

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
PELOS RECÉM-FORMADOS.

EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS EM CONTEXTO DE TRABALHO

MARGARIDA ALEXANDRA NUNES CARRAMANHO GOMES MARTINS
MOREIRA DA SILVA

PORTO, 2004

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
PELOS RECÉM-FORMADOS.
EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS EM CONTEXTO DE TRABALHO

**Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar para obtenção do grau
de Mestre em Ciências de Enfermagem, sob
orientação da Professora Doutora Arminda Costa**

MARGARIDA ALEXANDRA NUNES CARRAMANHO GOMES MARTINS
MOREIRA DA SILVA

PORTO, 2004

DEDICATÓRIA

À memória de meu pai.

AGRADECIMENTOS

O percurso académico que até aqui construímos, só foi possível concretizar com a contribuição inextinguível de várias pessoas significativas. Em particular, agradecemos:

- À Professora Doutora Arminda Costa, por ter aceite a orientação deste trabalho, pelo apoio na concretização do projecto e pela exigência científica com que o fez;
- À Professora Carminda Espírito Santo e à Enfermeira Elisa Melo, pela disponibilidade, rigor e exigência, pelo entusiasmo e interesse manifestados na análise das entrevistas e na validação das unidades temáticas;
- À Enfermeira Berta Augusto, pela disponibilidade, envolvimento pessoal, confiança, coragem e entusiasmo demonstrado nas inúmeras noites de trabalho, constituindo o apoio firme ao longo destes anos, não só na realização deste percurso mas ainda em todo o processo de socialização profissional;
- À Professora Ana Albuquerque pelo interesse, colaboração, incentivo e sugestões significativas que nos ofereceu;
- Aos enfermeiros participantes que sempre disponíveis, aceitaram compartilhar as suas experiências, sentimentos e preocupações do seu trabalho diário;
- Ao Enfermeiro Director da Instituição, e aos responsáveis dos serviços onde foi realizado o estudo, pela disponibilidade que manifestaram sem qualquer reserva;
- Aos colegas e amigos, pelo acompanhamento, solidariedade e partilha de experiências, que nos ajudaram a ser enfermeira, docente e pessoa, ao longo deste trajecto;

- À família em especial, à mãe, marido e filhas que souberam estar presentes nos momentos mais difíceis, aceitando as horas de ausência e de menor disponibilidade, demonstrando uma compreensão incondicional.

RESUMO

Do nosso percurso profissional na área da prestação de cuidados e na docência, emergiram algumas preocupações que se prendem com o processo de articulação entre a teoria e a prática de enfermagem. Por este motivo decidimos estudar as vivências dos recém-formados em cuidados de enfermagem, nomeadamente compreender a construção das práticas dos enfermeiros recém formados ao longo da produção de cuidados.

Decidimos optar por um paradigma de investigação qualitativa, orientado por uma pesquisa fenomenológica onde, através das descrições das vivências e das experiências dos participantes, pudéssemos analisar o processo de construção de cuidados e pudéssemos perceber o papel dos diferentes intervenientes na sua construção.

Os principais resultados encontrados evidenciam alguns vectores em torno dos quais se estruturaram as vivências dos recém - formados, encontrando-se estes relacionados com: as dificuldades inerentes à organização dos cuidados, ao processo de cuidados em si mesmo e à reflexão sobre as práticas em contexto de cuidados. Salientam-se, ainda, aspectos relacionados com as diferentes concepções de enfermagem, os contributos da escola e da prática na produção dos cuidados e também os recursos do contexto.

ABSTRACT

From our career both in the area of nursing care and in teaching, some concerns emerged about the process of articulation between the theory and the practice of nursing. For this reason, we have decided to study the experiences of the recently graduated in nursing care, namely to understand the construction of their practices in providing nursing care.

We have decided to choose a paradigm of qualitative investigation, oriented by a phenomenological approach, in which, through the descriptions of the participants

experiences, we could not only analyse the process of construction of nursing care, but also become aware of the role played by the different participants in its construction.

The main results found show some vectors around which the experiences of the recently graduated nurses are structured, being these connected with the difficulties inherent in the organisation of nursing care, in the process itself and in the reflection about the practices in the context of nursing care. Aspects concerning the different concepts of nursing are also treated, as well as the contributions of both school and practice in providing nursing care and the resources of the context.

SUMÁRIO	Pag.
NOTA INTRODUTÓRIA.....	12
CAPITULO 1- DOS CONCEITOS CENTRAIS DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO À VISÃO GERAL DA TESE.....	14
1.1- DO SENSO COMUM AO DESENVOLVIMENTO FORMAL DA ENFERMAGEM.....	14
1.2- EVOLUÇÃO DO PROCESSO CIENTÍFICO.....	26
1.3- O ENSINO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL.....	32
1.4- PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	42
1.5- PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	48
1.6 VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	50
CAPITULO 2- PLANEAMENTO DO ESTUDO.....	52
2.1- ESTRUTURA METODOLÓGICA.....	52
2.1.1- Participantes e contexto de estudo.....	54
2.1.2- Processo de recolha de informação.....	59
2.1.3- Procedimentos para a análise de dados.....	63
CAPITULO 3 – ESTUDO EMPÍRICO: A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS PELOS ENFERMEIROS RECÊM-FORMADOS.....	66

3.1-	ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	67
3.2-	DIFICULDADES PROCESSUAIS DOS ENFERMEIROS RECÉM- FORMADOS.....	74
3.2.1-	Dificuldades Inerentes à Prática de cuidados em contexto de trabalho.....	77
3.2.2-	Dificuldades Inerentes ao Desenvolvimento do Recém-Formado.....	80
3.3-	REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM CONTEXTO DE CUIDADOS.....	88
3.3.1-	O Contexto e Perspectivas de Desenvolvimento dos Cuidados de Enfermagem.....	89
3.3.2-	O Papel dos Actores e seus Parceiros.....	96
3.4-	CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM.....	104
3.5-	ESCOLA E PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DE CUIDADOS.....	111
3.6-	RECURSOS DO CONTEXTO QUE INFLUENCIAM AS PRÁTICAS.....	124
	CAPITULO 4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	133
	NOTA FINAL	143

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE DIAGRAMAS

Pág.

DIAGRAMA 1 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	
DIAGRAMA 2 – DIFICULDADES PROCESSUAIS DOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS.....	87
DIAGRAMA 3 – REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM.....	103
DIAGRAMA 4 – CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM.....	110
DIAGRAMA 5 – CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS.....	123
DIAGRAMA 6 – RECURSOS DO CONTEXTO.....	132
DIAGRAMA 7 – FACTORES INTERVENIENTES AO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS.	139

LISTA DE QUADROS

Pág.

QUADRO 1 – Taxas de ocupação e demora média dos serviços de Medicina.....	57
QUADRO 2 – Horas de cuidados necessários prestados nos serviços de Medicina...	59

NOTA INTRODUTÓRIA

A razão de existir de uma profissão é a prestação de um serviço necessário à população, devendo dar provas da sua capacidade para o prestar. Para que possa haver um efectivo reconhecimento dos cuidados de enfermagem, cabe aos enfermeiros demonstrar que os mesmos são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço este que não é coberto por outros grupos sócio-profissionais.

A análise das práticas de cuidados de enfermagem tem constituído objecto de estudo de várias ciências humanas para além das Ciências de Enfermagem, nomeadamente da sociologia, antropologia e psicologia. O interesse que apela para a natureza desses estudos está na complexidade que tem constituído o desenvolvimento da Enfermagem desde as suas origens no senso comum, à construção da Enfermagem enquanto profissão e disciplina científica.

A dimensão da complexidade inerente ao estudo foi emergindo em nós, quer enquanto enfermeira na prestação de cuidados, quer neste momento como docente de enfermagem, onde a nossa percepção e a verbalização de profissionais e alunos vai no sentido da provável desarticulação entre aquilo que se ensina e aquilo que se pratica. Também, através da literatura, se constata este facto, no qual o desfasamento entre a teoria e a prática constitui foco de interesse.

No domínio da formação inicial em enfermagem, têm sido relevantes as mudanças ocorridas, pelo progressivo aumento da formação académica, para ingresso ao curso, ou ainda, nas mudanças introduzidas nos planos de estudos, a nível de conteúdos e a nível de modelos de formação.

Esta evolução, no âmbito da formação, que não tem tido reflexos visíveis na prática, leva-nos a reflectir sobre a construção das práticas pelos enfermeiros recém-formados e nos diferentes intervenientes dessa construção, uma vez que é a partir do processo de formação

inicial e socialização primária com a profissão, que se desenvolvem os modelos da prática, aos quais não são alheios os percursos biográficos individuais.

Neste contexto, apresentamos o relatório da dissertação sobre o tema: *A construção das práticas dos enfermeiros recém-formados. Experiências e vivências em contexto de trabalho*, centrado na área das Ciências de Enfermagem e constituindo um elemento formal de avaliação, do IX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CAPITULO 1 – DOS CONCEITOS CENTRAIS DO FENÓMENO EM ESTUDO À VISÃO GERAL DA TESE

A apresentação dos conceitos centrais ao fenómeno em estudo desenvolveu-se pela necessidade de focalizar a problemática, e não por uma revisão exaustiva da literatura. Como referem STREUBERT e CARPENTER (2002) antes de iniciar uma investigação qualitativa com base numa abordagem fenomenológica, a pesquisa aprofundada pode condicionar ou influenciar o investigador na condução do processo da recolha de informação por resultados de outros investigadores.

Neste contexto, faremos a contextualização do estudo onde enquadramos a problemática e os conceitos centrais ao fenómeno.

1.1- DO SENSO COMUM AO DESENVOLVIMENTO FORMAL DA ENFERMAGEM

A história da enfermagem faz parte integrante da história das sociedades ao longo dos tempos, sendo o reflexo do desenvolvimento social em cada época.

Assim, os saberes de enfermagem confundiram-se durante anos com os saberes das mulheres, a quem cabia o zelo por tudo e por todas as coisas que se pretendiam conservar para melhorar a vida, «*Desde que existe vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer*» (COLLIÈRE, 1989, p.27). O cuidar era entendido como tomar conta de alguém que precisa, por alguém que se dedica e gosta de cuidar.

Para a mesma autora, à mulher mãe e dona de casa era destinado o cuidado da natureza viva como as plantas, os cuidados dos filhos e da família que, pela sua natureza de fecundidade, orientava a conduta de ajuda da família e do grupo de pertença. Os saberes que guiavam as suas práticas eram fruto de toda a experiência e transmitiam-se oralmente

de mãe para filha e de vizinha para vizinha, facto este que fazia com que estes saberes não fossem questionados.

As actividades de cuidados eram organizadas em torno do nascimento e da morte, «(...) *O corpo, lugar de expressão da vida individual e colectiva, templo de anima, sopro de vida; e tudo o que contribui para abastecer, para o restaurar: o alimento*». (i.d., p.41)

O corpo, lugar de "expressão" e "fecundidade", é um instrumento de cuidados, uma vez que é nele sentida a experiência, é ele comunicação; ajuda a dar corpo ao fazer nascer; o toque e as práticas de massagem; a utilização da água e das plantas; a utilização dos órgãos dos sentidos; os cuidados de beleza; e os cuidados de higiene.

É nas plantas que as mulheres encontraram todas as espécies de preparação, e que as revelam aos seus primogénitos. Nas plantas encontraram para além da fonte de alimento, o poder terapêutico, «*Pouco a pouco, as plantas passam a constituir a base essencial de todas as práticas de cuidados que dependem das actividades das mulheres e a contribuir para todos os cuidados fundamentais de manutenção e apoio da vida: da higiene ao enfeite, da alimentação à medicação (...)*» (i.d., p.5).

Na perspectiva de DONAHUE (1988), os cuidados representavam a arte doméstica que as mulheres desenvolviam por imposições sociais, que lhe eram confinadas e que paulatinamente se ampliaram devido ao desenvolvimento das civilizações, levando a que a mulher exercesse o seu papel de cuidadora fora de casa, onde o amor e a motivação eram as essências fundamentais, para quem se dedicava ao sacrifício pelo outro.

Da Idade Média aos finais do séc. XIX, a identificação das práticas é feita com a mulher consagrada. A ela era atribuído o cuidar do corpo, uma vez que este se encontrava, nesta altura, dissociado do espírito e percebido como impureza. Só o corpo necessitava de cuidados prescritos por regras conventuais que ditavam os comportamentos (COLLIÈRE, 1989).

A incorporação das crenças espirituais influenciou o desenvolvimento das práticas relacionadas com os tratamentos, as ideias de natureza oculta, as superstições de origem sobrenatural, levando à combinação de práticas ocultas e empíricas pelo uso da magia para curar as doenças espirituais que afectavam os Homens. As práticas organizavam-se em cerimónias de carácter ritual que acabaram por adoptar um cariz religioso, resultando desta união a qualificação do curandeiro como a pessoa sagrada (DONAHUE, 1988).

Desde o princípio do cristianismo que o pensamento pauliniano se alastra «(...) *opõe a alma ao corpo, fazendo do corpo a prisão da alma, o obstáculo do seu caminho para o divino*» (COLLIÈRE, 1998, p.53), “a mulher é o símbolo e o lugar da sexualidade” e tudo o que se refere aos mistérios da natureza, como a maternidade, se transforma em aversão. As posições dos doutores da igreja são difundidas e instituídas em doutrinas, base da conduta que rege o casamento, a educação e as práticas de cuidados.

Neste sentido, desenvolveu-se um corpo de conhecimentos médicos baseado em leis e práticas da igreja que veio originar a medicina como ciência e mais tarde profissão. Esta só era permitida aos homens, sujeitos ao celibato, que relegam todo o saber adquirido pelas mulheres que não tivessem estudos médicos, e ainda proclamam dispensar cuidados dessas mulheres declarando-as feiticeiras e desejando-lhes a morte. Por outro lado, a entrada das mulheres em escolas de medicina era interdita, o que levou a que se instalasse nova perspectiva: «*As mulheres, principais detentoras do património de conhecimentos dos cuidados ao corpo e da utilização das plantas, tornam-se o alvo prioritário dos ataques e da repressão da Igreja, e depois dos tribunais seculares, por causa da ameaça múltipla que representavam para o poder temporal e religioso (...)*» (i.d., p.55), ser mulher representa ser impura, fonte de pecado e ter adquirido um conhecimento vivido do corpo.

No entanto, quer as práticas de cuidados das mulheres, quer os rituais de feitiçaria não deixaram de ser exercidos na clandestinidade e são elas que vão reaparecer numa nova corrente ligada à saúde e à doença.

Depois de instalada a Doutrina Cristã, o papel da mulher não é claramente definido pelos vários escritos. Como regista DONAHUE (1988), alguns escritores referenciam a posição da mulher ter-se elevado, outros referem que, com outras religiões, a mulher já não tinha um papel inferior. No entanto, é coincidente que o Cristianismo foi essencial para ampliar as oportunidades dadas às mulheres no campo social. O cristianismo tendia a pôr o homem e a mulher num campo de igualdade, o que se pode considerar pelo facto de permitir a incorporação das mulheres em postos de liderança, em tarefas caritativas e sociais, e os homens em actividades de cuidados.

São então as mulheres, as que não tinham encargos domésticos, que lideram muitas comunidades cristãs. «(...) *as virgens vão, com as viúvas, dedicar o seu tempo aos pobres e aos infelizes, o que, a pouco e pouco, se irá tornar uma verdadeira função social, a do diaconato, que se desenvolve em meio cidadão*» (COLLIÈRE, 1989, p.59). A virgindade consagrada é um marco na orientação da vida eclesiástica, representando um valor supremo na vida, alienando a pessoa na sua submissão a Deus e posteriormente à clausura, sendo estas religiosas as detentoras da educação das raparigas e, mais uma vez, uma influência decisiva na evolução das práticas de cuidados pelas mulheres.

As múltiplas invasões, peregrinações e cruzadas, dão origem a que as mulheres de clausura com os saberes mantidos de geração em geração, vissem a sua função conventual alargada à esfera hospitalar, onde prestavam cuidados. Embora outras se mantivessem em clausura, as “filhas da Caridade” inauguram uma vida religiosa que concilia actividades de ensino com actividades de animação social, e ainda práticas de cuidados, que penetravam no meio rural, difundindo a religião e fugindo à clausura, sendo elas que introduzem a medicina e a farmácia, no meio da população e que introduzem os cuidados domiciliários aos pobres. «*Assim, as práticas de cuidados elaboradas em torno da fertilidade identificadas com a mulher, de quem são a expressão e o símbolo, mesmo até à progressiva penetração na sociedade ocidental do pensamento cristão, que sacraliza a “mulher” consagrada, a que não gera no seu corpo mas, renunciando ao mundo, dá à luz espiritualmente.*» (i.d., p.65).

Neste contexto, vários grupos de mulheres e alguns de homens, como é o caso da “Ordem de Santo Aleixo”, se foram formando, dentro e fora dos hospitais, para prestar cuidados

aos que necessitavam. Embora se mantivesse a ideia que a ocupação era mais religiosa do que intelectual, o papel do enfermeiro não estava definido, incluindo a organização e manutenção de lavandarias, recolha de comida à população civil, escrever cartas aos soldados, vigiar soros, acompanhar moribundos e ajudar nas cirurgias que normalmente eram amputações (DONAHUE, 1988; BOLANDER, 1998).

Os finais do séc. XIX foram marcados por cuidados de bondade, de consolo que, perante o Homem ferido, perpetuam o sentido maternal, a caridade e o amor, com as ciências (DONAHUE, 1988).

Com a dessacralização do poder político, aquando da separação da Igreja e do Estado, vê-se surgir a enfermagem, imprimindo uma nova imagem à prática dos cuidados. As descobertas de várias ciências, como a física e a química, fazem desenvolver a medicina com a aplicação desses conhecimentos à tecnologia que se desenvolveu, dando resposta a alguns diagnósticos mais complexos. «*O campo das actividades médicas amplia-se e utiliza técnicas cada vez mais elaboradas, a ponto de ser necessário ao médico, delegar a pouco e pouco, as tarefas de rotina que tinha o costume de praticar (medir a temperatura, exame das urinas), bem como os cuidados médicos mais usuais (cataplasmas, sinapismos, clisteres, etc.)*» (COLLIÈRE, 1989, p.77).

Neste sentido, surge a imagem da mulher enfermeira - auxiliar do médico - que inicialmente era denominada como “pessoal paramédico”. Ajudava a preparar o material necessário aos tratamentos e, pouco a pouco, responsabilizou-se pelos cuidados prescritos, necessitando de conhecimentos médicos que estes lhe dispensavam para efectuar essas tarefas. Por um lado a *filiação conventual*, onde ser enfermeira é servir os doentes, servir os médicos e servir a instituição, por outro lado a *filiação médica*, onde o essencial é cumprir as ordens que o médico determina.

Assim, a *filiação conventual* exige uma missão que não se reduz apenas «(...) à consciência de um dever de cumprir, mas o dom de toda a sua pessoa para assegurar o sucesso de uma grande causa. O cumprimento da missão exige renúncia e esquecimento

de si (...)», um papel quase sagrado, que invade todo o tempo, requer todos os esforços e tudo o que há dentro de si para oferecer aos que cuida, para aliviar o sofrimento físico e moral dos outros. Para cumprir esta missão é necessário vocação para se comover, aliviar, apoiar, consolar e para obedecer. Para além das qualidades femininas da mulher dona de casa é ainda exigido, para que seja uma boa enfermeira, uma boa educação e uma “abordagem agradável”. A formação incide em princípios de moral, em conhecimentos para formar a sua consciência profunda e tornar as mãos hábeis. (i.d., p.80, 81).

A *filiação médica* tem por missão, essencialmente, cumprir o que o médico determina e ordena. «*São os médicos que vão dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados, ao ensinar às enfermeiras tudo o que esperam delas*». São transferidos alguns cuidados, antes executados pelos médicos, como a avaliação do pulso e da temperatura, a pesquisa de albumina, injeções subcutâneas, pensos, cateterismos vesicais a crianças, a assepsia do nariz, garganta e olhos, cataplasmas e, posteriormente, colheitas de sangue, injeções intravenosas e análises à urina (i.d., p.84).

Nesta orientação, com dupla filiação, é a missão de servir que guia toda a prática dos cuidados, sendo fundamentais as qualidades humanas e a destreza técnica, o que começa a evidenciar a necessidade de tornar os cuidados mais do que um ofício e menos que uma profissão. Por um lado a enfermeira não faz mais do que o seu dever, por outro a natureza e a dedicação necessárias exigem tempo, penosidade e características específicas.

A inexistência de um corpo de conhecimentos próprio que regule os princípios da actividade, bem como a carência de reconhecimento social da prática de cuidados não permite, nesta altura, que a enfermagem seja tida como uma profissão, uma vez que a imagem da enfermeira, e também do doente, não é mais do que imobilidade de pensamentos e acções que não ditam comportamentos nem opções, mas apenas cumprem o que os médicos ordenam para lhes fazer bem.

A partir do início do séc. XX, embora a prática de enfermagem se centre nos cuidados aos doentes, o estatuto de auxiliar do médico desenvolve-se para além do cumprimento da

prescrição terapêutica, do cumprimento da prescrição com vista à investigação e ao diagnóstico médico, o que vem exigir o acesso ao domínio de outros conhecimentos até aqui não desejados pelos médicos. *«Este acesso aos sobejos do conhecimento médico permite-lhe, ao mesmo tempo, aproximar-se do médico cuja aura inveja, e demarcar-se do seu próprio meio social, participando nos ritos iniciáticos da instituição de cuidados, na proximidade dos sumos pontífices oficiantes destes ritos»* (COLLIÈRE, 1989, p.94).

Apesar de não existir uma função própria da enfermeira, o facto de se aproximar do papel do médico, detentor de todo o saber, e que lhe vai transmitindo apenas o que é necessário e quando é necessário, pode vir a realçar a sua imagem a nível social, pela visão que transmite ao doente no meio hospitalar. Neste sentido, compreende-se que a grande preocupação tenha sido o desenvolvimento de capacidades técnicas, indispensáveis ao reconhecimento do seu papel principal, ser excelente executante.

Esta exacerbada preocupação com o desenvolvimento de capacidades técnicas vem diferenciar o papel das enfermeiras visitadoras e das enfermeiras hospitalares que, pela sua função reduzida a nível social, lhe traz menos prestígio, obrigando-se cada vez mais à visibilidade pela hipertecnicidade, ao contrário das enfermeiras visitadoras que vão alargando o seu papel na sociedade, sem que tenham necessidade de cumprir as prescrições de outros.

Para além de não existir uma função própria nem um corpo específico de conhecimentos, até ao início do séc. XX, o desempenho dos cuidados não era remunerado (COLLIÈRE, 1989), sendo esta uma das características essenciais, refere DUBAR (1997), para caracterizar uma profissão.

A análise sociológica, na perspectiva de Goff, indica que antes da expansão universitária, a partir do séc. XIII, o trabalho era considerado uma arte e abrangia todos os que integravam as corporações que possuíam autorização jurídica para exercer e defender o seu monopólio e os seus privilégios no interesse do bem comum, do qual deriva o termo “profissão” originado por outro, “profissão de fé” consumada nas cerimónias rituais dessas

corporações. Com a expansão e a consolidação das Universidades, dissociam-se as profissões: as que derivam dos estudos universitários, «(...) *cujas produções pertencem mais ao espírito que à mão*», e os ofícios, *derivados das artes mecânicas*, «(...) *onde as mãos trabalham mais do que a cabeça* (...)» (DUBAR, 1997, p.124).

Só em 1947, em França, é confirmado juridicamente um valor para os cuidados, mas este apenas relativamente aos cuidados – tarefa que se estabelecem a partir de instrumentos médicos para dispensar cuidados prescritos. «*Aqui, o cuidado é identificado como acto – tarefa sem estimativa de valor económico do tempo real que exige, e do modo de utilização desse tempo. O cuidado tarefa é desligado de toda a avaliação do contexto em que se insere, visto que não há qualquer reconhecimento de um tempo de escuta, de um tempo de discernimento da natureza, dos problemas que se colocam à pessoa doente ou deficiente e aos que a cercam, (...)*» (COLLIÈRE, 1989, p.97).

Neste sentido, sendo os cuidados de enfermagem reduzidos ao acto - tarefa, e o facto de não existir conteúdo profissional, levam a que as intervenções sejam contabilizadas apenas mediante as prescrições médicas, evidenciando-se a prevalência do trabalho técnico relativamente a todos os outros cuidados.

Embora seja em torno do papel da enfermeira, do papel moral e do papel técnico que se constrói o processo de profissionalização, a formação iniciada nos finais do séc. XIX, onde Florence Nightingale desempenhou um importante papel para a criação de escolas onde fosse dada a preparação adequada a enfermeiras, também mulheres, só a partir do séc. XX os registos históricos deixam de evidenciar o papel importante da personalidade da mulher enfermeira para se valorizar o sistema de formação (SOARES, 1997).

Um dos requisitos para o processo de profissionalização é sem duvida a formação. A Escola e o Hospital formavam um espaço único onde era necessário que, quer as enfermeiras hospitalares quer as enfermeiras visitadoras, aprendessem a ser enfermeiras para depois conseguirem “transportar” esses saberes aprendidos para todas as situações. «*É aí que descodificam as expectativas do seu papel, ao aprenderem a situar-se perante os*

diferentes actores da instituição hospitalar e ao descobrir como ajustar, à sua prática de cuidados, o papel moral e o papel técnico» (COLLIÈRE, 1989, p.108).

O objectivo da formação no local de trabalho consistia, essencialmente, no treino de actividades técnicas e de comportamentos de submissão perante os médicos que possuíam a atitude suprema de ordem e de inteligência. O facto de serem obrigadas a permanecer dentro de um só espaço, diminuía-lhes o contacto social com outras esferas, o que não abria espaço de reflexão e de discussão, como era desejável para o papel.

Embora oficialmente, só a partir de 1902, por circular normativa são criadas as escolas oficiais, com programas centrados no papel moral da enfermeira, base dos cuidados, e no papel técnico, base da auxiliar do médico (COLLIÈRE, 1989), os primeiros registos de uma enfermagem organizada tiveram início nos Estados Unidos aquando da Guerra Civil, mas só em 1873 surgiram as primeiras escolas de enfermagem (BOLANDER, 1998).

Apesar de todos os esforços para a profissionalização, os *curricula* eram desenvolvidos ainda em torno da pessoa da enfermeira, não existindo uma definição de enfermagem. Enfermeira ou enfermeiro era toda a pessoa que, habitualmente, prestavam cuidados prescritos pelo médico, quer fosse nos hospitais públicos quer nos privados, quer ainda no domicílio. Só a partir de 1978 é atribuído, por decreto, um papel específico ao enfermeiro(a) que, em função de um diploma atribuído, os habilitava a prestar cuidados de enfermagem sob prescrição ou conselho médico e ainda a participar em acções de educação para a saúde e prevenção (COLLIÈRE, 1989).

Outro factor que está na base do processo de profissionalização é o desenvolvimento de grupos associativos:

- Em 1893, em Chicago, foi criada a primeira Organização Internacional de Enfermeiras- American Society of Superindents of Training Schools for Nurses, tendo como principal objectivo normalizar a formação em enfermagem, nomeadamente o tempo de formação em estágios e os critérios de admissão ao curso;

- Em 1897, as associações de alunos de várias escolas, pertencentes a hospitais juntaram-se numa organização única – Nurses Associated Alumnae of the United States and Canada, onde a finalidade era criar e manter um código de ética, elevar os critérios de formação em Enfermagem, promover a utilidade e a dignidade da profissão, bem como os interesses financeiros. Em 1911 o nome da organização mudou para – American Nurses Association (ANA) que, entre outras actividades, angaria, a nível federal, programas de cuidados de saúde, aumentos de fundos para investigação em Enfermagem, contribuindo para melhorar as condições de trabalho e colaborar com outras associações e agências governamentais nos cuidados de saúde e assuntos relativos à enfermagem;
- A Canadian Nurses Association, fundada em 1908, é constituída por 11 associações provinciais ou territoriais, que representa a enfermagem Canadiana nas organizações nacionais e internacionais, liderando assuntos relacionados com a enfermagem e os cuidados de saúde que influenciaram a política nacional e promoveram a qualidade de formação em enfermagem, prática, investigação e administração;
- O International Council of Nurses (ICN), fundado por uma enfermeira inglesa, Bedford Fenwick em 1899, responsável pela organização de um programa de enfermagem cujo objectivo era formar um grupo de enfermeiras com representação internacional que, nos seus países, quisessem desenvolver a autonomia profissional;
- Em 1922, a Sigma Theta Tau, sociedade honorífica de enfermagem foi criada por estudantes, com o objectivo de reconhecer o desenvolvimento de capacidades de liderança, estabelecer critérios profissionais de alto nível, encorajar o trabalho criativo e reforçar o compromisso com os ideais e objectivos da profissão;
- A National Student Nurse Association, Inc., uma organização para estudantes de enfermagem e enfermeiros que frequentam as escolas de enfermagem de nível básico, com a finalidade de influenciar a formação, prática e cuidados, recrutar e encorajar a participação activa dos membros em áreas relacionadas com a saúde e sociais, e promover relações com a ANA, NLN e ICN (BOLANDER, 1998).

Relativamente às publicações de enfermagem, é a partir da formação efectuada pelas escolas que começa a surgir a primeira literatura em enfermagem, os manuais e guias

técnicos e os boletins e revistas profissionais. Os manuais e guias destinavam-se a consignar os conhecimentos necessários ao desempenho do papel técnico, redigidos por médicos até ao final da segunda guerra mundial, e que posteriormente vão ser redigidos por enfermeiras monitoras. Os boletins e revistas profissionais incidem essencialmente sobre a conduta unificadora do papel moral e do papel técnico que servem de guia à forma de conceber o papel social. Contêm, ainda, artigos sobre o conteúdo técnico para as enfermeiras hospitalares e grandes patologias, como os flagelos sociais, para as enfermeiras domiciliárias (COLLIÈRE, 1989).

Em Portugal, a primeira tentativa de criação de uma escola de Enfermagem deu-se em 1881, em Coimbra, mas só na década de 40 é publicada a legislação, pelo Governo, que reforma o ensino e o funcionamento das escolas. O reconhecimento, pelo Estado, da deficiente preparação dos enfermeiros, levou a que este chamasse a si a função de orientar o ensino, uma vez que era até à data era da responsabilidade dos hospitais que o estruturava consoante as necessidades: «*Preparar enfermeiras que cumpram habilmente as prescrições dos médicos, sabendo o que fazem e porque fazem, em suma, enfermeiras competentes que coadjuvassem os clínicos para o sucesso dos tratamentos instituídos*» (SOARES, 1997, p.34).

A partir de meados do séc. XX, é assinalado nas escolas de Enfermagem uma evidência marcada pela aprendizagem das tarefas técnicas, para responder à corrente ligada à tecnicidade centrada na doença onde, «*O objecto da medicina é, então cada vez mais o corpo portador de uma doença a identificar e, depois a erradicar, o corpo cuja mecânica deve ser reparada. É a doença que constitui objecto de investigação, de reparação ou de erradicação, o sujeito que vive a doença torna-se um epifenómeno*» (COLLIÈRE, 1989, p.123).

O papel moral da enfermeira, para servir o doente, torna-se antagonista do papel que lhe é exigido na corrente tecnicista, ditada pelo conteúdo do acto médico, transformando, assim, a prática de cuidados de enfermagem num conjunto de tarefas que assegurem a detecção e a reparação da doença.

Os Hospitais, inicialmente destinados ao acolhimento e alojamento dos mais desfavorecidos, tornam-se lugares privilegiados de investigação, comparáveis a sectores industriais, onde os serviços se organizam em função dos “grandes barões” que prescrevem as tarefas a desempenhar e se elaboram as configurações sociais, determinando as relações entre os que tratam e os que são tratados «(...) *hierarquias baseadas no valor atribuído ao trabalho das diferentes categorias do pessoal que trata e do outro pessoal, processos de organização do trabalho, um conjunto de condições ligadas às exigências do desempenho das tarefas e do seu lugar na hierarquia dos valores perante a doença*» (i.d., p.124).

No entanto, é a doença que conduz e dá sentido às tarefas a organizar, que se repartem por: prescrições ligadas aos exames de investigação, ou seja, exames auxiliares de diagnóstico, como preparações e colheitas de espécimes para análise e prescrições ligadas a vigilâncias de tratamentos, nomeadamente ligados à utilização de equipamentos técnicos sofisticados.

Por outro lado, existem ainda um conjunto de tarefas que, embora não prescritas nem valorizadas, constituem actividades de cuidados como a avaliação do que o doente pode ou não fazer por si próprio, em função da limitação que a doença lhe impõe. Nestes cuidados estão englobados os cuidados de higiene e outras necessidades consideradas fundamentais para o bem-estar do doente, muitas vezes relegadas para segundo plano, uma vez que, num contexto técnico, o bem-estar tem cada vez menos importância nos cuidados de enfermagem. (i.d.)

Neste contexto, a organização do trabalho é efectuada à tarefa onde, em relação ao tempo, os enfermeiros são distribuídos pelos turnos da manhã, pela tarde e pela noite. O trabalho à tarefa leva a que os doentes sejam reconhecidos pelas doenças que possuem, valorizando-se o corpo objecto. «*Esta falta de conexão entre as tarefas faz com que percam sentido, orientação, finalidade e significado (...) são desintegradas, desintegradas de todo o contexto de vida da pessoa tratada (...)*» (COLLIÈRE, 1989, p.127)

Com a hipervalorização da doença e da técnica, começa a verificar-se algum mal-estar entre os enfermeiros, surgindo esforços para reencontrar o seu objectivo inicial, os cuidados ao doente.

Enquanto se assiste a um verdadeiro desenvolvimento das ciências médicas impulsionadas essencialmente pelas descobertas da física e da química que permitem dar evidência ao diagnóstico e tratamento da doença física, as ciências humanas, ditas não exactas, como é o caso da psicologia, evidenciam a necessidade de compreender o desenvolvimento e o comportamento humano, «(...) *conhecer melhor a pessoa tratada*, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional dos cuidados, mas como um sujeito: *e ter uma acção terapêutica.*» (i.d., p.149).

