

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**O PROCESSO DE TRANSIÇÃO NO ENFERMEIRO
PORTUGUÊS EMIGRANTE NO REINO UNIDO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada
pela Prof.^a Doutora Célia Santos

Ana Teresa Lopes Batista Frederico de Albuquerque

Porto | 2016

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGE – Direção Geral de Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

NHS – National Health Service

NMC – Nursing and Midwifery Council

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNAO – Registered Nurses Association of Ontario

*“Quem, que seja português, pode viver a estreiteza
de uma só personalidade, de uma só nação,
de uma só fé?”*

Fernando Pessoa,
in *Portugal entre Passado e Futuro*

Aos emigrantes portugueses, que em todo o mundo
dão exemplo de um povo que, pelas suas qualidades,
enobrece e distingue PORTUGAL

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Célia Santos, o meu profundo agradecimento, por acreditar neste projeto e aceitar orientar esta dissertação, pela disponibilidade demonstrada, permanente encorajamento e confiança na minha pessoa.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, apoio incondicional, e por sempre terem valorizado e estimulado a busca incessante pelo saber.

Aos enfermeiros portugueses que se prontificaram a participar neste estudo, compartilhando as suas experiências de vida. Sem eles, o trabalho não teria sido exequível.

Aos Professores e Orientadores Armando Almeida e Ricardo Soares, enfermeiros de excelência por quem nutro grande admiração e apreço, que com os seus ensinamentos, palavras de estímulo e amizade, fizeram de mim a enfermeira que sou hoje.

A todos, um sincero e profundo obrigado!

RESUMO

Apesar de Portugal sempre ter sido um país de emigrantes, atualmente este fenómeno atingiu dimensões nunca antes observadas, apresentando também características diferentes dos ciclos anteriores. Motivada por vários fatores, assiste-se a uma saída em massa de pessoas altamente qualificadas, nomeadamente os enfermeiros. O Reino Unido surge como o país de destino mais escolhido por este grupo profissional e, dados do Observatório de Emigração, revelam que, só em 2014, estavam inscritos no Nursing and Midwifery Council (NMC), o congénere da Ordem dos Enfermeiros no Reino Unido, 3.155 enfermeiros portugueses. Estes profissionais, na sua maioria, estão a vivenciar uma experiência inédita, a emigração, com conseqüentes alterações variadas e complexas nas suas vidas e que podem gerar instabilidade e vulnerabilidade.

O presente estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, de cariz transversal, teve como objetivos: conhecer este grupo de enfermeiros portugueses, compreender o motivo que os leva a emigrar, compreender como estão a responder a este processo de transição, quais os fatores que facilitam e dificultam esse processo, que estratégias adotam para gerir as situações adversas e quais as implicações desta vivência no seu autocuidado, saúde e bem-estar. Este estudo assume particular relevância, na medida em que poderá representar um contributo a longo prazo, com vista à implementação de estratégias que se traduzam numa ajuda efetiva a estas pessoas, favorecendo a sua saúde e o seu bem-estar. Recorreu-se à entrevista semiestruturada, procurando auscultar, à luz da Teoria das Transições de Meleis, um grupo de onze enfermeiros que se encontrava emigrado no Reino Unido. Tratou-se de uma amostra jovem, maioritariamente do sexo feminino, solteiros e sem filhos, e com pouca experiência profissional.

Os resultados apurados permitem-nos afirmar que a transição é gradual e morosa, ocorrendo em simultâneo com outras transições, do tipo situacional e desenvolvimental. Apenas um dos indivíduos alvo do estudo mostrou encontrar-se na fase final do processo, ou seja, na fase de *mestria*, que pressupõe o domínio da situação e o alcançar do equilíbrio e bem-estar. Os restantes encontravam-se ainda a vivenciar a transição migração. Os principais motivos que levaram este grupo de enfermeiros portugueses a emigrar foi o desemprego e a impossibilidade de progredir na carreira em Portugal, assim como a busca por melhores condições de vida.

O conhecimento da língua inglesa e do país de destino, a estabilidade a nível de emprego, a melhoria da condição económica e o apoio por parte dos enfermeiros portugueses já presentes no Reino Unido, revelaram-se fatores fundamentais para uma transição saudável. Pelo contrário, o afastamento da família, as diferenças na prática da Enfermagem, e o facto de terem sido alvo de comportamentos considerados discriminatórios, por parte dos ingleses, desempenharam um papel dificultador no processo.

Palavras-chave: Emigração Qualificada, Enfermeiros, Transição, Teoria das Transições de Meleis.

