mau, mas como eu queria ser enfermeira, eu arrisquei e estudei. E vim para aqui porque vim com mais duas colegas, tipo, prontas, para trabalhar, para ter experiência, para (...). Viemos com um contrato de três meses no início (...) e prontas, viemos as três muito contentes porque saímos de casa, porque como a gente pensávamos, porque prontas tínhamos uma coisa nova e como havia trabalho, pois viemos logo.

I – E foi difícil de tomar essa decisão, foi difícil de tomar?

E – Para mim foi, para mim foi porque eu gosto muito de meus pais, ainda por cima eu sou muito familiar e custou-me sair de casa. De resto é perto, que não é igual, não está sempre em casa, não (...) mas pronto, eu gosto muito de meus pais, agora, mas também sabia que, chega a uma idade que eu tenho que (...) de pensar, eu não quero também estar em casa sempre parada, à espera de que me levasse para poder trabalhar.

I – Mas ninguém a aconselhou a vir para cá?

E – Não.

I – Foi de livre vontade?

E – Não, fui eu. Eu já estava a estudar e já estava com ideia de vir para aqui. Não sei, foi uma coisa. Também foi (...) foi de sempre já havia a coisa de Portugal, eu dizia: «â, vou para lá». Já estava no segundo ano de Enfermagem e já queria vir para aqui.

I – Não teve problemas a nível, sei lá, das autoridades, do Hospital? Foi fácil trabalhar cá?

E – Foi muito fácil, eu ter exame feito quando eu vim para aqui nós nem sequer tínhamos onde morar, e pronto, assinei um contrato de três meses e nós não pudemos alugar nenhum apartamento primeiro e o Hospital ofereceu-nos a morar no andar de Pediatria, o andar de Pediatria é bastante e ficámos lá gente no no hospital, mas primeiro ficámos lá a dormir, depois só era de três meses o nosso contrato, não sabíamos se depois ficávamos lá [no Hospital português em questão].

I – O Hospital pediu muita coisa, pediu-vos muita coisa para trabalhar cá?

E – Não. Os (...) O curriculum, nós não tínhamos trabalhado lá [em Espanha] logo pois estávamos em início da carreira e nos pediram logo todos os papeis, tipo, nada (...) nada de especial. Eu achei que fosse nada de especial. Foi para mim foi muito fácil porque me ofereceram a integração fácil.

I – E mesmo essa integração, você sente que teve alguma ajuda dos colegas de trabalho?

E – Sempre, em todo o momento. Quando vim para aqui, não procurava por absolutamente ninguém. Estou a trabalhar neste serviço há seis anos quase, sempre desde o primeiro dia que vi me trataram muito bem, do chefe até às enfermeiras responsáveis, toda a gente me ajudou muito. Por isso é que foi tão fácil, senão nunca conseguiria.

I – E os outros colegas, em termos de colegas de profissão foi fácil todos ajudaram. E em relação às outras profissões, médicos, auxiliares?

E – Também, também. Com as auxiliares não tive dificuldade nenhuma.

I – E médicos também não?

E – E médicos, já nós não tivemos tanta relação, sobretudo ao início, mas depois quando começa-se a falar com eles porque (...) pronto nunca tive problemas, ninguém me tratou mal.

I - E em termos de língua, teve alguns problemas?

E – Eu nunca tinha falado português, feito universidade galega, porque na Galiza [] mas nasci em Cádiz no Sul de Espanha e tinha ido para (...) para Galiza. Estudei Enfermagem, estudei lá [na Galiza] os três anos de enfermeira não falava galego. Então para mim custou-me mais um bocado porque não falava absolutamente nada de galego e à partida eu ouvia-me a falar português ria-me um pouco (ri) porque fogo não estão percebendo nem sequer o que eu digo. No início atendia o telefone e só dizia: «só um bocadinho». (Ri). Que vergonha, não percebia absolutamente nada, mas não me custou assim tanto como eu pensava. A gente me ajudou muito, teve muita gente que estava disposta a (...) a me compreender. Então, não tive medo por causa inclusive os doentes, todos.

I – Então acha difícil trabalhar cá em Portugal? Aconselha (...)

E – Não. Agora agora não sei como a coisa estará portanto aos enfermeiros portugueses já lhes custa muito mais trabalhar. Eu não sei como agora seria, mas se [] pelo contrário. Eu levo aqui seis anos, é só vinha três meses. Por isso aqui estou bem, senão já me tinha ido. [embora].

I – Mas aconselhava alguém a vir trabalhar para cá como enfermeira?

E – Sim. Se não tivessem trabalho em Espanha, para mim isto é o ideal. Nunca me trataram mal, nunca me fizeram [mal]. Pelo contrário me ajudaram muito. Se não tivesse tido ajuda dos colegas, de (...) de meu chefe, de meus colegas de trabalho, dos auxiliares, eu nunca teria conseguido estar aqui.

I – Se puder regressa a Espanha?

E – Regresso, mas não é porque estou zangada. Regresso porque (...) tenho muitas saudades da minha família e se eu quisesse ter um (...) pois. Eles também já me disseram: «ê e tal, e ter filhos», é coisa que devias estar perto de meus pais também. Só por causa disso.

I – Dentro de muito tempo ou de pouco? Pensa então regressar a Espanha dentro de muito tempo ou de pouco?

E – Não tenho um tempo ainda (...) definido, mas (...) se tenho decidido que eu gostaria de voltar para Espanha por estar à beira dos meus pais, porque a vida é um bocado diferente a cultura é distinta.

I – Em que aspecto a vida é diferente?

E – Aqui é cultural pronto a gente não sai assim tanto. A gente de aqui tem uma vida muito mais calma. Nós estamos acostumados em Espanha a haver ainda muita gente na rua e ter outro tipo de vida. E aqui é uma vida muito mais calma que eu compreendo porque a gente não tem dinheiro (ri) para fazer mais nada. É só possível ir tomar café (ri) porque (ri) é muito difícil fazer vida, porque a gente o dinheiro que tem está sempre a poupar para (...) para contas então não dá. Será será os que têm um pouco mais de dinheiro, que são capazes de sair mais um pouco. Em Espanha, as dez da noite tu saís á rua e tens gente. Aqui ás nove já não há ninguém já (...). A vida é diferente. Estou acostumada a outro tipo de vida á noite. Não é que eu não me acostumo aqui porque já estou há seis anos, já estou acostumada. Mas a minha ambição de ir para Espanha é só por causa dos meus pais, do grupo familiar, gosto de partida de saber como está a minha mãe, o meu irmão, quando ás vezes ficar doente estás tão longe estás preocupada. É só por causa disso.

I – Aqui tem algum grupo de amigos? Mas espanhóis, portugueses ou os dois?

E – Tenho muitos relacionamentos portugueses. Gente que trabalha aqui comigo que tem muito relacionamentos de portugueses. Muito. E espanhóis também. E acho que sou uma das pessoas que tem mais amigos portugueses que espanhóis porque as outras espanholas quando me ajudam se relacionaram mais com espanhóis do que tipo eu que tenho amigos portugueses. Mas pronto. Também há mais portugueses, não é? Mas pronto. (Ri). Tenho relacionamentos portugueses.

I – Olhando para trás, estes anos, como é que se tivesse que me dizer uma palavra para definir a sua experiência aqui em Portugal, o quê (...) como é que me dizia que de facto tem sido?

E – Uma palavra só?

I – Não!... Ou uma ou uma expressão ou (...)

E – Uma vivência muito positiva muito positiva. Não tenho nada (...). Se penso na vivência que tive nestes cinco anos, não me lembro nada (...) nada. [de negativo].

I – Considera que valeu a pena?

E – Sim, sim. E se eu voltasse atrás voltava a fazer o mesmo. Valeu a pena. Muita gente diz: «â, estás há muito tempo. Se calhar podias estar em Espanha, arranjavas em Espanha», mas eu não respondo. Aquilo não me preocupa. E se a fazê-lo, voltasse para trás, voltaria a vir outra vez. Aconteceram muita coisa aqui. Conheci muita gente, aprendi muito, trabalhei muito. Nunca senti a rejeição de ninguém por isso voltaria aqui outra vez. Sem pensasse muito (...). (Ri).

I – Há mais alguma coisa que me queira dizer destes anos? Alguma coisa que se lembre da sua experiência aqui como enfermeira?

E – “Hombre”. A única coisa que eu posso dizer é que ainda me acostumava à integração. Para mim eu achava que ia ser muito mais complicado porque eu não percebia português, não falava a língua. Não falava nada, eu pensei que á ser muito mais complicado, mas não foi. Toda a gente me ajudou, desde os meus colegas enfermeiros, toda toda a gente. Nunca ninguém olhou para mim como se fosse uma pessoa de fora (..) inclusivamente o eles me ajudaram muito. Tenha calma, diga outra vez que eu (...) tento percebê-la. Muita gente falava meio espanhol. Por isso até facilitaram-me a vida. Só quem sabia espanhol falava-me então espanhol. Dizia: «não, deixam-me falar português, senão eu nunca vou conseguir falar português». Mas eles (...) facilitaram-me tudo. Sempre eu falava e eles (...) até conseguiram conquistar o espanhol, para eu me sentisse mais à vontade, por isso (...). Não posso dizer nada mal não.

I – E em termos de instalações, arranjou se calhar casa cá?

E – Sim, sim, foi depois daqueles três meses, ofereceram-me um contrato definitivo. Foi logo / J. Não tive de sofrer nada para conseguir um contrato. Foi logo e depois alugámos um apartamento, as minhas colegas. Não temos dificuldade nenhuma, nenhuma. Foi tudo muito fácil, foi tão fácil que por isso que não (...) nunca deixaria de o fazer. Não tive dificuldade nenhuma. Eu. Não sei se os outros colegas tiveram. Eu não tive nenhuma. Não sei se foi pelo serviço, por colega. Eu também sou bastante (...)

extrovertida. Eu também já não sou uma pessoa que me custa integrar-me, já puxa por muita [], mas (...). Nunca tive problema e nunca irá ser. (Ri).

I – Obrigada então pela sua colaboração.

Entrevista n.º 4

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeiro.

Porquê que veio para cá?

Entrevistado/da – Porque vim?

I – Trabalhar.

E – Sim, sim! Eu antes de vir ser enfermeira trabalhava em Espanha U. (...). Como hei-de dizer: acho que há a ideia que para trabalhar em Espanha temos muita gente de Enfermagem. Temos que poder trabalhar no início pode ser no Verão durante três meses. E depois começa-se a trabalhar muito mais [], dois dias na Medicina, três dias na Ortopedia, quinze dias na UCIP [Unidade de Cuidados Intensivos],. Hé (...). Não tens uma responsabilidade nenhum assentamento profissional* que te diz «aprendes». Mas não consegues desenrolar a tua profissão. Nunca tens a certeza do que vais receber ao fim do mês. Nunca iria “independizar-me”**. Só tinha um milagre. Então pois (...) decidi (...).

I – E foi difícil?

E – Não (...) não. Não porque não me custa nada fazer as malas. Então (...). Quando somos jovens vamos por aí.

I – Mas veio (...) por sua iniciativa ou foi aconselhada a fazer isso?

E – Não, por minha iniciativa.

I – Não tinha ninguém aqui?

E – Não.

I – Como é, como é que concorreu para este Hospital? (...) Como é que descobriu?

E – Hum (...). Eu (...) eu estava a trabalhar mas Urgências quando (...) foi gente de aqui, ainda não abriram o hospital. A recorrer aos hospitais de [], para haver um bocadinho de organização (...). Hé, depois também saiu um anúncio no jornal. Então já indicava o que tinhas de fazer. Eu fiz. Fui chamada.

I – Não foi difícil, não puseram muitos obstáculos aqui (...) nem no Hospital, nem no país em si, autoridades?

E – Não, não.

I – Nada?

* Estabilidade profissional

** Tornar-me independente

E – Nada.

I – A ordem ajudou nalguma coisa?

E – Sim. Ajudou. Não (...) não pois entaves (Pausa). Simplesmente tivemos de ir à Ordem, darmos os dados mais nada.

I – Disse-me então que já tinha trabalhado em Espanha.

E – Sim.

I – Em que tipo de serviço é que tinha trabalhado mais tempo?

E – Na UCIP.

I – Na UCIP. Quer dizer que já tinha então experiência nesse lugar?

E – Sim. Sim.

I – Foi difícil neste serviço cá?

E – Neste serviço não, porque nós abrimos este serviço. Foi difícil trabalhar no início na Medicina. Com (...) por causa dos colegas.

I – Em que aspecto?

E – É assim. Eu percebo. (Ri). Eu se calhar, se fosse hé (...) ao contrário em Espanha, eu faria o mesmo (Pausa). Eu não sou de cá. Eram quase todos recém recém-formados, não têm experiência. Então (...) nós viemos de repente muitos espanhóis para (...) éramos muito em Medicina. (Pausa). E muitos que já viemos trabalhar deu bastante. Então no início do (...) nos rejeitaram um bocado, porque (...) quem nos mandavam eram deles. Nós não podíamos (...) hé (...) tocar as bombas, porque não sabíamos. Hum (...). Muitos de nós não trabalhava. Hé, não podíamos assumir responsabilidade de dar medicação ao doente. (Pausa). Nos trataram como (...) estagiário, não como enfermeiro. Então houve uma revolta muito grande, pelo menos da minha parte, a gente que já temos uma idade que não assumimos que nos tratem como crianças. Como há aí um bocadinho (...) mas foi no início, mas depois houve uma reunião e se falou já com já faz mais coisas e já começou a trabalhar normalmente.