1.2-EVOLUÇÃO DO PROCESSO CIENTÍFICO

Esta nova corrente de revalorização da relação, entre quem presta cuidados e quem recebe cuidados, inicialmente utilizada pela especialidade de psiquiatria, só mais tarde surge nos hospitais gerais, o que traz à prática de enfermagem uma nova visão de cuidados, sendo o doente visto como o ponto de partida e de chegada dos cuidados. Considera-se que o desenvolvimento desta corrente vem alargar o campo de competências de enfermagem, exigindo que seja ultrapassada a simples execução de tarefas, baseadas em prescrições médicas e que o conhecimento de outras ciências constitua também o corpo de conhecimento de enfermagem.

É então evidenciada a necessidade da teoria em enfermagem, para proporcionar conhecimentos que sustentem a prática, mediante a descrição, explicação, predição e controle dos fenómenos. A teoria em enfermagem permite ainda garantir a autonomia profissional, uma vez que por si só orienta e garante as funções de assistência, as funções de educação e de investigação, e ainda, é, através da teoria, que se pode desenvolver a capacidade analítica, oferecendo reptos ao pensamento, esclarecendo valores e premissas e

determinando os propósitos da prática, da educação e da investigação em enfermagem (MARRINER, 1989).

Esta necessidade, já sentida em meados do séc. XIX, por Florence Nightingale que para muitos autores marca o início da Enfermagem organizada, quando afirma que a enfermagem requeria um conhecimento distinto do conhecimento médico (MARRINER, 1989), marca uma etapa fundamental, para a enfermagem, ao formular a sua teoria ambientalista que defende a importância do ambiente ser «(...) visto como todas as condições e influências externas que influenciam o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprir ou contribuir para a doença ou a morte.(...) Auxiliar os pacientes para que mantenham as suas capacidades vitais, satisfazendo as suas necessidades, é tido como uma meta de enfermagem» (GEORGE, 1993, p.39).

Apesar da ênfase sobre o ambiente ser basicamente acerca do ambiente físico, realça-se já a importância do meio envolvente em que se encontra o doente e a necessidade de fundamentar as intervenções de enfermagem sobre o doente que possui poderes “reparadores” vitais para lidar com a doença, e que as condições externas podem afectar a vida e o desenvolvimento da pessoa.

A elaboração de concepções claramente distintas do modelo biomédico desenvolveram-se a partir da década de 50, criadas no sentido da orientação da disciplina de enfermagem para a pessoa. Os dirigentes de enfermagem acreditavam que o desenvolvimento da teoria seria um meio de estabelecer claramente a enfermagem como profissão e demonstram interesse em definir um corpo de conhecimentos próprio da enfermagem. Estavam motivados pelo valor intrínseco das teorias para o crescimento e enriquecimento da profissão (MARRINER, 1989).

Assim, com os contributos das ciências humanas, os métodos dedutivos que eram até aqui utilizados foram desvalorizados em favor de metodologias que privilegiavam técnicas de entrevista e de análise, assim como outros métodos de organização do trabalho e dos cuidados. A introdução do plano de cuidados, se por um lado parecia facilitar a

continuidade e a organização dos cuidados, por outro torna-se ineficiente uma vez que a organização do trabalho por «(...) *tarefas fragmentadas e a maioria das vezes dissociadas: não é possível, a cada membro do pessoal de cabeceira, conhecer cada doente do serviço, passando de um para o outro no desempenho de uma tarefa pontual. Faz-se sentir a necessidade de transformar a divisão das tarefas, de forma a assegurar, a um determinado número de doentes, a resposta ao conjunto de cuidados exigido pelo estado*» (COLLIÈRE, 1989, p.153).

No contexto da evolução verificada surgiram novas referências, novos valores que vieram a ser desenvolvidos por autores como: Peplau 1950, Orlando 1960, Travelbee 1970, King 1970-1980, Bernard 1970-1980, Riehe 1980 e Erickson, Swain, Tomlin 1980 (MARRINER, 1989).

Outra corrente que impulsionou o desenvolvimento de novo pensamento foi a corrente orientada para o desenvolvimento da saúde. Esta corrente teve influência em diversos factores, nomeadamente: os contributos dos trabalhos de ciências como a biologia, fisiologia, psicologia, antropologia, sociologia e demografia; a necessidade de responder às carências sanitárias dos países em vias de desenvolvimento e à sociedade ocidental; e ainda o ressurgimento de novos movimentos sociais que questionaram o trabalho social e de acção sanitária (COLLIÈRE, 1989).

Com o desenvolvimento científico, novas concepções de saúde emergiram, pondo em evidência o indivíduo inserido na sua colectividade. O conceito de Saúde Pública surge como uma componente de responsabilidade social, uma vez que se revela a importância dos hábitos de vida saudáveis, dos costumes e crenças, dos fenómenos institucionais, da importância dos números demográficos e da dimensão económica dos cuidados.

Na perspectiva de COLLIÈRE (1989), a conferência da Organização Mundial de Saúde, organizada em Alma – Ata, que promulgou as “metas da saúde para todos no ano 2000”, trouxe contributos para uma nova visão em relação à natureza dos cuidados de enfermagem. No entanto, esta depende da concepção da corrente centrada na saúde ser

considerada normativa, levando a acções sistemáticas de controlo e de educação sanitária ou desenvolvida no interesse pela compreensão dos problemas de saúde que as pessoas encontrem, a partir das suas próprias condições de vida. Neste caso, evidencia-se a importância do conhecimento das necessidades de saúde, a partir das descobertas das pessoas e do seu meio de vida, tendo que se estabelecer relações entre as manifestações da necessidade e do problema de saúde com as condições de vida.

Neste contexto e segundo a mesma autora, a gestão dos cuidados de enfermagem, far-se-ia a partir da identificação dos problemas encontrados nas situações de cuidados, através de projectos de acção sanitária. Esta corrente centrada no desenvolvimento da saúde, «(...) *está na origem de um enriquecimento muito grande da prática de enfermagem, porque exige o recurso a um vasto campo de conhecimentos para compreender as situações e saber utilizá-las em projectos de acção*» (i.d., p.173).

Estas novas concepções têm levado ao desenvolvimento de diferentes modelos teóricos de enfermagem, que ajudam a identificar o conhecimento específico da disciplina, e as teorias que constituem um dos elementos importantes no desenvolvimento e discernimento dos saberes. Estas desenvolvem-se a partir de quatro conceitos fundamentais que formam a base da disciplina e são tradicionalmente, *enfermagem* (enquanto acção), *cliente* (enquanto ser Humano), *ambiente* (do cliente e do enfermeiro) e *Saúde*. O desenvolvimento destes conceitos tem vindo progressivamente a ser alterado, tornando-se mais abrangentes acompanhando o desenvolvimento científico e social.

Variando de autor para autor a inclusão destes quatro conceitos está quase sempre na base dos diferentes modelos conceptuais, apesar de alguns, como é o caso de MELIES (1991), acrescentar o conceito de *transição* (alteração que pode ocorrer no comportamento do indivíduo, perante desenvolvimento de situações de saúde ou doença), *interacção* (enquanto principal instrumento através do qual avaliamos as necessidades e recursos dos clientes), *processo de enfermagem* (enquanto organizador do conhecimento de forma organizada e sequencial) e *terapêuticas de enfermagem* (todas as actividades deliberadamente criadas para o cuidar do cliente).

Os modelos elaborados diferenciam-se uns dos outros pelos elementos que o compõem e as relações que se estabelecem entre eles e ainda pelo paradigma que o domina, o paradigma social e o paradigma científico. KÉROUAC *et al* (2001) analisam os modelos e teorias de enfermagem e propõe uma classificação em três diferentes paradigmas, onde integra não só o desenvolvimento do pensamento em enfermagem, como também o desenvolvimento do pensamento científico fazendo, a analogia das grandes correntes do pensamento às diferentes formas de compreender o mundo:

Paradigma da categorização

Identificamos este paradigma na corrente positivista, uma vez que se caracteriza por perspectivar os fenómenos isolados do contexto e entende-os como definidos e mensuráveis. A *saúde* define-se como ausência de doença e a orientação dos cuidados faz-se no sentido de encontrar o factor causal que tem como consequência o aparecimento de manifestações passíveis de categorizar. Neste paradigma, é possível encontrar duas orientações distintas: uma para a saúde pública, em que se valorizam as medidas de higiene e salubridade em geral, que se interessa pela pessoa e pela doença, e outra para a doença, estreitamente ligada à prática médica. A *pessoa* é entendida como um todo formado por diversas partes. *O ambiente* é um elemento separado da pessoa e os *cuidados* centram-se na tarefa. Durante esta época, séc. XIX, marcaram-se francos avanços técnicos e científicos que vieram impulsionar as disciplinas de medicina e biologia. Dentro deste paradigma encontra-se Nightingale.

Paradigma da integração

Neste paradigma parece existir também influência da corrente positivista, uma vez que continua a considerar as manifestações como partes integrantes dum fenómeno, apesar de se diferenciar pela importância dada ao contexto, onde acontece esse fenómeno para se poder compreendê-lo e analisá-lo. O conceito de *saúde e doença* são considerados como entidades diferentes que interagem de maneira dinâmica. Os *cuidados* dirigem-se no sentido de manter a saúde da *pessoa* em todas as suas dimensões, sendo esta vista como um todo, resultante da soma das diversas partes, física, psicológica e espiritual. Neste paradigma, na segunda metade do séc. XX, começaram a desenvolver-se os primeiros modelos e teorias de enfermagem tendo sido impulsionadores os teóricos como Henderson,

Peplau e Orem. Esta corrente teve possivelmente influência pelo desenvolvimento da psicologia de que são exemplo as teorias da motivação de Maslow e a terapia orientada para o cliente de Rogers.

Paradigma da transformação

Neste paradigma cada fenómeno é analisado como único, com uma estrutura global em interação com o que o rodeia. A *pessoa* é considerada como um ser único, com múltiplas dimensões e indissociáveis que formam a unidade integrada no seu universo. A *saúde* é vista como uma experiência que engloba a unidade ser humano - ambiente. O *cuidado* orienta-se para o bem-estar da pessoa tal como ela o define, reconhecendo os seus valores, cultura, bem como todas as suas convicções. Incorporam os princípios desta corrente, o desenvolvimento de modelos e teorias de enfermagem. Este paradigma situa-se na década de 70, onde podemos encontrar teorias propostas por Parse, Newman, Rogers e Watson.

A influência destas diferentes concepções tem impulsionado um desenvolvimento visível na disciplina de Enfermagem, reflectindo a necessidade sentida ao longo dos tempos de conceptualizar a prática.

Com o desenvolvimento da teoria proliferam trabalhos de investigação e publicações de enfermagem que até aqui eram escassos e baseados em procedimentos técnicos. As investigações prendem-se com a relação entre quem presta e quem recebe cuidados, a base do trabalho de enfermagem, que leva a um questionar, uma necessidade de interrogar acerca das situações, de compreender, de perguntar sobre o que é ou não desejável, prever e empreender. «(...) o motor da investigação: descobrir, levantar questões, tentar verificar as informações possuídas, depois procurar a natureza dos cuidados a prestar, de que forma, durante quanto tempo» (COLLIÈRE, 1989, p.157). No entanto, para se familiarizarem com todas as fases de investigação e para as integrarem na prática de cuidados era necessário, segundo a mesma autora, abrir um caminho novo na profissão de Enfermagem, onde estivessem previstas três pistas de exploração:

- A organização do trabalho, necessidade de estudar uma forma diferente de atribuição de tarefas, para adquirirem sentido no processo de cuidados;

- A pedagogia, com o objectivo de formar para a utilização do plano, do dossier de cuidados e de estudar os seus efeitos na melhoria da qualidade nos cuidados;
- As necessidades do doente, que permitiu iniciar a investigação clínica em cuidados de enfermagem e que começa a estender-se dos locais de formação aos locais da prática.

MEYER *et al* (1995) referem que a última fase do processo histórico se iniciou nos anos sessenta e decorre até à actualidade, correspondente ao período de desenvolvimento de teorias e das Ciências de Enfermagem.

Em Portugal, a Enfermagem como profissão, apesar de ter surgido a partir do séc. XIX, só em 1996, pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, é regulamentado o exercício da profissão, definida a caracterização dos cuidados de enfermagem e das intervenções dos enfermeiros. No entanto, o Decreto-Lei nº 104, de 21 de Abril de 1988, institui a Ordem dos Enfermeiros, entendendo-se que, este grupo profissional, tem competências que lhe permitem regulamentar e controlar o próprio exercício profissional.

O percurso de desenvolvimento da Enfermagem como profissão enquadra-se nos critérios definidos para classificar as diferentes profissões, contudo foi com a formação em Escolas de Enfermagem que o enfermeiro se tornou o *pivot* do movimento de profissionalização da profissão.

1.3- O ENSINO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL

Para responder às necessidades sociais, científicas e tecnológicas, o ensino de Enfermagem tem vindo a desenvolver caminhos que acompanham essas exigências, quer no que respeita aos modelos de formação, quer no que respeita às competências previstas para as funções profissionais.

Embora a primeira Escola de Enfermagem portuguesa tenha sido criada em 1881, surge apenas em 1920, o curso de Enfermagem organizado e regulamentado para funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra, sob a tutela dos médicos, com a duração de dois anos. O ensino era organizado no sentido de responder às necessidades do pessoal que lá trabalhava, sendo o ensino teórico da responsabilidade dos médicos e o ensino prático em colaboração com os enfermeiros dos serviços clínicos (FERNANDES, 1998).

Neste sentido, a conceptualização da formação é efectuada como um processo de saber fazer, e saber estar que os professores transmitem aos alunos através da apropriação de técnicas necessárias a uma transmissão eficaz, para desempenhar determinado papel (LESNE 1984). É o professor, neste caso, o transmissor do conhecimento em relação a um objecto e não a um sujeito. O papel da produção é o resultado que importa atingir (DOMINICÉ, 1989).

FERNANDES (1998, p.34) faz a analogia do ensino de Enfermagem e os modelos de formação de professores referenciados por Formosinho, em que era o modelo “empiricista” que se utilizava. O saber «(...) *é sobretudo o resultado das suas práticas e elas têm lugar junto dos mestres experientes em que o aluno tem o estatuto de aprendiz*». A inovação é dificultada pelo tipo de pedagogia de repetição ou mesmo de receita.

Os conhecimentos investidos nos cuidados prestados eram veiculados no ensino da Medicina, organizando-se em dois domínios principais: a doença e a técnica. Para isso o essencial consistia numa «(...) *aprendizagem de um conjunto de procedimentos, de actos reflexos, que visam tratar sinais, sintomas, sem ter descodificado o seu significado, e por isso, sem poder apreender os problemas de que são manifestações*» (COLLIÈRE, 1989, p.129). Estes modelos, como processos de estímulo – reflexo, geram actos estereotipados, que não participam na construção do desenvolvimento de um conteúdo profissional, garantindo apenas a absorção de técnicas, em lugar de desenvolver competências baseadas na compreensão da situação

Em 1952, surge em Portugal uma reforma curricular que amplia a duração dos cursos de Enfermagem para três anos lectivos. As principais mudanças residiam na existência de uma disciplina de Adaptação à vida profissional, onde as características desejáveis a uma enfermeira eram: «(...) *saúde física, moral, mental e emocional; mentalmente desenvolvida; tecnicamente competente; ser digna de confiança; ter expediente e ser equilibrada; ser prudente; ser colaboradora; ser simpática; ser bem-educada; ser culta; obter satisfação pessoal no trabalho; ter responsabilidade pelo trabalho*». (FERNANDES, 1998, p.35). Integra ainda o currículo, a disciplina de Psicologia, a disciplina sobre Noções de Vida Social e de Organização da Assistência. Com esta reforma no ensino de Enfermagem passa a ser ministrado o ensino das técnicas pelas enfermeiras – monitoras – chefes. Embora o ensino continue a ser de carácter transmissivo, o facto das técnicas serem ministradas pelas enfermeiras – monitoras – chefes, os enfermeiros clínicos passam a ter outra postura diferente obrigando-os a alguma libertação em relação aos médicos. (i.d.).

O facto de nesta reforma curricular se terem introduzido novas disciplinas, como é o caso da Psicologia, leva também a uma mudança no objecto de Enfermagem passando a estudar-se o homem em várias vertentes: biológica, psíquica e social. (i.d.)

Em 1965, foi aprovado um novo plano curricular que dá ênfase à formação do aluno enquanto pessoa e enquanto técnico, dando-se relevância à deontologia profissional durante os três anos de curso. Assiste-se a uma viragem na ligação Escola – Hospital, em que são os monitores os responsáveis pelo ensino teórico e prático, e para uma maior articulação teoria – prática, os currículos estão estruturados no sentido de se processarem blocos de teoria seguidos de blocos de prática. Um modelo análogo ao que Formosinho denomina de modelo compartimentado. (i.d.)

No modelo compartimentado, as várias componentes de formação estão separadas, existindo em momentos e espaços distintos. Considera-se que facilmente se transpõe a teoria para a prática, ou seja praticar teoria ou ainda teorizar a prática, não havendo necessidade dos professores se preocuparem com a interacção mútua teoria-prática (BENTO, 1997).

A reforma seguinte reporta-se a 1976. Surge após um período de grande contestação em que as populações estão informadas dos seus direitos no âmbito da Saúde, tendo surgido por decisão política, emergindo uma tendência para os cuidados de saúde primários, sendo criadas várias redes de Centros de Saúde para melhorar a resposta aos direitos dos cidadãos. Esta reforma teve como finalidade criar uma modalidade única de formação base do enfermeiro na qual se pretendia «*Dar uma formação básica polivalente, preparar enfermeiros como agentes de transformação e formar enfermeiros capazes de preparar elementos da comunidade de forma a exercerem junto dela uma “acção primária de saúde”*» (FERNANDES, 1998, p.36).

Esta nova reforma curricular, para além da ênfase que introduz na Saúde e nas Ciências Humanas, dá ao formador a iniciativa de desenvolver com os formandos os novos conceitos de saúde mental, saúde comunitária, pedagogia, gestão e investigação. Neste sentido é dada também ao estudante a possibilidade de intervir no seu projecto de formação, no seu projecto profissional, partindo da sua própria história de vida, como perspectivam Berbaum, Nóvoa e Dominicé, (i.d., 1998).

Ao contrário das metodologias tradicionais, em que a ênfase era colocada nos objectivos a atingir, com esta reforma curricular, foram introduzidas metodologias activas em que o formando intervém na sua própria aprendizagem analisando, reflectindo e desenvolvendo.

De acordo com a autora acima citada, este currículo assemelha-se às características descritas por Ferry e Lesne, no modelo de tipo iniciativo de orientação pessoal, no qual, segundo LESNE (1984), o formando é considerado o sujeito da sua própria aprendizagem, actor social, determinando-se e adaptando-se aos diferentes papéis sociais. Neste modelo, o indivíduo apropria-se a partir das suas experiências anteriores, de forma deliberada.

Também relativamente ao objecto de estudo da Enfermagem, a evidência é colocada no indivíduo na sua globalidade, no qual as competências do enfermeiro, para além do saber fazer, devem conciliar o saber e o saber ser. É nesta fase que surge, pela primeira vez em

Portugal, a introdução do conceito de investigação como produção de conhecimento em Enfermagem (FERNANDES, 1998).

Para a autora, as várias modificações que foram surgindo na prática e no ensino de Enfermagem exigiram a revisão curricular, tendo sido iniciada em fins de 1986. Esta revisão atendeu a alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas semelhantes às de Ensino Superior e que posteriormente vieram a facilitar a integração no Sistema Educativo Nacional.

Neste sentido, o curso de Enfermagem tinha como finalidade formar enfermeiros generalistas, capazes de desempenhar funções previstas pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro, tendo como filosofia central, acreditar «(...) *que faz parte da dignidade de cada ser humano desenvolver plenamente o seu potencial como individuo e a sua capacidade de contribuir para o progresso da sociedade*» (i.d., p.37).

Assim, o plano de estudos previa «*a educação como um processo contínuo, activo e progressivo através do qual o comportamento do individuo é modificado pela aquisição e assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes (...) considerando-se o aluno como um ser único, portador de toda uma variedade de experiências que o ajudarão a participar na vida escolar e na vida profissional*» (i.d., p.37)

Na perspectiva da mesma autora, inicia-se, com este plano de estudos, a implementação do modelo de formação delineado por Lesne, que se caracteriza por ser do tipo iniciativo, de orientação pessoal e o modelo de tipo apropriativo de Ferry, centrado no percurso em que a tónica é colocada no desenvolvimento da personalidade, sendo a aproximação da formação e da prática efectuada por transfert.

A integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Politécnico ocorreu em 1988, através do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro, que veio conferir ao Curso Superior de Enfermagem o grau académico de bacharel com o título profissional de enfermeiro.

A partir da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, cada Escola Superior de Enfermagem ficou com a responsabilidade de criar as suas próprias concepções educacionais e pedagógicas. Foram, no entanto, definidas linhas gerais para o plano de estudos, pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde que apontam para que, cada escola, fundamente a formação em enfermagem, num quadro de referência que permita explicar a prática profissional e seleccionar os conteúdos teóricos e as experiências de aprendizagem que mais se adequem ao perfil profissional que se deseja formar. Este quadro de referência deveria incluir “uma concepção de homem na nossa sociedade, um conceito de saúde, de cuidados de enfermagem à população portuguesa, um conceito de enfermagem, um conceito de formação e uma concepção pedagógica”. (BENTO, 1997, p.69)

A 3 de Setembro, pelo Decreto-Lei nº 353/99, são aprovadas as regras a que está subordinado o ensino de enfermagem, no âmbito do ensino superior politécnico, passando a atribuir o grau de licenciatura na formação de enfermagem, e que de acordo com o Artigo 5º, visa «(...) assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção»

Neste sentido os *curricula* tem mantido as diferenças no que concerne à autonomia de cada Escola Superior de Enfermagem, integradas ou não nos Institutos Politécnicos, possuindo em comum cumprir as normas do documento do Ministério da Saúde - (1997), que refere a importância na aquisição de competências para gerir a centralidade dos valores e princípios fundamentais às respostas aos problemas de saúde no virar do século, e no Decreto-Lei nº161/96 que regulamenta o exercício profissional, apoiando-se também em alguns documentos que definem as competências essenciais ao enfermeiro generalista, como é exemplo o Modelo de aplicação para o marco de competências da CIE, para o enfermeiro generalista (CIE, 2003).

O ensino em enfermagem veio paulatinamente a desenvolver-se numa filosofia construtivista, cuja ênfase é colocada no desenvolvimento pessoal e profissional de todos os que participam no processo, isto é, estudante, docente e enfermeiro. Pretende-se, como

propõem DUFFY (1990), WATSON e BEVIS (1990), valorizar, na formação dos enfermeiros, competências no domínio intelectual, como a análise, a resolução de problemas e o pensamento crítico, visando enfrentar a complexidade das situações, onde cada dia os julgamentos éticos e morais exigem uma reavaliação dos conceitos.

O conceito de competência, como objectivo educacional, tem sido defendido por vários autores como o resultado da aprendizagem experiencial que, tendo em conta os conhecimentos adquiridos, a pessoa consegue “transpor” para a prática apropriando-os à situação exacta. Para ALARCÃO (2001, p.53) *“A competência é hoje em dia, entendida de uma forma holística, pragmática e interactiva. Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes, e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Não se manifesta num aspecto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação”*.

Assim, o desenvolvimento de competências não é encarado como um “treino” de actividades, ou como saber ou, ainda, pelo saber fazer apenas perante uma determinada situação. Como nos refere PERRENOUD (2001, p.6) *“a competência está relacionada com o processo mobilizador ou activador de recursos - conhecimentos, capacidades, estratégias - em diversos tipos de situações e especialmente em situações problemáticas”*. Além de pressupor conhecimentos, a competência não se desenvolve sem aprendizagem e experiência, tornando assim o conhecimento mais relevante.

Para o mesmo autor, a abordagem por competência não acaba com os objectivos. A própria acção do professor e da escola pressupõem objectivos educacionais a atingir, mas afasta a ideia de objectivos comportamentais observáveis.

Na perspectiva de FIGUEIREDO (1996) a escola, para além do dever que tem em promover a aquisição de saberes e competências, deve auxiliar a estruturar a grande diversidade de experiências exteriores, tornando-se num espaço privilegiado para a criação

de valores humanos e de afectividade. Assim fornecerá os contextos e saberes para uma autonomia de sucesso.

Os aspectos referidos anteriormente são essenciais para que as instituições de saúde, face à complexidade de situações, possuam profissionais que consigam responder à diversidade de mudanças que se sucedem no dia a dia, e para isso é necessário que o estudante saiba mobilizar o que aprendeu na escola. Cada um tem de aprender a utilizar os seus saberes para actuar. *«As competências não se ensinam. Só podem ser criadas condições para que estimulem a sua construção»* (PERRENOUD, 2000, p.23).

A preocupação principal deve ser a de formar estudantes para um pensamento reflexivo e uma atitude crítica para a prática de enfermagem, bem como de aplicar conhecimentos teóricos de forma a compreender os objectivos e as funções da enfermagem enquanto actividade profissional. Para isso, devem educar-se os estudantes para que assumam as responsabilidades na melhoria da qualidade de cuidados de saúde e para que enfrentem as exigências das situações de grande complexidade e de rápidas mudanças em curso (MANNINEN, 1998).

É necessário, segundo FIGUEIREDO (1996) que o professor use a sua competência científica e pedagógica e a sua experiência para criar “espaços” de aprendizagem “fecundos”. Identificar dificuldades de aprendizagem, procurar novos contextos para as superar e estruturar as vivências do estudante, num corpo de saber estruturante e operacional. Neste sentido, o professor e os restantes estudantes da aula aprendem, reforçando a coesão e a riqueza do processo. O autor não negligenciou também a componente afectiva do relacionamento professor - estudante, com relevante importância para o desenvolvimento destas competências.

A afectividade criada nesta relação permite uma maior abertura para o desenvolvimento de valores éticos, imprescindíveis na profissão de enfermagem e promove o conhecimento de si próprio imprescindível para se reflectir no cuidar. O professor, adoptando uma atitude e um comportamento de cuidar na relação com o estudante, está a promover que este, mais

tarde, cuide verdadeiramente de uma pessoa com quem mantém uma relação profissional de cuidados.

O ambiente que se cria em sala de aula, “*curriculum oculto*” para SANTOS (2000), utilizando a perspectiva de Bevis e Watson, aparece no modo como o professor ensina, nas prioridades que define, no tipo de método que usa e na forma como interage com os estudantes.

As actividades apresentadas pela autora ao referir Bem-Doy, que devem constituir a formação em enfermagem, assentam na abertura e na aceitação de si e dos outros, na aceitação do direito dos outros a auto-responsabilizarem-se e a tomarem decisões e na responsabilidade para progredir e auto-desenvolver a assertividade.

Para isso, é necessário inculcar no estudante as potencialidades que tem como ser humano, estimulando o espírito reflexivo, orientado para a autonomia pessoal e para a liberdade de pensamento ideológico. Educar para questionar, vendo no estudante um sujeito activo, crítico e reflexivo.

Na perspectiva de ALARCÃO (2001) a reflexão funciona como motor de desenvolvimento profissional e humano. A mesma autora, referindo Bronfenbrenner, define o desenvolvimento humano como o processo pelo qual a pessoa adquire uma concepção mais alargada e diferenciada do ambiente ecológico e se torna motivado e apto a desenvolver actividades para descobrir, manter ou alterar as propriedades desse ambiente. «*É nesta interacção entre a pessoa e a situação que se constrói a personalidade e o profissionalismo*» (i.d., p.55). Os sinais provenientes das situações, mobilizadoras de conhecimentos e capacidades cruzam-se. Interpenetram-se a percepção e a intuição, sentimento e raciocínio, imaginação e memória. Todos estes processos são mobilizados pelo “motor central” que é a vontade, (Mulligan citado por ALARCÃO, 2001).

A aprendizagem experiencial, baseada no contacto directo com a realidade e na capacidade de agir, bem como na reflexão e na construção da “teoria prática” profissional (sistema

integrado, em permanente evolução de conhecimentos, experiências e valores próprios de cada um) constituem, para ALARCÃO (2001), a formação reflexiva que deve constituir a base da educação em enfermagem, tendo em conta a natureza das funções do enfermeiro e a natureza do conhecimento profissional.

BENNER (2001), uma das defensoras da aprendizagem experiencial em enfermagem, apresenta o modelo Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências. Este modelo explica que, logo que o estudante adquire e desenvolve competências, vai progredir em cinco níveis de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspectos de execução de competências:

1. Acontece o movimento de um paradigma em que o indivíduo depende de princípios abstractos, para um paradigma onde as experiências passadas são utilizadas.
2. Assiste-se ao movimento de uma percepção da situação como sendo uma compilação de factos de igual importância, para uma percepção global onde certos elementos têm maior relevância.
3. Passa-se da posição de observador desligado para uma posição de executante empenhado.

Já em 1984, para KOLB, a aprendizagem experiencial era definida como um processo transformador da experiência no decorrer do qual se dá a construção de um saber:

1. Experiência concreta;
2. Observação e reflexão;
3. Formação de conceitos abstractos e generalizações;
4. Experimentação activa das implicações dos conceitos em novas situações.

A experiência pressupõe uma actividade intelectual intensa, podendo ser transformada em conceitos, que por sua vez, servem de guias para novas experiências e assim confere um carácter cíclico à aprendizagem. Considerando um novo paradigma, é fundamental, então, a perspectiva construtivista que, segundo Arends, citado por SILVA (2000, p.40), reforça

que «o conhecimento é algo pessoal e o significado é construído pela pessoa em função da experiência».

Neste sentido, concordamos com MAGÃO (1992) quando nos refere que a reflexão sobre o ensino de enfermagem é fundamental, dado o impacto que tem sobre o processo de socialização profissional e, ainda, com DUBAR (1997) quando, ao referir-se ao mesmo assunto, afirma que a lógica da aprendizagem e a lógica das estruturas, intrínsecas aos diversos tipos de saberes, subjacentes às práticas profissionais, podem constituir factores condicionantes desse processo, devendo existir congruência entre a aprendizagem iniciada nas escolas e a que, por processos de integração profissional, se possibilita nas instituições hospitalares.

1.4- PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

A socialização pode definir-se como um processo pelo qual as pessoas aprendem a converter-se em membros de uma sociedade ou, ainda, como o processo mediante o qual as pessoas aprendem as normas sociais que definem as relações que elas estabelecem. (KOZIER *et al*, 1992), citando Berger y Berguer, Tepperman y Richardson.

Neste contexto, a socialização é encarada como um processo ao longo do qual cada indivíduo constrói o seu saber, durante toda a vida, onde se incluem os saberes laicos, os saberes profissionais, e dentro destes o saber ser, saber estar, saber fazer e saber viver em conjunto.

Na opinião de KOZIER *et al* (1992), a aprendizagem dos valores culturais é, em grande medida, um processo estruturado e inconsciente, assimilado mediante o que os membros de um grupo cultural dominante possuem como valores e condutas de cultura.

As abordagens culturais e funcionalistas da socialização acentuam uma característica essencial da formação dos indivíduos: «(...) esta constitui uma incorporação dos modos de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, da sua visão do mundo e da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais, assim como das suas crenças íntimas» (DUBAR, 1997, p. 79). Quer se trate de um grupo de origem ao qual pertenceu desde a infância ou de um grupo exterior no qual quer integrar-se, o indivíduo socializa-se, interiorizando valores, normas, disposições que o tornam um ser socialmente identificável (i.d.).

Esta perspectiva é considerada pelo mesmo autor como reducionista, uma vez que reduz a socialização a uma qualquer forma de integração social ou cultural unificada e muito enraizada num condicionalismo inconsciente. Assim, aceita-se que cada indivíduo procure adaptar-se à cultura do grupo e reproduza as tradições culturais, ou ainda optimize as riquezas e as posições de poder segundo o tipo de sociedade no qual se encontra.

Ao opinar sobre a perspectiva funcionalista da socialização, MESTRINHO (2001) refere que é durante o período de formação o momento ideal da socialização profissional, que a profissão assegura o controlo dos seus membros, iniciando-os na sua nova cultura, perpetuando os valores.

Outras perspectivas não admitem este pressuposto unificador, colocando a interacção e a incerteza no seio da realidade social. A *perspectiva interacionista* evidencia o estudo da interacção indivíduo – meio. A socialização primária, que o indivíduo consegue durante a infância ou mesmo até à idade adulta, entra em interacção com a socialização secundária, podendo provocar diversas transformações que podem ou não levar a crises de legitimidade dos diversos saberes (DUBAR, 1997).

Nesta perspectiva, o indivíduo não é considerado “tábua rasa” aquando do momento de socialização profissional, ou secundária. O desencadear de uma socialização secundária em ruptura com a socialização primária é associado a dois tipos de situações distintas: a primeira situação pode acontecer quando a socialização primária não foi conseguida, e

neste caso a socialização secundária permite construir uma identidade mais consistente; a segunda situação acontece quando as identidades anteriores se tornam problemáticas, onde as identificações aos outros significativos se tornam débeis, ou inexistentes, e onde se criam “mercados dos mundos disponíveis”, acompanhados por uma consciência geral de relatividade de todos os mundos. (i.d.).

Esta última situação é comum em contextos socioestruturais, com uma mobilidade acentuada, com uma transformação da divisão do trabalho e da distribuição social dos saberes. É nestas situações que a questão da socialização secundária se torna um problema essencial, colocado pela transformação do trabalho, dos saberes e das relações sociais. Neste caso, não é identificado o facto de poder ter existido insucesso na socialização primária, mas sim às pressões exercidas sobre os indivíduos para modificarem as suas identidades e as tornarem compatíveis com as mudanças em curso. (i.d.)

Na perspectiva interacionista da socialização, não se considera que a socialização secundária possa apagar totalmente a socialização primária. Em condições institucionais bem precisas pode transformar uma identidade “especializada” numa outra muito diferente. «Impõe-se precisar que relações unem a identidade “geral” (e o mundo correspondente) vinda da socialização primária e as entidades “especializadas”(e os “mundos” associados) construídas, desconstruídas e reconstruídas no decurso da socialização secundária» (i.d.; 98)

Todavia KOZIER *et al* (1992) são da opinião de que a socialização profissional é uma parte importante da socialização adulta, e que as entidades do trabalho das pessoas podem ser uma das partes importantes das suas identidades sociais, e que amiúde são julgadas pela forma como exercem o seu trabalho e pelo êxito que tem.