ABSTRACT

The Transition Process of Migrant Portuguese Nurses into the UK

Although Portugal has always been a country of emigrants, nowadays this phenomenon has reached dimensions never observed before, and presents characteristics that are completely different from the previous migration cycles. Motivated by several factors, there is a massive departure of highly educated people, including nurses. The United Kingdom emerges as the main destination chosen by this professional group. The Emigration Observatory reveals that in 2014, 3.155 Portuguese nurses were registered with the Nursing and Midwifery Council (NMC), the professional regulatory body for nurses and midwives in the United Kingdom. The majority of nurses are living an unprecedented experience: migration, which leads to complex and varied changes in their lives, causing instability and vulnerability.

The present qualitative study is an exploratory, descriptive and cross-sectional research, that aims to get to know a group of Portuguese nurses, and understand the reasons that lead them to migrate, how they respond to this transition, what are the factors that facilitate and hinder this process, which strategies do they adopt to manage adverse situations and understand how migration impacts on engagement with self-care, and their overall health and well-being. This study has particular relevance, as it can contribute for future research, and lead to an effective implementation of strategies and appropriate nursing interventions to successfully help migrants, promoting their health and well-being. The data was collected through individual semi-structured interviews conducted with a group of eleven Portuguese nurses living and working in the United Kingdom, and analysed through the lens of the Meleis Transitions Theory. This sample was characterized by young people, mostly female, single, without children, and with little or no relevant professional experience.

The results of this research allow us to state that the transition is gradual and ongoing, rarely isolated as it occurs simultaneously with other transitions, in this case, situational and developmental. Only one of the individuals targeted in the study showed *mastery*, an indicator of a successful transition, which denotes achievement of skilled role performance and comfort with the behaviour required in the new situation, as well as the achievement of balance and subjective well-being. The remaining participants were still experiencing the migration transition. The main reasons that led this group of Portuguese nurses to leave their home country were unemployment and the inability to develop professionally, searching for a better life, better pay and working conditions.

The linguistic aptitude and anticipatory knowledge of the country of destination, the employment stability and professional development opportunities, the improvement of the economic condition and the support from earlier Portuguese migrants, proved to be the key factors for a healthy transition. On the contrary, family separation, the differences in the practice of Nursing which made them feel that their status as a nurse had been devalued, and being subjected to xenophobia, discrimination and racism, related to the British colleagues and managers towards them, were referred as common inhibitors of migration transitions.

Key words: Highly Skilled Migration, Nurses, Transition, Meleis Transitions Theory.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos Enfermeiros participantes.....	65
TABELA 2: Tipos de Transição nos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido...	71
TABELA 3: Propriedades da Transição vivenciada pelos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido	74
TABELA 4: Condições Facilitadoras e Inibidoras da Transição nos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido	95
TABELA 5: Padrões de Resposta (Indicadores de Processo) na Transição dos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido	109
TABELA 6: Padrões de Resposta (Indicadores de Resultado) na Transição dos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido	114

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1 - A Emigração Portuguesa	21
2 - A Enfermagem: Breve Perspetiva Histórica	30
2.1 - <i>Exercício da Enfermagem em Portugal</i>	34
2.2 - <i>O Exercício da Enfermagem no Reino Unido</i>	37
3 – <i>Cuidado em Enfermagem</i>	39
3.1- <i>Enfermagem e Cuidado de Si / do Outro</i>	40
3.2- <i>Cuidado de Si do Enfermeiro</i>	43
4 - Processo de Transição Situacional: a Emigração	44
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
1 – Metodologia	59
1.1 – <i>Objetivos do Estudo</i>	60
1.2 - <i>Questões de Investigação</i>	61
1.3 – <i>Desenho do Estudo</i>	62
1.3.1 - <i>Tipo de Estudo</i>	62
1.3.2 - <i>Participantes do Estudo</i>	64
1.3.3 - <i>Procedimento de Colheita de Dados</i>	66
1.3.4 - <i>Considerações Éticas</i>	68
1.3.5 - <i>A Análise de Dados</i>	68
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
1 - Tipos e Padrões das Transições	71
2 – Propriedades da Transição.....	74
2.1- <i>Consciencialização</i>	75
2.2- <i>Envolvimento</i>	79
2.3- <i>Mudanças e Diferenças</i>	80
2.4- <i>Pontos e Eventos Críticos</i>	92