I – E os outros profissionais, as outras profissões: como é que eram em relação a vós? Ajudavam ou dificultavam ou também tinham esse tipo de de reacção?

E – Com todos os meus respeitos, aqui em Portugal o médico está uma escala muito alta. Não se relaciona muito com os enfermeiros no início. Então nós não podíamos falar com o médico. Tínhamos que falar com o responsável ou com o nosso superior para conhecermos que éramos portugueses. Eles (...) hé (...) viam o médico e (...) diziam o que pensavam. E o médico dava as ordens e nos transmitiam as ordens dos [médicos]. Como se fosse uma grande pontaria. (Ri). Desculpa lá. (Ri). Então (...). Com o tempo, hum (...) não demorou muito. Começamos a falar com eles. Nós temos muito

o costume de não chamar por você, tratar assim também pelo título. Muito «de tu a tu». (Pausa). E isso se conseguiu muito rápido. Não não tiveram problema, porque (...) de ao curso [] o trabalho. Hé, não faltamos ao respeito. Podemos falar (...) de tudo e podemos enchermos de médico sem chamar de doutor. Não acontecer nada, inclusive facilitar a convivência. E com os auxiliares também. Por exemplo, no início eu achava piada porque havia uma auxiliar que podia ser tranquilamente a minha avó, quase perto da reforma. Então quando eu cheguei, eu dizia: «D. Rosa, venha cá, não sei quê». Ela dizia: «sim, senhora enfermeira que []». Eu dizia: «fogo, se se parece a minha avó. (Ri). Não pode ser. Eu me chamo Merche. O meu nome é Merche. Não me chame de senhora enfermeira, nem [] J. Hé. Já tive alguns problemas, porque não não consentiam que as auxiliares nos chamassem pelo nome nem nos dissessem por tu nem brincassem com nós. Mas depois com o tempo foi (...) éramos muitos. [] J ficou um bocadinho disto de espanhol, mais que (...) que estas distintas sociais que há aqui.

I – E foi isto que sentiu, as dificuldades que sentiu foi mais com isso?

E – Sim.

I – Na sua mudança para cá?

E – Sim. Porque é normal, eu tenho que mostrar quem sou à priori, não (...) não me consideram profissional (pausa) ou não me consideram que eu tenho experiência. (Pausa). É como se eu vinha saber para a escola ou (...) ou de não saber tratar com doentes. Devemos mostrar um bocadinho mais no início. (Pausa) Eu acho.

I – E acha que se fosse hoje alguns dos seus colegas que vêm para cá tinham as mesmas dificuldades?

E – Não.

I – Pensa que mudou alguma coisa?

E – Sim. Sim. Sobretudo porque em qualquer sítio que vai tem um espanhol que o ajuda.

I – E aconselhava alguém a vir para cá?

E – Sim.

I – Hoje em dia aconselhava?

E – Sim. Eu aconselho todo o mundo que termine que trabalhe [] J. Depois quando tem experiência que escolha o sítio onde quiser. Mas primeiro aprenda e depois [] J. E aprender é trabalhando. (Pausa).

I – E se eu lhe perguntasse em poucas palavras como é que tem sido a sua experiência então nestes anos aqui?

chegou por um mês, não posso dizer nada. Ainda que veja as coisas mal feitas. Porque não (...) vale nada o que eu digo. Seria diferente que eu ficasse um ano ou dois anos ou mesmo [], por exemplo. E para mim é uma grande diferença. (Pausa).

I – vendo as coisas como estão hoje em dia com o seu trabalho, se mudasse alguma coisa o que seria? Haveria alguma coisa a mudar ainda?

E – Sim. (Pausa). Eu acho que os enfermeiros temos mais capacidade para decidir certas coisas, que ainda estamos debaixo do mandato do médico. Hé (...) é um bocado por aí. (Pausa).

I – Era o único aspecto que mudaria?

E – Sempre há aspectos pequenos, técnicos, de organização, mas sobretudo isso. Em todo (...) em todo o hospital. Acho que o médico ainda tem muito poder sobre as coisas que nos compete. (Pausa). Acho (...)

I – Há mais alguma coisa que gostaria de dizer dessa experiência?

E – Não, foi ótima (...) a sério. Se alguma vez me vou [embora], porque (...) a família, o país é Espanha. Sempre fui um bocado da terra, mas aqui estou eu. Gostaria de colher o hospital e a gente o levasse para lá. (Ri). E então sim. (Ri). É impossível.

I – Obrigada.

Entrevista n.º 5

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeira ao longo destes anos. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

Entrevistado/da – Porque em Espanha não (...) não havia trabalho na altura. Era só contratos de substituição, de férias, de dois meses, um mês, dias, (...). Então no jornal apareceu um anúncio e decidi enviar o curriculum.

I – E foi uma decisão difícil de tomar?

E – Não, não.

I – Mas, decidiu sozinha?

E – Sim. Vi o anúncio. Falei com os meus pais: «olha, vou enviar». Então, envia. (Ri).

I – Não tinha ninguém cá conhecido?

E - Não, não. Vim com mais duas colegas (Pausa). As três enviámos curriculum e enviámos as três.

I – Foi o primeiro e único hospital?

E – Foi o primeiro hospital.

I – Então, foi difícil vir para cá?

E – Não, não.

I – Não dificultaram depois aqui (...)?

E – Não, não.

I – E a nível de autoridades? Por exemplo a nível da Ordem dos Enfermeiros, a nível superior?

E – Não tivemos problema superior. Nós não tivemos problema nenhum. Nós naquela altura só tivemos de enviar mesmo o (...) certificado como tínhamos o título de enfermeiros e não exigiram mais nada. Só nos deram o contrato.

I – Então, não tinha trabalhado (...) nunca tinha trabalhado em Espanha?

E – Nunca tinha trabalhado em Espanha. Acabei o curso em Julho e vim para aqui em Dezembro sem trabalhar.

I – E foi difícil, he (...) trabalhar num tipo de serviço em que [].

E – Não foi, porque chegamos na altura em que o hospital ia abrir. Nós começámos com no primeiro dia um doente, no segundo entraram mais dois. Deu para se ir habituando. Se fosse a entrar conforme agora está o hospital, ia ser muito mais difícil.

I – Em que aspecto?

E – Porque há muito trabalho. O serviço de cirurgia trabalha muito. Ia ser difícil conciliar o idioma com o trabalho. E os colegas não teriam tanta disponibilidade para explicar as rotinas e os (...).

I – E eles ajudaram ou não?

E – Sim.

I – Em que aspecto? Nas rotinas ou (...)?

E – Nas rotinas, no idioma, a explicar-nos como é que (...) se chama cada coisa.

I – E os outros profissionais de saúde, além dos colegas enfermeiros, por exemplo, os médicos, auxiliares (...)?

E – Não tivemos problema nenhum. Mas foi numa altura em que eu entrei com (...) um grupo muito grande de espanhóis. Então, prontos. Toda a gente sabia que éramos espanhóis e tinham um bocado de paciência com nós.

I – Então como é que definiria a sua experiência ao longo destes anos?

E – Muito bom. Muito bom.

I – Aconselhava alguém a vir para cá?

E – Aconselhava. Alguém que não tivesse problema nenhum em deixar a família e (...) deixar, prontos, ir lá aos fins-de-semana, quando estão livres e tal. Mas (...). É diferente de que se eles tivessem lá.

I – Que dificuldades então acha que eles teriam? É mesmo com a família?

E – Eu o meu maior problema foi a família. (Pausa). Mas prontos, adaptei-me.

I – Já pensou alguma vez regressar a Espanha?

E – Não, conforme está aquilo, não. (Pausa). Se me dissessem «tens lá emprego conforme aqui», se calhar até pensava. (Pausa). Mas prontos, já seria também trabalho para o meu marido, não é? Já seria mais complicado. Ele está aqui, ele é português.

I – E tem amigos cá? Arranjaram amizades cá?

E – Sim, sim, temos.

I – Portugueses, espanhóis ou dos dois?

E – Portugueses e espanhóis. Dos dois.

I – E (...) disse-me que aconselhava alguém a vir trabalhar para cá?

E – Sim, eu gostei muito (...) da experiência. (Pausa).

I – E de que região era de Espanha?

E – Sou de Pontevedra. É perto.

I – É mais perto. Então diga-me só uma coisa: «acha que conforme está o Hospital, está hoje em dia seria difícil para os seus colegas adaptarem-se cá?»

E – Acho que é mais difícil do que quando nós chegámos. Nós e tivemos mais tempo para adaptação. (Pausa). Acho que sim.

I – Há mais alguma coisa que me queira dizer da sua experiência como enfermeira? Há diferenças, nota diferenças, entre (...) na Enfermagem, entre Espanha e Portugal?

E – Em Espanha, por exemplo, os cuidados de higiene são dados por auxiliares de Enfermagem. As colheitas de sangue são feitas por técnicas (...) algaliação, entubação e mais (...) e pensos e medicação. Medicação oral até uma parte dos vezes a auxiliar também administra. Portanto aqui o enfermeiro trabalha mais.

I – E em termos de reconhecimento e valorização da profissão?

E – Eu penso que é igual.

I – E em relação aos doentes?

E – (Pausa). Em Espanha (...), se calhar hé (...) o doente e a família agradece mais do que aqui. Eu acho que aqui é um bocado (...) «a enfermeira que faça». Em Espanha para pôr aparadeiras, urinóis, ajudar a comer, a família está permanentemente (...) e ajuda. Fica por aí de noite. Portanto (...)

I – Então quais as dificuldades de lá comparadas com aqui? Se tivesse que comparar entre um e outro, é (...)?

E – É mais fácil trabalhar lá que aqui. (Pausa).

I – Em termos de recursos ou (...) noutros aspectos, por exemplo de organização?

E – Não nos aspectos do do trabalho em si. O enfermeiro em Espanha faz muito menos do que nós do que aqui, por exemplo. Quem vem habituado de trabalhar lá, chegar aqui, se calhar vê que há muita coisa no turno do que do que em Espanha.

I – E em termos de ingresso e de progressão na carreira? Em termos de experiência em si locais de experiência (...) é difícil (...).

E – Não estou a perceber.

I – Hé (...). É mais difícil entrar em Espanha (...), ter um lugar fixo (...)?

E – É, agora é impossível. Mas agora também é aqui. Agora o pessoal que está a entrar nos hospitais é a contratos de férias e já é bem bom. (Pausa). Em Espanha, nem isso. Os contratos de férias são de um mês, dois meses. Já assim é muito pouco para continuar lá.

I – Isso há quantos anos (...)?

E – Sete anos. (Pausa). Continuo cá.

I – Mais alguma coisa que me queira dizer?

E – Está tudo. Penso que está tudo. Não sei se quer perguntar mais alguma coisa?

I – Não, não.

E – Está tudo.

Entrevista n.º 6

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeira. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

Entrevistado/da – Bem (...). Eu decidi vir em primeiro lugar porque temos umas condições boas de trabalho em termos de contrato. Trabalho já quase definitivo, não é nada eventual, nem nada (...) por períodos curtos, como era lá. Lá trabalhava (...) dia sim, outro dia não trabalhava, depois chamavam-me, trabalhava algum dia, depois parava. Aqui era alguma coisa já mais certinho.

I – Trabalhou muito tempo lá?

E – Só seis meses.

I – Seis meses. E neste (...) no mesmo tipo de serviço que cá ou completamente diferente?

E – Lá trabalhava sempre (...) num num (...) hé (...)

I – Não foi seguido?

E – Não, lá não é como aqui. A política lá não é como aqui. Aqui fazem-se integrações. Lá [em Espanha] não existem integrações. As pessoas são chamadas às vezes para trabalhar dois dias num sítio, num serviço de ortopedia, e passado hé (...) passado uma semana vão trabalhar por exemplo dois dias num serviço de Obstetrícia. Quer dizer, é uma política diferentes de contratações.

I – E como é que decidiu vir para este hospital? Como é que surgiu (...)?

E – Naquela altura tinha tinha (...) tinha acabado o curso em Junho. Este hospital começou o recrutamento em Outubro. (Pausa). Soube (...) hé (...).

I – Por outras pessoas?

E – Sim, por outras pessoas, que estavam a contratar (...) enfermeiros. Enviei o curriculum e pois (...).

I – Já tinha alguém cá?

E – Conhecia algumas pessoas que tinham tirado o curso comigo, mas não (...) até não foi por elas que (...) que soube. Depois é que as encontrei cá.

I – E foi difícil vir para cá trabalhar?

E – Hé (...) não. No no meu caso no meu caso pessoal, não foi, não tive grande dificuldade. Aluguei um apartamento com outra pessoa, uma parceira. (Pausa). Então ambos os dois, sempre facilita um bocado. E depois, pronto é isso, a gente quando quando acaba o curso quer é trabalhar, quer (...) fazer coisas. Pronto, nesse aspecto não não encontrei grande dificuldade.

I – Mas foi o colega que decidiu sozinho ou alguém o aconselhou a vir para cá?

E – Não, fui eu, fui eu. Ninguém me aconselhou a vir. (Pausa).

I – E quando chegou cá a Portugal, hé (...) foi difícil, encontrou muitos obstáculos para trabalhar cá? Exigiram-lhe muita coisa, por exemplo, a nível do hospital?

E – Não.

I – Não?

E – Não, acho que fomos bem recebidos e (...) sempre nos facilitaram, porque de início é mais difícil (...) prontos a a rede idiomática e (...) e (...) e hé eu diria que há uma cultura de trabalho diferente da que eu conhecia.