As mesmas autoras apresentam vários modelos de socialização profissional. Optamos por apresentar o modelo de Hinshaw, por nos parecer mais simples relativamente ao contexto que queremos desenvolver. Assim, segundo Hinshaw, o modelo de socialização consiste em três fases:

– Fase I - *Transição das expectativas antecipadas do papel para as expectativas do papel do grupo social*. Durante a primeira fase, os indivíduos trocam as suas imagens do papel passado, dos conceitos antecipados para as expectativas das pessoas que lhes estão a estabelecer as normas. Admite-se que os indivíduos possuem já papéis e valores que aprenderam e que os ajudam a evoluir para novos papéis. Os indivíduos estão activamente implicados no processo de socialização, optando por aprender as expectativas do novo papel e integrar-se no processo de socialização;

– Fase II - *vínculo com as pessoas significativas/incongruências de qualificação*. Nesta fase os iniciados vinculam-se com pessoas significativas do sistema e ao mesmo tempo identificam situações que são incongruentes entre os seus papéis anteriores e os desempenhados por essas pessoas significativas.

O autor evidencia a importância dos modelos de professores, ou tutores, ou mesmo os *currícula* estarem em acordo com as práticas institucionais. Esta fase pode levar a fortes reacções emocionais e a conflitos, onde a resolução passa pela existência de pessoas, modelos que possuam condutas adequadas e que manifestem como podem integrar-se nos sistemas em conflito de normas e valores;

– Fase III - *Integração dos valores/ condutas de papéis*. Nesta fase final o indivíduo integra os valores do novo papel. O grau de integração é variável e pode fazer-se a três níveis:

- 1) Cumprimento - a pessoa demonstra a conduta experimentada, para conseguir reacções positivas nos outros, mas não integrou os valores. A conduta de cumprimento pode quebrar-se quando não provoca respostas positivas;
- 2) Identificação - a pessoa adopta selectivamente condutas que considera aceitáveis. A pessoa pode aceitar só condutas esperadas em vez de valores. A conduta de identificação geralmente muda ao mudar o modelo de papel;
- 3) Integração - A pessoa crê e aceita as normas do novo papel. As normas são uma parte do próprio sistema de valores da pessoa.

Outro modelo, já anteriormente referido, de socialização profissional, é apresentado por BENNER (2001), quando utiliza, no seu estudo "De Iniciado a Perito", o modelo Dreyfus de aquisição de competências para a prática de enfermagem, onde descreve cinco níveis de perícia:

Nível 1: Iniciado – um iniciado pode ser um estudante de enfermagem ou qualquer enfermeiro sem experiência, caracterizando-se por apresentar uma conduta limitada a normas;

Nível 2: Iniciado avançado – encontram-se neste nível enfermeiros cuja conduta nem sempre é aceite como a mais correcta, por não ter experiências reais suficientes para dar conta dos aspectos mais significativos;

Nível 3: Competente – este estágio é manifestado em enfermeiros que trabalham no mesmo serviço, ou em serviços similares, durante pelo menos três anos, caracterizando-se por demonstrar capacidades organizativas, embora necessitem ainda de rapidez e flexibilidade nas intervenções. Conseguem estabelecer prioridades nos cuidados, planeando e coordenando múltiplas e complexas intervenções;

Nível 4: Proficientes – os enfermeiros que se encontram neste nível apresentam condutas que se caracterizam pela percepção de situações globais, centrando-se nos objectivos a longo prazo, numa perspectiva holística que leva à tomada de decisões avançadas, utilizando máximas como guias;

Nível 5: Perito – é o último nível e caracteriza-se pela intuição que os enfermeiros possuem em cada situação, centrando-se na área correcta de resolução de problemas. A percepção e a capacidade de reconhecimento são muito desenvolvidas.

Em ambos os modelos apresentados, a socialização é considerada como um processo longitudinal, contínuo, interactivo e permanente o que justifica como refere MAGÃO (1992), que o meio educacional deva proporcionar aos estudantes as aprendizagens de competências iniciais para a prática profissional, sendo estas posteriormente desenvolvidas ou modificadas no decurso da educação permanente e da necessidade de mudança de funções.

No mesmo sentido, «*A formação dos enfermeiros não se organiza baseada em noções aprioristicamente formadas e em conceitos de anterioridade aos próprios processos. Decorre em contextos específicos – as unidades de saúde e as escolas, e a relação que nestes e com estes se é feita de oportunidades estratégicas (...)*» (COSTA, 1998; p.15), que consolidam alguns princípios de intervenção profissional no decurso do processo de socialização.

Sendo no começo da formação inicial dos enfermeiros que se desencadeia o processo de socialização profissional, e que se considera que o individuo inicia o seu projecto individual na profissão, são necessárias, segundo CROZIER e FRIEDBERG (1977), estratégias de acção para que se preserve as essências desse projecto, determinando que o mesmo se mantenha em consonância com o que foi relevante para o individuo, tendo em conta a sua vontade e o que o próprio contexto lhe impõe.

Assim a articulação escola/prática torna-se um imperativo, uma vez que, para os mesmos autores, o postulado básico da teoria de acção estratégica se baseia no facto de que todos os actores estão dotados de uma margem de liberdade e racionalidade que utilizam nas suas acções e cujos limites são determinados pelo sistema onde vão fazer parte, muito embora, esse mesmo sistema seja sempre um campo de acção que se pode modificar pela acção colectiva dos actores.

Na mesma lógica, o percurso de formação dos enfermeiros tomará sentido com as teorias de acção que defendem ARGYRIS e SCHÖN (1974), sustentadas para a reflexão na e sobre a acção, e não na reprodução de atitudes desprovidas de pensamento lógico, que não facilitaria a integração profissional, no sentido do desenvolvimento de capacidades cognitivas e reflexivas como exigem as situações da prática.

A integração à vida profissional nas instituições hospitalares deve ser acompanhada por profissionais peritos, como refere BENNER *et al* (1995), em que os enfermeiros recém formados sintam segurança e consigam com eles reflectir nas acções concretas, dando-lhes

sentido e articulação da teoria com a prática que só por meio da reflexão se consegue realizar.

Ainda a mesma autora recomenda espaços de reflexão, onde os enfermeiros recém formados possam fazer narrativas de situações concretas da prática, aos enfermeiros que os acompanham na integração profissional, uma vez que a escola lhes fornece as referências a nível de conteúdos, mas não de autonomia a nível de decisões, constituindo a decisão do caminho mais correcto e mais seguro uma dificuldade para um recém-formado, tornando-se necessário discutir em equipa.

1.5- PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Desde sempre que as práticas de cuidados se têm orientado em função de conhecimentos, valores e crenças que tem evoluído a par do desenvolvimento social, científico e tecnológico na esfera actual. No entanto a visibilidade das práticas nos contextos reais de trabalho nem sempre reflectem esse desenvolvimento, prevalecendo a ideia de que alguns factores podem estar na base dessa invisibilidade, constituindo os *curricula* escolares, os modelos de formação e socialização profissional, elementos chave na construção e produção de cuidados.

Os saberes necessários na construção dos *curricula* têm-se orientado no sentido da produção de cuidados se fundamentar em modelos de enfermagem, de forma a ultrapassar o ritualismo do trabalho baseado em cumprimento de tarefas prescritivas, em que o doente não é visto como pessoa unitária, mas sim como parte de um todo.

Assim, os conceitos centrais onde assentam os *curricula* actuais tendem a integrar o paradigma da transformação que, para KEROUAC *et al*, (2001), têm subjacente o cuidar na intervenção de enfermagem e os modelos de formação para a competência. A ênfase é colocada no desenvolvimento pessoal e profissional de todos os que participam no

processo, isto é, estudante, docente e enfermeiro. A valorização da formação, no domínio da competência, no domínio intelectual e pensamento crítico, visa que, os futuros profissionais consigam, da melhor forma, enfrentar a complexidade das situações, onde cada dia os julgamentos éticos e morais exigem uma reavaliação dos conceitos

Estes modelos de formação e socialização profissional, que apontam para um papel directivo e responsável no desenvolvimento do estudante, nem sempre se têm revelado congruentes com os modelos de cuidados que se encontram nas práticas.

Neste sentido e preocupados com esse desfasamento, foi nossa inquietação perceber como é que os enfermeiros recém-formados constroem a sua prática de cuidados, e analisar o papel dos diferentes intervenientes, acreditando que a evolução conceptual que tem ocorrido em enfermagem, poderia aproximar as práticas reais às idealizadas.

Como refere MESTRINHO (2001, p.13) «*Os momentos específicos da transição, qualquer que seja a esfera da vida social, são geradores de incertezas, inseguranças ou angústia, e nenhum dispositivo de formação pode camuflar essa realidade, mas pode, no entanto, ajudar a proporcionar a construção de estratégias facilitadoras de integração*».

A partir daqui, definimos a nossa finalidade: *compreender a construção das práticas de cuidados dos enfermeiros recém-formados a partir da descrição das suas experiências, ao longo da produção das mesmas.*

Assim sendo, tendo em conta toda a complexidade existente nos contextos da prática, quer por normas informais e formais pré-estabelecidas, quer pela diversidade de situações que encontram e que os obriga a dar resposta de forma responsável, a questão inicial, conduziu-nos à formulação de outras questões:

- *Como organizam os enfermeiros recém-formados, a sua prática de cuidados?*
- *Como perspectivam, os enfermeiros recém-formados, o seu papel na prática dos cuidados?*

- *Que dificuldades sentem os enfermeiros recém-formados, quando iniciam a prática profissional?*
- *Que percepção têm do seu papel, enquanto enfermeiros numa unidade de cuidados?*
- *Que concepções de enfermagem possuíam, antes de entrar no curso? E depois, durante o curso, que concepções desenvolveram?*
- *Quais os contributos da escola e da prática na construção dos cuidados? Que relações estabelecem entre a forma como orientam os cuidados e a formação que tiveram durante o curso?*
- *Quais os recursos existentes no serviço, e a sua influência na construção da prática de cuidados?*

Todas estas questões nos confirmaram o objecto do nosso estudo – *A construção das práticas pelos enfermeiros recém-formados: experiências e vivências em contexto de trabalho.*

Temos como objectivos principais:

- *Analisar o processo de construção de cuidados;*
- *Perceber o papel dos diferentes intervenientes à sua construção.*

1.6 -VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

A estrutura do relatório é composta por quatro capítulos. No primeiro apresentámos a contextualização do estudo, onde enquadrámos a problemática e os conceitos centrais do fenómeno. Assim o enquadramento teve por base, a evolução e desenvolvimento das práticas, desde o senso comum à cientificidade, o ensino de enfermagem em Portugal e a influência do processo de socialização para o desenvolvimento profissional. Constituirá

ainda neste capítulo a explicitação da justificação, finalidade do estudo, objectivos e questões orientadoras.

No segundo capítulo apresentaremos o estudo empírico: a estrutura metodológica, de que fazem parte a selecção dos participantes e do contexto em estudo, o processo de recolha das descrições dos participantes, o acesso ao campo e os aspectos éticos considerados no estudo e ainda o processo de análise dos dados.

No terceiro capítulo, a análise descritiva e interpretativa das unidades temáticas, e a discussão dos resultados em conformidade com o enquadramento da problemática em estudo

No quarto e último capítulo a conclusão do trabalho, onde são apresentados os aspectos que mais se evidenciaram, algumas sugestões, com possíveis implicações no âmbito da prática e do ensino de enfermagem, bem como outros estudos considerados relevantes.

CAPITULO 2 - PLANEAMENTO DO ESTUDO

Neste capítulo pretendemos explicitar todos os procedimentos efectuados e as justificações para a sua escolha. Apresentaremos a estrutura metodológica, com as opções que fizemos em termos de tipo de estudo, selecção dos participantes e contextos, processo de recolha das descrições dos participantes e processo de análise de dados.

2.1- ESTRUTURA METODOLÓGICA

A escolha da metodologia teve em conta os diversos factores que, para LAKATOS e MARCONI (1992), devem estar relacionados com a própria pesquisa, com a natureza dos fenómenos, com objecto da pesquisa e com os recursos disponíveis.

Pretendemos, a partir das descrições das experiências e vivências dos enfermeiros recém-formados, em contexto de trabalho, analisar o processo de construção de cuidados dos enfermeiros recém-formados e perceber o papel dos diferentes intervenientes na sua construção.

A evolução social e humana reflectida na visão dos paradigmas que orientam a disciplina de enfermagem, tornou a investigação qualitativa uma poderosa ferramenta para a análise dos fenómenos, uma vez que, como nos refere DE LA CUESTA (1997), a metodologia qualitativa permite-nos uma abordagem global das situações sociais, no sentido de as descrever e compreender de forma indutiva, que para nós se traduz na possibilidade de compreender as realidades sociais das pessoas, as suas experiências, as suas perspectivas, os seus comportamentos e ainda as suas culturas.

Ainda de acordo com STREUBERT e CARPENTER (2002, p.5), quando nos referem que «O conhecimento estético é a arte de enfermagem. A compreensão e a interpretação da experiência subjectiva e o desenvolvimento criativo dos cuidados de enfermagem baseiam-

se numa apreciação da expressão subjectiva», e atendendo a que a investigação qualitativa, segundo as mesmas autoras, apela ao reconhecimento dos padrões de um fenómeno em desfavor da explicação de factos controlados e generalizados, não nos deixa dúvidas de que optar por este paradigma qualitativo, nos irá trazer contributos desejáveis quer para atingir os objectivos do nosso estudo, quer ainda para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Dentro do paradigma qualitativo, entendemos que a nossa investigação se enquadra num estudo exploratório uma vez que nos encontramos a efectuar uma primeira aproximação ao objecto de estudo, sobre o qual existe pouca investigação feita em Portugal.

De acordo com os objectivos e as questões que foram enunciadas direccionámo-nos para uma metodologia que visasse a compreensão do fenómeno, no sentido de o descrever, a partir da sua análise e interpretação.

As características referidas, podem ser encontradas numa metodologia de orientação predominantemente fenomenológica, onde é exigido a pesquisa do todo integrado. «*A perspectiva holística e o estudo da experiência, tal como é vivida servem de alicerces para a pesquisa fenomenológica*» (STREUBERT e CARPENTER, 2002, p.64).

O poder intuitivo que nos possibilita a compreensão ou interpretação do significado ou significados do fenómeno, como o perspectiva Husserl, fundador da corrente fenomenológica Alemã, é para POLIT e HUNGLER (1995) um método de pensamento sobre as experiências de vida que nos permite, segundo BOGDAN e BIKLEN (1994), compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos, os sujeitos em estudo.

Ainda GIORGI (1985), esclarece que o método fenomenológico se destina a pesquisas sobre fenómenos humanos, tal como são vividos e experienciados, através de descrições dos sujeitos que experienciaram os fenómenos em estudo.

Para descrever o universo «perceptual» das pessoas que vivem a experiência da prática de cuidados, procuramos uma aproximação a essa(s) prática(s) através das palavras dos participantes (FORTIN 1999).

2.1.1- Participantes e contexto do estudo

A escolha dos participantes, não foi aleatória, fez-se «(...) *por meio de critérios de selecção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar*» (FORTIN, 1999, p.149). Por esta razão, os critérios que estabelecemos para a selecção dos participantes foram:

- Enfermeiros recém-formados com tempo de serviço entre 6 meses e 3 anos;
- Enfermeiros a trabalhar no serviço há pelo menos 6 meses.

Estes critérios parecem garantir-nos já um tempo médio de socialização na equipa e integração no serviço e um tempo máximo que nos salvaguarde o papel da formação inicial, enquanto factor de concepção de cuidados e interveniente do processo de construção da prática.

Seguidamente, surge-nos a questão: que instituições e/ou serviços nos darão uma melhor oportunidade de descrever e analisar o fenómeno em estudo? A resposta que encontramos para esta questão foi o hospital, enquanto instituição de saúde, onde acedem a maioria dos enfermeiros recém-formados para exercer funções, e como unidade, os serviços de Medicina, quer pela variedade de experiências que possibilita ao campo de enfermagem, nas interacções enfermeiro/utente, quer pela oportunidade que facilita aos intervenientes do estudo de produzir relações com os diversos técnicos de saúde que compõem a equipa pluridisciplinar.

Apoiados na questão da acessibilidade, acedemos a dois hospitais gerais do centro do país. Num deles, procedemos à primeira fase do estudo que teve como objectivo «treinar» a

técnica de colheita de dados que, neste caso se optou pela entrevista e aproximarmo-nos do fenómeno, como nos aconselha FORTIN (1999).

Para este estudo preliminar, foram efectuadas quatro entrevistas que não foram analisadas nem transcritas, foram apenas ouvidas repetidas vezes, para nos darmos conta do que questionamos e de como tínhamos questionado, o que nos permitiu desenvolver capacidades técnicas e pessoais, como também nos permitiu prever o tempo médio de cada entrevista.

O estudo propriamente dito, foi efectuado noutra dos hospitais gerais, em todos os serviços de Medicina e a todos os enfermeiros que possuíam as características que traçamos como integradoras dos participantes, tendo sido um total de 12 elementos. Destes, 2 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino, todos com grau académico de licenciatura em enfermagem.

Este hospital, onde realizámos o estudo, tem algumas características que o distinguem de outros hospitais gerais nomeadamente, ter como missões¹ principais: assegurar uma prestação de cuidados gerais diferenciados e especializados, de natureza preventiva, curativa e de reabilitação, a toda a população da área de abrangência da ARS do Centro, articulando-se com a unidade funcional de Coimbra Norte; como unidade altamente diferenciada em cirurgia cardíaca, unidade de transplantes, neurocirurgia, cirurgia vascular, unidade de queimados e unidade de tumores líquidos e ósseos, à população de todo o território Nacional incluindo PALOP; e ainda desempenhar funções de investigação, de ensino médico, de enfermagem e paramédico.

Ainda, a *missão* do serviço de enfermagem nesta instituição, é assegurar cuidados e serviços de enfermagem e de acção médica, de forma personalizada, global, sistematizada, contínua, com garantia de qualidade, cuidando na dependência, promovendo a saúde e a integração social, de encontro com a satisfação das necessidades e expectativas dos vários autores.

¹ Todos os dados utilizados para caracterizar a instituição foram recolhidos no Plano Estratégico da Direcção do serviço de enfermagem 1998/2000 onde realizámos o estudo.

Também como *visão* atingir um nível de excelência, de serviços e cuidados de enfermagem, de acordo com a Política Nacional de Saúde e a Cultura Institucional, pela resposta eficaz, eficiente e efectiva às necessidades e expectativas dos clientes e internos do serviço de enfermagem.

Os *princípios* por que se rege são principalmente: partilha e desenvolvimento da cultura institucional, pelo entendimento da sua visão, Missão e filosofia de intervenção; cuidados e serviços de enfermagem, como parte integrante do processo global de cuidados de saúde; organização científica e individual, do processo de cuidados, com envolvimento do cliente; garantia de qualidade, num processo sistemático, organizado e contínuo de avaliação e análise crítica; melhoria contínua dos cuidados e serviços, contratualização de cuidados e serviços com recurso a indicadores de produtividade, eficiência e qualidade, com vista à acreditação de serviços; cidadão como centro de decisão respeitável.

A organização e prestação de cuidados e serviços de enfermagem é baseada no modelo conceptual de Virgínia Henderson, e no método individual de organização de cuidados.

Relativamente aos contextos concretos do estudo, os serviços de medicina desta instituição encontram-se divididos em quatro, dois deles acolhem doentes de ambos os sexos, Medicina I e Medicina II, e os outros dois serviços encontram-se divididos em Medicina III Mulheres e Medicina III Homens. A lotação de cada serviço é de 33 camas.

No Quadro 1 podemos observar a taxa de ocupação e a demora média, em dias de internamento, nos diferentes serviços durante os meses de Maio e Junho de 2003. Pela análise da mesma, conclui-se que a média da taxa de ocupação, do conjunto dos serviços de medicina, é de 86, 41% e demora média de 9, 49 dias.

Quadro 1- Taxas de ocupação e demora média dos serviços de Medicina.

SERVIÇOS	TAXA DE OCUPAÇÃO	DEMORA MÉDIA (Dias)
MEDICINA I	84,13%	11,03
MEDICINA II	88,33%	8,58
MEDICINA III Mulheres	87,10%	8,94
MEDICINA III Homens	86,06%	9,38

Fonte: Serviço de estatística da unidade hospitalar. Processo de contratualização de recursos humanos

A estrutura física dos serviços de medicina é semelhante, sendo a lotação de cada unidade de internamento é de 33 camas distribuídas por 6 quartos individuais, 7 quartos com 3 camas 1 quarto com 6 camas, cada um dos quais com quarto de banho incorporado. Como unidades de apoio existem: uma copa, uma sala de refeições, um gabinete médico, um gabinete de secretariado clínico, um gabinete de enfermagem, um gabinete para o enfermeiro(a) chefe, um gabinete para preparação da terapêutica, uma sala de tratamentos, duas arrecadações (uma para roupa, outra para material esterilizado), dois vestiários (um para homens, outro para mulheres), uma sala de sujos, uma casa de banho com banheira e dois chuveiros.

A disposição das diferentes unidades de apoio e dos quartos dos referidos serviços faz-se conforme a localização da unidade de internamento, no edifício central, sendo distribuídos à esquerda ou à direita, ao longo de um corredor; onde de um lado se encontra a sala de refeição, em frente a copa, posteriormente os gabinetes de secretariado clínico, médico, enfermeiro(a) chefe e vestiários, seguidamente os quartos individuais, localizados perto do gabinete de enfermagem, e da sala de preparação de terapêutica, onde existe um balcão de atendimento que dá acesso às duas (sala de preparação de terapêutica e gabinete de enfermagem) e se encontra a meio do corredor. Seguem-se os quartos de 3 camas e ao fundo do corredor, o quarto de 6 camas e os quartos-de-banho. As restantes unidades de apoio situam-se aleatoriamente em cada serviço, por exigência de acessibilidade.

O número de enfermeiros em cada serviço é, em média, de 20 elementos, incluindo o(a) enfermeiro(a) chefe, dois enfermeiros especialistas, nomeadamente um de reabilitação, que dá apoio a duas unidades de internamento, enfermeiros graduados, enfermeiros em Contrato Administrativo de Provisamento e ainda enfermeiros em Contrato a Termo Certo.

A distribuição dos enfermeiros é feita, normalmente, do seguinte modo: seis enfermeiros no turno da manhã, dois no turno da tarde e dois no turno da noite, sendo que, dos seis enfermeiros que se encontram distribuídos no turno da manhã, dois encontram-se em actividades de coordenação/gestão e apenas quatro em cuidados directos.

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída em média por oito elementos sendo, igualmente, a sua distribuição feita por turnos: no turno da manhã três auxiliares, no turno da tarde um e no turno da noite, também um, que apoia dois serviços, escalado alternadamente por cada serviço. Cabe ao enfermeiro chefe gerir os recursos humanos de enfermeiros e auxiliares de acção médica, procedendo à sua distribuição.

As equipas médicas são constituídas por especialistas e internos das especialidades de Medicina interna, Reumatologia, Endocrinologia, etc., conforme o tipo de valências em cada unidade. Em cada uma pode existir mais do que um chefe de serviço e equipas chefiadas por especialistas.

A necessidade de enfermeiros é calculada com base no sistema de classificação de doentes, de acordo com a tabela 2, cujos dados reflectem a média diária das horas de cuidados necessárias e as horas de cuidados prestados, durante os meses de Maio e Junho de 2003. Conclui-se que, em média, os doentes dos serviços de medicina necessitam de 3,36 horas de cuidados de enfermagem por dia, e que apenas foram fornecidas 2,40 horas, o que leva a um défice em horas de cuidados.

Quadro 2- Horas de cuidados necessários e horas de cuidados prestados nos serviços de Medicina.

SERVIÇOS	HORAS DE CUIDADOS NECESSÁRIOS/ DIA	HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS
MEDICINA I	3,50	2,55
MEDICINA II	3,14	2,65
MEDICINA III Homens	3,78	1,98
MEDICINA III Mulheres	3,00	2,40

Fonte: Serviço de estatística da unidade hospitalar. Processo de contratualização de recursos humanos.

2.1.2- Processo de recolha de informação

Como já referimos, a técnica utilizada para recolha de informação foi a entrevista. A opção por esta técnica teve em conta os objectivos do estudo, o tipo de pesquisa e ainda a metodologia subjacente. Ao pretendermos analisar o processo de construção das práticas dos enfermeiros recém-formados, no seu contexto de trabalho, as suas vivências como actores na produção de cuidados, concordámos com o que nos refere DE LA CUESTA (1997), que as pessoas que vivenciam as situações são os informantes privilegiados, pelo conhecimento que possuem da sua realidade.

A nossa atenção incidiu sobre a realidade tal como ela é percebida por eles, tentando, através dos seu discursos, efectuar uma descrição a partir dos factos, (TRIVIÑOS, 1995). Este tipo de experiência, não pode ser percebida imediatamente, pois, muitos acontecimentos, constituem factos passados, que só por meio da reflexão pode ser entendida (VAN MANEN, 1994).

Embora as entrevistas não fossem estruturadas, ou uniformizadas, pois não obedeceram aos critérios indicados por FORTIN (1999), de que o investigador exerce o máximo de controlo sobre o conteúdo, em que a formulação das questões, bem como a sequência delas foi determinada previamente com questões fechadas, utilizámos um guião da entrevista, com os grandes temas que pretendíamos explorar. Para cada um deles, colocamos algumas questões orientadoras de resposta aberta que, com o decorrer da entrevista, muitas vezes foram emergindo, dando origem a outras que, embora dentro dos temas, não foram antecipadamente previstas, acontecendo que, em dados momentos e contextos foram surgindo, o que veio a enriquecer o conteúdo dos dados.

Por meio da entrevista semi-estruturada, conseguimos perceber como é que os actores concebem os seus mundos e como é que explicam essas concepções (GOETZ e LeCOMPTE, 1988). As questões de investigação orientaram o processo de entrevista, como preconiza VAN MANEN (1994), e a construção do guião que utilizamos, para assegurar que os objectivos fossem atingidos.

A entrevista semi-estruturada, permitiu-nos os mesmos pontos de referência para todos os intervenientes, não limitando as respostas, possibilitando uma certa liberdade, e ao mesmo tempo um à vontade entre o pesquisador e o entrevistado, como se pretendia para este tipo de estudo.

O acesso ao campo de pesquisa fez-se inicialmente por um pedido formal, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital, onde foram descritos o tipo de estudo, os objectivos do estudo e a estratégia de colheita de dados. Anexo a esse documento foi um guião da entrevista.

Depois de obtida a autorização, contactámos com os enfermeiros chefes dos serviços de medicina, onde lhes foi dado a conhecer todos os elementos acima mencionados, explicada a nossa motivação pelo estudo e ainda a razão da opção pelos respectivos serviços. Foi pedida a colaboração para identificar os participantes, tendo em conta os critérios de selecção, bem como a possibilidade de marcar os primeiros encontros.

Aquando do primeiro encontro com cada um dos participantes, para além de terem sido informados da questão de investigação, dos objectivos do estudo, da sua inclusão enquanto principais elementos, foi dada a conhecer a técnica de colheita de dados com gravação, garantida a confidencialidade e o anonimato. Foi aqui também a altura em que acordámos a hora e o dia, tendo-lhes sido pedido para que fosse fora do horário de serviço, o que quase sempre foi cumprido, tendo-se realizado geralmente ou antes de iniciar o turno da tarde ou depois do turno da manhã.

O local foi sempre por opção dos participantes o próprio serviço, variando desde o gabinete que alguns chefes de enfermagem nos disponibilizaram, ao gabinete de enfermagem, sala de reuniões dos médicos e mesmo locais de vestiário, o que apesar da diversidade, possibilitou um diálogo aberto, sem constrangimentos e sem interrupções.

Desde o primeiro momento de entrada em campo, sentimos aceitação por todos os elementos, quer dos possíveis participantes, quer dos enfermeiros chefes, quer ainda do enfermeiro director, tendo-nos sido referido por alguns, que era com todo o gosto que participavam, achando interessante a nossa preocupação enquanto enfermeira e agora docente de nos termos lembrado deste problema que tanto os questiona e em terem sido contemplados no estudo, o que nos facilitou a entrada informal nos campos de investigação sempre que o desejámos.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de Maio e Junho de 2002, com a duração média de 45 minutos. Foi nossa preocupação, desde o primeiro encontro, manter a informalidade, quer quanto à apresentação pessoal, quer no decorrer das questões, com discurso apropriado ao estabelecimento de uma relação empática que favorecesse a confiança e o avontade para as descrições, tão sinceras quanto o possível.

Quer ao iniciarmos as entrevistas, quer no desenrolar delas, sentimos a necessidade de desenvolver todos os elementos humanos que nos permitissem um ambiente de simpatia, de confiança, de lealdade e de harmonia, factores essenciais para atingir a máxima profundidade do participante sobre o fenómeno em estudo (TRIVIÑOS, 1995).

Tentamos que os entrevistados nos expressassem as suas práticas, em torno do como fazem, colocando-os na sua própria acção, o que permitiu perceber como concebem os seus mundos e como explicam as suas concepções (GOTTEZ e LeCOMPT, 1988).

Os participantes relataram as suas práticas, os constrangimentos, as suas representações face à profissão, as suas preocupações profissionais e pessoais, e ainda, propostas de mudança na prática de cuidados e na formação em enfermagem.

No decorrer das entrevistas procurámos que as narrativas partissem dos entrevistados, limitando o nosso papel à estimulação do diálogo através da escuta activa e clarificação de ideias.

A conversação que se concretizou em diálogos informais, levou-nos para além das questões que inicialmente tínhamos previsto, o que para nós foi muito enriquecedor, tendo em conta o carácter descritivo e interpretativo que pretendíamos para a análise dos dados.

Ao terminar cada entrevista, agradecemos a colaboração imprescindível ao estudo, e deixámos o pedido de uma nova entrevista se fosse necessário, para esclarecer melhor o que pudesse ter ficado menos explícito ou ainda, para responder a qualquer imprevisto relacionado com a tecnologia que estávamos a utilizar, o gravador de áudio. Numa das entrevistas surgiu mesmo um problema de som tendo sido necessário recorrer de novo ao mesmo método para repetir uma pequena parte da entrevista, o que foi aceite sem qualquer manifestação de desagrado.

Posteriormente à realização das entrevistas, procedemos à sua transcrição num programa de processamento de texto, «Winword» tendo sido atribuído um número a cada uma pela ordem da sua realização, sem qualquer tipo de sistematização, por serviço onde foram colhidas, uma vez que não era nossa preocupação encontrar diferenças, mas sim diversidade de experiências.

Depois de transcritas as entrevistas, fomos ouvi-las novamente, para verificar se a transcrição estava de acordo com o conteúdo gravado, pedindo a um elemento externo à investigação, que confirmasse, para garantir a exactidão dos dados.

Ao finalizarmos a apresentação do enquadramento metodológico, onde descrevemos a forma como integramos os participantes e o contexto, as características que pensamos ser relevantes para o enquadrar e a forma como chegamos a ele, iremos agora apresentar noutra capítulo, a forma como tratamos os dados e a análise descritiva e interpretativa dos mesmos.

2.1.3. - Procedimentos para a análise de dados

O processo de análise de dados fez-se desde a primeira entrevista, quando reflectimos sobre as narrativas dos participantes, privilégio que nos oferece a metodologia qualitativa e que nos possibilita desde logo a imersão no contexto e no fenómeno em estudo.

Ao iniciarmos as leituras das transcrições, sentimos necessidade de rever os objectivos do estudo, para não correremos o risco de nos perdermos, no que consideramos à partida um mundo imenso.

Assim, o primeiro passo, foi ler todas as descrições dos participantes, de forma a adquirir o sentido do todo. Também, FORTIN (1999, p.316), GIORGI (1985), entre outros, nos referem que o primeiro passo deve ser *«(...) a descoberta do sentido global, serve para entrar no conteúdo do texto familiarizando-se com a experiência relatada através da leitura repetida do texto (...), de forma a descobrir nele o sentido global»*.

Seguidamente efectuámos mais duas leituras, para nos assegurarmos desse sentido geral, que nos é proposto pelo autor e que ainda não o tínhamos conseguido.

O segundo passo, consistiu em retomar cada entrevista e identificar as unidades de transição da experiência, ou seja discriminar «unidades de significado», com o foco no fenómeno em estudo. Ao efectuar as leituras, segmentamos o texto sempre que verificamos, nas palavras do participante, uma mudança de sentido na descrição apresentada. GIORGI (1985) refere que, nesta etapa está a prática da ciência, antes do contexto da verificação. Encontramos assim 137 unidades.

STREUBERT e CARPENTER (2002), com base no que propõe Richards e Richards, informam que, se os dados estiverem em formato de texto e fizeram parte de um documento de processamento de texto, como foi o nosso caso, oferece várias oportunidades que facilitam o investigador. Mencionamos as que mais nos cativaram, para o recurso neste tipo de análise e tratamento de dados:

- Possibilidade de manipular vários documentos em janelas separadas, permitindo a visualização do texto ao longo do documento;
- Permitir formatar ficheiros;
- Procurar texto rapidamente;
- Possibilidade de manipular partes do texto para outro documento onde possa ser ligado.

Ainda BOGDAN e BIKLEN (1994) expõem, outras vantagens, para nós importantes:

- Depois de codificados os segmentos de texto, em local apropriado nos ficheiros, conseguimos extrair todos os retalhos, onde foram atribuídos o mesmo código;
- Podemos ver os dados no ecrã do computador, ou imprimi-los;
- Quando os dados são extraídos, indica-nos automaticamente, a página e a linha do segmento de texto a que pertencem, e no nosso caso, como numerámos as entrevista dá-nos imediatamente, indicação do número da entrevista a que corresponde;
- A cada unidade de dados, podemos atribuir unidades múltiplas, podendo os segmentos de texto serem classificados em vários códigos.

Estas características descritas, só nos eram possíveis com um programa informático, o que entendemos que facilitava muito, em relação à técnica tradicional, manuscrita. Dos diferentes programas a que tivemos acesso, optamos pelo «Nudist 5», pela facilidade da sua utilização, pela oportunidade que tivemos em aceder a ele, e ainda porque nos possibilita uma análise indutiva, que corresponde aos nossos objectivos.