3 - Condições Facilitadoras e Inibidoras.....	95
3.1- <i>Significados</i>	96
3.2- <i>Atitudes e Crenças Culturais</i>	98
3.3- <i>Estatuto Socioeconómico</i>	99
3.4- <i>Nível de Conhecimento/Preparação</i>	100
3.5- <i>Condições da Comunidade</i>	101
3.6- <i>Suporte</i>	108
4 – Padrões de Resposta /Indicadores de Processo.....	109
4.1- <i>Sentir-se ligado</i>	110
4.2- <i>Sentir-se Integrado</i>	111
4.3- <i>Sentir-se Situado</i>	112
4.4- <i>Desenvolver confiança e coping</i>	114
5 – Padrões de Resposta / Indicadores de Resultado	114
5.1- <i>Mestria</i>	115
5.2- <i>Identidade Fluida e Integrada</i>	115
6 – Implicações para o Autocuidado, Saúde e Bem-Estar.....	118
CONCLUSÃO	121
BIBLIOGRAFIA.....	129
ANEXOS.....	141
Anexo I – Guião da Entrevista	143
Anexo II – Consentimento Informado.....	149
Anexo III – Quadros Orientadores da Categorização dos Dados	153

INTRODUÇÃO

O panorama das migrações do século XXI tem vindo a alterar-se gradualmente nos últimos anos. Influenciado pela crescente necessidade de uma dinâmica de intercâmbio de competências entre os vários países, este fenómeno gerou mudanças nas características, perfis e vagas dos migrantes. Em Portugal, a migração de indivíduos com qualificação superior tem-se tornado cada vez mais evidente, independentemente do país de destino. O aumento galopante do desemprego e a falta de perspetivas em relação ao futuro, tem levado muitos portugueses a partirem em busca de algo melhor.

Considerada a terceira grande vaga de emigração portuguesa, a saída destes profissionais qualificados processa-se de forma bem diferente de vagas anteriores, quer pelos motivos que levaram à partida (não apenas por fatores económicos, mas também pela progressão na carreira), quer pelas dificuldades de integração noutra país, agora minimizadas por uma melhor preparação cultural e linguística.

Os enfermeiros não foram exceção no que toca a esta vaga de emigração, procurando no estrangeiro a possibilidade de exercer a profissão que escolheram, deixando para trás o país natal. Segundo dados do Observatório da Emigração (Pereira, Pinto e Pires, 2015), no Nursing Midwifery Council (NMC: o congénere da Ordem dos Enfermeiros no Reino Unido), estavam inscritos, em 2014, 3.155 enfermeiros portugueses. O Reino Unido tem sido o principal destino desta classe profissional. Este fenómeno anormal quanto à emigração tem suscitado preocupação à Ordem dos Enfermeiros, que tem procurado ajudar/informar os membros o melhor possível. No entanto, sabe-se ainda muito pouco sobre estes emigrantes.

Sendo que, *os profissionais de saúde são o capital nobre do Serviço Nacional de Saúde* (Silva, 2004, p.9), e os enfermeiros fazem parte do mesmo, é fundamental lembrar que este só funcionará de forma eficiente se estes mesmos profissionais se sentirem motivados e envolvidos, se encontrarem satisfação emocional no seu local de trabalho, o que significa que estes são fatores que poderão influenciar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a qualidade do SNS. Assim, um estudo deste tipo ganha relevância no sentido em que se pretende compreender como se processa a transição para um novo país, uma nova cultura, uma nova organização de trabalho, entre outros.

Emigrar requer que a pessoa adquira muitas competências de auto gestão para lidar com a sua nova situação. Passa-se por um processo prolongado de mudança, integração e aceitação da nova condição, e por esse mesmo motivo, deve estar-se dotado de conhecimentos e capacidades para lidar com todas estas alterações.

Esta transição engloba muitas mudanças: de residência, de amigos, de apoio familiar e uma adaptação ao local de chegada, totalmente diferente do local de origem. A mudança, que ocorre muitas vezes lado a lado com a entrada para o mercado de trabalho, e que por si só é repleta de desafios, vai dar origem a profundas alterações na vida do enfermeiro emigrante. De acordo com Vega, Kolody e Valle (1987, cit. por Canha, 2009), decidir deixar uma cultura familiar origina diversas contingências interpessoais, podendo provocar sentimentos de medo, perda, apreensão. Esta saída representa uma quebra marcada nas rotinas e estilo de vida prévios, assim como uma adaptação a um ambiente completamente diferente, envolvendo desafios a vários níveis (Fisher e Hood, 1987).

Se a transição não ocorre de forma saudável e o enfermeiro emigrante sente que não está a conseguir adaptar-se à nova situação, é obrigado a recorrer a estratégias de *coping*. Vaz Serra (1999, p. 303) define-as como “...esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação”, concluindo que “...tendemos a falar de *coping* quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar e requer a produção de um comportamento novo” (Vaz Serra, 1999, p. 366).