I – Em que aspecto?

E – Hum (...). O trabalho (...) lá, é (...) dividido de outra maneira, lá as auxiliares existe uma carreira de auxiliares (...) com um curso de três anos que que tem umas competências que aqui fazem parte das competências de Enfermagem que lá estão (...) estão hé (...)

I – Delegadas?

E – Delegadas, exactamente delegadas sob sob supervisadas sempre dei Enfermagem, mas competem a elas. Então nesse nesse aspecto o trabalho é diferente do que eu tinha visto e aprendido durante o curso. (Pausa). Lá são as auxiliares que tratam dos cuidados de higiene na (...) nessa maioria dos doentes tirando um ou outro que tenha qualquer coisa mais específica que seja de enfermeira. (Pausa) prontos, é isso, mas...

I – E os colegas ajudaram-no um bocado na adaptação?

E – Sim, sempre quer dizer sempre me senti (apoiado) e (...)

I – E das outras profissões, médicos e auxiliares?

E – Também também por acaso muito (...) muito quer dizer no meu caso pessoal não tenho muito muito muita dificuldade. Também na altura, se calhar, o meu caso também me (...) pode alguma particularidade. Não sei se (...) é capaz de ter porque na altura que eu comecei a trabalhar (...) o serviço no hospital acabava de abrir, estava há quinze dias aberto. O serviço onde onde eu fui trabalhar tem três salas. Só estava uma aberta e depois é que abriram as outras duas. (Pausa). E depois na altura que eu entrei, entramos há volta de vinte colegas todos espanhóis. (Pausa) Já havia já havia cá alguns de quando tinha aberto o hospital e passados esses quinze dias entrámos (...) aproximadamente vinte logo (...) []. No início de digamos da adaptação da integração, quase havia mais enfermeiros espanhóis do que (...) portugueses. Isso provavelmente também facilitou, o ser muitos sempre dá (...) outro apoio.

I – Então se eu lhe pedisse para definir a sua experiência nestes anos aqui em Portugal?

E – Nestes anos todos? (Pausa)

I – Como acha que foi?

E – Com uma palavra ou (...)?

I – Sim, com uma palavra ou uma expressão.

E – Excelente. (Pausa). Muito boa.

I – Aconselhava alguém de fora a vir trabalhar para cá?

E – Aconselhava, quer dizer, hoje para —————> para aqui para esta instituição não posso não posso não posso falar muito. De resto, porque há muito acho que há diferenças enormes entre umas e outras, de certeza. Para esta em concreto [] passado a minha experiência aconselhava.

I – Acha que eles teriam o mesmo tipo de dificuldades que teve na sua altura? Conforme o que está o hospital agora, a realidade (...), que dificuldades acha que eles teriam.

E – Bem, eu acho que podiam ter mais alguma dificuldade no aspecto que falamos antes de não se sentir tão abrigados (...) trabalham lá menos colegas espanhóis e o serviço está mais (...) os serviços já temos uns km`s uma rodagem agora (...). É diferente as pessoas que vêm novas, mas isso (...) ia sentir igual sempre portugueses ou espanhóis, hé. Já sente um outro ambiente, uma confiança de muitos anos entre os colegas (...), claro. Nunca nunca via ser igual, mas eu acho que (...) que não iria ter grande dificuldade.

I – Já pensou alguma vez regressar a (...) a Espanha, qualquer dia.

E – Já pensei, só que nunca (...) nunca (...) o pensamento que tem aí (ri). Pessoas que vêm para aqui já com ideia de estarem x anos (...) e logo a seguir ir embora. Não []. Desde que esteja bem cá, enquanto estiver bem cá.

I – Tem amigos cá?

E – Amigos?

I – Portugueses, espanhóis.

E – Tenho a minha mulher, tenho tudo. Tenho relações sociais mistas. (Ri).

I – De que região de Espanha?

E – Sou galego.

I – Da Galiza. (Pausa). E a nível da Ordem, disse-me que então o hospital ajudou bastante e com a Ordem dos Enfermeiros tiveram assim alguns problemas?

E – Bem, problemas (...) nunca posso dizer. Também também quando quando nós chegámos a Ordem tinha (...) acho que tinham mesmo acabado de ser (...) criada. Eu cheguei em Janeiro de 99 (...) ou Dezembro de 98 ou meados de 98, não sei, não tenho a certeza, mas mais ou menos. (Pausa). E prontos (...) o hospital (...) nesse aspecto

tratou-nos de tudo, tratou-nos da (...) ajudou-nos a tratar dos documentos e na altura tinham disseram que tínhamos de nos inscrever na Ordem, inscreveu-se e desde então. (Pausa).

I – E não há nada que o tenho chocado na mudança de Espanha para Portugal? A nível de profissão, o quê que o chocou mais, se há que, se alguma coisa o chocou?

E – Bem, chocou mesmo um aspecto e é o que falamos antes, hé (...). O trabalho, as atribuições são basicamente as mesmas, só que a forma como são distribuídas entre todos os elementos do grupo são um bocado (...) diferentes, aquilo que falámos das auxi o facto das auxiliares lá têm (...) têm outras habilitações, não é? Aqui acho que é um curso mas um curso (pausa) muito básico. Lá é diferente, têm um curso de três anos (...) a seguir ao ensino básico. (Pausa). E então isso claro faz com que as diferenças em termos de de prestação de cuidados são um bocado (...) diferentes.

I – Mas considera para melhor para pior?

E – Eu considero para melhor cá, considero que são melhores cá, em termos de de cuidados de enfermagem hé (...) são melhores os que se prestam cá dos que se prestam lá.

I – Mas em que aspecto?

E – Hé, porque permitem mais possibilidade com o doente, criar outro tipo de relação, outra empatia (...). Lá lá o papel de Enfermagem (...) assim por alto eu também não tenho uma grande experiência profissional lá, tenho só os três anos do curso e mais algumas (...) alguns meses de trabalho, poucos (...) afastam-se um bocado as funções mais mais próprias digamos. Lá se calhar valoriza-se mais as funções delegadas, administração de medicação, de (...) de aplicar tratamentos, pensos e essas coisas. Não é que se valorize mais é que o que se faz acaba por ser o que se faz o o (...) o resto das coisas se calhar mais próprias e que podia contribuir para dar outra imagem e para dar fazer crescer um bocado a profissão fica meio (...) meio aí (...) esquece (...) entre esquecidas e (...).

I – E qual é a imagem da Enfermagem em Espanha? Nota grandes diferenças em relação a Portugal?

E – Eu acho que que tem uma (...) uma imagem uma (...). Em termos de ser consideradas pela sociedade estamos melhor cá em Portugal (...). Não sei se é precisamente por isso, não sei, às vezes já não sei. Lá (...) Também a mentalidade em torno de todas as profissões é um bocado diferente. Não é só só com a Enfermagem. A Enfermagem lá se calhar está menos valorizada do que cá para o resto da da sociedade. Só com que também lá essas essas (...) não sei se vou conseguir explicar (pausa) esses

esses patamares sociais que podem existir entre determinadas profissões, advogados, médicos, engenheiros, está tudo mais uniformizado. Lá as pessoas são pessoas e (...) e pelo menos num ambiente urbano, as pessoas são pessoas e não são doutoras, não são advogados, não são (...) são pessoas. Sem desrespeitar ninguém, mas (...) tanta importância pode ter uma pessoa que trabalha na construção como um médico, um advogado, um funcionário público. Se calhar esse aspecto lá está mais nivelado cá ainda se nota mais essa essa diferença. E se calhar (...)

I – E isso é bom ou mau?

E – (Pausa). Eu acho que é bom e acho que vai que deve mudar, acho que à partida vai mudar aqui também. À partida lá lá há trinta anos atrás (...) mas sobretudo no no rural ainda continua as (...) as (...) as aldeias ou as vilas é o médico, o farmacêutico, se houver algum advogado e depois hé (...) as pessoas que estão na câmara e depois (...) e isso vai mudar, vai mudar aqui também como mudou lá.

I – Mais alguma coisa que me queira dizer dessa experiência nesses anos?

E – Não, julgo que não. Acho que já (ri)...

I – Obrigada.

E – Obrigada.

Entrevista n.º 7

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeira. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

Entrevistado/da – Bom, decidi vir para aqui porque em Espanha é (...) mais complicado arranjar emprego hé (...) fixo e nós ali temos uma lista de contratação e (...) somos chamados na altura de cobrir férias que não é como aqui mas (...) que é um período amplo de contrato porque, se calhar são dois meses ou três meses como muito, para cobrir, e nem sempre os três meses de Verão são no mesmo lugar. Pode ter um contrato oito dias num sítio, oito dias noutra, dias inclusive*, contratos de dias e (...) prontos [] não tem integração (...). Tu chegas num serviço e (...) comes logo a trabalhar. E então depois trabalhava se calhar na altura (...) do Natal, da Páscoa se há com muita sorte, senão era o mais comum era simplesmente trabalhar na altura de Verão, na altura de férias. E pronto e não chega. Estás o resto do ano sem fazer nada e pronto (...). Então foi mesmo simplesmente por isso, para arranjar emprego (...)[]

I – Já trabalhava lá? Alguma vez (...)

E – Sim, eu trabalhava lá hé (...). Trabalhei no ano de 97. Trabalhei no Verão de 97 e trabalhei no Verão de 98. Depois vim para aqui finais do ano de 98, Dezembro. Foi quando eu assinei e comecei logo a trabalhar (...) até agora.

I – E trabalhou em Espanha no mesmo tipo de serviço que aqui ou não, trabalhava noutra tipo (...)?

E – Não, foi no Centro de Saúde (Pausa).

I – No Centro de Saúde?

E – Sim.

I – E foi difícil tomar a decisão de vir para cá?

E – Não, eu acho que estava com muita vontade de (...) de trabalhar e (...) inclusive* de sair de casa. Não é porque estivesse mal na minha casa, simplesmente porque estudei e a minha faculdade estava a 7 km da minha casa, ia de autocarro e pronto, vir para aqui foi um bocado (...) a experiência de «independentizar-me» e de começar a trabalhar, vir um bocado isso. Nunca tinha saído de casa e (...) integrei-me muito bem. Pronto, tenho saudades da minha família, mas mas (...) há há pessoas que vieram para aqui não aguentaram estar tão longe de casa. Eu acho que nesse sentido (...) não tive muita

* Incluso

dificuldade. Sempre estive acompanhada. Não senti (...) a necessidade de voltar para casa, claro.

I – Sempre acompanhada? Mas ao vir para cá, ou seja, veio com outras pessoas ou já tinha aqui alguém?

E – É assim. Não tinha aqui ninguém, mas havia colegas da minha turma, da (...) da minha escola que vieram também para aqui. Então já conhecia x pessoas. Havia também colegas da minha escola da turma anterior, da turma posterior que acabaram depois de que eu. E eu já conhecia (...) alguma gente, não é.

I – Algum (...) algum deles a aconselhou a vir para cá?

E – Foi uma colega que estudou comigo que foi que me disse que tinha saído um anúncio no jornal a dizer que tinha aberto um hospital (...) o hospital de Santa Maria da Feira (Pausa).

I – Uma colega viu o anúncio no jornal?

E – Viu o anúncio e foi ela que me comentou, foi inclusive* ela que (...) trouxe os papeis depois para aqui porque eu (...) não tinha tempo. Estava a trabalhar e não conseguia até aqui. E depois o mais curioso é que me chamaram para vir e ela não. (Ri). Ela está agora (...) em Londres. E pronto.

I – E foi difícil depois a nível de hospital? Exigiram-lhe muita coisa? Complicaram, ajudaram? Em termos de documentos?

E – Em termos de documentos facilitaram sempre. Tínhamos (...) pronto no serviço de pessoal hé foram sempre super atenciosos hé (...) abriram a conta bancária, depois trataram dos papéis da Ordem (...) hé trataram sempre de tudo, a homologação do (...) do título também tentaram.

I – Â, então não foi a colega que tratou directamente com a Ordem, foi mesmo o próprio hospital?

E – Foi o hospital que tratou dos papéis todos. Nós chegamos aqui e pronto e depois (...) orientamos sempre super bem. Não (...) não tivemos dificuldade. Pelo menos eu senti isso. E como eu as colegas que chegaram todas no início. Depois não sei. Sempre nos explicaram tudo muito bem, deram muitas dificuldades.

I – E os colegas também ajudaram? A nível de colegas?

E – Os colegas portugueses? Sim. É assim, chegamos aqui éramos uma equipa muito nova. Eu cheguei aqui com vinte e dois anos e também as colegas que estavam aqui portuguesas tinham aproximadamente essa idade. Então (...) aprendemos todas com

* Incluir

todas um bocado (...) não é que ninguém nos explicasse porque éramos todas novas, com pouca experiência. Hé (...) Como se fazem as coisas fomos aprendendo um bocado com a experiência e pronto, entre nós, não é.

I – E a língua, foi difícil, trouxe-lhe problemas?

E – E a língua, pronto como eu sou da Galiza hé (...) não me foi assim muito difícil porque há muita semelhança com o português. Claro que a maneira de estruturar as frases e certas palavras são totalmente diferentes. Mas (...) resultou mas nada de outras colegas de outra “partida” de Espanha. Deram-nos um curso de (...) acho que foi quinze dias de português, mas realmente aquilo não deu para nada, [] quatro coisas (...) fundamentais, mas (...) só o dia á dia é que aprendes, pronto, a língua.

I – E os outros colegas daqui, médicos, auxiliares, ajudaram também, dificultaram? Como é que foi a relação?