O terceiro passo da análise dos dados, consistiu em analisar novamente todas as descrições, já segmentadas por uma codificação aberta, onde emergiram temas, que a partir desta fase, constituíram o nosso objecto de análise e interpretação. Encontramos seis unidades temáticas:

- Organização dos cuidados de enfermagem;
- Dificuldades processuais dos enfermeiros recém-formados;
- Reflexão sobre as práticas em contexto de cuidados;
- Concepções de enfermagem;
- Escola e prática na produção de cuidados;
- Recursos do contexto que influenciam as práticas.

As unidades temáticas foram divididas em sub temas, e estes ainda em unidades de significado. O desenvolvimento da análise fez-se por meio da exploração das descrições encontradas.

Para validar este processo, nomeadamente as unidades temáticas, os sub temas e as unidades de significado, recorreremos a duas peritas na matéria, sendo ambas enfermeiras e mestres em Ciências de Enfermagem, uma na área da prestação de cuidados e outra docente numa escola de enfermagem.

CAPITULO 3 - ESTUDO EMPÍRICO: A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS PELOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS

Identificar o trabalho de enfermagem exige identificar os elementos que participam na construção da prática dos cuidados, ou seja, precisar a que conhecimentos recorre, que tecnologia utiliza, qual a metodologia de trabalho e quais são as crenças e valores em que se baseia a prestação de cuidados de enfermagem.

O facto de cada pessoa perceber o mundo de forma diferente, existindo um campo fenomenológico que lhe é próprio, onde se move e se desenvolve, sendo este o seu marco de referência, conduziu ao aparecimento de formas diversificadas de práticas de cuidados e de formação, portadoras de traços identitários distintos mas afins, cujo valor social atribuído é revelador da importância central dos contextos em que elas ocorrem.

A escola e as organizações de saúde, são, nesta ordem de ideias, espaços formativos potenciadores de aprendizagem e desenvolvimento de competências, que participam na construção do saber e do fazer, assumindo individual e colectivamente a mesma responsabilidade neste processo.

Neste espaço, descreveremos as experiências dos enfermeiros recém formados subjacentes à construção das suas práticas, procurando espelhar a sua natureza vivida em contexto de trabalho.

As unidades temáticas que se seguem emergiram dos discursos apresentados. Assim sendo, da sua análise, surge a primeira unidade temática - organização dos cuidados - a qual decorreu da forma como os enfermeiros procederam à sua descrição.

3.1 - ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

A organização dos cuidados corresponde ao método de trabalho utilizado pelos enfermeiros recém-formados para responderem às necessidades de cuidados dos utentes, tendo em conta a filosofia do modelo de cuidados subjacente e todos os factores que podem influenciar a prática desses cuidados, nomeadamente, os objectivos da instituição e da unidade de cuidados, o número e as características dos utentes, os recursos humanos e materiais disponíveis e as características físicas das instalações.

A prática de cuidados de enfermagem insere-se no seio de uma multiplicidade de fenómenos e de acontecimentos, nos quais as características das instituições de saúde, as estruturas da organização, as diversificadas fontes de poder e os paradigmas vigentes conduziram a diferentes concepções de cuidados de enfermagem e a diferentes modelos de organização dos mesmos.

Neste contexto, como organizam os enfermeiros recém-formados a sua prática de cuidados?

Do expresso pelos enfermeiros inquiridos, a organização dos cuidados emergiu pela forma como estes descreveram o que faziam, como faziam e porque faziam, evidenciando-se nas unidades de significado.

Enquanto que para uns, a organização dos cuidados era feita mediante a avaliação das necessidades dos doentes, decorrendo esta durante e após a passagem de turno:

«A passagem de turno é o momento que eu aproveito para começar a perceber quais são as dependências de cada um, o que é que cada um precisa, qual é aquele que naquele momento precisa mais da minha atenção e será por aí que eu me vou, depois seguir para começar as restantes actividades.» (E 11);

para outros enfermeiros a organização dos cuidados é efectuada em função das prioridades em cuidados de emergência, seguindo-se as tarefas inerentes às rotinas do serviço:

«(...) antes da passagem de turno costumo ver qual é o sector onde estou, depois passo tudo para um papelinho, que é para me orientar durante o turno, depois se houver alguma emergência, vou primeiro ter com o doente para ver o que é que se passa, se não houver, começo a preparar terapêutica, após preparar a terapêutica (...)» (E 4)

Encontrámos ainda nas narrativas, enfermeiros que apenas referem a execução de tarefas decorrentes das rotinas pré-definidas no serviço:

«(...) normalmente seguimos uma rotina que já está estabelecida no serviço: começo normalmente de manhã por tirar os sangues, depois passo à medicação, dou a medicação, depois ajudo a dar os pequenos almoços, depois são as higiènes, os pensos e assim sucessivamente... depois a medicação da hora do almoço, depois ajudo a dar os almoços, pronto é assim.» (E 7)

Das perspectivas que acabamos de analisar, infere-se que no seu dia-a-dia de trabalho, a avaliação das necessidades do doente é apenas tida em conta quando iniciam um turno e tomam conhecimento dos doentes que lhes estão distribuídos, altura em que planeiam os cuidados. Enquanto que alguns estabelecem como prioridade as situações de emergência, outros deixam transparecer que a concepção dos cuidados se revela mais num sentido mecânico de execução de tarefas, não se fazendo sentir que subjacente, ao processo de cuidados, há uma base conceptual centrada na pessoa. Pelo contrário, o sentido que atribuem a alguns procedimentos nas actividades de enfermagem tem subjacente pressupostos do modelo biomédico, em que o principal método orientador é o método por tarefa ou método funcional, que privilegia as necessidades do serviço e não do doente (FREDERICO e LEITÃO, 1999).

A análise que acabamos de realizar não se afasta das conclusões a que alguns estudos chegaram, nos quais a observação resultante de um serviço hospitalar, conduziu à ideia de um mundo de rotinas, com o interminável fluxo de tarefas (COSTA, 2002).

De salientar que nos tempos actuais, mesmo com a progressiva introdução e utilização de modelos de enfermagem e de modelos de cuidados individualizados, ainda é corrente encontrar-se o trabalho organizado por tarefas, o que indicia a sua directa interligação com a função auxiliar do médico (COLLIÈRE, 1989).

O contexto de reflexão desenvolvido a partir das narrativas dos entrevistados permite ainda construir espaços de questionamento que orientam para o porquê de determinados comportamentos. Da lógica dos discursos emergem justificações para a organização dos cuidados que integram aspectos como a necessidade de cumprir horários:

«acho que tem uma certa lógica aquilo que nós fazemos e a forma como fazemos, porque nós somos condicionados por horários, não é? Pronto, e acho que, como tal, tem lógica»(E 7)

Outra razão apontada é a necessidade de integrar o que está enraizado na equipa, uma vez que a introdução de novas práticas, ou de novas metodologias de trabalho, por enfermeiros recém-formados, podem gerar conflitos:

«Habituei-me a fazer assim, porque se fizer um bocado diferente é complicado. É um serviço (...) que já trabalham cá há 20 anos ou mais, e que absorvem um bocado os elementos novos, de maneira que, (...) trabalho como está enraizado na equipa» (E 5)

A necessidade de planeamento dos cuidados de acordo com as actividades médicas emerge também nalguns discursos, apresentando-se como uma exigência no trabalho da equipa pluridisciplinar:

«(...) o nosso trabalho com os médicos exige que assim seja. Convém que, quando os médicos chegam, o doente já esteja lavado, no mínimo, e que depois, enquanto os médicos estão nas salas, nós façamos os pensos para eles verem (...) por isso convém seguir esse plano, não é?» (E 7)

Também a necessidade de estabelecer prioridades esteve presente como razão para a organização dos cuidados, pese embora neste contexto os motivos deste procedimento tenham subjacente a valorização de actividades essencialmente de carácter técnico,

colocando em segundo plano a atenção ao doente, como se esta não integrasse qualquer acto que praticamos:

«Sim, imprescindível é a medicação, as higiènes, os pensos, e depois se houver tempo, dedicamo-nos um pouco ao doente. Só que às vezes, nem conseguimos acompanhá-lo às refeições, acabam por ser as auxiliares» (E 6)

Ainda a necessidade de individualizar os cuidados, emergiu das narrativas, como forma de organização dos cuidados, que permite conhecer melhor cada doente em particular e planear intervenções dirigidas:

«(...) desde o início, que eu me habituei a utilizar o método individual. Penso eu que é a forma mais correcta de poder lidar com os meus doentes, de poder conhecê-los, de saber as particularidades de cada um, ter assim, uma noção mais global daquilo que vou fazer.» (E 11)

Constatamos assim, que relativamente às razões que levaram os enfermeiros à acção, ou seja, à razão porque o fazem, há evidência de uma forte componente do processo de socialização, numa equipa onde já existem regras formalmente e informalmente estabelecidas nas quais os recém-formados se integram, nomeadamente: a necessidade de cumprir horários, integrar a equipa, planear de acordo com as actividades médicas e estabelecer prioridades em cuidados, isto é, planeiam de acordo com o que observam nos comportamentos dos colegas.

Por outro lado, a necessidade de individualizar os cuidados, no sentido de que cada pessoa é única, que se deve conhecer nas suas particularidades, para melhor planear e intervir aparece em alguns discursos.

Decorrente do exposto, facilmente concluímos que, em serviços com estas características, prevalecem processos de trabalho com reduzida autonomia, dependentes de directrizes e decisões nas quais os enfermeiros prestadores de cuidados não participam, cabendo a cada um realizar tarefas que variam em função do turno de trabalho, impedindo desta forma que o doente seja a finalidade do trabalho de enfermagem.

Neste contexto, as condições de trabalho das instituições hospitalares, onde o predomínio e valorização dada ao trabalho médico e a técnica imperam, e em que os cuidados interdependentes são em número crescente, facilmente condicionam os enfermeiros levando-os a actuar de forma contrária ao ideal de cuidar (BARBER, 1993).

A este propósito, CARAPINHEIRO, (1993, p.111) alerta para o facto de que na produção de cuidados «(...) a noção de acto médico é central, pois é a partir dela que se estabelecem os princípios de divisão de tarefas entre as diferentes categorias sócio-profissionais». Acrescenta ainda que, entre médicos e enfermeiros se desenvolve mais uma relação de dominação/subordinação do que uma relação de cooperação traduzida numa relação de superioridade da hierarquia funcional médica sobre a hierarquia funcional de enfermagem.

Se até então o planeamento dos cuidados de enfermagem já era efectuado de acordo com as actividades médicas, com a Lei de Gestão Hospitalar, Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, agora em vigor, e com o consequente aumento de poder atribuído aos directores de serviço, certamente que este factor se evidenciará ainda mais na razão da sua acção.

Embora vários estudos confirmem que o lidar com pessoas como se fossem objectos não sensíveis, o cumprir tarefas à pressa, a desvalorização das necessidades dos doentes e a valorização das actividades técnicas sejam algumas das constatações sentidas como momentos de não cuidar, (WATSON, 1988), a noção de parcelização de tarefas e estratificação dos actos não deixa de estar presente nas práticas de cuidados.

Da leitura das narrativas e da sua consequente análise interpretativa emerge, ainda, a ideia de que os enfermeiros recém-formados adoptam essencialmente dois métodos de trabalho na sua organização de cuidados. Uns recorrem ao método individual:

«(...) desde o início, que eu me habituei, a utilizar o método individual. Penso eu que é a forma mais correcta de poder lidar com os meus doentes, de poder conhecê-los, de saber as particularidades de cada um, ter, assim, uma noção mais global daquilo que vou fazer.» (E 11)

No entanto, alguns discursos, embora se refiram ao método individual, deixam ainda transparecer a preocupação em cumprir tarefas, não só aos doentes que lhes estão distribuídos mas também a outros, o que mais se assemelha ao método funcional:

«(...) normalmente seguimos uma rotina que já está estabelecida no serviço, trabalhar pelo método individual. Os doentes são distribuídos e eu presto cuidados a esses doentes. Começo normalmente de manhã por tirar os sangues, depois passo à medicação, depois ajudo a dar os pequenos almoços, as higiènes, os pensos, assim sucessivamente.» (E 7)

«(...), começamos num doente e lavamo-lo. Prestamos todos os cuidados inerentes a esse doente e continuamos para outros, porque estipulado é mesmo o método individual, mas a maior parte da equipa não trabalha pelo método individual puro (...).» (E 9)

Esta taylorização de tarefas é identificada por alguns enfermeiros como trabalho em equipa, ao qual recorrem em situações especiais nos turnos da tarde, de noite, ao fim-de-semana e em situações de emergência, usado para colmatar o défice de enfermeiros:

«(...) é assim, ficamos com os doentes distribuídos mas depende dos turnos, porque ao fim-de-semana não é possível, somos menos e os doentes são os mesmos e por isso não ficamos com os doentes distribuídos. É só para fazer registos, porque para prestar cuidados não dá ... temos que trabalhar mesmo em equipa (...).» (E 1)

«(...) de manhã, nós fazemos sempre pelo método individual, as tardes são muito complicadas, dá cerca de 15 a 16 doentes para cada enfermeiro, e utilizar aí o método individual, às vezes, é muito complicado.» (E 9)

É curioso verificar que as descrições feitas por alguns enfermeiros sobre o modo como realizam os cuidados não coincidem na sua totalidade com o que está teorizado sobre o método individual, uma vez que este é caracterizado por FREDERICO e LEITÃO (1999), como um método em que é distribuído um certo número de doentes, por enfermeiro,

segundo grau de dependência, ficando este responsável pela prestação de cuidados globais aos seus doentes, o que nesta realidade não acontece.

Da mesma forma, as justificações apresentadas para utilizarem o método em equipa, bem como a concepção que os participantes possuem, estão de acordo com aquelas que são referidas como as principais desvantagens na adopção deste método, isto é, o poder transformar-se no método funcional.

Assim, de acordo com a linha de pensamento de KRON e GRAY (1989, p. 14), o método de enfermagem em equipa não constitui apenas um método de atribuição de tarefas para o atendimento do doente, não foi criado para compensar a falta de pessoal, mas para ser utilizado em equipas compostas por membros «(...) *com uma diversidade de educação e capacidades*».

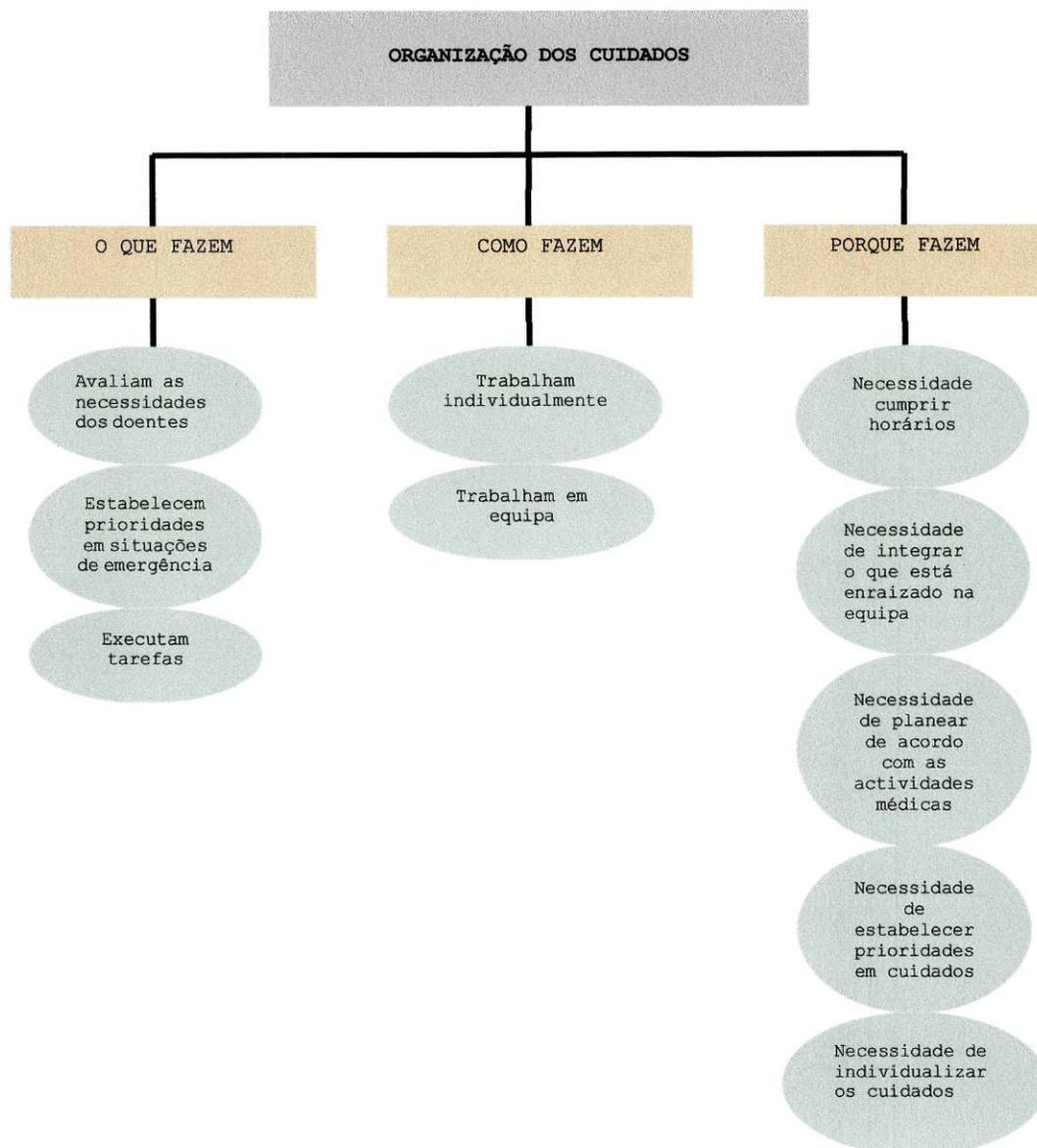
Neste método, a distribuição é feita para uma equipa de enfermeiros liderada por um elemento que tem a responsabilidade de avaliar as necessidades dos doentes, estabelecer prioridades, planear os cuidados, supervisionar e avaliar os cuidados prestados, em que o líder tem uma função fundamental, uma vez que é ele que decide a filosofia dos cuidados, globais ou à tarefa, o que não emerge das narrativas dos entrevistados.

Podemos assim constatar que a prática dos cuidados, nomeadamente no âmbito da sua organização, não é explicada somente por modelos e métodos teóricos. Sendo as teorias da prática, teorias de acção, estas determinam todo o comportamento humano deliberado, especificando quais as situações da prática nas quais certas acções terão determinadas consequências (ARGYRIS e SCHÖN, 1974).

A observação comum aponta para uma distância entre a explicação dada pelos teóricos e a descrição efectuada pelos enfermeiros envolvidos na prática de cuidados (BASTO, 1998), o que vem ao encontro dos resultados do nosso estudo.

Por outro lado e tratando-se de enfermeiros recém-formados, o processo de socialização profissional, onde se integra o processo de integração, «(...) implica frequentemente a necessidade do “grupo-entraque” manifestar a sua aptidão para se apropriar dos objectivos próprios do grupo de acolhimento (...), ser integrado significa aceitar as regras do jogo e mostrar-se pronto a adaptar-se às modalidades de funcionamento e às exigências da instituição que os acolhe» (TAP, 1996; p.29). Apesar de redutor na opinião do autor, esta concepção está na base de muitos grupos sociais aquando a integração de novos elementos, o que frequentemente leva a que os elementos a integrar sintam constrangimento em manifestarem o seu ponto de vista e ainda a adoptarem condutas congruentes com as suas maneiras de sentir, agir e pensar.

Constituindo a integração na vida profissional um período de insegurança, de dúvidas e de descobertas, quando não acompanhados por profissionais peritos, como refere BENNER (1995), a quem possam manifestar os seus anseios, correm o risco de se adaptarem ao que vêem fazer e não ao que consideram que devem fazer.

DIAGRAMA 1- ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Em guisa de síntese, diríamos que a organização dos cuidados dos sujeitos em estudo é um processo, onde o que fazem, como fazem e porque fazem assume individual e colectivamente grande importância na construção da prática dos cuidados. No diagrama-1, procuramos ilustrar a associação dessas relações.

3.2 - DIFICULDADES PROCESSUAIS DOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS

Vários estudos têm sido realizados no âmbito das várias ciências, no sentido de perceber o processo de socialização que se opera aquando da entrada dos recém-formados nos contextos organizacionais da prática. As teorias que resultaram desses estudos e que DUBAR (1997), apresenta como teorias das profissões, apesar de não serem idênticas nos pressupostos que defendem, quanto ao desenvolvimento do processo possuem em comum o facto de defenderem que o início da vida profissional é marcado, por um lado, por um conjunto de factores que levam os recém-formados a sentir sentimentos de instabilidade e insegurança frente à responsabilidade que vão assumir na mudança de papéis sociais e profissionais e, por outro lado, por um período de descoberta que leva à integração e reorganização do ser, de saberes e de fazeres, componentes do desenvolvimento pessoal e profissional.

Os modelos curriculares conducentes à aquisição e desenvolvimento de competências são facilitadores e integradores dum processo único, onde, o indivíduo possuidor de crenças e valores, constrói e reconstrói, a sua aprendizagem interiorizada por processos formais e informais.

Incluídos neste processo de construção do saber estão os contextos onde as normas de conduta fazem parte das correntes que influenciam a conduta individual e colectiva, «*Os cuidados que os enfermeiros prestam, encontram, nos contextos de trabalho, as condições ideais que tanto podem ser o “trampolim” como a “barreira” para o seu próprio desenvolvimento (...)*» (COSTA, 1998, p.112).

Neste sentido, surge a questão: Que dificuldades sentem os recém-formados quando iniciam a prática profissional?

Da análise interpretativa das narrativas dos participantes, as dificuldades processuais emergiram pela forma como descreviam as dificuldades sentidas, inerentes à produção de cuidados em contexto da prática e às dificuldades que sentiam inerentes ao seu próprio desenvolvimento profissional.

3.2.1 – Dificuldades inerentes à prática de cuidados em contexto de trabalho

As dificuldades sentidas, inerentes ao contexto da prática, relacionam-se com a dificuldade em integrar a orgânica de serviço.

Do conteúdo das entrevistas emerge, como maior dificuldade sentida, a adaptação ao método de trabalho em uso, uma vez que este, sendo diferente do método de trabalho que teoricamente estava instituído e ao qual estavam habituados a utilizar em contexto escola, interferiu na integração da orgânica do serviço:

«(...) tive muita dificuldade, eu vinha mentalizada que se trabalhava pelo método individual, como na escola nos ensinaram. Apercebi-me logo que não era esse método que estava em uso cá no serviço, apesar de ser aquele que estaria estipulado, tentei adaptar-me, é claro.»(E 12)

Ainda neste âmbito, alguns dos participantes apontam a dificuldade de integrar as referências dos colegas, relativamente aos cuidados que prestam, como um obstáculo à orgânica do serviço e uma fonte de preocupações éticas. Embora não concordem com a qualidade dos cuidados que os colegas prestam, têm dificuldade em se afirmar e fazer prevalecer as suas ideias, uma vez que sentem da parte dos colegas mais velhos pouca credibilidade:

«(...) não só o próprio cumprimento de cuidados, desde medicação a alimentação, mas há outras coisas que na minha perspectiva, são muito importantes, e que muitos profissionais descuidam, principalmente a nível da higiene. Ainda agora tenho vontade de fazer uma higiene bem cuidada, mas noto que os meus colegas são renitentes e eu tenho alguma dificuldade em lidar com isso. Quando posso vou lá outra vez e tento fazer as coisas.»(E 12)

«(...) isso envolve muitas questões éticas. Se há um doente que eu acho que não está tão bem quanto deveria estar e está distribuído a outro colega, também não quero intrometer-me muito nos cuidados que lhe foram prestados, apesar que é o doente que está em causa. Confesso que eu sou uma enfermeira com pouca experiência e aqui no serviço eles não me dão muita credibilidade. Como sou muito mais nova, dizem: ah! tu vens agora da escola, tu ainda não sabes, ainda és nova, por isso é que fazes assim. Daqui a alguns anos já não vais fazer assim, mas...pronto, é claro, uma pessoa também tenta alertar os colegas.» (E 12)

A inexistência de normas de procedimentos no serviço foi também uma dificuldade muitas vezes referida pelos sujeitos, devido não só às especificidades de cada serviço, nomeadamente em termos de cuidados de enfermagem nos diversos exames auxiliares de diagnóstico, mas também das inúmeras actividades e procedimentos daí decorrentes, o que exige uma sistematização da informação:

«(...)cada serviço tem as suas especificidades e nós aqui todos os dias praticamente temos exames novos que na maior parte não conhecemos, e por isso não sabemos que material utilizar, que efeitos poderá ter posteriormente, que cuidados é que devíamos ter depois e antes, enfim há falta de informação (...)» (E 3)

Também o défice em recursos humanos se apresentou como uma dificuldade sentida pela totalidade dos enfermeiros, uma vez que este, agindo como factor condicionante no processo de cuidados de enfermagem, leva a que sejam obrigados a valorizar alguns cuidados em prejuízo de outros, realizando apenas o mínimo, que, em seu entender, se resume ao cumprimento de tarefas, o que para eles não é suficiente em cuidados de enfermagem. É curioso verificar que para os entrevistados realizar tarefas não significa prestar cuidados, o que de alguma forma deixa subjacente que a enfermagem é muito mais do que “praticar tarefas”:

«(...) condicionam o nosso trabalho, quando por vezes somos 3 enfermeiros a prestar cuidados directos a 33 doentes. É muito complicado numa medicina com 2 auxiliares, ... não há tempo. Há pelo menos um mínimo que tem que ser feito, e esse mínimo, não é fazer enfermagem é praticar tarefas (...)»(E 11)

Decorrente desta análise, emergiram as dificuldades sentidas pelos recém-formados que se prendem com: a inadaptação ao método de trabalho em uso, a falta de identificação com as referências dos colegas, a inexistência de normas de procedimentos e o défice em recursos humanos. Em qualquer das situações, fica perceptível a opinião dos enfermeiros entre o que consideram correcto, referido mesmo por alguns como o que aprenderam na escola e o que encontraram em contexto de trabalho.

Estas incongruências por eles identificadas, nomeadamente o método de trabalho em uso, as referências dos colegas e número de doentes por enfermeiro, vem ao encontro da perspectiva de Hinshaw, citado por KOZIER *et al* (1992), quando nos refere que é na segunda fase de socialização, ou seja, quando os indivíduos se apercebem das incongruências entre o que estes lhes tinham antecipado sobre o seu papel e aquilo que lhes foi dado a conhecer pelas pessoas, neste caso os colegas mais velhos.

Por outro lado, a análise também nos permite inferir que apesar das incongruências sentidas, para se integrarem na orgânica de serviço, adoptaram algumas condutas dos colegas mais velhos, que segundo o mesmo autor, acontece na terceira fase do processo de socialização, onde o indivíduo adopta as condutas esperadas pelos outros, sem integrar os seus valores, o que implica que a conduta de identificação se altere ao mudar o modelo de papel. Esta conduta apresenta-se como uma estratégia de integração no grupo.

Relativamente à inexistência de normas de procedimentos, encontramos autores que, à semelhança dos enfermeiros entrevistados, defendem a sua existência em cada serviço, para operacionalizar e sistematizar intervenções concretas, tornando-se um auxiliar para integração de diferentes pessoas. Os manuais de enfermagem são disso exemplo, agindo como instrumentos integrantes de informação da organização, que transmitem por escrito orientações aos elementos da equipa, para o desenvolvimento das suas actividades (SILVA, 1991). Contudo, não deixa de ser importante referir que a normalização e

uniformização de procedimentos, não podendo conter toda a prática, deixa margem à criatividade e adaptação à individualidade de cada pessoa (HESBEEN, 2000).

Do conjunto das análises, fica a noção que o processo de construção das identidades surge das trajetórias sociais dos indivíduos, nomeadamente pelos contextos em que as práticas se concretizaram, sendo estes que provisoriamente podem consolidar as referidas identidades, uma vez que são contextos de socialização dos actores (DUBAR, 1997)

3.2.2 – Dificuldades inerentes ao desenvolvimento do recém-formado

As dificuldades processuais dos recém-formados também se prendem com o seu desenvolvimento, relacionando-se este com falta de fundamento científico, dificuldade no domínio da técnica e ainda dificuldade em integrar a componente relacional no cuidado de enfermagem.

Em algumas narrativas, a falta de fundamento científico foi referida como dificuldade preocupante no que respeita ao desconhecimento de algumas patologias que impedem a prestação de cuidados de qualidade, onde a escola é apontada como co-responsável neste processo:

«(...) Sinto dificuldade, pela falta de conhecimento de algumas patologias e que não me deixam prestar melhores cuidados aos doentes. Na escola transmitem-nos muita informação ao mesmo tempo e nós acabamos por nos esquecer.» (E 10)

Noutras narrativas, a dificuldade de intervir em situações de emergência constituía a maior dificuldade, referindo que durante a formação inicial não são minimamente preparados para actuar neste contexto das práticas:

«(...) eu quando vim para aqui, a primeira vez que houve uma situação de emergência, pensei assim,... bem, como é que é? Uma pessoa não sabia minimamente como actuar, fazer o que era necessário e bem feito principalmente

se o médico nos pedisse e nós tivéssemos que agir correctamente .Eu acho que nós não somos minimamente preparados.» (E 8)

A este respeito, é curioso verificar a sugestão dada por um dos participantes do estudo, apontando a mobilização inter-serviços como forma de colmatar esta necessidade, nos quais pudesse vivenciar de perto estas situações, de que são exemplo os serviços de urgência ou unidades de cuidados intensivos:

«(...) investia a nível de partilha de experiências com outros serviços, como cuidados intensivos e urgências. Aqui são pessoas muito idosas, que a todo o momento, alteram as frequências respiratórias e fazem problemas graves e uma pessoa fica assim... em caso de emergência, o que é que eu faço?.» (E 3)

O défice no número de enfermeiros e a sua incapacidade de dar resposta às necessidades dos doentes, obriga ao estabelecimento de prioridades, o que no entender dos entrevistados se apresenta como uma dificuldade, atendendo à falta de fundamento científico. Tal facto, leva a que se valorize as actividades prescritas, e se considere supérfluo o que em contexto escolar considerava importante o que mais uma vez, faz evidenciar o valor atribuído às actividades técnicas de carácter inter-dependente e à rotinização de tarefas, aspectos tão característicos do modelo biomédico, onde a atenção à pessoa doente assume um papel secundário:

«Ah... ao início, custou-me bastante, para além de serem muitos doentes, são poucos enfermeiros, o que exigia que eu... estabelecesse logo as prioridades e começasse logo a trabalhar, de acordo com as mesmas não demorando muito tempo em coisas que se calhar são supérfluas, e que eu na escola considerava mais importantes».(E 6)

«A simples higiene oral, aqui não se faz, simplesmente porque não há tempo. Hoje tive tempo, mas num dia normal não há tempo para esse tipo de coisas, que nos estágios da escola, até incentivavam bastante. A higiene oral e outros pequenos pormenores deixamos um pouco de parte, porque começamos com a medicação, que nos leva muito tempo a dar e depois as higiènes. São muitos doentes dependentes, gastamos muito tempo com isso, de modo que acabamos por fazer só o que realmente interessa, o que realmente é preciso: a medicação, higiènes, pensos, e depois, se houver tempo, dedicamos um pouco mais ao doente. O trabalho não fica feito, como deve ser».(E 6)

Também a visão integradora dos cuidados de enfermagem se apresenta como uma dificuldade relacionada com o desconhecimento na realização de algumas intervenções:

«(...) não tanto o fazer, muitas vezes, mas o porquê, a bas, porque é que se está a fazer isto? Como é obvio ,é importante saber o que estou a fazer e porque estou a fazer, o que nem sempre acontece (...).» (E 11)

Pela análise dos discursos, constatamos que, a nível científico, os enfermeiros entrevistados reconhecem a falta de preparação, evidenciando o papel da escola como responsável por essa lacuna. Também a alteração de valores que sofreram em contexto específico, quanto ao que perceberam ter aprendido como cuidados importantes, na formação inicial, e que agora denominam de pormenores, está subjacente nos seus discursos.

A primeira constatação é perfilhada pelo estudo de BENTO (1997), quando refere que os discursos, neste caso dos alunos de enfermagem, levam a concluir que os alunos se sentem como meros receptores passivos, a quem fica o trabalho de realizar sozinhos a apropriação/construção do conhecimento, noutra lugar e noutra tempo.

Contudo, a integração do conhecimento científico na acção constitui-se no processo de desenvolvimento e de estruturação da pessoa, que, segundo COSTA (1998), referindo Lesne, considera o formando sujeito e agente da sua formação, corresponsável em todo este processo, relacionando as condições reais de trabalho, onde a dialéctica teoria/prática, se exerce entre o mundo real do quotidiano, na vida da pessoa em formação, e o sistema conceptual elaborado com a ajuda do formando.

Esta concepção remete-nos para o conceito de competência de SCHÖN (1983-1987), Le BOTERF (1997), ALARCÃO (2001), PERRENOUD (2001), e outros, que, na mesma linha, definem a competência como o saber mobilizador de recursos, de conhecimentos e de capacidades, para situações complexas da prática diária.

Por outro lado, estudos como o de GARCIA (2001), referem que a forma como os *curricula* estão planeados e os modelos de aprendizagem, ainda muitas vezes baseados em objectivos, bem como o número de horas estipulado para cada unidade curricular, torna difícil aos estudantes apreenderem todos os conteúdos considerados necessários, levando a que a aprendizagem se faça em contexto, quando os agentes sentem essa necessidade, ou quando têm que dar resposta a exigências que mobilizem esses conhecimentos.

O processo de formação surge assim como algo inacabado e resultante de qualificações profissionais, dependendo dos percursos e dos significados que cada um atribui ao que faz, ou percebe, individualmente e em grupo (CANÁRIO, 1997; DUBAR, 1997; COSTA 1998, 2002).

Reflectindo na perspectiva de BENNER (2001), facilmente se entende o discurso dos entrevistados, como elementos recém-formados e, portanto, iniciados no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, aderindo rigidamente a regras pensadas ou a planos, possuindo pouca percepção das situações, ou visão limitada das opções possíveis. A mesma autora explica, ainda, que logo que o recém-formado adquire e desenvolve competências, vai progredindo em cinco níveis diferentes, cada um deles acompanhado de mudanças com reflexo na sua prática de cuidados.

Da segunda constatação, relativamente ao que consideravam importante na escola e que agora é pormenor, questiona-se a mudança de paradigma entre os dois contextos organizacionais ou a reprodução de práticas, devido ao seu estágio de iniciados e à insegurança que daí advém, o que, de alguma forma, também favorece a sua integração no grupo.