Segundo Meleis et al. (2005), a Enfermagem preocupa-se com a forma como os seus clientes vivem e respondem às transições, assim como com os fatores que com elas interferem, já que são responsáveis por alterações e implicações na vida dos indivíduos (McEwen et al., 2007).

Dada a complexidade das dimensões que envolvem a transição, é necessário que os enfermeiros estejam devidamente preparados para acompanharem o indivíduo durante as várias fases deste processo. Estes ocupam uma posição privilegiada no sentido em que estabelecem com a pessoa uma relação terapêutica, munindo-a de informações e competências necessárias, para que esta possa tomar decisões mais conscientes, atingir os seus objetivos e ultrapassar dificuldades que possam surgir (RNAO, 2009). O êxito desta relação terapêutica está inevitavelmente dependente do conhecimento empírico de que o enfermeiro deverá dispor, pois só este lhe permitirá interpretar o significado das respostas dadas pelo indivíduo e simultaneamente capacitá-lo para lidar com a situação/problema que vivencia. Neste sentido, o desafio para os enfermeiros e todos os outros elementos envolvidos, perante a necessidade de suporte nos processos de transição, é compreender o

próprio processo de transição através de uma parceria com o cliente, estudando as suas respostas e implementando intervenções que prestem uma ajuda efetiva, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.

Sendo o enfermeiro um ser humano, detentor de emoções e sentimentos, que interferem nos cuidados por ele prestados, é necessário que este garanta o seu equilíbrio emocional, bem-estar e saúde, se tem em vista prestar cuidados de excelência.

Assim sendo, este trabalho de investigação assume a maior relevância na realidade atual, pois a transição vivenciada através da emigração constitui uma problemática pouco estudada, particularmente ao nível das migrações altamente qualificadas e neste caso específico, nos próprios enfermeiros. Surge então o presente trabalho, no âmbito da unidade curricular de Dissertação, do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Propõe-se com este estudo compreender como o enfermeiro português que emigra para o Reino Unido vivencia a transição, pormenorizadamente descrita no capítulo Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados. No que concerne aos objetivos, pretende-se: conhecer os enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido; compreender o motivo que os leva a emigrar para este país; compreender igualmente como vivenciam o processo de transição; conhecer os fatores que facilitam ou dificultam esse processo de transição; conhecer as estratégias que adotam para gerir situações adversas; identificar as implicações desta vivência para o autocuidado, a saúde e o bem-estar.

A proximidade e interação com o grupo estudado pareceu-nos a melhor forma de colmatar a necessidade de aprofundar conhecimento sobre a vivência do processo de transição durante a emigração, levando-nos assim, a optar por um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, e ainda do tipo transversal no que diz respeito ao espaço temporal. A recolha dos dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas, tendo estes sido posteriormente tratados recorrendo à análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). No total, participaram no estudo onze enfermeiros portugueses emigrantes, a viver e a trabalhar no Reino Unido.

Relativamente à estrutura, o trabalho encontra-se organizado em torno de três capítulos principais, que se dividem em diversos subcapítulos. No capítulo inicial, intitulado Enquadramento teórico, faz-se uma contextualização teórica do tema em estudo através de uma revisão da literatura existente dos principais conceitos inerentes à investigação. Inicialmente, faz-se uma abordagem à evolução da emigração portuguesa, de que os enfermeiros fazem parte, e quais os principais motivos que os leva a escolher determinados

destinos, de que é exemplo o Reino Unido. Segue-se uma breve perspetiva histórica sobre a Enfermagem e as diferenças no exercício da profissão entre Portugal e o Reino Unido. Aborda-se também o cuidado em Enfermagem, e de que forma isso se relaciona com o enfermeiro em si. Por fim, faz-se uma introdução à Teoria das Transições de Meleis, com principal foco na emigração e tudo o que lhe está relacionado. No Enquadramento Metodológico, o segundo capítulo, é exposta a metodologia de investigação utilizada, as questões de investigação, os objetivos do estudo, o método de seleção dos participantes, o procedimento utilizado para a colheita dos dados e sua análise, seguindo-se as considerações éticas. No terceiro e último capítulo, Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados, abordam-se as vivências e processo de transição dos enfermeiros portugueses emigrantes no Reino Unido, à luz da Teoria das Transições de Meleis.

Apresentadas as conclusões do estudo, contributos e futuras linhas de investigação, seguem-se as referências bibliográficas e os anexos onde estão patentes o guião da entrevista, o consentimento informado e os quadros orientadores da categorização dos dados.