E – É assim. Eu não acho que nem dificultaram nem ajudaram. Eles (...) pronto falaram normalmente com nós, trabalharam normalmente com nós, não (...). Dificuldades não puseram, mas agora, ajudar, pronto (...) Percebeu, não não (...)

I – E a relação com os doentes foi difícil?

E – Não. A única dificuldade era um bocado a língua, depois tirando isso (...)/] há que aprender a língua, e nós quando não percebemos eles eles nos percebiam a nós, então não tinha dificuldade nenhuma especial.

I – E se eu lhe perguntasse para me definir a experiência profissional destes anos? Dar-me uma palavra ou uma expressão. Como é que foi esta experiência profissional?

E – (Pausa). Eu acho que aprendi muito e que ganhei muita segurança como profissional e (...) e me enriqueci a nível profissional, porque do que aprendes tu depois tu [] é muita diferença. E (...) e acho que um enfermeiro como profissional aqui porque já passaram quase cinco anos e (...) eu não sabia nada e agora acho que sei (...) sei muito mais do que quando cheguei aqui. Então (...)

I – Aconselhava alguém a vir para cá?

E – Sim, sim.

I – Trabalhar?

E – Sim.

I – Que dificuldades acha que alguém nesta altura, alguma enfermeira ou enfermeiro por exemplo do seu país que conhece [], teriam as mesmas que no seu tempo?

E – Não. Agora é diferente porque acho que as pessoas que estão cá já estão integradas e (...) e há muitas pessoas que não se lembram, acho eu, de que quando chegaram aqui praticamente ninguém sabia nada. E não é (...) e já esqueceram dessa parte, percebe?

Então (...) às vezes custa um bocado integrar as pessoas, sobretudo quando está sempre a vir pessoas para integrar (...) e realmente nós esquecemos um bocado que nós também já passamos por isso, não é. E (...) e acho que essa é uma dificuldade que se calhar os colegas que chegassem hoje encontrariam porque nós quando chegamos estamos todos na mesma situação, falando de portugueses e espanhóis, e aprendemos todos em conjunto, não é. Agora, esqueceste já um bocado isso e se calhar a dificuldade seria hé (...) chegar novo em todos os aspectos, ainda por cima chegar novo em todos os aspectos. Então se calhar mais dificuldade seria isso alcançar o nível das outras pessoas que já está lá (...), acho eu.

I – Já pensou regressar um dia a Espanha trabalhar?

E – Sim.

I – E tem esperança de fazê-lo a curto prazo, a médio ou a longo?

E – É assim hé (...). Não sei se vai ser a curto prazo ou a longo prazo. Apesar que → estou bem. Claro que sonho com voltar a Espanha porque é o meu país. Mas também sou realista, sou realista, penso: “realmente em Espanha não vou ter um trabalho como tenho aqui a nível de contrato (...). Portanto teria que estar num sítio em que (...) que está a trabalhar, que gosta e trabalhar e (...) também não perde, não é? Tenho os meus gostos e (...) não é (...).

I – Quais as diferenças que acha entre a Enfermagem em Espanha e cá em Portugal? Já me falou da rotatividade, não é? Há mais diferenças que tenha notado?

E – É assim, a nível (...) de minha colega profissional poucas diferenças. Há certas técnicas que aqui faz o médico e que lá faz a enfermeira, ou a nível de auxiliar, ali [em Espanha] a enfermeira é muito mais auxiliada hé (...) por uma auxiliares. E aqui as auxiliares como têm uma função mais de auxiliar de (...) senhoras da limpeza, não te sentes tão auxiliada por elas, pelo menos no meu serviço. E ali não, ali é realmente uma auxiliar é uma auxiliar de Enfermagem. E (...) há uma pequena diferença nessa parte porque há coisas que aqui eu faço que em Espanha faria auxiliares, está a perceber? (Pausa). Mas depois a nível de técnicas e em geral, acho que a Enfermagem de Portugal e Espanha é bastante igual.

I – Até na forma como é vista pelas pessoas, pela população?

E – Pronto, acho que aqui as pessoas, os doentes, os familiares, hé (...) demonstram mais respeito por uma enfermeira. Se há tratando sempre por uma parte que te tratam por “Senhora Enfermeira” ou “Enfermeira”, não é? Tu em Espanha hé (...) não recibes esse trato. Não digo não te respeitem na mesma mas o trato (...) é diferente nesse

sentido, percebe? Aqui acho que (...) se pões um bocado o título (...) a profissão á frente do nome: «Senhor Doutor, Senhora Enfermeira».

I – E isso acho que ajudou-a? Isso ajudou-a?

E – É assim (...) a mim (...) não me importava que as pessoas me tratassem por tu e me chamassem pelo nome. Não (...) Porque em Espanha é assim que se trata as pessoas, percebe? Então (...). Não notavas a diferença. Eu se trato hé (...) por tu aqui alguém. Se calhar as pessoas (...) choca-lhe um bocado porque não é o habitual. Agora, não me importa que me tratem por «Senhora Enfermeira» que me tratem por tu, enfim, é cultural e e respeitam e nós também (...).

I – E tem amigos cá?

E – (Pausa). Tenho.

I – Espanhóis, portugueses, dos dois?

E – Sim.

I – Dos dois?

E – Sim, sim, dos dois.

I – Há mais alguma coisa que se lembre em relação a esta experiência ao longo dos anos? O que é que a chocou mais, se é que alguma coisa a chocou cá?

E – (Pausa). Pronto, se fala como evoluiu (...)

I – Em termos de Enfermagem.

E – Em termos de Enfermagem? (Pausa). Não, nada de especial. (Pausa). Hé (...) foram sete sete anos e tal que realmente quando pensas para trás vêes que realmente as coisas mudaram muito e o que me há fez um bocado [] ver que muitas colegas que chegaram quando eu cheguei que alguns também são amigos, não é já foram embora para Espanha e (...) faz pensar um bocado visto eu aí nada estou aqui, ainda continuo aqui e um bocadinho a sensação de desconcerto, [] pronto. []. Mas pronto, está tudo bem e para já estou muito contente. Da minha experiência recomendo a outras pessoas que quiserem vir para aqui.

I – Lembra-se de mais alguma coisa?

E – Não.

I – Muito obrigada.

E – Não []. Eu tinha trabalhado mas era na parte de internamento, nunca experiência ginecologia/obstetrícia. Nós tínhamos experiência pelo [], no trabalho não é.

I – E sentiu algumas dificuldades quando começou a trabalhar cá?

E – Hé (...) dificuldades é como tudo. Hé a gente começa a trabalhar num serviço e (...) para além de não saber onde é que estão as coisas que são, para mim é (...) uma coisa muito (...) muito importante porque a gente precisa numa urgência buscar e não consiga hé (...) é diferente. Eu tinha uma experiência de trabalho na Urgência e de repente, é com recém-nascidos, não tem nada a ver. E (...).

I – Mas é só nesse aspecto que sentiu diferenças ou o próprio papel da enfermeira é diferente, lá (...) e cá?

E – É assim, hé (...) Temos um bocadinho mais (...) de trabalho, hé digamos que lá as auxiliares fazem muita coisa que (...) que as auxiliares não não têm funções. E então as (...) mas também é verdade nesse serviço não é a diferença que a gente sente. Se fosse no internamento é capaz que eu sentia mais (...) aquele papel da auxiliar que (...) ajudava noutras noutras coisas. A auxiliar é muito mais unida á Enfermagem do que aqui.

I – Unida? Quer dizer que ajuda mais, é isso?

E – Ajuda mais, colabora. É uma auxiliar e uma enfermeira que vão juntas á sala. Hé também é verdade que aqui não tenho experiência no internamento (...).

I – E em termos de língua teve dificuldade?

E – No primeiro mês (pausa), sobretudo na primeira semana passei um bocado mal, por acaso. Hé (...) era só ouvir as pessoas requeria uma concentração, não conseguia (...) quando conseguia perceber uma frase, logo vinha outra e já perdia-me, novamente.

I – E os colegas ajudavam, os colegas de trabalho?

E – É, é, muito, muito.

I – E os outros todos, médicos, auxiliares (...)?

E – É, é, não teve problema nenhuma. A gente foi mesmo simpática (...) logo ajudava para (...)

I – Se eu lhe perguntasse para definir a sua experiência profissional nestes anos? Uma palavra ou uma expressão que definisse esta experiência?

E – Acho muito bom, muito bom. Gosto muito (...), gosto do serviço, gosto (...) hé, hé, é que eu acho que, se algum dia eu deixasse de trabalhar cá, hé, isto ficaria mesmo uma página importante mesmo.

I – Já pensou voltar a Espanha?

E – Não. Não tenho por acaso é uma coisa que há que (...) mete impressão é impressionante mas sinto-me muito, bem aqui e (...) às vezes pronto é o [] a falar e a família sobretudo: «então, então, pensavas voltar e tal». Não, por acaso, para já.

I – Aconselhava alguém a vir para cá trabalhar?

E – Sim. (Pausa).

I – Quais as dificuldades que acha que eles [*enfermeiros/colegas estrangeiros*] teriam hoje em dia?

E – Hum (...) consoante consoante o que (...) o que tive quando (...) hé (...) sobretudo a língua (...) e depois claro é como qualquer enfermeiro que vai trabalhar de novo no serviço hé pois terá mais dificuldades a (...) respeito pronto do trabalho que tens que resolver e ver que podes ter experiência ou não. Então, custa um bocadinho (...) o quê o tipo de trabalho. Mas eu penso a nível a língua, ainda por cima que nunca tive contacto com a língua portuguesa, custa um bocado o primeiro mês, sobretudo o primeiro mês. Depois vais-te desenrascando.

I – Os doentes ajudaram também?

E – Sim (...). Sim. É assim, a gente imagina que cá estão muito acostumada a processos espanhóis, então também (...) já não (...) não apanham assim muitas surpresas. Mas (...) acho que é (...) que é um papel importante porque elas são (...) pessoas que (...) digamos que (...) estimula mais a gente a começar a falar melhor. E quando tem um trato com o doente e vê que não percebe então é que diz: «bem, tenho que ver como é que se diz», hé (...)[].

I – Notou muita diferença nesse aspecto em relação aos doentes, a forma como é encarada a Enfermagem cá e a forma como é em Espanha? Acha que é muito diferente a Enfermagem em Portugal e em Espanha?

E – Não. Não. Hé (...) São coisas mínimas, são pormenores mesmo. Hé (...) apenas a (...).

I – O papel das auxiliares, por exemplo?

E – Sim, pronto, é apenas o papel das auxiliares. Se calhar lá (...) pronto, hé há umas funções que aqui não nos compete assim, mas é o mínimo, não é assim nada (...) como está.

I – Tem amigos cá?

E – Sim (...)

I – Espanhóis, portugueses, dos dois?

E – Tenho (...) tenho dos dois.

I – Era da Galiza?

Entrevista n.º 9

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeiro. Porquê que veio para Portugal?

Entrevistado/da – Como enfermeiro? Ora, vamos lá ver.

I – Porquê que veio (...)

E – Sou enfermeiro desde (...) para aí quê desde o ano de 95. (Pausa). Trabalhei sempre na Ortopedia, internamento em Espanha, depois no Bloco Operatório. Vim para Portugal no ano (suspira) no ano quê, 98? Foi no ano que abriu este hospital. E (...) vim porque (...) não há possibilidades de trabalho, de contratos definitivos em Espanha só há eu trabalhava no máximo quatro meses por ano em Espanha, em Enfermagem. (Pausa) []. Este hospital ofereceu-me logo de início um contrato definitivo.

I – E como é que, como é que chegou esse contrato, como é que soube que era preciso (...)?

E – Â, o hospital fez (...) fez um (...) jornal nos jornais espanhóis, colocou (...) anúncios pedindo enfermeiros.

I – E então (...)

E – Respondemos.

I – Sim?

E – Saiu a avaliação curricular e chamaram.

I – E diga-me uma coisa, decidiu vir sozinho ou alguém o aconselhou a fazer isso?

E – Não, na altura (...) na altura tomei a decisão sozinho. Tinha tinha muito claro que ou ia ou ia para Portugal, ou ia para Irlanda, ou ia para Inglaterra, ou ia para França, Ou ia para Itália. Ia sair com certeza de Espanha, não não havia hipótese.

I – E porquê Portugal? Tinha já alguém aqui?

E – Não, Portugal porque (...)

I – Era mais perto?

E – É perto. Mais perto de casa, de casa e dos teus amigos. Na altura da da que era minha namorada, não é. (Pausa). O idioma, o idioma ora nós os de Valença, por isso falámos mal o português.

I – Mas foi difícil?

E – Não, não foi não. Há certo há certo pessoal que agora falamos em galego. Os portugueses preferem. Por isso nós falamos mal o português porque nunca nos

esforçamos (...) [] a aprender o português porque conhecíamos mais ou menos.

I – Então não teve dificuldades?

E – Mais ou menos não (...). Com portugueses? Não, não, por acaso nunca hé (...)

I – Os colegas ajudaram também, os colegas de trabalho?

E – Este hospital foi (...) foi um pouco diferente. Este hospital começou do zero, todos nós começámos do zero, por isso foi tudo muito devagarinho. Não foi como, sei lá, por exemplo o hospital S. João que possa integrares esse (...) pá, é mais complicado porque (...) quase todo o pessoal tinha pouca experiência. Espanhóis, portugueses, tudo com pessoas sérias foi muito muito devagarinho que ... que porreiro

I – E ajudavam, eles ajudavam?

E – Foi porreiro. Foram bestiais.