Prosseguindo a análise das narrativas, identificaram-se ainda dificuldades no domínio da técnica. Em algumas descrições foi evidenciada a falta de destreza manual, sendo esta uma dificuldade que está inerente a qualquer iniciado, e que, depois de alguma experiência, conseguem minimizá-la. A prática de um acto técnico, quanto mais vezes for repetida,

menos dificuldades existem uma vez que a repetição é também uma forma de aprendizagem (CHIAVENATO, 1983, citando Taylor).

«(...) claro que nós não temos a destreza que têm os colegas mais velhos. Ah, mas isto com o tempo vai passando, porque se vai adquirindo treino. Notava que demorava mais tempo a preparar a medicação, a fazer as coisas (...)» (E 4)

«(...)Ah... ao início, custou-me bastante, acompanhar o serviço a nível do ritmo, porque não tinha destreza manual para isso. Este serviço exige um ritmo mais acelerado do que o normal, pelo menos do que aquilo que eu estava habituado no estágio (...)» (E 6)

Outras descrições deixaram perceber a dificuldade em intervir em situações de emergência, neste caso em relação à destreza técnica:

«(...) gostava de investir mais a nível de emergência. Nós tivemos um curso mas foi 2,3 horas de noções básicas de suporte básico de vida, e... pronto, claro que nós aprendemos, mas depois falta-nos o treino, para agirmos rapidamente.» (E 3)

A dificuldade de integrar a componente relacional no cuidado de enfermagem emerge também das narrativas dos enfermeiros, sendo que, a maioria dos participantes, refere falta de tempo para comunicar verbalmente com os doentes. Admitem que a realização das tarefas são colocadas em primeiro plano, e que aquando da realização dos procedimentos, também vão conversando com os doentes:

«(...) deparamos com a dificuldade em termos de tempo para podermos falar com os doentes, porque há determinadas tarefas que têm de ser realizadas e temos que estabelecer prioridades, acabando por ficar alguma coisa por fazer. Geralmente o que fica por fazer é a dimensão da comunicação, da relação com o doente, não é que, enquanto estamos a realizar alguma coisa, a administrar um medicamento, também vamos falando, (...)» (E 12)

A falta de tempo para comunicar com os doentes foi também uma das constatações encontradas no estudo de MAGALHÃES (1999), em que o elevado número de tarefas a executar, e a escassez de pessoal, implica falta de tempo para a comunicação.

Uma minoria de participantes acrescenta ainda a dificuldade em comunicar com as pessoas idosas, admitindo que não tem a preocupação de dialogar com os doentes, durante a prestação de cuidados, sentindo-se intimidados por serem pessoas idosas e dependentes:

«(...) tenho muitas falhas a nível da comunicação, porque neste serviço tem doentes muito idosas, e não comunicam muito e não temos o cuidado de o fazer. Estamos a prestar um cuidado ao doente e se fosse uma pessoa mais jovem e comunicasse mais, tínhamos outra postura, sinto-me mais intimidada com uma pessoa que está acamada, que não comunica (...).» (E 5)

Contrariamente aos resultados obtidos, estudos em contextos similares evidenciam que os enfermeiros que cuidam de idosos lhes dedicam uma atenção particular considerando que, o procedimento dos cuidados de higiene, um dos que mais e melhor possibilita a interacção enfermeiro/cliente, tendo em conta a comunicação que estabelece quer a nível do toque, do olhar, do estar e ainda a nível da comunicação oral que permite, é um momento de cuidar por excelência (COSTA, 1998).

Também a visão dicotómica do significado dos cuidados de enfermagem é evidente em vários discursos:

«(...) de um modo geral é assim, durante a manhã vemos o que é que os doentes precisam, e vamos fazendo. Devíamos ter mais tempo para falar com eles, o que nós não temos aqui no serviço(...)» (E 8)

«(...) é assim, este serviço tem 33 camas, a equipa tem poucos elementos, portanto praticamente temos doentes sempre acima dos 60 anos, doentes dependentes, doentes obesos, não podemos dar tanta atenção a certos pormenores e dar apoio psicológico, porque no fundo, temos uma série deles para cuidar, e então, temos que fazer um bocado as coisas, não diria à pressa, mas um bocado mais rápido, e nem sempre é fácil.» (E 10)

A análise dos dados permite-nos constatar que os enfermeiros recém-formados têm dificuldade em integrar a componente relacional no cuidado de enfermagem, deixando antever que a comunicação e a realização de outras actividades decorrem em momentos distintos, ocultando a simultaneidade destes procedimentos e consequentemente a visão integradora dos cuidados, esquecendo-se que o cuidar é intrínseco a qualquer acto que

praticamos, por mais simples que seja. Esta é a arte da enfermagem e o que dá valor às pequenas coisas que realizamos (HESBEEN, 2000).

Neste contexto, o tempo inerente aos cuidados de manutenção pode ser utilizado como altura privilegiada do cuidar, uma vez que se vai construindo uma relação com o outro, através do envolvimento, numa relação interpessoal, capaz de transcender o momento actual, utilizando conhecimentos e sentimentos. Lavar, massajar, posicionar e tantos outros cuidados têm a função de sustentar e de reabastecer a vida de energia, seja esta de natureza alimentar, psicossocial, espiritual, uma vez que cada uma destas vertentes interferem entre si (COLLIÈRE, 1989).

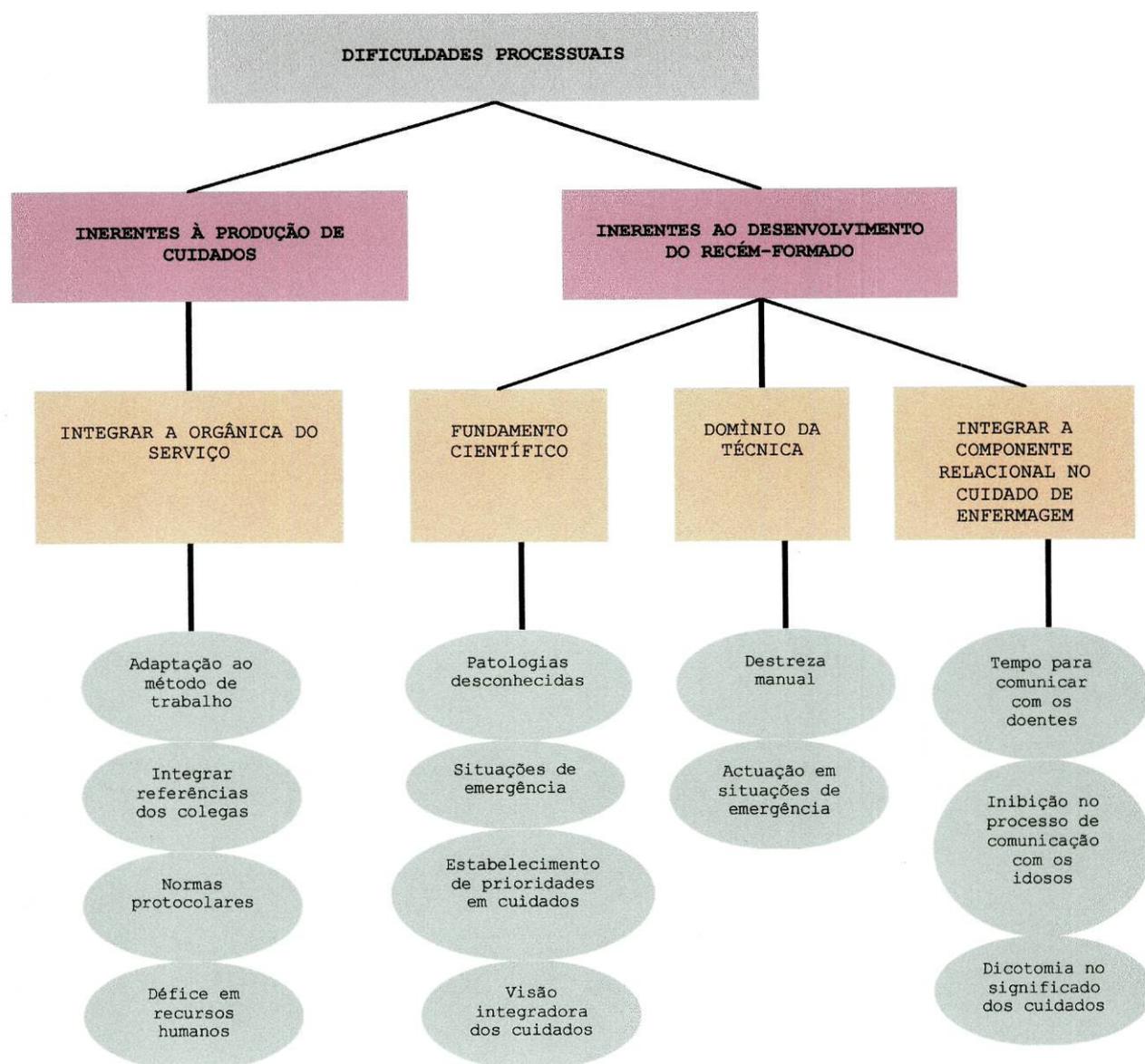
Corroborando desta ideia, também WATSON (1985), reforça a perspectiva quando refere que o processo de cuidar, tanto acontece ao administrar uma terapêutica endovenosa, como ao mudar um lençol, acrescentando que *«o cuidado tem, assim, a ver com a atenção. O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento. Mais precisamente, a expressão «cuidar de» ou «fazer com cuidado» realça essa atenção particular que se vai dar a si próprio ou a outro, a um objecto ou à tarefa que se está a realizar»*. WATSON (2000, p.9),

De realçar que em nenhum dos discursos aparecem referências à comunicação não verbal, estando esta sempre presente em todos os momentos de cuidar do corpo, do enfermeiro que cuida e da pessoa cuidada. É através do olhar, da voz, da postura, do gesto, num contexto de intimidade forçada e não procurada que se podem desenvolver as relações mais coesas por intermédio das emoções que se geram (SAVATOFSKI *et al*, 1989).

A dependência dos doentes e o facto de serem doentes idosos aparece como inibidor de relação, contrariamente à opinião de ADAM (1994, p.50), referindo que, *«(...) quando por várias razões, o paciente está impedido de satisfazer por si só esta necessidade, compete à enfermeira ajudá-lo a expressar-se e a encontrar novos modos de expressão»*, traduzindo

que, quanto mais dependente se encontra o doente, relativamente à necessidade de comunicar, maior exigência existe na intervenção de enfermagem.

DIAGRAMA 2 - DIFICULDADES PROCESSUAIS DOS ENFERMEIROS-RECÉM FORMADOS



O diagrama anterior permite-nos visualizar as dificuldades processuais dos sujeitos do estudo, encontrando-se estas relacionadas não só com a produção de cuidados em contexto

de trabalho, mas também com o seu próprio desenvolvimento. Se no contexto das práticas, as maiores dificuldades se prendem com a orgânica do serviço e consequentemente com a inadaptação ao método de trabalho, na falta de identificação com as referências dos colegas mais velhos, com a inexistência de normas de procedimentos e ainda com o défice de recursos humanos, no contexto do seu desenvolvimento profissional, as dificuldades, obviamente situaram-se a níveis diferentes. A falta de fundamento científico em patologias desconhecidas, situações de emergência, estabelecimento de prioridades nos cuidados e ainda na visão integradora dos mesmos foi um dos aspectos mais evidenciados pelos entrevistados, como obstáculo ao seu desenvolvimento. Também a dificuldade no domínio da técnica, por falta de destreza manual e de perícia na actuação em situações de emergência foi evidenciada pelos mesmos, não deixando de realçar a dificuldade de integrar a componente relacional no cuidado de enfermagem, revelando-se a falta de tempo, a idade dos doentes e a visão dicotómica do significado dos cuidados de enfermagem, como factores intervenientes e condicionantes deste processo.

3.3 - REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS EM CONTEXTO DE CUIDADOS

A noção de prática está associada à realidade de um trabalho e diz respeito às condutas profissionais reais, nas quais são mobilizados os saberes específicos necessários à transformação que esta actividade veicula. Falar de prática é falar de acção, e por isso não se podem conceber as práticas separadas dos sujeitos que as realizam e dos contextos reais onde são produzidas.

A necessidade de reflexão sobre as práticas de cuidados surge cada vez mais associada à percepção que se tem da qualidade dos cuidados de enfermagem não ter acompanhado a evolução da formação.

Reflectir sobre as práticas assume uma das formas de identificar e aproximar as teorias expostas e as teorias em uso, remetendo-nos para as opiniões de ARGYRIS e SCHÖN (1991), quando afirmam que a dificuldade de construção de modelos em uso está no facto

de que poucas pessoas reflectem sobre as suas teorias e sobre os modelos que orientam as suas práticas, em contexto de trabalho.

Neste sentido, surgiram as questões: Que percepção têm do seu papel, enquanto enfermeiros, numa unidade de cuidados?

Das narrativas expressas, a reflexão sobre as práticas de enfermagem em contexto de cuidados emergiu pela forma como descreveram as práticas, caracterizaram o contexto e perspectivaram o desenvolvimento dos cuidados, não deixando de salientar, neste âmbito, o papel dos actores e seus parceiros.

3.3.1 - O contexto e perspectivas de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem

A questão colocada aos participantes do estudo conduziu-os a uma reflexão sobre o seu papel em contexto de trabalho, levando-os a pensar não só sobre o que fazem, como também sobre o que gostariam de fazer, atendendo ao desfasamento que se verifica existir entre estes dois níveis de reflexão.

Descrevendo o que fazem no seu dia-a-dia de trabalho, constatamos que as actividades realizadas são valorizadas de diferente forma, levando a que uns se refiram apenas ao cumprimento de rotinas, como já foi referido anteriormente, e outros refiram que se colocam no lugar do doente, e que na prática dos cuidados têm em conta a perspectiva de cuidar:

«Eu muitas vezes coloco-me no lugar do doente e presto cuidados como gostava que me prestassem a mim, pronto (...) em todo o lado, há melhores enfermeiras, piores enfermeiras, e nós vimos nos outros, por exemplo, olha eu se estivesse doente gostava de ser tratada por aquela enfermeira, então acho que devemos sempre aproximar-nos um bocadinho do cuidar (...)» (E 3)

e que ainda outros refiram que a sua prática integra pouco os cuidados de enfermagem:

«Neste serviço, presta-se pouco aquilo que eu considero como cuidados de enfermagem (...) considero que devemos conversar muito mais com o doente, ouvi-lo, que é uma coisa que a gente praticamente não faz e eu acho que ser enfermeiro é muito mais do que isso.» (E 4)

«(...) muitas vezes só há um auxiliar para toda a enfermaria, ou seja, tenho que ser eu ou outro colega quase a servir de auxiliar e por isso, quando não há tempo, há pelo menos um mínimo que tem que ser feito, e esse mínimo não é fazer enfermagem, é praticar tarefas (...).» (E 11)

Decorrente da análise efectuada, infere-se que a perspectiva das práticas de enfermagem não é igual para todos os elementos. Para uns emerge a presença do modelo biomédico clássico, na orientação das suas práticas, onde a principal importância dos cuidados de enfermagem está centrada na doença e nas tarefas a realizar, no sentido de promover a cura. Descuram o doente na sua globalidade, o que se reflecte nos seus discursos, pela ausência de referências a outras preocupações. Esta perspectiva, perfilhada pela opinião de ARGYRIS e SCHÖN (1974), assenta na ideia de que a prática diária, quando sentida como rotina, influencia os profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades.

Para outros, contrariamente ao referido, a forma como descrevem o que fazem leva-nos a inferir que o modelo de orientação das práticas tem subjacente outro paradigma, onde as tarefas não assumem o foco central, mas sim uma preocupação em construir os cuidados numa corrente humanista, congruente com o conceito de cuidar. Entendendo-se este como *«(...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais»* (COLLIÈRE, 1989, p.235), o que leva a compreender que, quando nos seus discursos os entrevistados referem colocar-se no lugar do doente, substituindo-o na realização das suas actividades, o conceito de cuidar lhe está subjacente

Neste conceito, a capacidade de se colocar no lugar do outro, tem ainda subjacente a preocupação em estabelecer uma relação de proximidade e de ajuda, onde a empatia se revela uma componente integrante (CHALIFOUR, 1989).

É curioso verificar que, ao reflectirem sobre as suas práticas, o discurso dos entrevistados deixa transparecer não só o que fazem, mas, também e essencialmente, o que gostavam de fazer, emergindo daí uma concepção de cuidados que certamente inovaria a prática.

A falta de tempo para se relacionarem com os doentes é um factor apontado pela maioria dos participantes, ressaltando daí a noção da não integração da componente relacional no cuidado de enfermagem:

«(...) na prática como enfermeira, não há tempo para nos relacionarmos porque temos outras coisas para fazer...pronto porque é assim, realizamos as tarefas e mais nada (...)» (E 2)

A aplicação na prática dos conhecimentos científicos adquiridos é, na opinião dos entrevistados, condicionada pela relação de poder que existe na equipa pluridisciplinar, pelo que chegam a questionar a sua pertinência. Contudo a análise do discurso permite-nos inferir que a dificuldade de aplicar os referidos conhecimentos existe, porque pretendem intervir em áreas que não são da sua competência, de que é exemplo a prescrição de medicamentos, sujeitando-se, por isso, ao poder de quem possui a competência para o efeito:

«Pronto no curso nós temos psicologia, temos antropologia, temos muitas, muitas áreas, temos farmacologia, o que é que acontece com farmacologia nomeadamente? os médicos é que prescrevem, não é? E nós não devemos ir lá dizer ao médico, olhe, não dê isto ao doente! E ele perguntava logo: então quem é o medico, sou eu ou é você?» (E 4)

Também a necessidade de uniformização da linguagem entre enfermeiros sobressai do discurso dos entrevistados, como forma de facilitar a continuidade dos cuidados, apontando esta como uma “batalha” futura na qual os enfermeiros têm que investir. O percurso está iniciado, mas ainda existe um longo caminho a percorrer. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é disso exemplo, tal como foi referido por um dos entrevistados:

«(...) que se calhar é uma batalha nossa e futuramente terá que se tentar uniformizar ao máximo a linguagem e os conceitos, para poder facilitar os próprios registos. Nós, por acaso, já temos a medicação on-line, poder-se-ão, seguir registos de enfermagem, que até podem facilitar as próprias cartas de

transferência, a carta da alta. Eu já tive oportunidade de contactar com a C. I. P.E. e acho uma forma interessante de levantar os diagnósticos de enfermagem, que permitem sistematizar a linguagem. Por exemplo, no caso das úlceras de pressão, será importante dar o mesmo significado à mesma afirmação, isto é uma ulcera de grau 1 (...)» (E 11)

A referência à formação em serviço foi também manifestada como lacuna que gostavam de ver colmatada, reconhecendo, contudo, a corresponsabilidade de cada um e o pouco investimento nesta área, deixando antever ainda a necessidade desta ser feita por outros:

«(...) a formação em serviço, temos muito pouco ou quase nada, também confesso, que me deixei ir assim, um bocadito pela maré, uma pessoa vai sempre adiando, adiando, e depois acaba por não fazer nada(...)». (E 12)

A necessidade de aprimorar a colheita de dados, como uma etapa importante no processo de planeamento de cuidados, é sugerida pelos entrevistados como forma de substituir planos de cuidados rotinizados e superficiais. Efectuando-se um levantamento pormenorizado das necessidades do doente, no qual a sua individualidade, enquanto pessoa, esteja presente, certamente que os cuidados planeados serão específicos e dirigidos, transformando um plano tipo num plano individual, igual mas diferente de todos os outros:

«(...) o grande passo é procurar fazer um levantamento mais aprimorado, das necessidades do doente, e se calhar... realmente, vão aparecer coisas num plano de cuidados feito pela minha colega, que eu se calhar não sabia e vou fazer, porque li. Agora da maneira como os planos de cuidados estão feitos, o que lá está eu também sei que é preciso fazer. São planos muito superficiais, que se calhar, falta de trás um levantamento mais exaustivo das necessidades do doente». (E 5)

A referência à falta de autonomia foi manifestada com surpresa em relação à ideia que traziam do contexto escolar, pois em seu entender, os conhecimentos que possuem garantem-lhes a liberdade de intervenção. Contudo esta liberdade de acção relaciona-se com as intervenções autónomas, sendo a realização de um penso uma actividade interdependente, necessitando por isso de uma prescrição médica, na medida em que se recorre à utilização de produtos com princípio activo:

«(...) eu achava que nós tínhamos mais autonomia, por exemplo, um penso eu achava que eram os enfermeiros que tinham autonomia para decidir, eu acho que os enfermeiros com tantos estudos deveriam ter autonomia para saber, o que é, e o modo de actuar. Acho que não deveriam estar à espera do médico, é natural que ele queira ver, para ver como é que está o doente, mas por vezes não é bem isso, é para ver como é que enfermeiros andam a fazer, ou deixam de fazer, (...)».(E 8)

A construção de projectos de saúde foi-nos relatado, por um dos participantes como um processo de interacção com o doente/família, através do qual se constroem práticas em parceria, tornando-os elementos pró-activos no processo de cuidados. O referido processo facilita paralelamente o planeamento das altas, dando-lhes a possibilidade de reorganizarem a sua vida familiar e proceder às alterações necessárias, para que o doente regresse ao seu domicílio o mais precocemente possível, sem contudo se verificarem quebras na sua assistência.

«Estou cá há cerca de 2 anos e meio, na enfermaria, é onde eu me sinto bem, porque é um espaço que eu tenho de poder contactar mais com os doentes, com as famílias, com todo este processo de interacção doente/família, construir o projecto de saúde com o próprio doente, torná-lo um elemento activo, desde que possível, preparando a alta quando é possível, de forma, a criar condições, também nas famílias, para os receberem(...)» (E 11)

«(...)fala-se pouco dos diagnósticos com as famílias, eu penso que as famílias deviam ser chamadas a desempenhar um papel mais activo no projecto de saúde do doente . Portanto é chamar as famílias, chamar o cônjuge, por exemplo quando há um doente com um grau de incapacidade que provavelmente levará para o domicílio, porque não chamar as famílias ao hospital? porque não ensinar-lhes cuidados, permitir-lhes também compreender aquilo que se passa por aqui, integrá-los um bocadinho no processo do cuidar do doente (...). (E 11)

Decorrente do projecto de parceria com o doente/família e consequente envolvimento no processo terapêutico, surge a visibilidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que a estes lhes é dada oportunidade não só de participarem mas também de se aperceberem do papel do enfermeiro no contexto da saúde. Como refere um dos participantes do estudo, é necessário abrir espaços de discussão que permitam reflectir as práticas e sistematizar procedimentos, criando assim uma filosofia de cuidados, cujos actores intervenientes sejam não só os enfermeiros, mas também e essencialmente os doentes e suas famílias:

«(...) conseguimos tornar isso visível às pessoas que vêm de fora, (...) são os dois pontos chave, tornar as coisas sistemáticas, porque muitas vezes fazemos determinados procedimentos mas não de uma forma consciente, não de uma forma tão visível, porque é que se faz aquilo, portanto para mim, mais do que seguir um modelo teórico, (...) é chamar as famílias, aos hospitais, (...)»(E 11)

« (...) as equipas abram espaços para discutir o que é que se faz? Fazêmo-lo de uma forma sistemática? Toda a gente faz da mesma maneira? Conseguimos tornar isso visível às pessoas que vêm de fora? Não o conseguimos fazer? Porquê? Porque muitas vezes fazemos determinados procedimentos mas não de uma forma consciente, não de uma forma tão visível, porque é que se faz aquilo? (...) achava mais importante em cada serviço abrir espaços de discussão, discutir as práticas, e a partir daí então, orientar o trabalho de uma forma sistematizada, que é o que falha em muitos serviços.» (E 11)

Do exposto podemos constatar que os enfermeiros recém formados possuem diferentes expectativas relativamente à produção de cuidados: ter tempo para se relacionarem com os doentes, aplicar os conhecimentos científicos que possuem, uniformizar a linguagem entre enfermeiros, investir mais na formação em serviço, aprimorar a colheita de dados e o planeamento de cuidados, ter mais autonomia, construir projectos de saúde com os doentes e dar visibilidade aos cuidados, são os aspectos mais valorizados pelos enfermeiros no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

As opiniões manifestadas evidenciam duas correntes que se querem afastar da corrente tecnicista:

- A corrente de revalorização da relação sobre a prática de enfermagem, onde o doente e o enfermeiro deixam de ter papéis passivos, sendo a relação que se torna o eixo dos cuidados, no sentido que é simultaneamente o meio de o conhecer e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detêm em si um valor terapêutico;
- A corrente orientada para o desenvolvimento da saúde, no sentido da construção de projectos de saúde com o doente e família (COLLIÈRE, 1989).

O conceito de projecto de saúde, da forma como emergiu dos discursos, sugere-nos uma acção mútua de dois parceiros implicados numa intenção, ou seja, na construção de um

projecto, no qual a ênfase é colocada não na saúde, como conteúdo do projecto, mas antes na sua intenção. «*O projecto é qualquer coisa que não está, mas que poderia estar, ao serviço da saúde*» (HONORÉ, 2002, p.176).

O conceito de projecto de saúde tem assim subjacente a qualidade de vida como valor fundamental, o que implica a participação do enfermeiro com o doente e família, enquanto parte integrante do universo individual e da pessoa.

Neste âmbito, o envolvimento das famílias no projecto de saúde do doente, evidencia-se como uma intervenção imprescindível, para a melhor adequação dos cuidados personalizados. «*O profissional age como um parceiro em exercício “com” o utente “com” a família, e não como um dirigente do exercício “para” ou “em vez” destes. Tal facto só acontece se existir partilha entre ambos, uma vez que a parceria requer que o enfermeiro adapte os seus conhecimentos às capacidades e necessidades dos utentes, elaborando em conjunto um plano de acção.*» (AUGUSTO et al, 2002, p.37).

A este propósito COSTA (2002, p.299) considera que a deslocação dos cuidados predeterminados, para os cuidados participativos, «(...) ocasionará uma dupla revolução no sistema de produção de cuidados:

- *Maior responsabilização por sujeitos e actores pelo conjunto de decisões tomadas;*

- *Maior implicação do utilizador no processo de decisão – o que determina uma nova democracia na partilha de poderes e saberes em saúde.*»

Nesta sequência, também «A existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência, e para que essa ciência seja aceite no seio dessa comunidade científica», I.C.N./C.I.E. (2000), facto que se encontra presente nas narrativas dos entrevistados, estando eles conscientes da sua importância no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

É curioso verificar que as diferenças que medeiam o que fazem e o que gostavam de fazer, evidenciam as forças de poder e as regras informais que se estabelecem nos contextos onde decorrem estas práticas, o que parece identificar-se com a pesquisa de ABREU (2001, p.46). Nesta, foram encontrados resultados de construções identitárias próximas do modelo biomédico, sem no entanto deixar de se revelar a preocupação com aspectos psico-relacionais, que o autor interpreta como a aproximação ao modelo médico de orientação humanista. Segundo ele, esta orientação surge como resposta à necessidade de lidar com o poder médico e afirmar uma identidade positiva e autónoma, «(...) processo que ultrapassa uma atitude deliberada dos professores ou formadores, pois a identidade dos alunos e dos enfermeiros é fortemente condicionada pelas realidades que estes vivificam nos contextos empíricos».

3.3.2 - O papel dos actores e seus parceiros

Ao reflectirem sobre as práticas, os discursos dos enfermeiros conduzem-nos para o papel dos actores e seus parceiros, no qual os sentimentos em relação a si, aos colegas e à enfermagem, assumem importância vital na construção das mesmas em contexto de cuidados.

Os sentimentos evidenciados nas descrições analisadas são heterogéneos. Enquanto uns referiram que se sentiam criticados pelos colegas mais velhos, por tentarem aproximar os seus modelos de orientação da prática ao cuidar:

«Eu tento dar o meu melhor, e segundo alguns colegas, até falo demasiado com os doentes. Mas eu não vejo as coisas dessa forma, eu muitas vezes coloco-me no lugar do doente e presto cuidados como gostava que me prestassem a mim. Eu acho que devemos sempre aproximarmo-nos um bocadinho do cuidar, mesmo que sejamos criticadas (...)» (E 12).

outros manifestam um sentimento de desmotivação, pelo excesso de trabalho e pela rotinização sistemática dos cuidados :

«Eu saio daqui completamente estoirada, no fim de um dia de trabalho. Depois ponho-me a pensar, então, mas que raio, o que é que eu fiz de positivo hoje? O prático, aquelas coisas básicas, aspirar ampolas e dar a medicação, e fazer higiene porque de resto...pouco mais». (E 7)

«(...) é ao praticar tarefas que uma pessoa aqui se sente desmotivada, não é? Então, o que é que eu ando, aqui a fazer? Está a perceber, é por aí é que é complicado, (...)» (E 11)

O sentimento de frustração emergiu também dos discursos, relacionando-se este com a falta de credibilidade que os colegas mais velhos demonstram, relativamente aos cuidados dos mais novos, salientando a experiência como fonte única de conhecimento:

«(...) a nível de credibilidade, como sou muito mais nova do que os meus colegas, eles não dão muita credibilidade, e dizem: ah, tu vens agora da escola, tu ainda não sabes. Ah, tu ainda és nova, por isso é que fazes assim, daqui a alguns anos já não vais fazer assim, e esse tipo de coisas. Eu confesso, que às vezes fico frustrada (...) assim um bocadinho em baixo». (E 12)

A falta de reconhecimento por parte dos chefes, pelo esforço e envolvimento na prática dos cuidados, apresenta-se como uma fonte de desinteresse:

«(...) tento sempre, fazer o melhor que posso, faz-se das tripas coração e às vezes acho que por mais que eu faça, o meu chefe nunca reconhece, isto desanima! (...)» (E 7)

O reconhecimento parece, também aqui, ser sentido como uma necessidade pessoal de reforço inerente a um processo de liderança, indo ao encontro da perspectiva de KURCGANT (1991, p. 168), onde «O líder pode ser conceituado pela caracterização da relação afectiva entre os membros de um grupo e a “pessoa central” (...)»

Constatamos assim, que a insegurança, desmotivação, frustração e desinteresse são os sentimentos mais evidenciados pelos enfermeiros, quando lhes sugerimos a reflexão sobre a construção das práticas. Estes, relacionados essencialmente com a rotinização, não se afastam da opinião de alguns autores, quando nos referem que a produção de cuidados é

manifestamente orientada por modelos onde imperam os cuidados prescritivos e enquanto as tarefas recorrentes das rotinas de serviço forem consideradas como relações dissociadas dos cuidados, «(...) o processo de cuidados será abastardado, empobrecido, passará ao lado dos seus fins, criando frustrações e culpabilizações para quem presta cuidados e graves dissabores a quem os recebe» (COLLIÈRE, 1989, p.270).

Outra perspectiva emergiu também nas narrativas apresentadas, manifestada como sentimento de satisfação e realização profissional:

«Na enfermaria é onde eu me sinto bem, porque é um espaço que eu tenho para poder contactar com os doentes, com as famílias, com todo este processo de interacção doente/família e construir o meu projecto de saúde com o próprio doente, torná-lo um elemento activo (...) é assim que eu me sinto realizado a nível profissional.» (E.11)

A satisfação profissional, manifestada neste discurso, ao contrário das perspectivas anteriormente apresentadas, demonstra uma filosofia de cuidados que vai para além do que é prescrito e do que é mensurável.

Na opinião de Hochschild, citado por VEIGA (1994) os sentimentos dependem da importância que cada um de nós dá em cada momento à apreensão de uma dada situação e dependem de vários factores como:

- Do que eu quero, gosto ou estou ligado;
- O que agora vejo como possuir;
- O que aprovo ou desaprovo;
- Aquilo que percebo como agente causal de um acontecimento ou objecto;
- A minha relação com o agente causal.

Neste sentido, e pela análise efectuada, infere-se que os sentimentos negativos referidos pelos participantes são o reflexo da desaprovação entre o que fazem e o que queriam fazer,

ao contrário do sentimento de satisfação e realização profissional manifestado por um dos participantes que consegue fazer o que aprova e que vê como possuir.

A análise desenvolvida permitiu-nos ainda perceber o que sentem os enfermeiros em estudo, em relação aos colegas. Da lógica dos discursos emergiram várias opiniões, sendo que algumas realçaram a falta de ética e dignidade no comportamento profissional. O saber estar dos colegas mais velhos é altamente criticado, não se coadunando com a profissão de enfermagem:

«(...) saber estar e saber comportar-se, e ter a preocupação de pertencer a um corpo profissional e comportar-se como tal, quando se diz, então já morreu alguém? Isto aqui, quer dizer..., é deprimente...isto nem sequer um auxiliar diria, porque há a questão também de ética humana, não é? Não é preciso ser enfermeiro para se saber comportar desta maneira(...)».(E 5)

A emissão de juízos de valor em relação aos doentes e a ironização dos comportamentos observados são aspectos identificados pelos sujeitos como falta de respeito, o que conduz à sua desaprovação:

«(...) às vezes há coisas que me ferem os ouvidos, coisas que se ouvem nas passagens de turno, como por exemplo um doente, em estado comatoso, fez o favor de tirar a sonda. Há aqui uma ironia sobre a pessoa, (...) a culpa não é minha, foi a doente é que fez o favor de tirar a sonda, (...) e depois montes de juízos de valor, que se fazem, (...) quem está cá dentro, nem se apercebe. Eu fico escandalizada com estas coisas, que não me dizem minimamente respeito. Fala-se por falar e o que é essencial fica por dizer. (E 5)

O desconhecimento das situações clínicas dos doentes a quem prestam cuidados, foi também um factor apontado como negativo, relativamente aos colegas mais velhos:

«(...) acho que os meus colegas mais velhos, quando passam a passagem de turno de um doente, não sabem o que é que ele tem. Sabe-se se a doente é independente, se não é, mas a questão médica e patológica associada, que também é importante, não se sabe(...)»(E 5)

Da análise anteriormente efectuada, relativamente a esta unidade temática, constatamos que a maioria dos sentimentos manifestados em relação aos colegas mais velhos são reprovadores, o que traduz que os valores éticos e os direitos dos doentes foram bem integrados e estão presentes nas suas reflexões.