A partir da revisão bibliográfica efetuada, verificou-se que existe pouca teorização sobre o assunto em questão. Este estudo ganha, por isso, relevância pois tem em vista melhorar a compreensão deste fenómeno emigratório e conseqüentemente, contribuir para facilitar a transição dos enfermeiros que saem do seu país rumo a uma nova vida, favorecendo a saúde e o bem-estar.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A Emigração Portuguesa

Desde há muitos anos que Portugal desempenha o papel de cais de partida. Embora nas últimas décadas tenha sido país de acolhimento para muitos (comunidades da África Colonial, Brasil, países do Leste europeu e Ásia), volta agora a ser país de emigrantes. Portugal passou por diversas fases de migração, desde a emigração transatlântica à emigração europeia, que envolveu mais de 4 milhões de portugueses entre 1855 e 1975 (Pires et al., 2010). Passou também pela imigração lusófona e depois pela vinda de indivíduos originários dos países do Leste Europeu, e ao mesmo tempo mas em menor número, também oriundos do Continente Asiático. Por volta da década de 80, a circulação tornou-se mais diversificada, sendo que nos primeiros anos a imigração era mais intensa, tendo sido gradualmente substituída pela emigração.

O termo em latim “*emigrare*” significa “sair de”. Emigrar implica a separação de tudo aquilo que se conhece, o abandono da zona de conforto pela rutura com as próprias bases, a cisão de pessoas, de lugares, de cheiros e sons, e outras sensações com as quais se cresceu e viveu (Ramalho, 2003).

O fenómeno da emigração em Portugal foi assim, algo que sempre existiu, facto que as estatísticas oficiais publicadas neste âmbito nos mostram: os fluxos de emigração sempre foram significativos, embora apresentando diferentes características. Falamos em ciclos de emigração, sendo que nos dois primeiros, o indivíduo que saía do país era normalmente um jovem adulto, do sexo masculino e com origem no meio rural, sem habilitações profissionais específicas, muitos até analfabetos, e a passar dificuldades económicas. Tinham tendência para ir sozinhos, sem a família, e a emigração era habitualmente permanente. Os principais impulsos que deram origem a estas vagas foram

as dificuldades em obter emprego, os rendimentos muito reduzidos, os baixos níveis de qualificação no trabalho, as dificuldades de mobilidade social e profissional e o atraso da modernização económica (Pires, 2010).

Portugal depara-se hoje com a terceira grande vaga de emigração desde os últimos 150 anos. De acordo com dados revelados pelo Observatório da Emigração (Pires, 2014), estima-se que viverão hoje no mundo mais de dois milhões de emigrantes portugueses, sendo que nas últimas décadas, sobretudo com a integração de Portugal na Comunidade Económica Europeia, essa emigração teve como destino, essencialmente o conjunto dos países da União Europeia. De facto, em 2010, de acordo com o mesmo Organismo, “*não só residiam no conjunto dos países europeus mais de dois terços dos portugueses emigrados como se dirigiam para a Europa mais de 85% dos emigrantes que nesse ano saíram de Portugal*” (Pires, 2014, p. 20), o que faz com que Portugal seja o país da União Europeia com maior emigração, sendo que, de acordo com o mesmo organismo “*a população emigrada representa hoje mais de um quinto da sua população residente e tem crescido a ritmo superior a esta nas últimas décadas*” De acordo com Malheiros (2011), esta emigração caracteriza-se, no entanto, por ser temporária e não definitiva, motivada pelas possibilidades de livre circulação e ocorrendo em grande parte dentro da União Europeia, sendo composta por jovens com níveis de instrução médio a elevado, prevalecendo as mulheres. É por esse motivo que hoje em dia se assiste a uma certa mudança no conceito de migração, passando a falar-se sobretudo em mobilidade, por assumir características de fluxo temporário, sendo apontadas como principais vantagens a circulação do conhecimento e de práticas através dos indivíduos que se encontram em movimento, adquirindo estes um papel fundamental no modelo atual de crescimento económico (Reis et al., 2007).

Estas migrações internacionais têm consequências extremamente positivas que advêm da integração na União Europeia e conforme consta no seu tratado, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2010) é possível aos seus cidadãos viverem e trabalharem em qualquer ponto da mesma e terem direito a benefícios sociais como os cuidados de saúde. Assegurou-se assim a livre circulação dos trabalhadores europeus, com a liberdade de prestação de serviços e o direito a estabelecer-se profissionalmente.

Segundo Rodrigues (2011), da mobilidade resultam mudanças e vantagens para a pessoa que trabalha fora do seu país, por assumirem um papel importante no currículo, uma vez que as multinacionais atribuem muito valor à competência técnica e experiência, principalmente aquela que é adquirida num ambiente móvel: grande capacidade de adaptação e relacionamento em meios multiculturais, conhecimento de outras línguas, maior autonomia e responsabilidade.