I – E os outros profissionais, médicos, auxiliares, também ajudaram.

E – Foram espectaculares. (Pausa). Mesmo o o (...). Nós também tivemos a sorte eu sempre trabalhei eu sempre trabalhei na Ortopedia e pertença ao grupo de Ortopedia, do Bloco Operatório de ortopedia. (Pausa). Na altura que este hospital abriu os próprios ortopedistas eram internos e [], mas tinhas [] internato [], pois não. Portanto, todo mundo todos nós éramos muito novinhos, tudo começou assim (...) tudo muito devagarinho, todos muito sozinhos, muito na mão. Aprendemos muito todos, não é, todos juntos.

I – E acha difícil trabalhar cá em Portugal?

E – Não. É exactamente igual.

I – Não há diferenças muito significativas?

E – Porque eu vim de uma cultura muito parecida, não é. Eu sou mesmo do Sul da Gali mesmo do Sul de Vigo. (Pausa). Fica mesmo no Sul da Galiza que é muito parecido com o Norte de Portugal. É a cultura luso-galaica. (Pausa). É tudo muito parecido, por isso o (...)

I – Mesmo em termos (...) de trabalho?

E – A forma de trabalhar é tudo, é tudo, é tudo muito parecido.

I – E aconselhava alguém a vir para cá trabalhar?

E – Uf! (Suspira e ri). A mim correu-me bem porque eu vim para um serviço que deu-me muitas hipóteses de fazer aquilo que eu gosto. Se calhar se tivesse a trabalhar no internamento recebendo o [] que recebem os portugueses, se calhar apetecia-me ir trabalhar para outro lado, lá para a minha terra. He (...) não sei.

I – E acha que seriam essas as dificuldades se viesse alguém (...) de fora para trabalhar cá?

E – É que agora agora e mais complicado porque (...) também na altura este hospital ofereceu-me uma coisa que se calhar agora não oferece para o pessoal que vem cá, que era apostar na minha formação desde o início, porque porque não havia, não é? Quando viemos cá, não havia. Então eles disseram-nos: «nós vamos apostar em vocês, vamos fazer um grupo forte de de (...) de pessoal de de Enfermagem, de pessoal médico» (...) e eu cheguei ao topo da minha profissão muito rapidamente porque o hospital quis que nós chegássemos ao topo da profissão. Isso não acontece lá [em Espanha]. (Pausa). Ora, isso é um avanço, não é? Já não é preciso.

I – Então, acha que seria mais difícil hoje um dia para alguém vir para cá?

E – Claro, claro.

I – Por causa disso, da falta de formação pessoal?

E – E porque agora o hospital precisa de uma coisa, no início precisava dos espanhóis para abrir, não havia hipótese, não havia outra hipótese. Agora já não. Agora já se pode dar ao luxo de, por exemplo, não se contrata enfermeiros espanhóis para serviços especiais, blocos operatórios, urgências, UCIP's (...) he (...) em serviços muito especializados já não se contrata enfermeiros espanhóis porque não compensa. Eu sou o primeiro a dizer isso não compensa formar um enfermeiro espanhol porque ao fim de dois anos vai embora.

I – E já pensou regressar a Espanha?

E – Não, não (ri). Não porque eu (...) Estou constipado, se calhar depois vai ser difícil perceber o que estou a dizer (ri). Hé (...) Nada. Nunca pensei em mudar porque a a estabilidade que me dá cá o contrato que eu tenho cá em Portugal (...), para mim não há nada que o pague. Depois entretanto cá com uma enfermeira portuguesa (...) portanto (...)

I – Disse-me que a nível do hospital fizeram-lhe uma avaliação curricular, não é? Foi muito (...)

E – Sim, nós enviamos o curriculum.

I – Mas como é que (...) como é que hei-de dizer: foi muito complicado em termos de burocracia a nível do hospital?

E – (Funga). Não porque (...) não pelo menos foi viemos cá, mostraram-nos o hospital. Disseram-nos qual eram as condições económicas (Pausa). Foi tudo muito muito fácil. O hospital tratou de tudo. Tratou dos “permizes” de residência, tratou de (...) de (...) da

Ordem tratou de tudo. Por isso facilitou-nos (...) habilitou-nos partes do hospital para nós podermos ficar cá um tempo e tal. O hospital nesse aspecto foi espetacular.

I – Então (...) como é que definia, como é que define a sua experiência nestes anos, uma expressão, uma palavra. Como é que foi a sua expressão aqui, como é que foi?

E – Para mim foi boa. (Pausa). Podia ter sido melhor.

I – Em que aspecto?

E – Sempre podia ser melhor, não é, evidentemente. Claro que gostava de ganhar muito mais. Hé (...). Claro que eu às vezes fico chateado com a forma de trabalhar portuguesa.

I – Por exemplo?

E – Claro, que (ri) pá, não sei, há coisas que sempre podem melhorar, não (...). Cá em Portugal é muito difícil de “progressar” umas coisas. (Pausa). Só quando este hospital abriu e no início parecia que tudo tudo tudo era difícil de fazer e tudo era tal. A burocracia em que este hospital (...) este hospital e por exemplo todo Portugal, não é, só que vai-se envolvendo vai-se envolvendo.

I – E isso é uma das dificuldades que vê por exemplo na adaptação á (...) á (...)

E – No meu caso não, no meu caso no início não era assim. No início foi tudo muito fácil, foi tudo. Este hospital abriu muito devagarinho, foi tudo devagarinho, não é. Agora (...)

I – mas com o tempo a coisa complicou-se?

E – Agora (...). Este hospital cada vez se parece mais (...) este hospital era inovador na altura, mas cada vez se está parecendo mais com os hospitais tradicionais. (Pausa). Já sabemos disso.

I – E há mais alguma coisa que note, em termos de dificuldades que possa ser difícil na adaptação?

E – Não, não. He (...). Realmente poucos enfermeiros espanhóis nos depois se calhar você você me dirá, eu acho que poucos enfermeiros espanhóis tiveram dificuldade na adaptação. Espanhóis (...) da Galiza. Não sei o que aconteceu com os espanhóis de do Sul da Espanha.

I – Por causa do idioma, é isso?

E – Provavelmente, não é. Provavelmente. E a (...) e e a (...) a forma de ser é muito diferente.

I – Até no trabalho?

E – É.

I – Até (...) como enfermeiro?

E – Os (...) os os enfermeiros no Sul de Espanha para o Sul de Espanha tem pouco a ver com a Galiza. A Galiza tem mais a ver com Portugal do que com Madrid e (...) cá em Portugal (...) Espanha é muito diversificada nesse aspecto, em termos culturais.

I – E a falar em termos culturais, tem muitos amigos em Portugal?

E – Tenho.

I – Portugueses, espanhóis, dos dois?

E – Tenho, tenho, tenho (...) em teoria também também os Espanhóis (...) poucos, porque muitos voltaram, portanto. Frequentava também os portugueses sobre tudo porque pronto de todo e pronto casei com uma portuguesa e isso também abriu (...) um “abanico” de possibilidades, não é. As minhas amigas e da minha mulher entretanto pronto casaram amigos como outros casais amigos. São são quase todos portugueses.

I – E (...) há mais alguma coisa que se lembre da sua experiência como profissional deste hospital? Há mais alguma coisa que me queira dizer?

E – Não. Foi (...). Já falei de tanta coisa.

I – Obrigada.

E – É é uma pena porque a gente não conversa bem mais, mas pronto.

Entrevista n.º 10

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeira.

Entrevistado/da – Como enfermeira?

I – Sim. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

E – Porque tinha acabado o curso. Trabalhei só os meses de Verão como costumam trabalhar os enfermeiros recém saídos do curso em Espanha. Trabalhei Julho e Agosto e Setembro (Pausa). E então depois tive cinco meses assim parada e já estava a começar a desesperar. E como conhecia uma colega falou-me deste hospital, que estava muito necessitado de enfermeiros. Mandeí o curriculum, ela entregou-me e (...) e eles ligaram para mim, marcaram entrevista e comecei logo no dia seguinte (...) a trabalhar.

I – Então foi uma colega que a aconselhou a vir para cá?

E – Sim.

I – E foi uma decisão a decisão difícil de tomar?

E – Foi uma decisão difícil porque não fui apoiada por ninguém. Foi uma decisão sozinha (...) e não foi apoiada. Os meus pais, os meus colegas não queriam que eu viesse. Aconselhavam-me a ter paciência a esperar, a procurar em mais sítios (...). E então escolhi Portugal porque era o que mais perto me ficava dadas as opções que eu tinha que eram também Itália, as ilhas Canárias, entre outras. E decidi vir para aqui por ser mais perto e (...) e as condições serem também as mais favoráveis.

I – Então disse-me que o hospital pediu-lhe curriculum. E exigiram-lhe (interrupção)

E – Não. Eles (...) eles não pediram o curriculum. Eu é que enviei o curriculum porque sabia que estava a abrir a abrir concurso. A minha colega informou-me que tentara mandar o curriculum porque eles o hospital tinha aberto um concurso. Enviei o curriculum e eles ligaram para mim.

I – Então e (interrupção)

E – E marcaram entrevista.

I – Então não dificultaram?

E – Não, absolutamente nada. Não não dificultaram nada. Aliás eles foram tratar eles da Ordem dos Enfermeiros, informaram o que tinha de fazer para trazer a documentação difícil, e a (...) numero de contribuinte, os papeis que eram precisos entregar no banco para abrir a conta para receber (...) a (...) a [] do hospital. Fui informada absolutamente de tudo pelo hospital. Coisa que agora não é fácil. Eu sei que agente que

está a chegar neste momento são eles que têm que tratar de tudo. Falar com a Ordem dos Enfermeiros, tratar elas das papeladas todas. Mas no meu caso foi o hospital que tratou de tudo.

I – E (...) tinha trabalhado alguma vez no mesmo tipo de serviço em Espanha?

E – Não, não.

I – Nunca?

E – Não.

I – Mas nunca trabalhou neste tipo de serviço ou nunca trabalhou mesmo?

E – Sim, eu trabalhei três meses, trabalhei os três meses de Verão. Só que trabalhei he (...) digamos, é o que em Espanha se chama “pool”, ou seja, são umas listas de substituição (...) que não têm assim nada um serviço determinado. São umas listas por exemplo quando uma pessoa mete baixa de poucos dias ou (...) ou aqueles dias que tem por (...) aqueles dias pessoais e (...) e então são esse tipo de substituições. Tipo trabalhar três sítios no Bloco três dias no Bloco, quatro na Urgência ou cinco na Oncologia, mais outros cinco no Centro de Saúde. Então, nesses três meses que trabalhei em Espanha corri (uf) os serviços todos do hospital, mas era muito pouco tempo. Era, bom porque se aprende-se a [], aprende-se muito rápido, porque depois ali também não há integração, ou seja, tu vais lá, és uma enfermeira, tens os teus doentes, tens que saber desenrascar-te. Não é como aqui que tens um tempo de integração, estás destinada aquele serviço. É diferente. Eu estava nesse tipo de listas que são boas para quando uma pessoa acabar mesmo de formar-se foi eu que escolhi ficar nesse tipo de listas, porque dá a possibilidade de aprender muito rápido. Só que em contrapartida não dá tempo a habituar-se nem a conhecer propriamente o ritmo de um serviço.

I – Então, por exemplo, em relação a Portugal (interrupção)

E – Mas (...) mas entre todos entre todos os serviços que eu trabalhei foram diferentes. Nunca trabalhei na Pediatria. “Emiplus” o meu estágio na Pediatria foi mais curto. Não tinha a mais vaga ideia do do serviço de Pediatria.

I – Disse-me que aqui havia um tempo para a integração que lá não há.

E – Não. Lá não.

I – Então o quê que acha melhor para os profissionais, para os enfermeiros, o modelo de lá ou o de cá?

E – Depende. Nesse sentido da integração, acho melhor o modelo de aqui. Só que, por exemplo, no meu caso também foi excessivo. Eu tive um mês de integração. Acho que não é preciso um enfermeiro que estudou três anos e que fez estágio, também não é

preciso ter um mês de integração. E foi o que eu tive aqui. (Pausa) Acho excessivo. Só que o facto de chegar a um serviço e ter que ser tu própria a ter que desenrascar-te, também tem alguma [] ou seja, tens que fazer isso, consegues fazê-lo. Dá-te muito autonomia e segurança em ti própria e ajudar-te a aprender. Uma pessoa chegando cá você tem as coisas boas e as coisas más. Uma pessoa chegando cá e é integrada (...) é bom porque se sente segura no sentido de eu vou aprender, posso posso (...) pronto, enfim. Só que (...) lá também se consegue, ou seja, nós conseguimos trabalhar e e para ser recém-formado é bom porque tem que aprender a [], tem que fazê-lo, a pessoa consegue fazê-lo. Só que aqui dá-me a possibilidade de (...) vou-me baldar um bocadinho.

I – E em termos de erros, será que aquele sistema em Espanha não não não provoca (...)