A análise do relato exposto remete-nos para os deveres para com a profissão, como prevê a alínea a) do artigo 90º do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, em que o enfermeiro assume o dever de *«manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão»*.

Da mesma forma, no respeito pelos valores humanos, como nos refere a alínea e) do Artigo 81º, os enfermeiros devem *«abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida»*.

Por outro lado, das narrativas emerge ainda a exteriorização dos enfermeiros-recém formados da equipa em que integram, referindo algumas expressões que evidenciam conflitos geracionais ou mesmo de valores divergentes em relação a uma filosofia de cuidados.

A este respeito LOPES (2001; p.186) refere que *«(...) não se pode subestimar o efeito estruturante dos desiguais recursos cognitivos e simbólicos que cada geração pode mobilizar na apropriação dos espaços de possibilidades gerados nos diferentes contextos de trabalho»*.

Ainda a mesma autora sublinha a importância da desigual composição das equipas de enfermagem, particularmente no que respeita à desigual formação escolar, básica e profissional, a recomposição curricular e os recortes que se conjugam nesses diferentes recursos, na forma de concretizar e de consolidar o plano das práticas profissionais.

Noutra perspectiva e ainda relativamente ao que sentem em relação aos colegas, evidenciaram-se sentimentos de segurança e de suporte:

« (...) quando comecei a trabalhar, o grande suporte foram os colegas mais velhos, tinha muitas dúvidas e socorria-me deles para minha segurança em relação a muitos casos que eu não sabia como actuar. » (E. 9)

« Quando vim para aqui trabalhar senti uma rede de segurança de todos os colegas, que se preocupavam em saber como é que eu estava a ser integrado (...) eles são uma mais valia pelo saber que possuem. » (E. 11)

Analisando as narrativas anteriores destaca-se o papel dos colegas mais velhos como recurso no processo de socialização profissional, que necessita qualquer recém formado quando inicia o seu percurso profissional carregado de incertezas, inseguranças e angústias, que nenhum dispositivo de formação camuflar (MESTRINHO, 2001).

A forma como os participantes perspectivam a enfermagem emerge dos seus discursos, de diferentes formas. Enquanto que, para uns, a enfermagem é uma profissão gratificante, pela possibilidade de estar em contacto com pessoas e particularmente pela relação que com elas se estabelece:

« (...) é disto que eu gosto, é de estar em contacto com as pessoas. Tudo bem que o médico tem alguém à frente dele e pode salvar-lhe a vida, mas eu também posso! E muitas das vezes, aqui na enfermaria, por exemplo, sou eu que o tenho que ir avisar, sou eu que lhe tenho que dizer: olhe, ele não está bem é melhor ir lá(...) Acho que, a relação que nós temos com os doentes e o estar sempre perto deles, e o estar 24 horas com eles é que é muito gratificante e isso começou a aumentar a minha paixão pela enfermagem, e neste momento adoro, e não me arrependo nada, de estar aqui, e de fazer o que faço. É muito cansativo, é muito trabalhoso, mas ao mesmo tempo, também é muito gratificante. » (E 9),

para outros, a enfermagem ficou aquém das expectativas criadas pela escola, uma vez que nos contextos de trabalho é difícil praticar a verdadeira enfermagem:

«(...) Quero ver se vou, realmente, praticar enfermagem, já que me ensinaram o que é enfermagem na escola, eu quero ver se consigo praticar nalgum sítio, porque aqui, está posto de parte» (E 6)

Contrariamente ao referido, existem discursos que evidenciam uma enorme satisfação pela profissão, ultrapassando a enfermagem as suas expectativas:

«(...) mas foi uma coisa... tinha aquela ideia, e pronto lutei por ela, e acabei por conseguir, não sabia que em enfermagem se podia fazer tanto, a nível interior e exterior, pelo que estou muito satisfeita, não trocava por nada, (...)» (E 3)

Resumidamente, podemos verificar duas posições diferentes dos recém-formados relativamente à perspectiva que possuem da enfermagem. Se para uns a enfermagem é uma profissão gratificante, tendo até ultrapassado as suas expectativas, para outros o significado inverte-se, considerando que é difícil praticar a verdadeira enfermagem.

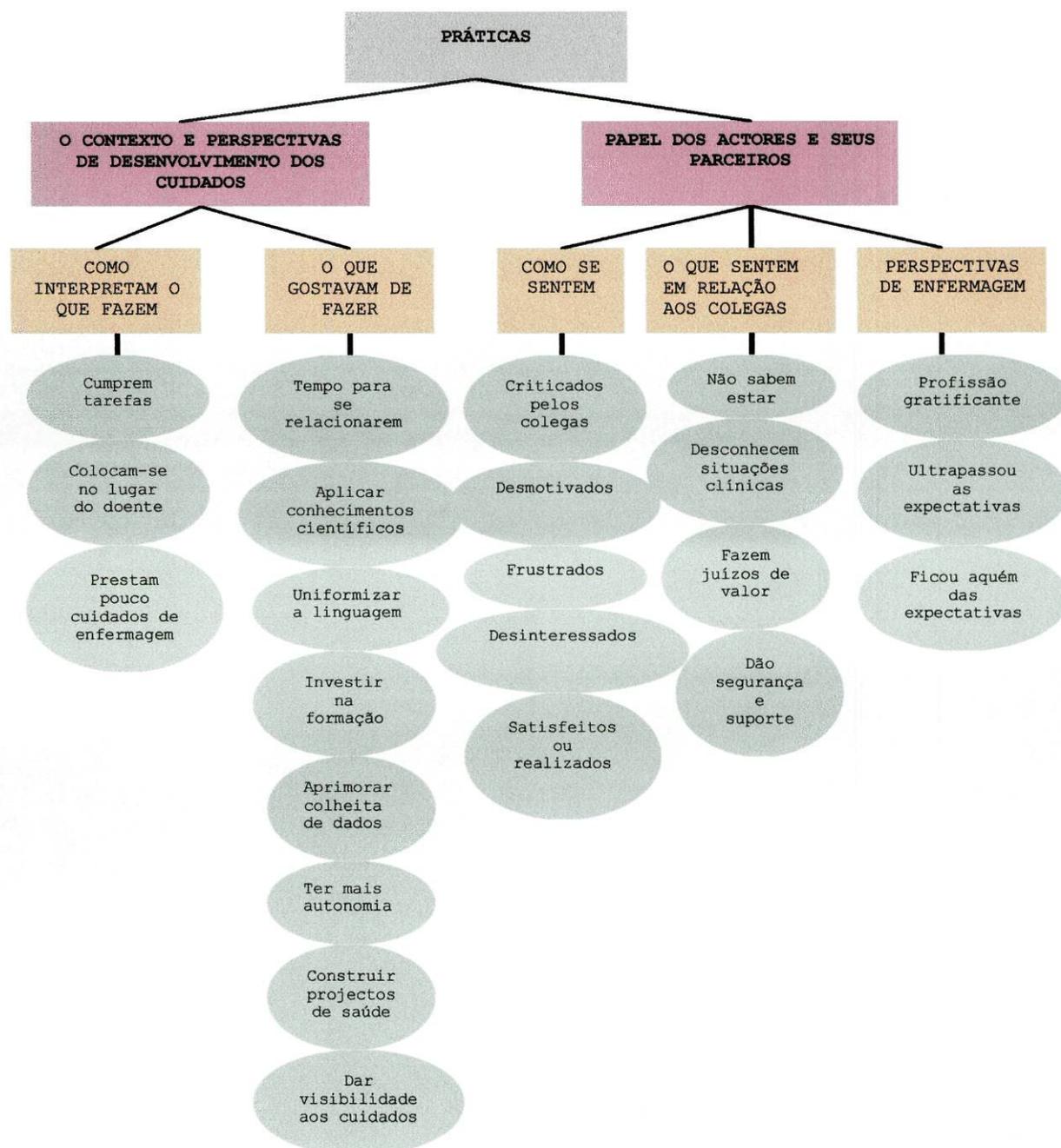
No primeiro caso, a evidencia ao papel gratificante da profissão parece identificar-se com a corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, onde a prática de enfermagem encontra a razão de ser na pessoa tratada, demarcando-se os cuidados de enfermagem, relativamente aos cuidados médicos (COLLIÈRE, 1989).

A segunda perspectiva revela ambiguidade entre os modelos de cuidados, preconizados na escola, e a organização dos cuidados, no contexto do serviço, o que nos leva a questionar a imagem que a escola mostrou relativamente aos cuidados, valendo a pena lembrar COLLIÈRE (2003), quando reflecte sobre a atitude de alguns enfermeiros docentes valorizarem demasiado as teorias e desviarem a sua atenção da realidade dos cuidados.

Ainda na perspectiva de ABREU (2001, p. 83), a escola constitui um elemento decisivo para a construção da identidade social, no sentido em que o indivíduo tem tendência a “ser aquilo que se diz que ele deve ser”. Por outro lado, a *«(...) multiplicidade de escolhas e de pressões do meio produz no individuo uma necessidade de desenvolver determinadas estratégias identitárias, onde no percurso do recém-formado, o confronto entre a realidade do trabalho, pode constituir-se um momento particularmente difícil se (...)»*

existir uma grande distância entre as identidades virtuais e as reconhecidas (nos contextos de trabalho)»

DIAGRAMA 3 - REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM



A reflexão sobre as práticas em contexto de trabalho, emergiu das narrativas quando questionados sobre a percepção do seu papel enquanto enfermeiros numa unidade de

cuidados, onde descreveram o contexto, perspectivaram o desenvolvimento dos cuidados e o papel dos actores e seus parceiros. A caracterização do contexto evidenciou o que fazem, cumprem tarefas, colocam-se no lugar do doente e prestam pouco cuidados de enfermagem. A perspectiva do desenvolvimento dos cuidados baseou-se no que gostavam de fazer: ter tempo para se relacionarem, aplicar os conhecimentos científicos que possuem, uniformizar a linguagem entre enfermeiros, investir mais na formação, aprimorar a colheita de dados, ter mais autonomia, construir projectos de saúde com os doentes e dar visibilidade aos cuidados. No papel dos actores e seus parceiros, revelaram-se maioritariamente sentimentos “negativos” como o serem criticados pelos colegas mais velhos, desmotivação, frustração e desinteresse, mas também sentimentos “positivos” como satisfação e realização. Nos sentimentos manifestados em relação aos colegas, se por um lado se evidenciaram o não saberem estar, não conhecem as situações clínicas dos seus doentes e fazem juízos de valor dos doentes, por outro lado, houve também manifestações de sentimentos de segurança e suporte. Ainda a perspectiva da enfermagem que possuem, foi descrita como sendo uma profissão gratificante, que ultrapassou as expectativas e que ficou aquém das expectativas criadas pela escola.

Da análise global, evidencia-se uma forte componente do processo de socialização, quer primária quer secundária, no significado que atribuem ao papel do contexto, às perspectivas de desenvolvimento dos cuidados e ainda ao papel dos actores e seus parceiros, sobre as práticas de cuidados. Relativamente ao contexto e perspectivas de desenvolvimento dos cuidados, emerge a diferença entre como interpretam o que fazem e o que gostavam de fazer. Em relação ao papel dos actores e seus parceiros, os sentimentos que os invadem e o que sentem em relação aos colegas constituem também elementos característicos do processo em que se encontram e que levam a perspectivas de enfermagem diferentes, encontrando-se em consonância ou não com o processo de socialização primária com a profissão.

3.4 - CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM

Conhecer a concepção da enfermagem é ajudar a perceber os fenómenos que esta evidencia, e os saberes próprios e específicos que lhe estão implícitos. Constituindo o

conceito uma imagem mental e, portanto, uma construção abstracta que dá a conhecer aspectos da realidade e do pensar, facilmente se entende que este evolua com o tempo, pois aplica-se a uma realidade que também evolui e se modifica.

Esta imagem mental começa a ser elaborada na aprendizagem primitiva e informal, em contexto social, podendo ser mais tarde modificada em contexto escolar e/ou profissional através de uma aprendizagem formal.

Se o mundo muda, se a ciência progride, se os fenómenos se complexificam, é natural que a concepção da realidade também se vá modificando. A enfermagem não é excepção, e disso são exemplo as diferentes correntes de pensamento que têm surgido com o passar dos tempos. Assim conhecer as concepções de enfermagem é compreender melhor como os profissionais da prática de cuidados a entendem e a perspectivam.

Para que as escolas de enfermagem orientem a formação dos seus estudantes na aquisição de concepções de cuidados consentâneos com o paradigma do cuidar e para que estes vejam o doente como o centro de todas as intervenções de enfermagem, torna-se importante conhecer as concepções que os referidos estudantes possuíam sobre a enfermagem, construídas em contexto social, e paralelamente sobre as que possuem, construídas em contexto escolar, dando assim possibilidade de as poder clarificar e orientar para o paradigma que defendem.

Neste contexto questionámo-nos: que concepção de enfermagem possuem os enfermeiros antes de ingressarem no curso? E depois, durante o curso, que concepção desenvolvem?

Questionados os participantes do estudo da análise das suas narrativas, emergem diferentes concepções de enfermagem, umas construídas socialmente e outras em contexto escolar, conhecendo-se ainda algumas razões da opção pelo curso.

A enfermagem como uma profissão de ajuda, foi a ideia que mais se salientou dos discursos dos participantes, construída em contexto social, constituindo, esta também, a razão para a escolha do curso:

«(...) queria uma profissão onde pudesse ajudar os outros, e então o que é que eu fiz. Não tinha média para entrar em enfermagem, dei umas voltinhas ainda, antes de vir para aqui, entrei em vários cursos mas não me identifiquei, porque a ideia que eu tinha era que em enfermagem estava com as pessoas e ajudava as pessoas (...)» (E 3)

Contrariamente à opinião anterior, surge a ideia social da enfermagem como uma profissão de suporte médico, aparecendo como segunda escolha na opção para o curso, por identificação com a Medicina. Contudo, o facto de esta profissão ser socialmente conotada como auxiliar do médico, fez com que inicialmente esta opção fosse questionada:

«(...)porque lá está, eu fui uma daquelas contrariadas que queria medicina, e fui parar à enfermagem. E no início ah...não sei, via um bocado a enfermagem como, um suporte médico,... também porque, muitas das pessoas que estavam à minha volta, diziam que iria ser a criadinha do senhor doutor(...)» (E 9)

As perspectivas que acabamos de analisar, apresentam duas concepções distintas. Da primeira, emerge a concepção de enfermagem como uma profissão de ajuda, não diferindo dos resultados dos estudos de REBELO (1996), BENTO (1997), COSTA (1998), e ainda de outros estudos internacionais, nomeadamente Americanos e Finlandeses, de que é exemplo o estudo longitudinal de MANINNEN (1997).

Embora as razões de caridade e de moral não estejam expressas, a construção da imagem da enfermagem, ligada à função de ajuda, remonta a identificação das práticas com a mulher, onde o cuidar representava alguém que ajudava outro alguém (COLLIÈRE, 1989).

Por outro lado, a função de ajuda pode-nos remeter para uma corrente de revalorização da relação, desenvolvendo-se, entre quem cuida e quem é cuidado, um papel de ajuda, como parceiros num mesmo processo (COLLIÈRE, 1989), ou ainda valorizando-se o cuidar como o ideal moral para a enfermagem (HESBEEN, 2000) e WATSON (1988).

Ainda BENNER (2001, p. 76), afirma que a ajuda, enquanto competência dos enfermeiros, vai para além daquilo que é terapêutico, «(...) onde a mudança é considerada em termos de *melhoramento mensurável, de abandono de compromissos ou de significados impossíveis de manter, ou ainda de estabelecimentos de objectivos*»

Decorrente do exposto, a ideia subjacente ao carácter de ajuda, no contexto da profissão de enfermagem, não é explícita, deixando a dúvida entre uma ajuda de cariz moral ou relacional, entendendo-se esta como uma parceria entre enfermeiro/doente no qual este assume um papel pró-activo no processo de cuidados.

A evidência ao conceito social da enfermagem, como auxiliar do médico, aparece também reflectida, no discurso dos entrevistados. Esta concepção, embora teoricamente ultrapassada, é de considerar no contexto actual, onde imperam ainda várias forças de poder nas organizações que circunscrevem as competências da enfermagem, ao campo da execução técnica gerado pelas decisões médicas (CARAPINHEIRO, 1993; LOPES 2001).

Atente-se, como esta concepção de auxiliar do médico se encontra relacionada com a vontade expressa de querer seguir Medicina, deixando transparecer alguma semelhança naquilo que queriam ser e que não conseguiram, resultado encontrados no estudo de REBELO (1996) e COSTA (1998), quando nos referem que a opção pela enfermagem, surge da falência de um objectivo que era ser médico, e que, por diversas razões, não pode ser.

É curioso verificar que, no contexto das entrevistas, ficou ainda expresso a existência de factores que contribuem para a construção da imagem social da profissão. Estes centralizam-se essencialmente a nível da imagem negativa transmitida pela comunicação social e da postura dos próprios enfermeiros:

(...)Eu confesso, que não sabia muito bem qual é que seria mesmo a função dos enfermeiros. Nunca tinha pensado mesmo nisso, por um lado, se calhar, eu também tinha uma conotação um bocadinho negativa, acho que a própria comunicação social, os filmes, geralmente quando vemos uma enfermeira num filme, conotam

sempre a enfermeira de uma forma muito negativa. A enfermagem, ainda está muito dependente dessa imagem, no entanto é uma imagem que já tem bastantes anos, bastantes séculos, isso também contribui muito, para a visão que a própria sociedade tem dos enfermeiros. É claro, também há enfermeiros que contribuem para uma boa imagem, mas geralmente as pessoas tem tendência mais a ver aquilo que é mau do que aquilo que é bom (...)» (E 12)

A visibilidade da profissão, que deveria surgir dos contextos da prática, pela “abertura das portas” ao público e pela integração da família no processo de cuidados, dando-lhes a oportunidade de constatarem, *in-loco*, a observação do desempenho do enfermeiro e a qualidade dos cuidados que presta, surge de contextos que nada têm a ver com a profissão e muito menos com a concepção actual dos cuidados com a evolução da profissão.

Um outro aspecto, que sobressai da análise de conteúdo, é revelador das concepções de enfermagem construídas em contexto de escola, nas quais o paradigma dominante é o cuidar. Foi em torno desta noção que se iniciou um processo de valorização da profissão e se percebeu a diferença entre o tratar e o cuidar:

«(...) depois, quando cheguei à escola, comecei a ouvir falar no cuidar, no cuidar de enfermagem, enquanto que um trata o outro cuida e o aspecto humanista da profissão comecei realmente a valorizar mais, a enfermagem(...)» (E 5)

Ainda dentro deste paradigma, há narrativas que evidenciam o papel crucial da interacção com o doente no contexto da profissão, sendo este apontado como o motivo pelo qual se aprende a gostar da enfermagem:

«(...) começaram os estágios, eu acho que a partir do momento que eu comecei a ter contacto com o doente, a interacção que se estabelece, é que a parte da enfermagem me começou a encantar.» (E 9)

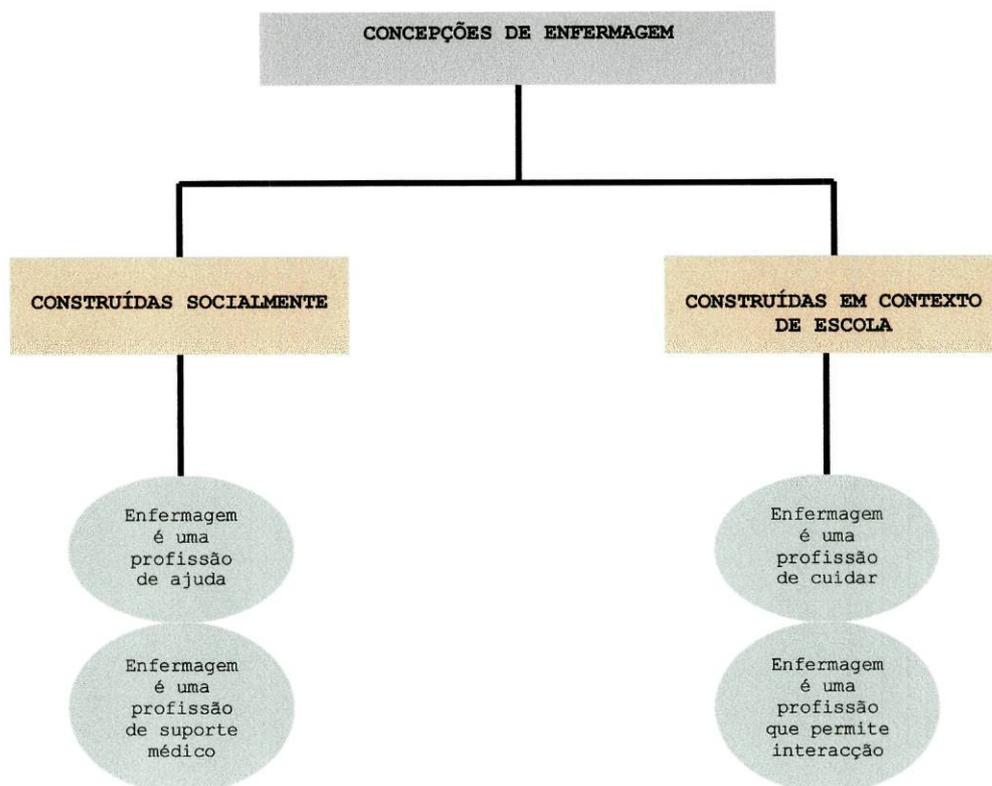
« (...) mas como tempo aprendi a gostar, aliás, a altura em que eu gostava mais de enfermagem era a altura em que eu ia para o ensino clínico, pela interacção com o doente.» (E 11)

Na realidade é no contexto da interacção que se desenvolve a verdadeira arte de enfermagem, na qual o encontro entre a pessoa que cuida e a que é cuidada atinge pleno sentido. É através desta relação que se podem estabelecer laços de confiança, fundados no respeito pela pessoa, permitindo caminhar em conjunto, ajudando-a na sua situação singular de vida.

Este sistema de valores, integrados na corrente humanista são aprendidos cedo na vida, mas podem ser altamente influenciados pelos educadores de enfermagem, à semelhança do que aconteceu com os entrevistados. (WATSON 1988)

Embora se defenda a tendência para a imagem social da enfermagem, depender em larga medida das concepções e das lógicas internas das profissões é ainda de considerar a dimensão social das práticas profissionais, na estruturação e organização profissional dos contextos empíricos em que se enquadram (ABREU 2001).

DIAGRAMA 4 - CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM



Explicitadas as concepções emergentes dos discursos dos entrevistados, concluímos que socialmente a enfermagem é percebida não só como uma profissão de ajuda, mas também, e ainda, como uma profissão de suporte médico. A imagem do passado acompanha-nos e acompanhar-nos-á enquanto os enfermeiros não tiverem a preocupação de darem visibilidade às suas práticas. Esta ideia assume pleno significado quando constatamos que a concepção de enfermagem, construída em contexto escolar, se integra numa vertente humanista, percebendo-se a enfermagem como uma profissão de cuidar, sendo que é no contexto dos cuidados que se aprende a gostar da profissão, pela interação que se estabelece com o doente e pelo o que lhes é dado observar.

3.5 - ESCOLA E PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DE CUIDADOS

O processo de construção de cuidados tem seguido um longo percurso condicionado pela sociedade em geral, pelas escolas de enfermagem e pela prática. Os saberes construídos ao longo da vida dos indivíduos, sejam eles formais ou informais, são determinados pelos sistemas educativos e finalizam-se, reconstróem-se e recompõem-se na e pela acção, nos contextos da prática.

Neste sentido, os percursos de formação individuais e colectivos resultam da articulação entre as trajectórias biográficas e os específicos contextos de trabalho, onde a pessoa do enfermeiro assume o elemento central do processo, entendendo-se que, *«Para realizar a construção biográfica de uma identidade profissional e, portanto, social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de uma forma ou de outra em actividades colectivas de organizações, intervir de uma forma ou de outra no jogo de actores»* (DUBAR, 1997, p.115).

Neste contexto, questionamos: quais são os contributos da escola e da prática na construção dos cuidados? Que relação estabelecem entre a forma como orientam os cuidados e a formação que tiveram durante o curso?

Os contributos da escola, que resultaram da análise efectuada das narrativas expressas, foram diversos. Um dos que mais se evidenciou foi o incentivo da escola na organização dos cuidados pelo método individual. Embora os enfermeiros manifestem a concordância, com esta metodologia, constatamos que, na prática, não fazem uso dela, pois consideram que existem factores que dificultam a sua aplicação, nomeadamente o número de doentes a quem têm que prestar cuidados durante o turno. Acrescentam ainda que, enquanto alunos, a utilização do método individual era possível porque o número de doentes que lhe estavam distribuídos era reduzido:

«Eu sempre tentei fazer aproximar o mais possível aquilo que eu faço com o que eu aprendi na escola, por exemplo o método individual, mas infelizmente, nem tudo o que se aprende se pode por em prática.» (E 6)

«(...) Tive dificuldade pelo facto de vir mentalizada que se trabalhava mais, pelo método individual, geralmente na escola é como nos ensinam e depois não é assim.» (E 12)

«Enquanto aluna conseguia fazer, também tinha menos doentes distribuídos e, enquanto aluna, temos um doente distribuído, mas o doente também está distribuído a um enfermeiro, não é? É diferente, agora enquanto profissional se for numa tarde, temos 16, e numa manhã temos para aí 10 doentes, alguns que necessitam de muitos cuidados e realmente é muito complicado» (E 12)

Também a utilização de um modelo teórico na orientação dos cuidados foi um dos aspectos mencionados pelos enfermeiros, mas que em seu entender, assume uma vertente exclusivamente teórica, não tendo enquadramento no contexto real das práticas, apresentando-se ainda, como um factor que dificulta o processo de cuidados:

«Eu acho que estas teorias de enfermagem que me ensinaram na escola, é mais de quem não tem nada que fazer, do que propriamente de quem trabalha dentro dum serviço, porque acho que quem trabalha dentro do serviço e lida diariamente com situações, com doentes, com familiares, até com colegas, (...) a maioria das coisas são diferentes.» (E 7)

«(...) Na escola obrigavam-me a orientar os cuidados por modelos teóricos, isso é tudo muito importante, mas(...) não é só isso que interessa na prática, e se calhar confrontar os alunos com situações mais parecidas com a realidade, (...)» (E 9)

Os discursos apresentados, evidenciaram, também, o papel da escola na transmissão de conhecimentos teóricos que permitem conceber, executar e avaliar os cuidados. Enquanto que, para uns, está subjacente que a aprendizagem feita na escola é a única base da construção e produção de cuidados, para outros, a escola teve um papel determinante no saber fazer, especificamente no domínio da técnica, cumprindo sem dificuldade, o que lhe ensinaram, não se verificando situação idêntica com o planeamento de cuidados, que embora reconheçam a importância da sua aprendizagem, não conseguem pô-lo em prática, por excesso de trabalho:

«(...) tudo o que eu sei, o que eu sou como enfermeira e o que eu penso da enfermagem, e dos cuidados, aprendi na escola. Então a base dos cuidados que eu presto é a aprendizagem que eu fiz na escola, unicamente!».» (E 1)

«(...) a nível da escola ensinaram-me a fazer as coisas com técnica, com rigor e tento fazê-lo. Tento fazê-lo ao máximo, apesar que também há muitas coisas que são desenquadradas, porque a nível, por exemplo, de plano de cuidados, é impossível fazê-lo (...) não se consegue fazer muito, porque todas as manhãs, quase que não paramos (...) por exemplo, a nível de plano de cuidados, não consigo fazer a sua avaliação e por conseguinte a actualização e por isso confesso que não aplico mesmo o processo de enfermagem, mesmo, como devia ser. (...)» (E 12)

A importância da relação no contexto do cuidar emerge da análise das entrevistas, como factor crucial na intervenção de enfermagem, na qual, a escola assume papel preponderante como facilitadora do desenvolvimento dessa competência. Contudo, a mesma análise deixa transparecer a ideia que este é um processo que só é possível acontecer na sua globalidade, em contexto de ensino clínico, sendo questionado no contexto das práticas:

«(...) e acho que ser enfermeira é o relacionamento, depois na escola acho que continuou o mesmo ...mas aqui é que acho que é a realidade» (E 1)

«(...) no ensino clínico estamos mesmo a relacionar-nos, isso foi uma das coisas que mais nos incentivaram na escola, mas aqui é diferente (...)» (E 2)

Também as aulas práticas em laboratório constituem uma mais valia para a aprendizagem dos entrevistados, possibilitando-lhe o treino de técnicas e procedimentos, embora em seu entender, estas sejam insuficientes, não lhes permitindo a interiorização dos referidos procedimentos e a reflexão sobre os mesmos, facto pelo que deixam explícito a necessidade de aumentar o número de horas dedicado a estas práticas:

«(...) na escola as aulas práticas permitem a realização de determinados procedimentos e técnicas, lá em laboratório, antes de virem para estágio. Acho que foi importante ficámos com uma ideia (...)é fazer e cada um experimentar e vê o que é que está mal, (...)por exemplo muitas coisas que se dão na teoria, na sala de aula, deveria ser dado nas práticas, em laboratório, para estar a falar e a executar ao mesmo tempo, olha isto é assim, portanto introduzimos a sonda assim desta forma, e porque é que não é da outra? Assim a visualizar aprende-se mais. É

necessário mais reflexão, acho que há pouca reflexão, (...) acho que nós interiorizamos as coisas de forma diferente, chama a atenção, (...)» (E 3)

Contrariamente, as aulas de carácter teórico, embora consideradas importantes, são em seu entender excessivas e alguns conteúdos desfasados das necessidades da prática, não encontrando aplicabilidade nos conhecimentos que adquirem, sugerindo, por isso, que tragam exemplos da prática para analisar e reflectir em contexto teórico:

«(...) é assim, eu acho que muitas das coisas que nós aprendemos na escola são importantes, mas outras... estão completamente desfasadas, não se adaptam à realidade. Está bem que, nós devemos evoluir, mas também na escola devia-se pensar não tão ao nível teórico, também a nível prático, com as realidades que se encontram no hospital, e não tentar fazer só porque nos livros se diz, é tudo muito lindo, mas não ter a noção de que isso é impossível na realidade(...)» (E 8)

«(...) acho que devíamos ter muito mais aulas práticas, acho que se devia ver o que é que é mesmo essencial para nós aprendermos, não é darem matérias que não interessam, acabávamos por ter disciplinas que não interessam...» (E 8)

«(...) eu nem quero dizer uma cadeira em especial, há coisas que mudava nas cadeiras, há coisas que nos davam para nós entendermos que sinceramente, a gente não vai utilizar aquilo em lado nenhum, são coisas para a gente empinar e escrever no papel(...)» (E 5)

Daí que os ensinamentos clínicos se revelem cruciais no contexto da aprendizagem, uma vez que lhes permitem a mobilização de conhecimentos e a adequação a situações reais da prática. É curioso verificar, quão importante se torna o papel do orientador do ensino clínico no contexto desta aprendizagem, agindo inclusivamente como uma referência a seguir:

«(...) todos estes anos de estágio, falo de estágio porque julgo que nós aprendemos muito mais em estágio, o facto de ter que passar por vários estágios, dá-nos a possibilidade de termos mais conhecimentos e os podemos aplicar quando estamos num serviço (...)às vezes temos situações aqui, eu lembro-me como é que actuei ou como é que vi actuar em determinado serviço para poder actuar aqui(...)» (E 8)

«(...) Os estágios para mim é o que eu guardo mais, tenho memórias, há pessoas que nos tocam mais pela forma de ser, pela forma de fazer, eu tenho recordações, de bons orientadores no estágio,(...) pela forma de fazerem, ainda hoje tenho presente aquilo que, que eles faziam e, e faço, de uma forma quase, não queria

utilizar o termo, repetitivo, porque, não andamos aqui com repetições, mas compreendo porque é que, que faziam assim, e realmente orgulho-me de poder fazer da mesma forma(...)» (E 11)

Da análise que acabamos de realizar, são visíveis os grandes contributos da escola na construção dos cuidados, incentivando a organização dos mesmos pelo método individual, a sua orientação por modelos teóricos, a valorização do relacionamento com os doentes, a importância das aulas de carácter teórico e o treino de técnicas e procedimentos em laboratório.

Neste âmbito, emergiu o papel preponderante da aprendizagem em contexto da prática, mesmo que simulada, permitindo-lhes uma reflexão na e sobre a acção, proporcionando um enorme potencial formativo, pela pluralidade de situações que estes ambientes proporcionam, decorrendo, em simultâneo, a integração dos conhecimentos teóricos na prática (SCHÖN, 2000).

O mesmo autor, SCHÖN (1983), faz uma diferenciação temporal entre o que ocorre durante a reflexão “sobre a prática”, na prática e a reflexão que ocorre ao pensar-se “sobre a prática”. Enquanto a primeira forma de pensar facilita a emersão na prática durante a prática, a segunda permite ao profissional reflectir a prática em termos de resultados esperados, correspondendo ao que se denomina por reflexão na acção, e reflexão sobre a acção respectivamente.

Neste contexto, e na opinião dos entrevistados, o ensino clínico aparece como um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e a aquisição de saberes práticos e processuais, opinião que nos é perfilhada por ABREU (2003, p.14), citando Naphine, quando nos diz que, «*A formação em contexto clínico e as aprendizagens formais e periféricas que aí decorrem, i) facilitam o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego; ii) permitem equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, com recurso ao pensamento reflexivo; iii) facultam aos estudantes as bases para a definição de uma “consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional. Nesta perspectiva a formação em*

contexto clínico transcende a lógica de “aplicação de conhecimentos, para se situar ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção colectiva, de uma lógica de qualidade».

A este propósito, COSTA (1998) acrescenta ainda, que a formação possibilitada nas escolas e nas unidades de saúde, no curso de enfermagem, é feita de oportunidades estratégicas, não apenas em sentido formal da educação, mas também nos processos informais de aprendizagem que possibilitam estes contextos bem como outros onde os indivíduos se inserem.

É ainda de salientar o facto dos entrevistados considerarem que na escola se valoriza demasiado as aulas de carácter teórico, não percebendo a importância de alguns conteúdos e disciplinas. Segundo CANÁRIO (1997), a possibilidade de reequacionar o papel da formação inicial está sustentada na compreensão da dificuldade do “transfert” das aprendizagens realizadas na situação de formação, para as situações reais de trabalho, verificando-se uma relativa ineficácia.