Entre as razões apontadas para a mobilidade de pessoas ou procura de trabalho no estrangeiro encontram-se a crise económica e financeira que se faz sentir, o elevado desemprego, a falta de oportunidades, os salários baixos quando comparados com os de outros países, o facto de Portugal ter estado praticamente na bancarrota e do qual resultou o pedido de empréstimo ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e à União Europeia, em 2011, provocando a entrada da chamada *troika*. Esta, em contrapartida, exigiu a imposição de uma forte política de austeridade que teve notórios reflexos, quer na deterioração das condições de vida dos cidadãos, quer na redução do seu rendimento disponível e no conseqüente aumento da taxa de desemprego.

Na sequência deste contexto, observou-se assim uma relação direta entre as condições de estagnação económica em Portugal e o aumento dos níveis de emigração.

Ainda assim, o acesso ao dinheiro e razões de carácter económico deixaram de ser os únicos objetivos impulsionadores para a partida, como já atrás foi referenciado. Assim, as facilidades de circulação e mobilidade no espaço europeu, a necessidade de emprego e o aumento das ambições profissionais, são outros fatores que justificam o aumento significativo de pessoas que abandonam o país, aliados à perspetiva de melhores condições de vida e de trabalho e ao gosto pela cultura e estilo de vida do país de destino. Todas estas razões são apontadas como justificação para a decisão de emigrar (Rodrigues, 2011).

Rosenbaun et al. (1990, cit. por Góis e Marques, 2007) afirmam que este fenómeno migratório é duplamente prejudicial: por um lado, representam uma perda do investimento realizado na educação e formação destes indivíduos no país de origem, por outro, há também uma perda potencial das externalidades que resultariam futura e potencialmente desse investimento. Neste contexto, o êxodo de pessoas com elevadas qualificações profissionais e académicas dos países menos desenvolvidos para os mais desenvolvidos deixa os países de origem com um défice de pessoas qualificadas na investigação, na produção e nos serviços públicos e privados (Gomes et al., 2014). Em contrapartida, os países de acolhimento usufruem desses recursos humanos altamente especializados, sem neles terem feito qualquer investimento, ou seja, a custo zero.

Para Góis e Marques (2007), esta situação representa uma perpetuação das desigualdades, pois a saída de profissionais qualificados de um país limita ou não torna possível de todo o seu desenvolvimento, levando a conseqüências graves no crescimento económico e de capital humano e reduzindo a produtividade, enquanto contribui para a continuação do desenvolvimento e crescimento de países já desenvolvidos, uma vez que se acredita que *“o investimento feito na educação para desenvolver o capital humano é uma forma de fortalecer e apoiar o potencial económico de um país”* (Peixoto, 1999, p. 27).

Todavia, teorias defendem que o “*brain drain*” (fuga de cérebros) nem sempre é negativo. Alguns autores referem efeitos positivos para o país de origem, apresentando como exemplo o caso do retorno financeiro através das remessas, da captação de investimentos, do regresso do emigrante após a aquisição de novas qualificações importantes para o desenvolvimento do país de origem, ou a dificuldade do país natal em absorver os elevados números de profissionais qualificados produzidos pelo sistema de ensino (Góis e Marques, 2007). É neste contexto que se fala num *brain gain*, e que adicionado às razões atrás enunciadas, numa fase posterior, o regresso dos migrantes ao seu país de origem poderia representar um acréscimo de capital humano, financeiro e social.

O *brain waste* surge quando se observa um desaproveitamento das qualificações dos indivíduos altamente qualificados, seja pelo país de acolhimento, como do país de origem (Góis e Marques, 2007).

Contudo, dado que hoje se fala mais em mobilidade do que em migração, pelas características que este fenómeno assume (o fluxo já não é unidirecional nem de natureza definitiva) e pelo contexto em que ocorre (livre circulação de pessoas e bens), sobretudo no que diz respeito à União Europeia, há autores que designam o século XXI como o “século das pessoas em movimento” (Mota, 2010). É por este motivo que associado a este fenómeno, além dos conceitos de “*brain drain*”, “*brain gain*” e “*brain waste*” são incluídos também os de “*brain circulation*” (circulação de cérebros) e “*brain exchange*” (troca de cérebros).

Góis e Marques (2007) caracterizam a emigração atual de indivíduos altamente qualificados como um processo de tipo circular, que poderá ser benéfico para os dois países, se os trabalhadores qualificados regressarem ao país de origem, após um período de residência no exterior, e se aplicarem assim os conhecimentos, o capital e os contactos adquiridos durante a estadia no estrangeiro.