E – Não, não provoca erros, não. Os erros são os mesmos. Porque é assim, tu não sabes, há coisas que tu não sabes. Mas tu és dona das tuas és responsável pelas tuas próprias actuações. Só que quando tens dúvidas, não trabalhas sozinha. Pedes às tuas colegas a pedir a sua opinião e e conselho de []. Mas tu és responsável ou seja não (...) não não é como aqui que não contas como elemento. Estás de integração, só estás a aprender como se estivesses a fazer um estágio. É basicamente um estágio. Tens uma enfermeira que é responsável quase por o que tu fazes. E isso é aqui(...) de certo modo também é bom. De certo modo também é bom, só que por outra parte. É assim nós já acabámos um curso, devemos ser (...) autónomos, devemos ser responsáveis pelo que nós fazemos. Temos dúvidas, é óbvio. Uma pessoa quando muda de serviço, tem dúvidas, mas temos colegas lá para ajudá-lo. Acho que não é propício também um mês de integração. Se calhar uns dias sim (pausa) para conhecer porque (...) às vezes se é bom ter uns dias num sentido, porque muitas vezes não sabia aonde é que estavam as coisas, não é. Porque se eu tinha dúvidas com respeito a um doente, com respeito a uma técnica, tinha os meus colegas que me ajudavam. Mas muitas vezes as dúvidas de nós eram: onde é que estava a medicação, onde é que estavam as coisas. Então acho propício tipo uma semana, no máximo, para saber o funcionamento do serviço, para conhecer as regras, a (...) as rotinas, onde é que estão as coisas, o básico. Mas acho que não é preciso um mês como eu tive aqui. Eu acabo de sair de um curso. Tive um estágio, tive aulas e tenho os colegas que me apoiam. Nesse sentido, acho que uma parte é boa, a outra também.

I – E acha difícil trabalhar em Portugal?

E – (Hesitação). Acho difícil (ri) nalgum sentido, acho muito difícil.

I – Em que sentidos?

E – Acho no sentido de de horas. Aqui os horários são muito mais difíceis. Em Espanha temos (interferência). Desculpa lá.

I – Disse-me que os horários aqui eram (...)

E – São muito complicados os horários aqui. Nós aqui fazemos às vezes 180 e umas tantas horas por mês, e isso acaba por ser muito cansativo, coisa que em Espanha. Depois é assim, há o inconveniente que o nosso horário sai a dia 28, 29, quando não é a 31 do mês. E então a gente não consigo trabalhar mais. Eu às vezes tenho coisas combinadas ou tenho algo para marcar no dia 1, estou pendente, porque não tenho horário, porque não sei, ou tenho aquelas obrigações como tem toda a gente. Mas nós não conseguimos programar as coisas muitas vezes que temos que fazer, porque o horário sai a final do mês he (...) sai com muitas horas. É é muito complicado ter um horário, uma vida fora do hospital com um horário de bastantes horas. É muito difícil. Sobra tudo para nós espanhóis.

I – E tem amigos?

E – (Pausa). Tenho amigos, claro.

I – Portugueses, espanhóis, dos dois?

E – Portugueses e espanhóis, das duas coisas. Por acaso às vezes é difícil combinar, que os horários estão sobrecarregados como está aqui. É difícil ter uma vida fora de aqui. Sem embargo em Espanha é diferente porque os horários são de “roulemente”, e são fixos. O pessoal faz dois dias de manhã, duas tardes, uma noite e depois tem um descanso e duas folgas, e é fixo. Já as pessoas sabem o que fazem, se se põem a contar o dia 1 de Janeiro do próximo ano. E assim conseguem orientar-se e organizar a sua vida, coisa que aqui é mesmo impossível.

I – Então acha que é esse aspecto que é é uma das dificuldades que pode haver na integração, na adaptação do (...)

E – Sem dúvida alguma. Para mim é a maior e pelo que eu comento com o resto dos meus colegas espanhóis porque (...) pessoal de aqui se calhar isso como é o habitual, como é o que vêm nos seus colegas, não se calhar até é normal. Para mim é muito difícil porque eu vivi a experiência de Espanha que é completamente diferente e nesse sentido, é muito mais favorável. Então esta situação ainda a levo muito pior.

I – E além de (...) prontos disse-me que há essas dificuldades de de horário. E a língua trouxe-lhe também dificuldades?

E – Não, a língua não.

I – Não?

E – Não, porque eu vinha da Galiza. O galego é muito semelhante. Houve dificuldades no início, primeira semana, segunda semana, mas também as colegas foram muito boas, estavam sempre a corrigir-me: “não se pronuncia assim, o seu sotaque, aquilo diz-se assim”. Não, a língua não foi o problema. Foi o menor problema do trabalho.

I – Quando fala em colegas, colegas enfermeiros (...)?

E – Colegas enfermeiros.

I – E as outras profissões, ajudaram os outros profissionais?

E – Não, não.

I – Não houve qualquer tipo de ajuda?

E – Acho acho que é um dos problemas também daqui. He (...) As enfermeiras são amigas das enfermeiras, os médicos dos médicos. O equipa de saúde he (...) só se dá bem cada profissional com os seus (...) os seus colegas de profissão, mas há muita pouca inter-relação entre (...) entre uns e outros, acho eu. Por isso a inter-relação em Espanha também é maior. (Pausa). A inter-relação entre os distintos profissionais é muito maior. Aqui são muito de grupos, muito separatistas, muito de classes sociais, tipo “médico é mais que enfermeira” e “enfermeira é mais que auxiliar”. Ess(...) essas classes entre colegas de saúde em Espanha não se nota. Não são tão tão notadas. Por isso aqueles tratos de ao director de serviço há que tratá-lo por “Senhor Dom Professor”, he (...). Lá não, é é um médico como os outros não merece tratos especiais. E, são muito mais próximos. O resto a relação é muito melhor. Também é uma das saudades que eu tenho.

I – É, saudades? Então, alguma vez pensou regressar a Espanha para trabalhar?

E – Sempre.

I – tem intenção de fazê-lo? Mas, a médio, a pequeno, a longo prazo?

E – A muito curto prazo.

I – A muito curto prazo?

E – A muito curto prazo, sim.

I – Se fosse a definir a sua experiência aqui em Portugal, palavra, uma expressão ou uma expressão, como é que definia a sua experiência profissional?

E – Uma palavra?

I – Ou uma expressão.

E – É é difícil porque tem coisas muito boas. Portugal deu-me coisas muito boas, mas também noutros aspectos acho que foi assim um bocadito má. Então é difícil porque é meio meio e tenho sentimentos para um lado e sentimentos para o outro, não não consigo descrever.

I – E do meio “mau”, o quê que?

E – Não, do meio mau. Ah, do meio mau?... Tudo isto (...). Acho que (...)

I – Horário (...)?

E – O horário, a relação com o resto do do equipo, essa (...) essa. Para mim Portugal tem um mal muito grande que são as classes sociais e não estou habituada a isso. E (...) e aqui isso se nota muito, não (...). Não concordo não concordo minimamente que uma pessoa porque não tenha recursos económicos se é tratada como muitas vezes eu vi tratar-se aqui a pessoas de baixos recursos económicos. E isso para mim é o pior. De tudo, é é o pior.

I – Então, acha que seria (interrupção)

E – A relação nossa com com os médicos também acho que é muito má. Pelo que eu vivi noutros sítios, é muito má. E acho acho que é uma pena porque somos uma equipa de saúde. Deveria ser muita união porque é para o benefício de todos e não não só nosso mas sim também dos doentes às vezes. E acho que não é muito bom. Esse é o mal. Depois []. Enfim, conhecimento de língua, conhecimento do país, he (...) fiz muitas relações estáveis porque é assim, uma coisa de boa que não tem em Espanha é (...) a relação entre nós enfermeiras é formid (...) é muito boa, é fabulosa mesmo. Acho que aqui há um sentimento de trabalho em equipo, mas em equipo de enfermagem, não é. Acho que o trabalho em equipo em Espanha é mais individualizado, não é. A enfermeira tem as suas os seus doentes, ela é que trata deles. Pode pedir ajuda a outra, mas (...) e é ajudada, só que a relação é (...) não é tão boa. E mesmo trabalho em equipo e aqui fiz muitos amigos, uns amigos espectaculares, não tem nada a ver com nós. Tem coisas boas e os sentimentos se dividem metade metade.

I – Aconselhava alguém a vir trabalhar para cá?

E – Sim, []. Seria preciso vir para aqui. Colegas minhas quando se encontraram na mesma situação que eu me encontrei, eu reemendei sempre vir para aqui. Há colegas minhas que vieram para aqui porque fui eu que que lhes disse. Recomendo-os postos depois o resto vem da própria experiência na própria forma. De certeza que há pessoas que não vêm os inconvenientes onde eu os vejo. Não têm problemas com horário, que não nota diferença mas classes sociais ou que não lhes incomoda. A mim é uma coisa que me incomoda muitíssimo. Mas há quem não lhe incomode porque quanto a nós não somos das classes sociais menor consideradas, não é. É, estamos realmente mais ou menos bem vistos, por isso há quem não se incomode com essa situação.

I – Menos consideradas em Espanha ou cá?

E – Não. O que eu refiro é que (...) há gente que não se incomoda com a classe social, porque acho que as enfermeiras não são das piores profissões. Acho que estamos mais ou menos bem reconhecidos, não é, a nível profissional. Mas há gente como está numa boa, entre aspas, situação, não se preocupa com o trato que recebe os demais. Isso a mim pessoalmente incomoda-me. Muito, muito. E acho que aqui há há um bocadito de desprezo às vezes pelas classes menos favorecidas.

I – E em Espanha, qual é a imagem, como são vistas as enfermeiras, a Enfermagem?

E – Mais ou menos igual.

I – Mía ou menos igual?

E – Sim, a concepção do enfermeiro é mais ou menos igual. (Pausa). Basicamente. Se calhar é um bocadito melhor porque também ganhámos um bocadito melhor, um bocadito não, muito melhor. (Pausa). Também depende de onde he (...), he (...). A minha irmã és he (...). A diferença é maior do que quem trabalha para um (..) hospital público ganha muito bem. Quem trabalha num hospital privado ganha muito menos que aqui, bastante menos. O ordenado de lá é para para metade. Dá para viver mas é mas que o do público é muito melhor, ronda os dois mil euros, o que é bastante melhor, se considerarmos os ordenados de aqui.

I – Há mais alguma coisa que me queira dizer? ... Não? Muito obrigado, então.

Entrevista n.º 11

Investigador – Gostaria que me falasse um pouco da sua experiência como enfermeira. Porquê que decidiu vir trabalhar para Portugal?

Entrevistado/da – Hum (...). Porque em Espanha havia (...) havia (...) dificuldade em encontrar trabalho e (...) ainda pequena com os meus pais vinha sempre a Portugal, era como se fosse uma parte mais de Espanha. Simplesmente que se falava noutra idioma e (...) pronto tinha outras leis, era outro Estado. Para mim era como se fosse he (...) não sei, a Província do Nada. Então, vinha trabalhar por isso, porque compreendia o idioma, porque (...) estava perto da minha casa, porque em Espanha está muito mais longe. O meu irmão está a mil e tal quilómetros da minha casa, está em Madrid e eu demoro duas horas a chegar a minha casa para já. Mas não foi por isso, porque me ofereciam um trabalho fixo, com umas condições que em Espanha não conseguia (...) ter.

I – E como é que soube que este hospital precisava há (...) precisava, como é que escolheu este hospital?

E – Primeiro, he (...). A minha escola onde eu estudei que foi perto da Corunha, nós já tínhamos, hé (...) estávamos a fazer uns congressos galaico-portugueses donde há três-quatro anos. Já tínhamos contado com algumas escolas e alguns hospitais de aqui de Portugal. E então foi (...) mais ou menos por isso. Perguntámos na escola. Depois havia alguns médicos que tinham vindo cá. Fomos perguntando. De facto he (...) entregámos, eu, por ex eu e uma colega minha que viémos entregámos aqui, entregamos nos no Pedro Hispano, que também no nos conquistou para ir a trabalhar. Viemos sair ao hospital de Braga só que [] ao hospital e voltamos para trás porque era horrível (ri). Disse: «não quero trabalhar ali» (ri) e prontos entregámos assim em vários sítios. Todos acabaram por conquistar, acabaram por aceitar-nos, mas como este foi o primeiro a aceitar, a gente acabou aqui.

I – Mas alguém a aconselhou a vir para cá? Tomou essa decisão sozinha?

E – (Pausa). Tomei (...) tomei a decisão sozinha, []. Eu acabava minha carreira, não queria estar parada na minha casa e queria trabalhar sempre. Gostava de Enfermagem. Queria levar a prática toda pelo que tinha aprendido. Não ia ficar em casa à espera de que me chamara. E então decidi ir para um sítio onde sabia que precisavam da minha ajuda.

I – E foi uma decisão difícil de tomar?

E – Não porque foi meditado durante todos os anos da (...) da carreira, ou seja, do curso. A medida que fui tirando o curso e que me fui e que fui sabendo que havia noutros países uma demanda de enfermeiros, fui (...) orientando a minha (...) digámos que a minha (...) a minha posição para ir para ali. Se eu disser que em Espanha he (...) não há (...) posição não há trabalho, vou para outro sítio. Prefiro as línguas, aprendes, não tem problema.

I – E a nível do hospital, disse-me que entregou he (...) curriculum. Foi depois difícil ou (...) ou o hospital exigiu muita coisa para trabalharem cá?

E – Não. Não. He, eu já sabia que era preciso um trabalho. Tinha falado tinha falado com a Universidade e já sabia que era preciso he (...) um escrito conforme a (...) Espanha validava (...) curso estrangeiro, depois tínhamos que mandar isso a Lisboa e depois de Lisboa é que nos contestavam do fim do psic , a nossa diplomatura era igual á vossa diplomatura e então podíamos he (...) trabalhar.

I – E a nível da Ordem?