Corroborando desta opinião, emerge dos estudos de COSTA (1998), a ideia de que os enfermeiros nas unidades estudadas, não tendem a valorizar muito a formação formal, realizada nas escolas de enfermagem, evidenciando-se mesmo, que os resultados apontavam par uma relação negativa entre o que foi a formação inicial e a experiência.

É este desfásamento entre a formação formal e a prática que contribui para que a utilização dos modelos teóricos na orientação dos cuidados, fomentada pela escola, não tenha reflexos na prática, inferindo-se não como processos facilitadores mas como desajustados à realidade.

De facto, actualmente as opiniões em relação aos modelos e às teorias de enfermagem são muito divergentes. Estes nasceram a partir de aceitáveis princípios filosóficos que ajudam a desenvolver o conhecimento complementar relacionado com os conceitos fundamentais,

problemas e objectivos da disciplina, ajudando também a identificar as componentes do domínio da enfermagem (MELEIS, 1991).

Na opinião de BENNER (2001, p.246), «*Os modelos formais podem perfeitamente funcionar como um guia para aqueles que não tem experiência suficiente ou que não dominam um determinado campo*», acrescentando que o enfermeiro deve ver o modelo como uma abstracção e não como uma norma, ou fim em si mesmo mas sim um meio para atingir um fim.

Neste contexto, a mesma autora acrescenta que a utilização de modelos teóricos tem factores que podem ser limitadores de uma prática avançada, de que são exemplo as funções descritas em termos de comportamentos tipo quantificáveis, as implicações da sensibilidade que por não serem mensuráveis quase não são tidas em conta, as características da experiência e da sua adaptabilidade que por isso não podem ser tidas como uma situação tipo, a autonomia obtida pela adopção do modelo pode ser posta em questão, uma vez que se torna contraditório formalizar a autonomia; os níveis de competência dos enfermeiros não são tidos em conta porque, ao deixarem pouca liberdade, podem ser desmotivadores, são impessoais, colocando todos os profissionais ao mesmo nível e, ao reduzir numa estrutura fixa um grande número de variáveis, reduzem a complexidade das situações reais.

Relativamente a este assunto também COLLIÈRE (2003), aponta como factor negativo o facto de, quer os manuais, quer o ensino, transformarem muitas vezes a contribuição de alguns pensadores de enfermagem, em regras de pensamento, ou em sistemas de aplicação, pensamentos mecanicistas pré-organizados, submetidos a regras prescritivas, dissociadas do saber fazer e do saber ser, revelando o mal-estar em que se encontram os prestadores de cuidados para conseguirem reapropriar os seus saberes.

Acrescenta, ainda que «*(...) os saberes oriundos da escrita podem dar a ilusão da cientificidade de cada vez que se refugiam nas teorias e conceitos, afastando-se da descoberta originada nos factos vividos e nas práticas ou aplicando de forma*

estereotipada grelhas de leitura à realidade das situações de cuidado» (COLLIÈRE, 2003, p.483).

Da análise das narrativas emergiu também a ideia de que da prática surgem contributos bastante significativos para a construção dos cuidados. O desenvolvimento da capacidade de improviso apresenta-se como um desses contributos, na medida em que, face à escassez de recursos, os enfermeiros tem que mobilizar capacidades que lhes permitam atingir os objectivos, com os recursos disponíveis, assegurando desta forma a prestação de cuidados:

«Pois na teoria nós temos tudo, temos o material todo e na prática não é assim, nós temos que prestar cuidados com aquilo que temos. O que temos por base acaba por ser as mesmas coisas, mas fazer um penso como nós aprendemos, com as pinças, a dobrar as compressas, é difícil, porque aqui nós temos um quite para fazer pensos e temos muitos doentes com pensos. Tivemos que aprender a trabalhar utilizando a técnica asséptica na mesma, mas de outra maneira, tivemos que calçar luvas, tivemos que conseguir trabalhar, se calhar só com uma mão, e com a outra a segurar nos frascos. Na teoria era diferente, na teoria nós tínhamos tudo, até tínhamos alguém que nos ajudasse (...)» (E 1)

Incentivar o estabelecimento de prioridades no processo de cuidados foi também um dos contributos que, na opinião dos entrevistados, advém da prática. Os diferentes contextos de trabalho, as diferentes necessidades dos doentes e as ocorrências imprevisíveis, obrigam a que os enfermeiros desenvolvam a capacidade de estabelecer prioridades, por forma a dar resposta às situações que lhe são colocadas, em tempo oportuno e com os resultados desejáveis, o que exige uma combinação de recursos ambientais na acção concreta.

«(...) nós, aqui no serviço, temos que muitas vezes, saber quais são as prioridades. Quando vamos cuidar dos doentes, se calhar já estamos a pensar nisso, lá está, se eu estou a ter mais atenção numa certa actividade de vida de um doente, eu estou-lhe a dar uma prioridade, e acho que isso acaba por ser um bocado intuitivo em cada um de nós. E isto só acontece porque estamos na prática a lidar com doentes. E quando as coisas se complicam? O que fazemos em primeiro lugar? E se não temos o que nos é necessário? Temos ou não que estabelecer prioridades? Isto faz-nos muito bem, ajuda a desenrascar.» (E 9)

Também a capacidade de intuição nos aparece como um contributo da prática para a construção dos cuidados. A prática, ao proporcionar a vivência de diferentes situações e consequentemente de diferentes experiências, ao longo do percurso profissional, faz com que estas funcionem como momentos de aprendizagem que se reflectem na acção em idênticas situações, pese embora a necessidade de adequação a cada situação particular e a cada pessoa :

«(...) nós agimos por intuição naquele momento. Está bem que cada caso é um caso e nunca é igual, nunca podemos fazer da mesma forma. Mas o que é certo é que nós deparamo-nos com uma situação, que já nos é familiar, agimos de imediato, por intuição não é? Depois nós adaptamos a cada pessoa, mas a experiência dá-nos a perceber o que se está a passar, porque já vimos aquela situação (...)» (E 3)

Ainda o desenvolvimento de destreza manual nos foi referido como um dos contributos da prática, emergindo das narrativas a ideia de que o tempo de exercício profissional, contribui para o treino e desenvolvimento de competências técnicas necessárias à produção dos cuidados:

« (...) e depois claro que nós não temos a destreza que tem os colegas que já estão há mais tempo, notava que demorava mais tempo a preparar, a medicação, a fazer as coisas, agora não, agora consigo (...)» (E 4)

Decorrente do exposto, infere-se que os contributos da prática se revelam de grande interesse para a construção dos cuidados, uma vez que possibilita desenvolver a capacidade de improviso, incentiva o estabelecimento de prioridades, estimula o desenvolvimento da capacidade de intuição e permite o treino de competências técnicas.

Relativamente à capacidade de improviso, os discursos sugerem-nos que, para além do saber tirar partido dos recursos do contexto, os enfermeiros conseguiram ainda combiná-los com os saberes incorporados (saberes, saber fazer, qualidades, entre outros). O “saber combinar recursos e mobilizá-los em contexto”, apresenta-se como um dos conjuntos de saberes que caracterizam o profissionalismo, mais do que algo específico a uma profissão. Esta capacidade de improviso só é evidente em contexto de acção concreta, como a prática

de cuidados, em que a pessoa consegue fazer o “transfere”, o saber combinar os recursos e mobilizá-los em contexto (Le BOTERF, 1997).

A capacidade de intuição emergente dos discursos dos participantes, leva-nos a pensar que o seu desenvolvimento de competências já ultrapassou o estágio de iniciado, que é caracterizado por BENNER (2001), pela adesão rígida a regras ou a planos pensados, com pouca percepção da situação e com decisão racional, para um estágio de iniciado avançado ou competente, onde as acções são vistas, pelo menos parcialmente, em termos de objectivos a longo prazo, embora com procedimentos standartizados e rotinizados, aproximando-se cada vez mais de um nível compatível com decisões intuitivas, não sendo já necessário as regras e linhas rigidamente orientadoras.

Por fim, no contexto da análise dos discursos ainda nos foi possível identificar contributos da articulação escola/prática na produção de cuidados. A utilização de modelos de enfermagem, ensinados em contexto escolar, têm os seus reflexos na produção de cuidados, embora se evidencie nas narrativas, algumas incongruências, que se prendem com a interpretação inapropriada da utilização dos mesmos, não deixando de reconhecer contudo a sua necessidade como forma de orientação das práticas:

«(...) Claro que se eu não tivesse as necessidades na cabeça, era difícil, porque é importante falar das necessidades, porque eu só as sei porque aprendi na escola.... e olho para a doente e vejo as necessidades dela...»(E 2)

«(...) se oriento as minhas práticas assim reflectido, não sei se terei um modelo específico, ...talvez o modelo da Virgínia Henderson, penso que será o mais visível, não é que eu pense muito no modelo em si, eu não tenho propriamente o modelo presente. Quando eu desempenho o trabalho, é o modelo X, mas pela forma como o faço, a forma como se faz, aqui no serviço, de um forma geral vai um pouco em conformidade com esse modelo, mas de uma forma consciente penso que não, passa muito por ai portanto, assumir um modelo teórico. Bem, é sempre bom termos um modelo teórico como uma base de discussão, como um principio de discussão, tudo bem temos que nos orientar por alguma coisa, agora seguirmo-nos por um modelo teórico de uma forma taxativa, normativa eu penso que não» (E 11)

Também a possibilidade de (re)criar modelos próprios, foi uma ideia que emergiu do conteúdo das narrativas, descrevendo-os como modelos pessoais que vão construindo,

articulando os conhecimentos adquiridos em contexto escolar, com os que a prática lhe proporciona, não deixando de fazer referência à importância de colegas com os quais se identificam e lhes servem como modelos de actuação:

«(...) acabamos ao fim e ao cabo, a gente acaba por aprender com todos, porque todos sabem algo ou fazem algo de maneira que os outros não fazem, e acho que a gente tem de aprender a ver o que é que neste é correcto e o que é que é mais correcto fazer. Eu acho que tentei fazer isso, eu tentei ver como é que eles faziam. Eu a principio tentei, como é que este fazia e tentei mais ou menos fazer como ele fazia e depois, acho que tentei fazer com aquilo tudo, da maneira como eu acho que devo fazer, eu acho que foi assim.» (E 8)

«(...) eu penso que os colegas no geral, são o modelo...ai está o saber resultante da experiência, este valor que muitas vezes se encontra perdido ou que não se dá muita atenção e é obvio que há colegas aos quais nós realmente nos identificamos e há outros que nós não nos identificamos tanto mas pronto, isso acontece em todo o lado. Mas houve colegas que, alguns guardo de memória, quando entrei me serviram de modelo de actuação, perfeitamente.» (E 11)

A possibilidade de articulação escola/prática foi também um dos aspectos que se salientou da análise do conteúdo das entrevistas, como contributo na produção de cuidados. A reflexão na acção, apresentou-se neste âmbito como um dos aspectos significativos a valorizar, quer no contexto da escola quer no da prática, emergindo dos discursos a necessidade de mobilização de situações da prática para reflexão em contexto escolar:

«(...) depois na prática eles não existem e, então, temos que repensar tudo aquilo que fazemos bem, se eu não tenho então as condições para fazer isto desta forma como é que eu hei-de fazer para que se aproxime? Dessa forma passa um pouco por isto.»(E 11)

«(...) eu acho que é a reflexão sobre a prática que falta nas escolas. Porque é que se faz assim, então aí se calhar podia-se perceber não é? De uma forma mais coerente realmente, porque é que se agiu dessa forma e porque não noutra, porquê? Porque houve desleixo das pessoas, porque não houve, porque houve desconhecimento, porque não houve condições?Penso que passa por ai, trazer a reflexão da prática diária, para a escola.» (E 11)

O discurso dos entrevistados vai ao encontro da perspectiva de SCHÖN (1987), quando nos alerta para que a formação na situação pré profissional deva incluir uma forte

componente de reflexão a partir de situações, de práticas reais, sendo esta a via possível para que o enfermeiro recém-formado seja capaz de enfrentar as situações, novas e diferentes, da vida real, e de tomar decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam, defendendo uma epistemologia da prática, onde o conceito de profissional tem subjacente, a responsabilidade e a reflexão na acção.

A reflexão na acção proporciona ainda a possibilidade de (re)criar modelos próprios, remetendo-nos para outra reflexão no sentido em que a formação, entendida anteriormente como o processo de transmissão de conhecimentos que posteriormente eram aplicados à prática, modificou-se no sentido mais amplo, «(...) não são nem os dispositivos, nem as instituições, nem ninguém que forma; a formação é um trabalho de cada um consigo mesmo; não é uma preparação para agir, mas sim uma preparação para viver, o que, em sentido antropológico, a torna a mais humana das actividades humanas» (COSTA 1998, p.19, citando Ferry 1987).

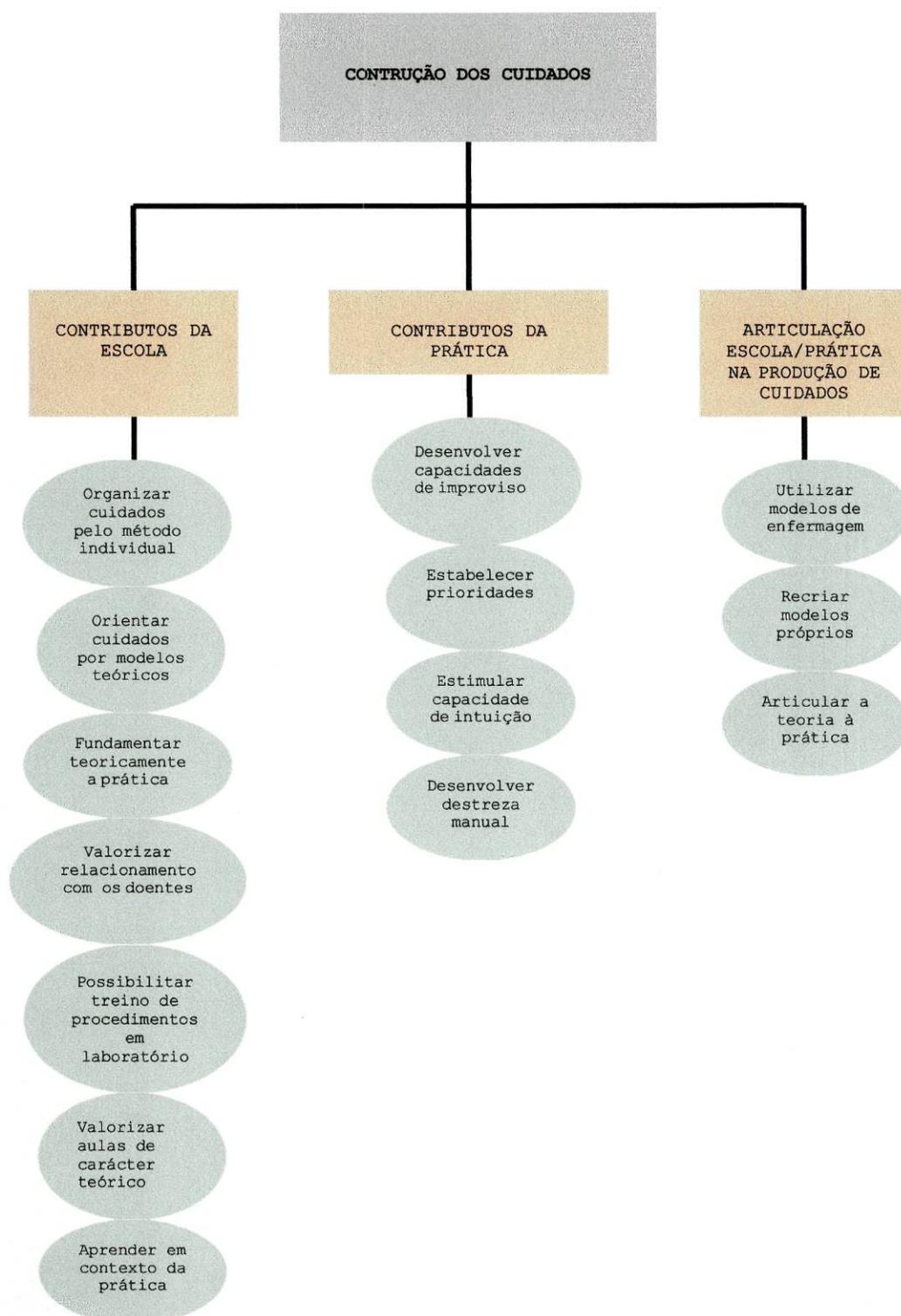
Infere-se que a recriação de modelos pessoais, na prática, decorre da apropriação que fizeram do que lhes foi transmitido na escola, com o que encontraram nos colegas aos quais se identificaram ou não, e ainda, das características pessoais, resultantes de toda a história de vida. Estes modelos que, muitas vezes, são difíceis de definir, mas que se encontram subjacentes à prática individual de cada um, vêm de encontro também a algumas teorias de formação, que valorizam as experiências de vida do sujeito: «A formação tem, assim, uma perspectiva sistémica, em que o passado, presente e futuro são reconhecidos como elementos de construção da sociedade e, conseqüentemente, como elementos importantes da formação dos indivíduos e dos grupos» (COSTA, 1998, p.22).

Nesta perspectiva esses modelos são resultado do desenvolvimento pessoal e profissional que, consubstanciam a prática de cada enfermeiro, influenciando a acção profissional e a capacidade de tomar decisões que vão para além dos factores observáveis.

Relativamente à utilização de modelos de enfermagem, na produção de cuidados, fica ainda por esclarecer a sua pertinência na orientação da prática. Nos discursos infere-se que

apesar de não os aplicarem, a orientação com raciocínio clínico pode estar presente, embora em outros espaços de questionamento seja visível que o modelo emergente dos referidos discursos é o modelo biomédico, embora com preocupações evidentes numa corrente humanista.

DIAGRAMA 5 - CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS



Em guisa de síntese, podemos concluir que os discursos dos entrevistados deixaram bem presente a importância dos contributos da escola, da prática, e da articulação escola e prática, na produção de cuidados. Neste processo, a escola assume principal relevância para a formação profissional inicial, que, em contexto da prática, é submetida a comparações sistemáticas que conduzem à (re)criação de modelos próprios e consequentemente à (re)construção de cuidados. É na perfeita simbiose escola/prática que a formação assume, individual e colectivamente, a mesma importância no desenvolvimento da competência profissional.

3.6 - RECURSOS DO CONTEXTO QUE INFLUENCIAM AS PRÁTICAS

As práticas de cuidados inscrevem-se em contextos complexos aos quais não são alheios as políticas de saúde, as normas formais e informais de organização de cuidados, as identidades profissionais e pessoais, os saberes e poderes entre os profissionais e as relações destes com as condições gerais de trabalho.

Estes factores assumem um papel preponderante quando se entende que a construção e reconstrução das práticas, se faz através de processos formais e informais de aprendizagem, nos quais é dada oportunidade a cada indivíduo de construir a sua própria prática, não esquecendo a multiplicidade de saberes oriundos dos contextos de trabalho, que poderão interferir neste processo, agindo como promotores ou inibidores de desenvolvimento.

Perfilhando destas ideias, procuramos saber, junto dos sujeitos do estudo, quais os recursos existentes no serviço e a sua influência na construção da prática de cuidados.

Dos discursos identificam-se influências positivas e negativas dos recursos no contexto das práticas.

Um primeiro aspecto a salientar, como influência positiva na construção das práticas, diz respeito às fontes bibliográficas e de documentação, às quais recorrem, pontualmente ou com maior frequência, de forma a esclarecerem dúvidas e fundamentarem cientificamente as suas intervenções, mantendo-se em constante actualização:

«(...) quando se apresenta assim uma situação mais estranha ou que não é tão comum temos bibliografia ali na nossa salinha (...) temos revistas de enfermagem que também damos sempre uma visitinha de olhos quanto mais não seja, ficamos sempre com aquela ideia, olha vi isto em qualquer lado (...)» (E 7)

«(...) tenho alguma preocupação em fundamentar-me em conhecimento científico, sou assinante de revistas e tenho bastantes livros em casa, aqui quando preciso consulto a bibliografia que temos (...)» (E 5)

Também a possibilidade de acesso a novas tecnologias de informação, de que é exemplo a Internet, se constitui como um factor facilitador da construção das práticas, agindo como um dos meios de informação mais rápido e de mais fácil acesso a utilizar no serviço:

«Um dos recursos que temos é a Internet, esse é um dos recursos que temos porque na medicina aparece-nos de tudo e mais alguma coisa, muitas patologias que nós não conhecemos e então temos um acesso directo é só chegar ali e pronto, temos informação (...)» (E 1)

O recurso aos colegas como fonte de informação emergiu também do contexto das entrevistas como um factor que influenciou positivamente o seu desempenho e facilitou o seu processo de integração. É curioso verificar o valor atribuído aos saberes resultantes da experiência, principalmente quando se referem aos colegas mais velhos, ou aos colegas especialistas, sendo que a estes atribuem os conhecimentos que suportam as suas intervenções e o incentivo na aquisição formal de conhecimentos proporcionados pela formação em serviço:

«Acho que os colegas foram essenciais na minha integração aqui, sempre que tinha qualquer dúvida, do tipo preparar material para punções especiais ou certas patologias, cuidados que devemos ter, eles sempre foram o meu apoio.» (E 10)

«(...) eu penso que os colegas no geral são o modelo o saber resultante da experiência e aqui está este valor que, muitas vezes, se encontra perdido ou que não se dá muita atenção e é obvio que há colegas aos quais nós realmente(...)» (E 11).

« (...) temos o enfermeiro especialista que é o responsável pela parte de formação, têm investido a nível da formação e tem-nos incentivado bastante (...)» (E 3)

« (...) porque os especialistas aqui do serviço, têm muitos conhecimentos e são as pessoas que nós procuramos (...)» (E 8)

Facilmente constatamos pelo exposto, que o recurso à leitura surge como uma das estratégias privilegiadas pelos enfermeiros, para desenvolver o seu campo de saberes. O esclarecimento de dúvidas, relativas às patologias que aparecem com menor frequência, ou às situações que exigem especificidade de intervenção, surge como um referencial privilegiado, à semelhança do que nos é referido pela COLLIÈRE (1989), quando apresenta as patologias como um saber *major*, procurado pelos enfermeiros, em detrimento de outros saberes *minor*, que também deveriam integrar as suas preocupações.

Contudo, salienta-se o facto dos enfermeiros do serviço de medicina procurarem cada vez mais fomentar cientificamente as suas intervenções, mantendo-se actualizados, contrariamente aos resultados encontrados no estudo de REBELO (1996) onde as preocupações dos enfermeiros dos referidos serviços vão mais para os conhecimentos técnicos, destreza e rapidez de gestos.

Os cuidados de enfermagem não podem adquirir sentido, nem evoluir, se não forem procurar às fontes de informação os mais diversos saberes, situando-se eles nos livros, nas revistas, nos filmes ou noutras actividades artísticas e culturais, bem como na experiência de vida de cada um de nós (COLLIÈRE, 1989).

Todos estes meios podem servir para alargar consideravelmente a nossa maneira de aprender a vida, de compreender os outros e conseqüentemente de enriquecer e construir a prática dos cuidados. Importa saber utilizá-los.

Além da leitura, também os colegas de serviço são o recurso de informação mais referido pelos enfermeiros, quando sentem lacunas nos seus saberes. Neste contexto evidenciou-se o saber da experiência, que vem ao encontro das actuais correntes da valorização do saber, onde as situações de trabalho, pela oportunidade de mobilização de competências, comportam um potencial formativo que supõe a interacção da pessoa ou do grupo com as situações. O contacto directo entre o objecto e o sujeito, na dialéctica acção/saber, permite a construção da competência profissional (COSTA, 1998).

Neste âmbito, destaca-se ainda a valorização atribuída aos enfermeiros especialistas, porque propiciadores da formação, facilitam a aquisição de saberes e estimulam a investigação, agindo como elementos assessores de consulta.

As influências negativas dos recursos no contexto das práticas foram diversas. A deficiente relação interdisciplinar, nomeadamente a comunicação horizontal, e o reflexo desta na articulação entre as actividades na equipa, foram expressas no conteúdo das entrevistas:

«(...) há assim umas arestas entre os médicos e os enfermeiros, ainda a semana passada tive um chatice com um médico, estava a acreditar no que o doente lhe estava a dizer e a duvidar do que eu lhe estava a dizer» (E 4)

«(...) em relação às altas, nós sabemos porque o processo aparece em cima do balcão com as cartas, muitas das vezes é o doente que nos diz, quando tem capacidade para isso, e nós não conseguimos, como devíamos, preparar a alta devidamente, que é a nossa função (...)» (E 4)

«(...) os médicos também dão as informações a qualquer um indiscriminadamente(...)» (E 5)

« (...) por exemplo uma prescrição, que às vezes até não sai no computador no sítio dos não medicamentos, o computador não reconhece como alteração da prescrição e a gente não adivinha se eles não nos vierem dizer. Devia haver essa abertura (...)» (E 5)

Também a inadequada formação em serviço foi apresentada como um factor que influenciou negativamente a construção dos cuidados, uma vez que não dá resposta às necessidades expressas:

«Há formação em serviço mas acho que há um bocadinho de deficiência por exemplo, aparecem-nos aqui materiais novos que nós nunca vimos, não sabemos para que é, como é que vamos utilizar (...) tentar estudar mais esses aspectos para nós podemos fazer melhor do que aquilo que fazemos.» (E 3)

«Há para aí umas formações mas isso pessoalmente a mim, não me estimula nada, porque as formações são sempre organizadas só por uma pessoa, e essa pessoa só organiza essas formações para ter mais benefício para ele propriamente do que para nós (...)» (E 7)

A ausência de liderança no processo de cuidados surgiu dos discursos como uma influência negativa, traduzida pela necessidade de serem chamados a atenção para as suas responsabilidades, e pela transmissão de feed-back sobre o seu desempenho:

«(...) eu preferia ser chamada à atenção no momento em que realmente me sinto responsabilizada por uma determinada coisa, do que ser chama à atenção para o ar e para todos em que ninguém é responsabilizado directamente ou são todos(...)»(E 5)

«(...) Somos um bocado se calhar autónomas e isso por um lado é bom porque permite trabalhar com uma certa satisfação, mas por outro...há coisas que fazemos mal e que, se calhar, deviam ser chamadas à atenção» (E 5)

«(...) às vezes acho que por mais que eu faça ninguém reconhece» (E 7)

A necessidade de normas de procedimentos aparece, neste contexto, como factor que facilitaria a prestação de cuidados, tendo em conta a facilidade de consulta e a ajuda na preparação rápida do material necessário à execução de procedimentos:

«(...) protocolos, mesmo até protocolos de coisas simples, como por exemplo, uma das listas de material para determinadas actividades específicas, por exemplo, o medulograma, alguém que chegue de novo, não faz a mínima ideia do que é (...)» (E.11)

«(...) surge uma situação de emergência que é preciso colocar um cateter central. Que material é que eu vou preparar? Eu penso que pelo menos listas protocolares, de certos procedimentos deveria existir e não, aqui não (...)» (E11)

Da análise global, infere-se que a deficiente relação interdisciplinar a nível da comunicação, e o reflexo desta na articulação das actividades na equipa está regulada pelas formas de exercício da autoridade científica e social dos médicos, através de comportamentos organizados, de demissão dos enfermeiros nos circuitos em que a actuação dos enfermeiros se cruza com a actuação médica (CARAPINHEIRO, 1993).

Também a formação em serviço, não respondendo às carências sentidas pelos enfermeiros recém-formados, leva-nos a concluir que os objectivos de assegurar a actualização e o aperfeiçoamento constante dos profissionais em enfermagem, não estão a ser sentidas, pelos participantes, como preconiza o decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro, onde é reforçada a obrigação de todos os profissionais se actualizarem, no sentido de responder a todas as exigências manifestas aos intervenientes do processo de cuidados.

Também na opinião de HESBEEN (2000), a formação contínua é, por vezes, extremamente variada e numerosa, não permitindo identificar o seu fio condutor, nem a coerência levantada pelos pedidos individuais que nem sempre se inscrevem num projecto coerente. Neste contexto, a formação em serviço deve ser entendida em duas vertentes, por um lado deve alargar os horizontes e melhorar a capacidade para o individuo ir ao encontro do outro, beneficiário dos cuidados, caminhando com ele, por outro lado, permitir o desenvolvimento de todas as acções, que visem actualizar competências técnicas ou instrumentais, tendo em vista a maior destreza, a uma mudança de serviço ou à utilização de novos procedimentos operatórios ou de novas tecnologias.

Relativamente à autonomia, na condução das equipas e orientação para o desempenho, há a salientar que esta é uma atitude que o líder pode e deve desenvolver, HERSEY e BLANCHARD (1986), defendem que o relacionamento entre o líder e os liderados, passa por quatro fases, no processo de desenvolvimento dos liderados, devendo os líderes modificar o seu estilo a cada fase. Na primeira fase quando os indivíduos ingressam na

organização, o líder deve voltar-se essencialmente para o trabalho, na segunda fase, estando já os indivíduos inteirados do seu trabalho, o comportamento dos líderes deve voltar-se para o relacionamento, apesar da orientação para o trabalho se continuar a manifestar intensa, dado que os indivíduos ainda não estão capacitados para assumir a responsabilidade plena. Na terceira fase, aumenta a capacidade para o trabalho, manifestando-se o desejo dos liderados em assumir maiores responsabilidades, o que pode levar à diminuição de ordens. Só na quarta fase, e segundo o mesmo autor, os indivíduos estão confiantes, capazes de se dirigirem sozinhos, levando o líder a diminuir a ênfase no trabalho e no relacionamento.

De acordo com esta perspectiva, a liderança tem de ser feita de acordo com a maturidade da equipa, a autoridade e os espaços de liberdade devem ser combinados no sentido do ciclo do processo em que se encontram os liderados.

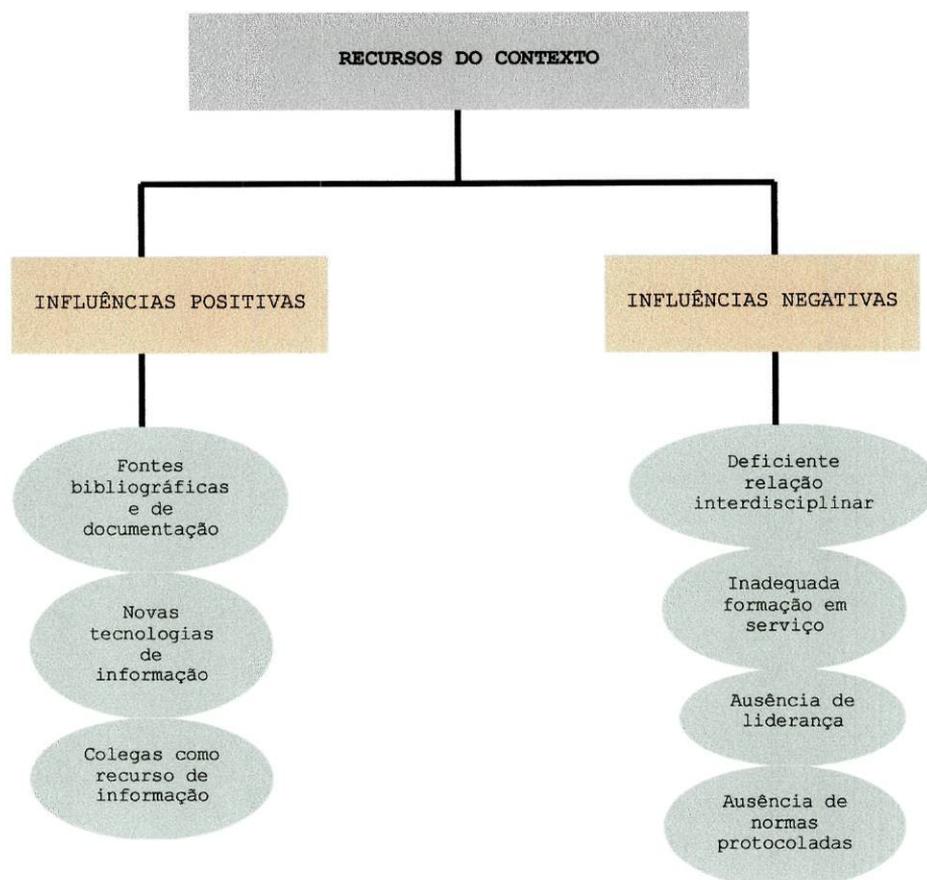
Segundo ALMEIDA (1996, p.37), o elogio constitui um factor importante na arte de liderar e deve ser feito sempre que alguém faz algo que se destaca, devendo este ser feito preferencialmente, em público. *«Ao elogiar o desempenho de alguém de uma organização da qual seja cliente, está também a contribuir para o seu bem-estar presente (...).»*

A integração no serviço, quer dos enfermeiros recém-formados, quer dos enfermeiros que já trabalharam em outros serviços, passa também pela tomada do conhecimento de normas de procedimentos decorrentes das intervenções que implicam a actividade de enfermagem, quer seja a nível técnico quer científico. As normas de procedimentos, como fonte de informação escrita, constituem elementos integrantes do sistema de comunicação entre os elementos da equipa para os quais foram concebidos. SILVA (1991), ao pronunciar-se sobre o assunto, refere-se a ele como «rotinas», que devem constituir parte integrante dos manuais de enfermagem, onde devem constar outros elementos como: regulamentos do hospital, regime do serviço de enfermagem, filosofia do serviço de enfermagem, normas, rotinas, etc.

Para a autora, baseada no conceito apresentado pelo Ministério da Saúde do Brasil, o termo rotinas é definido como o conjunto de elementos que especificam a maneira exacta de realizar actividades, sendo estas específicas de cada unidade uma vez que os passos e os agentes dependem dos recursos aí existentes.