Como já foi referenciado, o tipo de emigração que ocorre atualmente em Portugal é bastante distinta das vagas anteriores. Assim, independentemente do país de destino, estes portugueses emigrantes partem já com vantagens em vários planos - social, económico, familiar e linguístico - em relação aos emigrantes antecessores, sendo que os motivos que os levam a partir não têm como fator central e exclusivo objetivos económicos e consequente melhoria de condições de vida. Estão também muito relacionados com a globalização, a facilidade de comunicação com o recurso às novas tecnologias, a progressão na carreira e valorização profissional, a realização pessoal, a obrigatoriedade profissional, ou simplesmente a vontade de conhecer novas culturas (Rodrigues, 2011).

O tipo de emigração também é diferente. De facto, ao contrário dos fluxos anteriores, agora a saída é de indivíduos detentores de qualificações académicas mais elevadas. Logo a seguir à Irlanda, Portugal é considerado o segundo país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com a maior “*fuga de cérebros*”, situação preocupante uma vez que o país apresenta elevada carência a nível de pessoas especializadas em algumas áreas fundamentais (Peixoto, 1999). Com efeito, segundo o relatório Estatístico 2014 do Observatório da Emigração, em termos de habilitações académicas, o grupo que mais cresceu desde 2000/01 foi o dos que têm ensino superior, ao que não é alheio o aumento da escolarização portuguesa nas últimas décadas.

Mas que razões estão na origem da emigração qualificada em Portugal? Gomes et al. (2014) falam em dois tipos de fatores: endógenos e exógenos. De acordo com estes autores, os fatores endógenos estão diretamente relacionados com a situação do país, ou seja, a crise económica atual e a falta de empregos que daí resulta, a desvalorização dos recursos locais, a falta de oportunidades de carreira. Já nos fatores exógenos são apontados os aspetos relacionados com o país de acolhimento, nomeadamente no que se refere às *maiores oportunidades de emprego, maior progressão e reconhecimento da carreira profissional, entre outros* (p. 6).

Estes autores concluíram, nos estudos realizados, que a emigração de indivíduos portugueses com formação académica superior estava diretamente relacionada com o desejo de “fazer o que se gosta”, de desenvolverem uma carreira e projetá-la internacionalmente, embora nem todos se insiram nesta categoria. Outros indivíduos por eles entrevistados, mas que se encontram a desempenhar funções abaixo das suas qualificações ou competências revelaram não possuir, contudo, um sentimento de insatisfação relativamente aquela situação. Antes pelo contrário. Apontavam como vantagens a existência de melhores e maiores oportunidades nos países onde se encontram emigrados, uma maior estabilidade e segurança no trabalho pela existência de mais opções de escolha. Em contrapartida, no país de origem, depararam e continuam a deparar-se com uma crise económica que parece não ter fim, com a falta de emprego e de oportunidades, com baixas remunerações, com uma desvalorização dos recursos humanos qualificados, enfim, com uma falta de perspectivas de futuro.

Todos os anos, um número crescente de enfermeiros junta-se aos milhões de migrantes que optam por sair do seu país natal em busca de melhores condições económicas, sociais e políticas. A carência de profissionais de enfermagem atingiu um nível crítico, com consequências graves em vários setores: ético, social, económico e ameaçando

irremediavelmente a área dos cuidados de saúde. Por este mesmo motivo, ultimamente tem sido foco de atenção dos média.

A forma como muitos serviços de saúde lidam com a carência de enfermeiros nos seus países, incentiva à migração e ao recrutamento internacional destes profissionais, o que em troca, agrava a problemática da falta de enfermeiros nos países de origem, como é o caso de Portugal. Em vez de se desenvolver uma estratégia que retenha os enfermeiros, quer seja pelo aumento dos salários ou melhorando as condições laborais, os sistemas nacionais de saúde optam por aumentar as horas de trabalho e reduzir os recursos humanos ou então, oferecendo contratos precários, tudo com o objetivo de reduzir custos, independentemente das implicações que estes procedimentos trazem para a saúde dos cidadãos (Kingma, 2006).

A migração surge assim como uma solução para os problemas dos enfermeiros, sendo que estes profissionais encaram esta como a única forma de arranjam emprego, melhorarem as suas condições de vida e evoluírem profissionalmente. Desejam ter acesso a mais recursos para que deles possam tirar proveito e aprender, e conseqüentemente melhorar os cuidados prestados (Kingma, 2006). Alguns migram para ser autónomos, outros andam simplesmente em busca de aventura, enquanto outros o fazem porque não têm ofertas de emprego no seu país. É importante frisar que uma grande parte destes enfermeiros, se tivesse escolha, nunca optaria por emigrar. Emigrar é uma opção pessoal tomada livremente, mas é uma decisão que muitos tomam por serem impulsionados para tal, pois há uma série de fatores que os motivam a sair de casa e a abandonar a família em perseguição de melhores oportunidades e condições de vida (Kingma, 2006; Pereira, Pinto e Pires, 2015).