E – A nível da Ordem, nenhum problema. Foi só entregar aquilo que me pediram e tão pouco nenhum problema. Onde é que faz, houve mais problema foi no momento de tentar estudar (...), aumentar os meus estudos de Enfermagem cá. Por exemplo, quando em 2002 fui á Ana Guedes, disseram-me que primeiro estão todos os portugueses e que se queria podia estudar terapia da fala. (Pausa). Eu disse: “eu sou enfermeira. Gosto de terapia da fala, mas neste momento não é o que preciso. Então he (...) as universidades assim como em Espanha todas as universidades públicas têm x praças para os estudantes estrangeiros pois seis-sete praças só assim, aqui não havia isso. E então, eu tinha que entrar como qualquer pessoa portuguesa (pausa) e é claro que eu tinha que mostrar que os meus estudos eram igual. Então, tinha que trazer todos os estudos, todas as coisas. Ainda bem que em Espanha têm uma guia lectiva de x em x anos que és assim mais ou menos um centímetro e tal de (...) de largura e (...) explicava e tudo tema por tema. E com isso ficaram mais satisfeitos. Porque nós fomos [] uma privada em Braga, he (...)/ []. Gostei muito da faculdade e da directora. Trataram-me muito bem e (...) não tive problema.

I – E aqui a nível do hospital, teve dificuldades com a língua?

E – Não.

I – Na sua vida profissional?

E – Não. Tiveram mais dificuldades eles de perceberem-me a mim do que eu a perceber a eles, (pausa) porque eu já estava acostumada a ouvir o português e eles não estavam acostumados a ouvir o galego porque eu falava o galego. E então eles he (...) ao vir

trabalhar para Pediatria, eu trabalho com crianças, as crianças percebem-me, fazem-me querer saber aquilo que tu falas, perguntam-nos, às vezes dizem: “tu és brasileira” ou: “tu és inglesa”, porque falo diferente. E então elas gostam de que lhes falemos diferente mas nos bebês o que os pais às vezes no princípio, agora não, mas no princípio he (...) até quem não cuidava deles achavam como se eu estivesse por debaixo de português, uma coisa assim como enfim “contratam essa pessoa hé (...) que não percebo o que ela fala ainda que ela me percebe a mim, o que me interessa a mim é saber o que ela diz.”

I – Estava habituada a ouvir português aonde, lá em Espanha?

E – Aqui, em Portugal. Eu vinha sempre nas férias, he (...) quando havia pontes, quanto havia feriados no meio, vínhamos a Portugal. No Verão, vínhamos a Portugal.

I – E os seus colegas então ajudavam-na no dia-a-dia, quando veio cá? Teve ajuda dos colegas?

E – Quando eu vim cá já havia colegas espanhóis hé (...) que estavam cá e (...) um deles que era namorado de uma enfermeira que trabalhava aqui hé (...) que era espanhol, que está trabalhando nos Bombeiros aí, foi um que me deu um pequeno (...) papel que punha uma série de coisinhas assim, umas dicas interessantes. Fui com isso, depois claro vim cá com o meu dicionário de Espanhol-Português e tudo isso, mas a pronúncia enfim, é um bocadinho esquisita.

I – Mas então os colegas em si em geral não ajudaram, não se chegaram para ajudar?

E – Hé (...) Quando eu cheguei aqui havia um (...) quando eu cheguei aqui havia um problema que havia sempre que é (...). Nota-se que os portugueses hé (...) são pessoas que medem a sua (...) o seu nível o seu nível de vida pelos estudos. Não medem o seu nível de vida (...) pelo seu nível cultural. Tu podes ser um nível cultural (...) mais pequeno, não saber nada da vida e ser um mestre ou um doutor em tal. Então eram um bocadinho empinadas, nariz empinados. He (...) tudo tinha problemas. Qualquer coisa que dissesse uma espanhola he (...) e se ainda fazia bem era pior, porque era uma espanhola a fazer. Quando eu cheguei aqui a única coisa que faziam as minhas colegas era ir a comer. Tomar o pequeno-almoço meio da manhã, almoço, he (...) café depois do almoço, quer dizer (...). E eu ficava aqui com as minhas colegas espanholas. Que é o que sempre fazemos. Em Espanha, tu entra, tens o mesmo horário de aqui, as oito e saís às três. As onze da manhã se tu tiveres tempo tomas um café, o que tu queiras. E às três vais comer á tua casa (Pausa). Aqui não. Aqui tens tempo para comer, para (...) não (...) não digo que a lei diga que tinhas tempo para tudo isso. Mas quero dizer, quando eu cheguei aqui, assombrou-me que havia (...) a (...) que a maioria não, todas as colegas portuguesas deixavam as coisas por fazer e iam (...) comer, deixavam (...) tudo

por fazer. Eu ficava (...) quer dizer, acabava fazendo o meu trabalho e a delas. Então claro, isso um mês não passa nada, dois meses não passa nada. O final com a desconfiança disse: “desculpa lá, aqui está-se a passar algo. Há que trabalhar.” E então depois eram elas, assim “ã, porque vocês juntam turnos e depois vão sempre para Espanha três dias ou quatro dias (...). Só que he (...) eu dizia sempre nunca se pode cuspir contra o teu próprio telhado porque acaba por cair-te em ti. E agora tu vês o horário das minhas colegas e não se vê quem é português nem quem é espanhola. Todo o mundo que tem direito a quatro folgas, pega nas quatro folgas não lhe interessa se é para estar em casa ou para ir a Vila Chã. Quero dizer. Pode-se dizer que aprenderam um bocado de nós a deixar de ir de ir comer com o tempo, e começar a trabalhar mais, e nós deixarmos de trabalhar tanto e começar (...). Nós ainda agora conseguimos tomar pequeno-almoço às vezes (...) e comer às vezes. Mas antes era impossível e agora elas já não vão tantas vezes a comer e trabalham mais.

I – E os outros profissionais, médicos, auxiliares, ajudaram-vos nalguma coisa?

E – He (...). As auxiliares (...) quer dizer dependia de cada uma. Não (...) tinha nada de especial. Sabiam que eras enfermeira e prestavas (...) que tinhas por exemplo um (...) he (...) não sei, que éramos, que tu eras superior he (...) não superior, senão que tínhamos um trabalho superior a elas e tu estavas super visando-as. Então elas aceitavam, senão também melhor. É claro que sempre há uma ou outra que tem a língua mais (...) afiada. Mas pronto, não houve problema. Enquanto os médicos (...) tão pouco sempre há algum (...) que quer sempre estar acima ou (...) chatear-se contigo, mas é mais simples para colher confiança contigo. Fiquei que eu não estou a ouvir, dá-me [], não sei quê. Mas é mais (...) com os médicos, nunca tive problemas.

I – Já tinha trabalhado em Espanha?

E – Sim.

I – No mesmo tipo de serviço que cá?

E – Tinha trabalhado he (...) em Pediatria. (Pausa). Tinha estagiado e trabalhado em Pediatria. Depois do estágio, quando acabei o curso, chamaram-me para estar dois meses lá na Pediatria, porque tinham gostado como eu tinha feito o estágio. (Pausa). E (...) [] concurso, he (...) com uma coisa clara. Gostava das coisas de urgências e pediátricas, quer dizer, gostava imenso das crianças e gostava imenso das (...) das situações em que tens que manter a calma e tens que ser precisa, não podes não podes divagar, não podes ter (...) dúvidas, não podes ter (...) gostava dessas coisas. Então cheguei cá e disseram: “em que queres trabalhar?”. Eu disse: “Pediatria ou

Urgência”. Se me mandarem para Pediatria faço Urgência, estar na Pediatria para mim é ideal.

I – E então acha que é muito diferente trabalhar lá e cá?

E – É muito diferente (pausa) pelo (...) pelos níveis (...) quer dizer aqui hé (...) há muita diferença entre médico e enfermeira e auxiliar. Lá em Espanha é uma equipe multidisciplinar. Cada um tem as suas tarefas, mas não funciona sem o outro. Se a auxiliar não leva as análises que eu colho, o Pediatria ou quem for não tem os resultados. Aqui não, aqui não trabalha assim. Eu sou médico, eu decido, eu sei. Ainda tivemos outro dia havia uma doutora nova que por acaso era (...) é cubana, mas não tem nada a ver. E eu disse: “olha esta voz eu acho que não está ajustada”. Bem, mas eu é que sei, eu é que prescrevo. Então, digo: “ok, mas você então é quem administra”. Porque se eu tenho autonomia de saber o que dou e se é minha responsabilidade dar, então eu decido se vou dar ou não dar. E isso é algo muito claro que tínhamos em Espanha. Aqui as enfermeiras não têm isso tão claro. Parece mais ovelhitas he (...) que que vêm que têm de fazer algo, elas saibam ou não saibam, elas fazem. (Pausa).

I – E é uma das dificuldades que vê em trabalhar cá? Quais quais as dificuldades que acha que há para alguém, para algum seu colega que venha de outro país para trabalhar cá?

E – As dificuldades? As dificuldades hé (...)

I – É nesse aspecto, é só na distinção entre profissões?

E – A primeira dificuldades que vejo é o idioma. Pelo menos em qualquer sítio que se vá trabalhar fora de casa. É o idioma e depois (...)

I – É uma grande dificuldade? Acha que para quem vem de Espanha?

E – Não, acho que não é uma grande dificuldade. Acho que há mais dificuldade é sentir-te bem com os teus colegas, do que realmente no teu trabalho. Porque tu (...), por exemplo as mães conhecem te, fala bem, he (...) não têm nenhum problema em [] as enfermeiras espanholas estar-te a tratar e (...) e se sente mal a quem trabalha contigo, é lógico não? Eu não digo, mas quer dizer também essas pessoas não se preocupam de fazer he (...) he (...). Por exemplo a outro dia as próprias auxiliares diziam: “é que tu (em referência a mim), é que tu pegas numa criança que tem um ano, três anos, quatro anos, cinco anos, e não vês de tem problemas sociais, se é persona rica do mundo, quer dizer, pegas em todas iguais”. O que elas viam noutras pessoas [] que eram colegas, então (...) isso vê-se, nota-se. E as mães tomam nota. Passam aqui há algumas que passam uma semana. A persona sabe perfeitamente de que há favoritos he (...) quem tem mais visitas, quem é que está pior no serviço.

I – Aconselhava alguém a vir para cá?

E – Sim. Hé (...) neste momento está mais difícil no trabalho, entrar da forma como entrei eu (...) directamente numa praça fixa, ao quadro, é completamente difícil. Depois do hospital (...) deu-se de conta que a maioria da gente que é estrangeira quer volver o seu país depois de x tempo. Então na hora de (...) de contratar, tem em conta isso e custa-lhe mais aceitar (...). Bom, neste momento é mais difícil aceitar um espanhol do que aceitar um português. Ainda que também há muitos portugueses que depois trocam e vão para outros sítios. Mas parece (...) há uma certa discriminação nesse sentido.

I – E (...) acha que (...) um dia regressará a Espanha? Já pensou regressar a Espanha para trabalhar?

E – Hé (...). Acho (...) que um dia (pausa) quando me reformo eu vou viver para Espanha, isso de certeza. He, mas para [], a Feira, isso está mudando, [] que abriu o hospital e dando que estamos aqui mudou. Eu quando cheguei aqui em 2000, em Fevereiro, saía as dez e meia da noite e não podia ir tomar o café a nenhum lado. Estava tudo fechado, estava toda a Feira fechada. Agora até às duas, vê-se tudo, vê-se aberto muita coisa e podes comer por exemplo até as duas [horas] sandes. Então também vê-se que o povo está mudando connosco. Então isso também é gratificante. E também faço para que (...) pelo menos, he (...) eu no meu imediato penso estar aqui, ter filhos e tal. Que no futuro, daqui por dez, vinte anos, quando estou no final da minha carreira e tenho um curriculum (...) interessante, de fincar um ponto. Pois no final dos meus dez anos vou-me ir para Espanha de chefe ou de supervisora, que é como chama lá, porque (...) pronto, tenho uma séria de atitudes e tal que lá não tiveram as colegas que tiveram a minha idade porque não tiveram (...). Eu sou consciente que com a idade que tenho tenho mais prática e um curriculum melhor das colegas que têm a minha idade e que saíram comigo. Porque eu estou trabalhando de onde é que saio e elas trabalham dois meses, depois não, depois passam cinco meses sem trabalhar, trabalham quinze dias. Sempre assim. Então, claro, he (...) tenho muito mais, podem reconhecê-lo ou não, mas que é aborrecido, está aí.

I – E tem amigos cá em Portugal?

E – Sim.

I – Espanhóis, portugueses, dos dois?

E – Espanhóis e portugueses.

I – E (...) acha que a Enfermagem é muito diferente em Espanha e em Portugal? É vista de forma diferente, é muito diferente no seu dia-a-dia?

E – Acho (...) he (...) que é diferente mais que nada porque a própria gente é diferente.

I – E é muito diferente a Enfermagem?

E – Acho que é diferente porque (...) a cultura portuguesa acho que gente que estuda é superior a gente que não estuda. Então a gente que possui enfermeira Enfermagem, e toda a vida esteve na sua casa, sabe que não estuda e não porque, eu estudo de finalista porque o que eu sinto com as colegas e com com os amigos que eu tenho fora. E ainda que já mudou um bocado de onde eu cheguei, já há gente que estuda e não quer ser tratada por doutor porque é uma estupidez. Eu digo: “doutor, é quem faz um doutoramento, quem tem o doutorado”. Por ter a licenciatura, não sou doutora, e o médico por ter a licenciatura não é doutor, é médico. Se queres chamar-lhe “senhor médico”, chamas “senhor médico” que queiras. É uma estupidez porque eu (...) eu quando estou aflita chamo pelo nome. Eu quando preciso de ajuda digo: “ô, Amélia”. Não digo: “ô, Dra. Amélia”. Nem Dr. Ricardo. Digo: “Ricardo!”. E (...) acho que é pôr travas para (...). Acho que são travas, acho que são travas para (...) não sei, que não sei como explicar (...).