Outra perspectiva encontrada, refere que as normas de procedimentos constituem uma base científica que fundamenta a acção das práticas, que uniformiza as intervenções, sem rejeitar o que procede da intuição para o cuidar, alertando para a necessidade de reflexão, com vista a adaptar as práticas a cada pessoa única, para não objectivar uma desumanização num descrédito da prática na profissão de enfermagem (HESBEEN 2000, 2001, p.168). Neste sentido as normas de procedimentos são um recurso para os enfermeiros enquadrarem e apoiarem as suas intervenções, mas só terão interesse se respeitarem o espaço de liberdade adequado ao cuidar de uma pessoa. *«Se o protocolo assumir foros de verdade exclusiva, incompatível com todo e qualquer desvio, corremos o risco de resvalar para a não - qualidade. (...) é preciso assinalar que comodidade, e até a segurança, que os protocolos proporcionam de modo algum justificam a “protocolorização” de tudo e mais alguma coisa.»*

DIAGRAMA 6 – RECURSOS DO CONTEXTO



Da análise global, desta área temática, constatamos existirem recursos que influenciam positiva ou negativamente as práticas. Estas não resultando das boas vontades dos seus agentes, decorrem da interação de vários contextos - o social, marcado pela história; o do sujeito, lugar da biografia de cada um; o da profissão, onde emergem e se constroem os modelos profissionais e o da acção que materializa os modelos organizacionais, lugares e estruturas concretas do trabalho a realizar (REBELO, 1998).

No contexto profissional, não houve referência aos doentes como fonte de aprendizagem e de construção do saber, como constatámos no estudo de COSTA (1998), onde os idosos foram considerados elementos participantes no processo de reflexão e de construção do saber.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Após a apresentação, análise e interpretação das descrições dos enfermeiros recém-formados, que realizámos no capítulo anterior, pretendemos agora salientar as conclusões que se evidenciaram mais significativas, reflectindo de uma forma global sobre a análise efectuada.

Optando por um modelo qualitativo fenomenológico, foi nossa intenção compreender a construção das práticas pelos enfermeiros recém-formados, a partir das descrições das suas experiências e vivências em contexto de trabalho. Não pretendendo estabelecer generalizações, os significados atribuídos reportam-se a um contexto único.

Assim, os vectores, em torno dos quais as experiências e vivências dos recém formados se estruturaram foram: organização dos cuidados de enfermagem, dificuldades processuais dos recém-formados, reflexão sobre as práticas em contexto de cuidados, concepções/representações de enfermagem, da escola à prática na produção de cuidados e recursos do contexto que influenciam as práticas.

Na organização dos cuidados, evidencia-se a predominância de rotinas no quotidiano das suas práticas, onde a avaliação das necessidades é tida em conta apenas no início de um turno, e as prioridades são estabelecidas em situações de emergência. As razões para a organização dos cuidados dividem-se em: necessidade de cumprir horários, necessidade de integrar o que está enraizado na equipa, necessidade de planeamento de acordo com as actividades médicas e ainda necessidade de individualizar os cuidados. Referem que adoptam dois métodos de trabalho organizando-se individualmente e em equipa, deixando transparecer a preocupação dominante que é cumprir as tarefas, não só aos doentes que lhes estão distribuídos, mas também a outros doentes, evidenciando-se o método funcional de organização de trabalho. É de salientar que no relato que efectuam, conduzindo-nos à ideia de um mundo de rotinas, e só num dos discursos fica evidente o sentido que dão a essas tarefas, decorrentes da rotinas do serviço, quando se refere à avaliação das

necessidades dos doentes no início do turno e à necessidade de individualizar os cuidados, como razão para a acção.

As dificuldades processuais que manifestaram evidenciaram-se a dois níveis: Dificuldades inerentes à produção de cuidados em contexto e dificuldades inerentes ao seu próprio desenvolvimento profissional. As dificuldades inerentes à produção de cuidados em contexto foram, essencialmente, em integrar a orgânica do serviço: na adaptação ao método de trabalho, em integrar as referências dos colegas, na inexistência de normas de procedimentos e no défice de recursos humanos.

Nas dificuldades inerentes ao seu próprio desenvolvimento, foram notórias a falta de fundamento científico, dificuldades no domínio da técnica e de integrar a componente relacional no cuidado de enfermagem. Relativamente à falta de fundamento científico, foram referidas em patologias desconhecidas, em situações de emergência, no estabelecimento de prioridades em cuidados e na visão integradora dos cuidados de enfermagem, evidenciando-se aqui a dialéctica teoria - prática, na falta de relação que se exerce entre o mundo real do trabalho, o sistema conceptual elaborado por parte dos participantes. As dificuldades no domínio da técnica foram referidas relativamente à destreza manual e dificuldades em actuar em situações de emergência. Nas dificuldades manifestadas em integrar a componente relacional, no cuidado de enfermagem, encontramos referências à falta de tempo para comunicar com os doentes, à inibição no processo de comunicação com os idosos e na visão dicotómica do significado dos cuidados de enfermagem. Sendo de salientar o facto de considerarem a componente relacional como uma intervenção à parte das outras observáveis.

A reflexão sobre as práticas em contexto de cuidados, levou-nos a considerar duas vertentes: o contexto e perspectivas de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e o papel dos actores e seus parceiros. Em relação ao contexto e perspectivas de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, as reflexões permitiram a divisão entre como interpretam aquilo que fazem e o que gostavam de fazer. O que fazem incide na orientação pelo modelo biomédico, embora com características psicossociais evidentes, o que salienta a importância da visão humana no modelo que muitas vezes têm de seguir,

pelos constrangimentos do contexto. O que nos leva a concluir que subjacente aos cuidados existe um modelo que não é totalmente de orientação para a técnica, tendo também evidências de um modelo humanista. As descrições do que gostavam de fazer ou de poder fazer consistem em: ter tempo para se relacionarem com os doentes, aplicar os conhecimentos científicos que possuem, uniformizar a linguagem entre enfermeiros, investir mais na formação, aprimorar a colheita de dados, ter mais autonomia, construir projectos de saúde com os doentes e dar visibilidade aos cuidados. Conclui-se destes dados a vontade de inovar a prática, salientando-se a necessidade de autonomia, a participação do doente e família no processo de cuidados, na construção dos projectos individuais de saúde e a sistematização dos cuidados para dar maior visibilidade às práticas de cuidados de enfermagem.

Ainda, relativamente ao papel dos actores e seus parceiros, os sentimentos partilhados entre os enfermeiros foram descritos como: críticas proferidas pelos colegas mais velhos, desmotivação, frustração e desinteresse, o que evidencia o processo de socialização secundária, relativamente à identidade que construíram do seu papel, e por forças formais e informais do contexto, que os leva a reconstruir a identidade, manifestando-se a diferença entre o que gostavam de fazer e o que não podem fazer, ou seja se fazem como entendem que devem fazer, sofrem pressões que os leva a esses sentimentos. Por outro lado, num dos discursos é relevante a forma como refere a satisfação profissional, de poder intervir como acha mais correcto, nomeadamente a oportunidade de interacção com o doente e família na construção do projecto individual de saúde. Em relação aos colegas os sentimentos para alguns dos actores foram: não saber estar, fazer juízos de valor dos doentes e não conhecer as situações clínicas dos seus doentes, concluindo-se a importância que os enfermeiros, recém-formados, atribuem aos valores éticos e humanos que têm bem integrados, dentro das suas normas de conduta. Ainda em relação aos colegas, e com sentido diferente, os sentimentos de segurança e de suporte são relatados como importantes na integração profissional.

Em relação às concepções que possuem da enfermagem, enquanto para uns a enfermagem ultrapassou as expectativas, sentindo-a como uma profissão gratificante, onde se aprende a gostar pela satisfação na interacção com o doente, para outros, a enfermagem ficou aquém

das expectativas, sendo os constrangimentos do contexto, nomeadamente o número insuficiente de enfermeiros por doente, o factor que mais se evidencia.

Também na concepção social que possuíam da enfermagem, são reveladores duas perspectivas: a enfermagem é uma profissão de ajuda e por outro lado é uma profissão de suporte médico. Tendo sido a função de ajuda que mais se destacou, fica a dúvida entre a construção simbólica do papel de ajuda, com o determinismo histórico que lhe pode estar subjacente, e a função de ajuda, como competência dos enfermeiros que vai para além do que é terapêutico e mensurável, no paradigma de integração das correntes mais recentes. Relativamente à concepção da enfermagem como auxiliar do médico, salienta-se o facto de ser uma perspectiva apresentada pela minoria dos participantes, e que está relacionada com o motivo da escolha do curso pelo facto de não terem entrado no curso de medicina, ao contrário dos que referem a profissão de ajuda serem os participantes que manifestaram interesse em ser enfermeiros. Por outro lado é de salientar as razões apontadas, por alguns dos participantes, relativamente ao papel da comunicação social, na construção da representação negativa, bem como a imagem transmitida por alguns colegas mais velhos.

A concepção construída em contexto da escola, pelo contrário, manifesta uma única perspectiva que é a Enfermagem como Ciência Humana no cuidar, sendo referidos dois indicadores: enfermagem é uma profissão de cuidar e enfermagem é uma profissão que permite interacção com o doente. Salienta-se o facto de referirem que a enfermagem é uma profissão em que se aprende a gostar, quando em contexto de ensino clínico conseguem a interacção com o doente, concluindo-se que, apesar de não conseguirem explicitar ou ainda tornar consciente, é evidente que nos contextos de interacção desenvolvidos, o reconhecimento e a satisfação pessoal são gratificantes quer para a pessoa doente, quer neste caso para a satisfação pessoal da pessoa do enfermeiro.

A construção dos cuidados, escola e prática, deixou espaço para se perceber, os contributos da escola, os contributos da prática e a articulação desses contributos na produção de cuidados. Assim, relativamente aos contributos da escola, na construção de cuidados, ficou evidente o desfasamento que encontraram em alguns aspectos como: ao incentivar a organização dos cuidados pelo método individual ao incentivar a orientar os cuidados por

modelos teóricos, ao valorizar a importância do relacionamento com os doentes e ao valorizar as aulas de carácter teórico. O desfasamento foi referido e justificado pela falta de recursos físicos, mas principalmente humanos, que só se aperceberam na vida profissional. De salientar a forma como se referem à utilidade dos modelos teóricos de enfermagem, para orientar as práticas de cuidados, inferindo-se não como processos facilitadores, mas como desajustados à prática diária, ficando a questão: Que apropriação fizeram da utilidade dos modelos durante a formação inicial?

Ainda nos contributos da escola, as aulas práticas em laboratório e o ensino clínico foram valorizados como grandes contributos, pela aprendizagem experiencial, permitindo a reflexão na e sobre a acção, sugerindo mesmo que este tipo de aprendizagem deve ser enfatizado nas escolas, tendo-o sentido como pouco frequente.

Relativamente aos contributos da prática revelaram-se de grande interesse para a construção dos cuidados, uma vez que permitem a possibilidade de desenvolver a capacidade de improviso, incentivar o estabelecimento de prioridades, estimular o desenvolvimento da capacidade de intuição e permitir o treino de competências técnicas.

A articulação entre os dois contributos, na produção de cuidados, foi percebida pelos participantes: permite utilizar modelos de enfermagem, na prestação de cuidados, permite (re)criar modelos próprios e possibilita a articulação da teoria à prática. A orientação dos cuidados por modelos de enfermagem, fica a dúvida entre a sua pertinência, na orientação da prática. Nos discursos infere-se que, apesar de não os aplicarem, a orientação, com raciocínio clínico, pode estar presente, embora em outros espaços de questionamento seja visível o modelo biomédico, com evidência numa corrente humanista. Por outro lado a forma como se referem aos modelos teóricos sugere alguma relutância, só de ouvirem o termo, facto que nos leva a questionar mais uma vez: a integração que fizeram dos modelos, como processos facilitadores ou dificultadores?

Da análise global fica patente existir, nas práticas dos enfermeiros recém-formados, evidências a um modelo que, apesar de características predominantemente biomédicas, se

centram também em preocupações humanistas, tornando-se a dicotomia, tratar/cuidar, redutora neste contexto.

A (re)criação de modelos próprios foi uma constatação muito evidenciada nos dados obtidos, concluindo-se que os modelos pessoais, ou para alguns, modelos ocultos, estão subjacentes à construção e produção de cuidados individuais, sendo o resultado das suas maneiras de sentir, agir e pensar, articulando-se com a aprendizagem individual em construção, com a perspectiva que tiram do contexto particular, onde se apropriam dos modelos que mais afinidade tem. No que respeita à articulação da teoria à prática, evidencia-se a importância atribuída à aprendizagem em contexto, onde fazem referência mais uma vez à falta de reflexão na acção, durante a formação inicial, afirmando-se esta como uma mais valia na construção do saber.

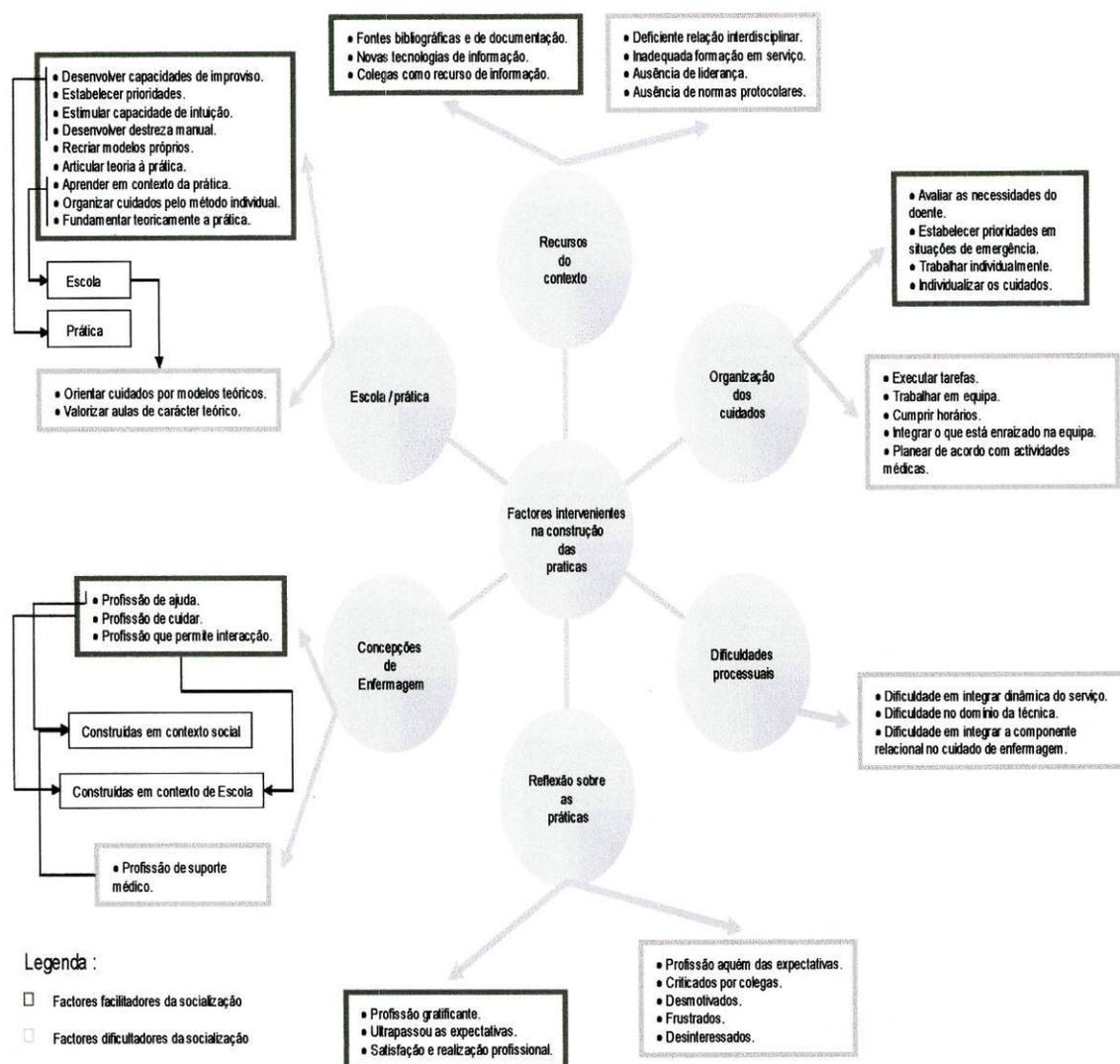
No contexto da prática as descrições evidenciaram a existência de influências positivas e de influências negativas aos seus desenvolvimentos profissionais. As influências positivas dividiram-se entre a possibilidade de obter informação por fontes bibliográficas, disponíveis no serviço, o acesso à Internet e os colegas como recurso de informação tendo sido valorizado o papel da experiência e destacada a importância dos colegas especialistas, como assessores pelos conhecimentos que têm e incentivadores de mudança nas práticas. As influências negativas, partilhadas pela opinião dos participantes, foram: deficiente relação interdisciplinar, necessidade de liderança no processo de cuidados, inadequada formação em serviço e ausência de protocolos específicos.

O poder decisório da equipa médica sobre a equipa de enfermagem e a falta de articulação dos cuidados entre as duas equipas, evidencia a necessidade de mais autonomia da equipa de enfermagem, e de participação em decisões, como é exemplo as altas clínicas, onde as actividades de enfermagem ficam comprometidas.

É de salientar a falta de acompanhamento, sentida pela maioria dos participantes como uma autonomia excessiva, pois trata-se de enfermeiros recém-formados no se processo de integração profissional.

Um dos factores que contribuirá para a falta de acompanhamento, referido anteriormente, poderá resultar do deficit numérico de enfermeiros nacionalmente reconhecido. De facto, na análise global dos resultados, constata-se que um dos constrangimentos do contexto das práticas, que muitas vezes foi evidenciado nas descrições dos participantes, é o número insuficiente de enfermeiros, o que é comprovado pela discrepância entre a média das horas de cuidados prestados e a média das horas em cuidados necessários, não sendo linearmente correlacionável com a problemática em estudo, surge como transversal à análise realizada.

DIAGRAMA 7 – FACTORES INTERVENIENTES AO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS



No diagrama 7, apresentámos uma análise global das conclusões, onde pretendemos enfatizar os factores que mais se evidenciaram no estudo, como intervenientes do processo de socialização dos enfermeiros recém-formados.

Distinguimos, no diagrama, os factores considerados favoráveis e os factores desfavoráveis ao processo de socialização, uma vez que pensamos que, da sua análise, possam surgir contributos para facilitar este processo, tendo em vista a melhor articulação da teoria à prática.

Após a reflexão efectuada sobre a realidade, transmitida pelos enfermeiros recém-formados, e face às conclusões apresentadas, destacamos algumas **SUGESTÕES** que foram surgindo, no que concerne ao contexto de cuidados e ao contexto da escola, que gostaríamos de deixar expressas.

1- NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES:

— Consideramos que, como metodologia de organização de cuidados, se devia instituir o método de organização de cuidados por enfermeiro responsável, uma vez que este se baseia numa filosofia humanista, onde a cada enfermeiro é atribuído um certo número de doentes, por quem se responsabilizam desde a admissão até à alta, tendo como princípios orientadores: analisar, planear, implementar e avaliar os cuidados. Com este tipo de método é possível dar visibilidade dos cuidados de enfermagem: ao doente e à família, uma vez que pressupõe a participação destes no processo e a articulação com os cuidados de saúde na comunidade. Por outro lado, o facto de cada enfermeiro ter a responsabilidade dos doentes desde a admissão até à alta, implica a articulação entre a equipa interdisciplinar.

— A integração de cada enfermeiro recém-formado nas instituições hospitalares deve ser acompanhada durante o período de socialização profissional por um enfermeiro perito, com o qual ele possa realizar o seu percurso de desenvolvimento profissional e pessoal, na filosofia de cuidados da instituição, a quem possa dirigir as suas dúvidas e dificuldades que vão para além das normas formais e informais pré estabelecidas. Sendo o processo de

socialização profissional uma etapa fulcral no desenvolvimento do processo de aprendizagem, o recém-formado tem necessidade de fazer narrativas de alguns casos mais complexos a alguém que o consiga acompanhar no sentido de ajudar a construir um percurso seguro de aprendizagem.

– Os responsáveis pelos cuidados de enfermagem, em cada unidade de cuidados, devem preocupar-se com a elaboração de manuais de integração de novos elementos, como instrumentos integrantes de informação da organização, para transmitirem, por escrito, orientações para o desenvolvimento de actividades. Dentro destes, destacam-se os protocolos que constituem uma base científica para fundamentar a acção das práticas e uniformizar as intervenções, em procedimentos específicos, como é o caso dos exames auxiliares de diagnóstico.

– A formação em serviço deve ser repensada no sentido de incentivar toda a equipa de enfermagem para participar nos projectos de formação que devem ir ao encontro das necessidades sentidas pelos actores, dando-lhes a possibilidade de partilharem e construírem novos saberes.

– Espaços de reflexão, para sistematizar os cuidados, onde haja envolvimento de toda a equipa de enfermagem e, em conjunto, possam discutir os paradigmas em que assenta a sua intervenção, os valores e a finalidade dos cuidados em cada serviço.

– Desenvolvimento de competências éticas, através do diálogo entre enfermeiros, da partilha de preocupações e da forma como cuidam dos doentes. A troca de vivências, no seio da equipa, facilitará o enquadramento base para o desempenho de comportamentos e julgamentos éticos. O facto de se relatar aos outros as experiências é uma maneira de reflectir sobre elas.

– Fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, onde é definida a autonomia da Enfermagem. Nela são expressas as fronteiras teóricas e

práticas que delimitam o campo de intervenções da equipa de enfermagem no seio da interdisciplinaridade.

2 – NAS INSTITUIÇÕES ESCOLARES:

– Repensar os modelos pedagógicos instituídos no sentido da preparação dos estudantes para assumirem um papel activo e responsável na sua própria aprendizagem.

– Ensinar para o cuidar, tendo em conta a complexidade e individualidade de cada pessoa, a quem, por meio de diversas intervenções profissionais carregadas de sentido, temos obrigação de ajudar a manter ou a reabilitar a saúde.

– A comunicação, como elemento integrante de qualquer acto profissional, deve ser integrada de forma transversal, nas unidades curriculares e não como conteúdos a ser ministrados numa ou várias disciplinas, podendo levar a confundir-se como intervenções à parte que necessitam de ser observáveis e mensuráveis.

– A valorização dos doentes no processo de aprendizagem deve ser considerada como uma mais valia para a aprendizagem do estudante, levando a uma reflexão conjunta para a sistematização do processo de cuidados e uma maior valorização na participação do doente no seu projecto de saúde.

– A interligação teoria/prática deve ser dinamizada em aulas simuladas em laboratório, onde o estudante tenha a possibilidade de vivenciar situações próximas da realidade, nos ensinos clínicos, com enfermeiros docentes e enfermeiros das unidades hospitalares que, em simultâneo, criem projectos de enriquecimento para o desenvolvimento de competências profissionais no estudante e ainda em articulação das duas instituições possam existir parcerias para avaliar e melhorar o estado da arte de enfermagem.

NOTA FINAL

A construção das práticas de enfermagem, no cerne das instituições hospitalares, é interpelada por diversos fenómenos de origem social, cultural e política, que muito influenciam o desenvolvimento da Enfermagem como profissão que assume um compromisso cada vez maior na esfera humana.

Se é um facto que os *curricula* escolares têm vindo a acompanhar as exigências sociais de uma profissão cada vez mais humanista, nem sempre se torna visível essa realidade na prática diária dos enfermeiros, o que muitas vezes é referida como incongruência entre a teoria e a prática.

Neste sentido, e procurando minimizar de alguma forma este constrangimento que sentimos quando verificamos que o que se preconiza nas escolas não se aplica na prática, surgiu em nós a necessidade de compreender a construção das práticas pelos enfermeiros recém-formados, analisando o processo da construção dos cuidados e percebendo o papel dos diferentes intervenientes na construção da mesma.

A análise dos resultados leva-nos a questionar de que forma poderemos, a nível escolar, diminuir o desfasamento encontrado, pensando que será a partir da análise do papel dos diferentes intervenientes, das dificuldades encontradas a nível da organização dos cuidados, das dificuldades a nível do processo de cuidados em si mesmo e da reflexão sobre as práticas em contexto. Por outro lado, as diferentes concepções de enfermagem, a articulação dos contributos da escola e da prática e ainda os recursos dos próprios contextos de cuidados, levam-nos a reflectir sobre o processo de socialização profissional. Apesar de não podermos fazer extrapolações dos resultados a outros contextos, transmitimos a ideia que alguns dos constrangimentos dos enfermeiros recém-formados, podem ser minimizados, quer nas instituições escolares, com metodologias construtivistas, cada vez mais baseadas na reflexão na acção, onde o estudante assuma um papel activo na sua aprendizagem, quer nas instituições hospitalares, sendo os recém formados acompanhados

no processo de integração, por um profissional, que consiga manter esta reflexão na acção e ainda com uma melhor articulação entre as instituições escolares e hospitalares.

Neste sentido, torna-se para nós importante a realização de um novo estudo, se possível com os mesmos participantes, depois de ultrapassado o período considerado de socialização secundária, para perceber como constroem as práticas e que factores influenciam essa construção.

Entendemos também que outros estudos com o mesmo objectivo, mas em contextos diferentes poderiam ser uma mais valia para percebermos como deveríamos intervir a nível da Escola, no sentido de podermos minimizar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros recém-formados em contexto da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros. Lisboa, Coimbra: Educa. Formasau, 2001.

ABREU, Wilson Correia – Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau, 2003. (Cadernos Sinais Vitais)

ADAM, Evelyn – Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

ALARCÃO, Isabel – Formação Reflexiva. *Referência*. Coimbra Nº 6 (Mai 2001), p. 53-59.

ALMEIDA, Fernando Neves de – O Gestor: a arte de liderar. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

ARGYRIS, Chris; SCHÖN, D. – *theory in Practice, increasing Professional Effectiveness*. S. Francisco: Jossey Bass, 1974.

ARGYRIS, Chris SCHÖN, D. – *The reflexive practitioner*. S. Francisco: Jossey Bass Pub, 1991.

AUGUSTO; Berta Maria de Jesus [et al] – *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formasau, 2002.

BARBER; Paul – *Desarrollar la "persona" del cuidador profesional*. In HINCHLIFF, Susan [et al] – *Enfermería y cuidados de salud*. Barcelona: Doyma, 1993.

BASTO; Marta Lima – Da Intenção de Mudar à Mudança. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.

BENNER, Patrícia; TANNER, Cristine A.; CHESLA, Catherine A. - Expertice in nursing practice: caring, clinical Judgment, and ethics. New Your: Spring Publishing Company, 1985.

BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto, 2001.

BENTO, Maria da Conceição – Enfermagem que Identidade? cuidados e formação. Lisboa: Fim de Século, 1997.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica de Sorence e Luckann Lisboa: Lusodidacta, 1998.

CANÁRIO; Rui – Formação em mudança no campo da saúde - In CANÁRIO, Rui – Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997.

CARAPINHEIRO, Graça – Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos Serviços Hospitalares. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CHALIFOUR, Jacques – La relation d'aide en soins infirmiers- une perspective holistique - humaniste. Paris : Ed. Lamarre, 1989.

CHIAVENATO, Idalberto – Introdução à teoria geral de administração. 3ª ed. S.Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS – Modelo de aplicación para el marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra: Internacional Council of Nursing, 2003.

COLLIÈRE, Marie- Françoise – Cuidar...A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusiciência, 2003.

COLLIÈRE, Marie- Françoise – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COSTA, Maria Arminda Mendes – Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim de Século, 1998.

COSTA, Maria Arminda Mendes – Novos Desafios para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem. *Servir*. Vol 48, nº1 (Jan-Fev 2000), p. 12-18.

COSTA, Maria Arminda Mendes – Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra, Lisboa: Formasau .Educa, 2002.

CROZIER, M. e FRIEDBERG, E. – L`acteur et système. Paris : Seuil, 1977.

DECRETO-LEI nº 104/88."D. R. I Série" 93 (88-12 -21), 1739-1757.

DECRETO-LEI nº 480/88 "D. R. I Série" 295 (88-12-23), 5070-5072.

DECRETO-LEI nº 437/ 91 “D. R. I Série”257 (91-11-8), 5723- 5741.

DECRETO-LEI nº 161/96 “D. R. I Série” 205 (96-9-4), 2959-2960.

DECRETO-LEI nº 104/98 “D. R. I Série” 295 (98-4-21), 1739-1757.

DECRETO-LEI nº 353/99 “D. R. Série” 206 (99-9-3), 6198-6201.

DE LA CUESTA, C. – Investigación cualitativa an el campo de la salud. *Rol de Enfermería* Vol. 20, nº 232, (1997), p.13-16,

DOMINICÉ; Pierre – Expérience et apprentissage: faire de nécessité vertu. *Education Permanente*. N : 100/101 (1989), p. 57-65.

DONAHUE, M. Patrícia – História de la Enfermeria. Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.

DUBAR, Claude – A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997.

DUFFY, M.- Needed: new models for professional nursing education. In CHASHA, N.- The nursing profession: turning points. St. Louis: The C. V. Company, 1990.

SILVA, Vanda Elisa da – Manuais de enfermagem. In KURCGANT, Paulina – Administração em Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1991.

FERNANDES, Júlia – A Construção do currículo em enfermagem – concepções educacionais e pedagógicas: da normatividade à autonomia. *Referência*. Coimbra nº0 (Janeiro 1998), p.33-39.

FORTIN, Marie – Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FIGUEIREDO, A. Dias – A escola do futuro [em linha] Disponível na WWW < URL: <http://eden.dei.uc.pt/~adf/express1.htm>>

FREDERICO, Manuela ; LEITÃO, Maria dos Anjos - Princípios de administração para enfermeiros: Coimbra: Edições Sinais Vitais, 1999.

GARCIA; Elisa Maria Bernardo - A escola de enfermagem no Ensino Superior Politécnico: perspectiva dos seus estudantes: In MESTRINHO, Maria de Guadalupe – Formação em Enfermagem: Docentes Investigam, 2001.

GEORGE, Júlia B. – Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIORGI, Amedeo – Phenomenology and research. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.

GOETZ, J.P. ; LeCOMPTE, M. D. - Etnografía Y diseno cualitativo investgacion educativa. Madrid: Ediciones Morata, 1988.

HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth – Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas de liderança situacional. São Paulo: Editora EPU, 1986.

HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.

HESBEEN, Walter – Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001.

HONORÉ, Bernard – A Saúde em Projecto. Loures: Lusociencia,2002.

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA., Direcção do Serviço de Enfermagem – Melhores cuidados e serviços, mais satisfação: plano estratégico da direcção do serviço de enfermagem 1998/200. 1ª ed. Coimbra: [s.n]., 1998.

INTERNATIONAL COUCIL OF NURSING/CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

KÉROUAC, Suzanne [et al].-El Pensamiento Enfermero, Barcelona: Masson, 2001.

KOLB, D. – Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

KOZIER, Barbara; ERB, Glenora; BLAIS, Kathleen – Conceptos Y Temas en la práctica de la enfermería. 2ª ed. Mexico: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

KRON, Thora ; GRAY, Anne- Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente. 6ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

KURCGANT, Paulina – As teorias de administração e os serviços de enfermagem
In KURCGANT, Paulina – Administração em enfermagem. S. Paulo: Editora
Pedagógica e Universitária, 1991.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – Metodologia
científica. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

LEI nº 27/2002 “ D. R. I série” 258 (02-11-08), 7150-7154.

LE BOTERF, G. – De la compétence à la navigation professionnelle. Paris :
Editions d'Organisation, 1997.

LESNE, Marcel – Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos. Lisboa: Fundação
Calouste Gulbenkian, 1984.

LOPES, Noémia Mendes - Recomposição profissional da enfermagem: estudo
sociológico em contexto hospitalar. Coimbra: Quarteto, 2001.

MAGALHÃES, Maria Manuela A. – A invisibilidade da prática de enfermagem e a
face qualificante do hospital. Porto: universidade do Porto, Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar, Dissertaç

MAGÃO, Maria Teresa – Cuidar: significado e expressão na formação em
enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Fernanda Resende, 1992.
Dissertação apresentada no Curso de Pedagogia Aplicado ao Ensino de
Enfermagem.

MANINNEN, Elsa – The Alterations in the perception of nursing in the students of nursing to the long on of its process of formation. *Journal of Advance Nursing*. N° 27 (1998), p.390-398.

MARRINER, Ann – Modelos y Teorias de Enfermería. Barcelona: Ediciones ROL, 1989.

MEYER, Dagmar; LOPES, Marta; WALDON, Vera – Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MELEIS, Afaf I. – Theoretical Nursing: development & progress, 2 nd ed. Philadelphia: J B. Lippincott Company, 1991.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe – Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional. In MESTRINHO, Maria de Guadalupe – Formação em enfermagem: Docentes Investigam. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Direcção Geral de Saúde – A saúde dos portugueses. Lisboa: [s.n.], 1997.

PERRENOUD, Philippe – Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000

PERRENOUD, Philippe – Porquê construir competências a partir da escola? - desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades. Porto: Asa Editoras, 2001.

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernardette P. – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, Jean – Enfermagem: ciência humana e cuidar. uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

WATSON; Jean.; BEVIS; E.- Needed: new models for professional nursing education. In CHASHA, N The nursing profession: turning Points. St. Louis: C.V. Company, 1990.

WATSON, Jean – Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

WATSON, Jean – Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.

REBELO, Maria Teresa – Os discursos nas práticas dos cuidados dos enfermeiros: contributos para a análise das representações sociais dos enfermeiros. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Tese de Mestrado, 1996.

REBELO, Maria Teresa - Enfermagem agora: do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos? *Enfermagem* N° 10 (2ª série), (Abr-Set 1998), p.14-19.

SANTOS, Elvira Martins dos – Concepções de Cuidados de Enfermagem dos Docentes de Enfermagem. In QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Educação em Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2000.

SAVATOFSKI, Joel; PRAYEZ, Pascal – Le toucher apprivoisé : por une approche differente du soigné. Paris - Lamarre, 1989.

SILVA, Lígia Catarino Costa e - As Competências do Professor e o Ensino Reflexivo em Enfermagem. In QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Educação em Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2000.

SCHÖN, Donald A. – Educando o profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artemed, 2000.

SCHÖN, Donald A. – The reflexive practitioner. New York: Basic Book, 1983.

SCHÖN, Donald A.- Education the reflexive practitioner. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

SOARES, Maria Isabel – Da blusa de brim à touca branca. Lisboa: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1997.

STREUBERT; Helen J., CARPENTER, Dona R. – Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

TAP, Pierre – A sociedade de Pigmalião: Integração social e realização da pessoa. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. – Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

VAN MANEN, M. – Researching lived experience: human science for on action sensitive pedagogy. New York: State University of New Youk Press, 1994.

VEIGA, Maria dos Anjos Pereira Lopes F. – Cuidar da intimidade: intimidade no cuidar: sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas, Dissertação de Mestrado,1994.