I – Para a Enfermagem? Para a imagem da Enfermagem?

E – Para a imagem da Enfermagem, é. Para a imagem da Enfermagem, é, porque (...) a própria, vamos a ver e (...)

I – A maior diferença que vê entre Espanha e Portugal, é a a esse nível em termos de Enfermagem?

E – O que eu vejo é que se trata diferente os doentes, os colegas (...) quer dizer, os inter-relacionamentos é isso, e o que é diferente, porque no que diz às técnicas são as mesmas. Eu posso ter este hospital é mais novo, é melhor, eu posso trabalhar com uma coisa mais antiga noutra.

I – As funções são as mesmas?

E – As funções, as práticas são as mesmas. He agora, he (...) o que é o inter-relacionamento é diferente. É diferente porque tu tens que tratar he (...) de uma forma mais (...) digamos mais senhorial algumas pessoas e como mais (...) bruta a outras. Não tem sentido. As pessoas são igual e não (...) não se dividem porque tenham estudado em Farmácia, porque tenham estudado em Engenharia Industrial, porque tenham estudado em Medicina. Claro, porque as pessoas são iguais. Têm diferentes experiências mas (...) como pessoal igual. Não vales mais por ser uma coisa ou por ser uma coisa. Eu que estava (...). Eu [] de minha casa. Ao outro dia quando foi o atentado do 11 de Março em Madrid, perdemos bastantes pessoas, e fizemos um luto nacional, uau. Muitíssima gente. Acabam de morrer quatro mil e tal pessoas na Indonésia. Que passa, são diferentes? Quer dizer, a senhora é que é indiferente? E então

disse a minha mãe: “â, mas Indonésia foi um terramoto e isto foi um atentado”. E eu disse: “que passa? Uma pessoa indonésia vale menos que uma pessoa espanhola? Por favor, vale igual. Só que claro, por estar mais perto de ti, é o que te dói mais. E era isso (...) a indiferença perante essas diferentes pessoas. Eu considero, eu trato igual eu tento tratar igual a todas as pessoas. É claro que se há alguém que lhe chama “senhora”, que chama “senhora”, não me interessa nada. He (...). O que sei é que o meu director de serviço quer ser chamado “senhor professor Carrapato”, eu chamo “Dr. Carrapato”. Não (...).

I – Das dificuldades que me disse falou-me do horário? Mas é o horário (...) é as dificuldades por causa das folgas ou do horário em si?

E – É o horário em si. Vamos a ver. He (...). Nós neste momento estamos a atravessar um problema porque há gente de baixa, há gente com mater com problema, com a maternidade e há gente que (...) pois tem a filha doente e está também de baixa, e então isso significa (...) que quem está aqui tem de trabalhar mais horas.

I – Enquanto em Espanha?

E – Enquanto que as espanholas somos mais, pronto, é difícil fazer, eu faço. Não me importo de trabalhar manhã, tarde, noite, se é preciso para o serviço. Entra aqui português e diz: “manhã, tarde, noite, estás louco? É impossível”. É isso. E acho.

I – E lá não há substituições?

E – Sim, também se trabalha por turnos. Para nós, somos turnos rotativos. Por exemplo, uma semana manhãs, uma semana tardes, uma semana noites, e depois das noites tens uma semana livre. É sempre assim rotativo. Então tu sempre sabes o que te vai calhar. Depois podes trocar com alguma colega. É mais difícil trocar em Espanha do que aqui.

I – Há mais alguma coisa que me queira referir? Que se lembre da sua experiência entre Espanha e Portugal? Alguma coisa que a tenha ou chocado ou (...)?

E – Não (...). Que me tenha chocado? É que quando eu cheguei aqui, a gente não nos conhecia. Uma vez um pai disse-me que me ia dar um pontapé e me ia devolver a Espanha. (Pausa). Isso e que agora os próprios pais e as próprias gentes, agora que nos conhecem dizem que preferem as enfermeiras espanholas porque são muito mais meiguinhas, mais não sei quê. Por exemplo o meu namorado espanhol que trabalha em Ortopedia aqui no hospital e (...) muitas das vezes vem com coisas para casa que lhe oferecem uns senhores. Coisas assim. E aqui oferecem-nos flores e coisas assim e notas, notas porque (...) todo o mundo me tratou bem, mas isto é para você, percebe. Uma coisa que eu não suporto é que em Espanha não se dá nada. Podes oferecer flores ou

alguma coisa assim. Mas não se dá dinheiro. É muito feio. E aqui há ainda gente que aceita isso. Por parte dos portugueses, isso parece-me muito baixo, muito baixo.

I – mas nota de resto que houve mudança a nível dos utentes e das famílias?

E – Vejo que houve mudança dos utentes e vejo que houve mudança dos colegas em relação em relação a nós. Que trabalham mais. Que antes trabalhavam menos e que iam mais (...). Então vejo isso. Que antes punham baixas. Não queriam vir a trabalhar por algo, não vinham. E agora como sabem que eu vou a vir trabalhar, e amanhã eu []. Então, vejo que também têm mais responsabilidade nisso.

I – Há mais alguma coisa que me queira dizer?

E – Não. (Ri).

I – Então, muito obrigada.

ANEXOS

ANEXO I

**_ População estrangeira residente em Portugal em
2005, por nacionalidade, segundo o género. _**

ANEXO II

**_ População estrangeira residente em Portugal
em 2005, por nacionalidade e género, segundo o
grupo etário. _**

ANEXO III

**_ População estrangeira residente em Portugal
em 2005, por nacionalidade, segundo o distrito de
residência. _**

ANEXO IV

**_ Procedimento adoptado para a caracterização
da população estrangeira. _**

Em primeiro lugar, convém salientar que os valores percentuais mencionados em alguns quadros foram arredondados por defeito ou por excesso, conforme o resultado obtido se aproxime mais de um ou de outro valor.

Quadros n.º 1.A, 1.B e 1.C

Foram elaborados com base nos elementos apresentados no Anexo I. Da observação directa, ficamos logo a saber o número total de estrangeiros, bem como a sua distribuição por nacionalidade segundo o sexo. Estes dados permitiram-nos calcular a percentagem que cada comunidade ocupa em relação à população estrangeira total.

Quadros n.º 2.A e 2.B

Baseiam-se nas informações transmitidas no Anexo I, as quais possibilitaram o cálculo do valor percentual de cada género, segundo a nacionalidade de origem.

Exemplificando:

Sabendo que temos 71394 homens africanos para uma população africana total de 125934 indivíduos, é-nos possível saber que a “fracção masculina” corresponde a 57% dessa comunidade.

Quadros n.º 3.A e 3.B

Resultaram da “simples” observação dos elementos referenciados no Anexo II.

Quadro n.º 4

Para cada continente referido, somaram-se as parcelas que correspondem aos critérios definidos neste trabalho para “idade activa” e “idade da reforma”, a saber:

Idade activa \geq 25 anos

Idade da reforma \geq 60 anos

A partir dos dados obtidos, foi possível apurar a percentagem da população em idade activa e em idade da reforma, conforme a proveniência geográfica dessa mesma população.

Assim:

PROVENIÊNCIA GEOGRÁFICA	POPULAÇÃO		
	EM IDADE ACTIVA	EM IDADE DA REFORMA	TOTAL
AFRICA	73097	6268	125934
EUROPA	50322	13752	88560
AMÉRICA CENTRAL E DO SUL	22865	1167	37617
ÁSIA	8260	767	12847
AMÉRICA DO NORTE	3877	1434	10108
OCEÂNIA	336	56	556
APÁTRIDA	209	6	273
DESCONHECIDA	10	0	11

Quadro n.º 5

Somaram-se as parcelas correspondentes às diferentes comunidades estrangeiras existentes para cada Distrito estabelecido, o que possibilitou posteriormente o cálculo do “peso percentual” dessas comunidades nos distritos estipulados. A esse propósito, recorde-se que:

Distrito Norte – engloba Viana do Castelo, Bragança, Vila Real, Braga, Porto e Aveiro.

Distrito Centro – inclui Viseu, Coimbra, Guarda, Castelo Branco, Leiria, Évora, Beja e Portalegre.

Distrito Sul – abrange Lisboa, Santarém, Setúbal e Faro.

Ilhas – abarcam Açores e Madeira.

PROVENIÊNCIA GEOGRÁFICA	POPULAÇÃO						TOTAL
	TOTAL	DISTRITO NORTE	DISTRITO CENTRO	DISTRITO SUL	ILHAS		
					AÇORES	MADEIRA	
AFRICA	125934	6104	3827	115037	603	363	966
EUROPA	88560	12918	10869	61492	915	2366	3281
AMÉRICA CENTRAL E DO SUL	37617	11567	4265	20495	265	1025	1290
ÁSIA	12847	1848	754	10087	60	98	158
AMÉRICA DO NORTE	10108	1265	1106	6485	1164	88	1252
OCEÂNIA	556	42	53	444	4	13	17
APÁTRIDA	273	18	11	232	4	8	12
DESCONHECIDA	11	3	7	1	0	0	0

ANEXO V

**_ Membros efectivos e activos com Nacionalidade
Estrangeira inscritos na Ordem dos Enfermeiros
em 31/12/2000. _**

ANEXO VI

**_ Membros efectivos e activos estrangeiros
inscritos na Ordem dos Enfermeiros em
31/12/2004. _**

ANEXO VII

**_ Membros efectivos e activos inscritos na Ordem
dos Enfermeiros em 31/12/2004. _**

ANEXO VIII

**_ Pedido endereçado à Direcção de Enfermagem
para ser autorizado o estudo. _**

ANEXO IX

_ Modelo que serviu como guião da entrevista. _

ANEXO X

**_Questionário realizado para caracterização da
amostra. _**

ANEXO XI

_ Calendarização da pesquisa. _

ANEXO XII

_ Transcrição das entrevistas. _

Categoria Valor Percentual	Total	Género		Enf. G.	Enf. E.	Sector de actividade						Grupo etário						Região				
		Masc	Fem.			Hosp	C.S.	Esc.	O.I	E.L	Ap.	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	> 70	N	C	S	Aç.	M
R	5,2	7,6	4,7	6	0,6	4,9	2,6	0,3	2,1	1,8	2,4	12,5	3,5	1,8	1,3	0,7	2,5	2,5	1,5	10,5	1,8	0,2

Quadro n.º 7 – relação percentual dos enfermeiros estrangeiros, relativamente à população total de enfermeiros em Portugal em 2004, em diferentes categorias (fonte: www.ordemenfermeiros.pt/menu/informação).

Legenda das abreviaturas/siglas utilizadas:

Aç. – Açores	Fem. - Feminino
Ap. – Aposentados	Hosp. – Hospitais
C. – Centro	M – Madeira
C.S. – Centro de Saúde	Masc. – Masculino
E.e – Especialistas	N – Norte
E.g – Enferm. generalistas	O.I – Outras Instituições
E.L – Exercício liberal	S – Sul
Esc. - Escolas	

P =	Idade			Sexo		Temp. exp. prof.			Temp. exp. no serviço		Grau académico		Origem Galega	Contactos c/ a língua em relação à vinda		Aulas de português		Existência de rede de apoio em relação à vinda		
	20 - 25	26-30	31-40	M	F	1-4	5-9	10-14	1-4	5-9	B	L		Antes	Depois	Sim	Não	Não	Antes	Depois
Percentagem em relação ao total da amostra (N=11)	18,2	54,5	18,2	82	18	18,2	63,6	18,2	18,0	82,0	73,0	27,0	91,0	54,5	45,5	18,0	91,0	18,2	27,0	54,5

Quadro n.º 8 – Distribuição percentual dos enfermeiros participantes, em diversas categorias (fonte: questionário para caracterização da amostra, Anexo VIII)

Legenda:

B - Bacharelato

F – Sexo feminino

L - Licenciatura

M – Sexo masculino

Tempo exp. no serviço – tempo de experiência no serviço

Tempo exp. prof. – tempo de experiência profissional

Nota: Os valores obtidos foram arredondados, tendo em conta a aproximação mais correcta – por defeito ou por excesso – relativamente aos resultados iniciais.

P =	Idade			Sexo		Temp. exp. prof.			Temp. exp. no serviço		Grau académico		Origem Galega	Contactos c/ a língua em relação à vinda		Aulas de português		Existência de rede de apoio em relação à vinda		
	20 - 25	26-30	31-40	M	F	1-4	5-9	10-14	1-4	5-9	B	L		Antes	Depois	Sim	Não	Não	Antes	Depois
Percentagem em relação ao total da amostra	18,2	54,5	18,2	82	18	18,2	63,6	18,2	18,0	82,0	73,0	27,0	91,0	54,5	45,5	18,0	91,0	18,2	27,0	54,5

Quadro n.º 9 – Distribuição percentual dos enfermeiros participantes, em diversas categorias (fonte: questionário para caracterização da amostra, Anexo VIII)

Legenda:

B - Bacharelato

F – Sexo feminino

L - Licenciatura

M – Sexo masculino

Tempo exp. no serviço – tempo de experiência no serviço

Tempo exp. prof. – tempo de experiência profissional

Nota: Os valores obtidos foram arredondados, tendo em conta novamente a aproximação mais correcta – por defeito ou por excesso – relativamente aos resultados iniciais.