Os resultados desta vaga de migração podem ser observados nos principais hospitais de cidades como Londres, Nova Iorque, Sydney ou Genebra. Se os doentes nestes hospitais diferem na sua cultura e nacionalidade, as origens dos enfermeiros que deles cuidam, mais variadas são (Kingma, 2006).

Embora a Enfermagem seja vista como uma “profissão portátil” pelo facto dos seus profissionais mudarem de hospital para hospital, de cidade para cidade ou de país para país, o fenómeno de migração em massa que se observa hoje, nunca antes tinha acontecido. Os enfermeiros imigrantes na Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos representam mais de um quarto dos profissionais de saúde existentes nesses países. É, por exemplo, normal encontrar-se em alguns hospitais do Reino Unido, um total de 60 a 70 por cento de enfermeiros com nacionalidade estrangeira (ibidem).

Segundo dados apresentados por Gomes (2014), da Ordem dos Enfermeiros (Vice-Presidente do Conselho Diretivo para o mandato 2012 a 2015) na conferência internacional “*a Emigração Portuguesa Contemporânea*”, que decorreu no Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa (2014) e intitulada “A Emigração Portuguesa e a sua Especificidade” Portugal terá perdido, na área da saúde, o equivalente a cerca de um terço dos enfermeiros que anualmente são formados pelas universidades portuguesas.

De facto, dentro dos portugueses qualificados que têm saído do país, os enfermeiros são um grupo que se destaca, já que têm saído em massa. Ainda de acordo com declarações de Gomes na conferência citada (2014), nas universidades portuguesas públicas e privadas são formados anualmente cerca de 3 mil a 3500 enfermeiros e cerca de um terço a metade deste número emigra, dados estimados a partir dos pedidos recebidos de reconhecimento das suas qualificações, requisito essencial no processo que certifica que as qualificações de enfermeiro se encontram de acordo com a diretiva europeia. Acrescenta ainda que a principal razão para sair, de acordo com inquérito realizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é a falta de emprego, surgindo em segundo lugar a “ausência de perspectivas de progressão da carreira/desenvolvimento profissional contínuo” e em terceiro lugar o nível de remuneração salarial que o país de destino oferece. Entre os que emigraram, a maioria já exercia a profissão em Portugal em períodos que compreendiam um a cinco anos (481 de 2814 inquiridos), surgindo em seguida os recém-licenciados, com períodos de exercício da profissão inferiores a 11 meses.

Sendo o Reino Unido atualmente, o principal destino dos emigrantes portugueses (Observatório de Emigração, 2014), este país apresenta-se também como aquele em que o peso das profissões qualificadas entre os portugueses emigrados é maior. Este país surge assim como o maior polo de atração da emigração qualificada portuguesa (Pires et al., 2014).

Neste contexto, os enfermeiros não são exceção. Dentro dos locais de destino, o Reino Unido destaca-se, segundo dados confirmados pela Ordem dos Enfermeiros portuguesa junto da congénere da Ordem dos Enfermeiros britânica, Nursing and Midwifery Council (NMC). De facto, só em 2013 ocorreram 1211 processos de registo, sendo que cerca de metade (52%) conseguiram colocação profissional através de uma agência de recrutamento estrangeira e 24%, através de contacto direto com a entidade empregadora. Ainda segundo dados fornecidos pela mesma entidade, estavam inscritos, em 2014, 3.155 enfermeiros portugueses na NMC, o que revela um aumento significativo e um quadro de saída em massa destes profissionais, de Portugal para o Reino Unido (Pereira, Pinto e Pires, 2015).

Sabendo que a formação de cada enfermeiro numa escola pública custa aos contribuintes portugueses cerca de 25 mil euros, segundo declarações aos media do Bastonário da Ordem dos Enfermeiros (mandato 2012 a 2015), Germano Couto, estamos perante um desaproveitamento total de sujeitos altamente qualificados, de que outros países usufruem sem qualquer tipo de custo na sua formação, e dos quais Portugal carece, mas que devido à grave situação económica que o país atravessa, aliado a políticas ideológicas de privatização dos serviços públicos, tem levado a um crescente desemprego neste grupo de profissionais de saúde, quando sabemos que o rácio de enfermeiro por cada 1000 habitantes mostra que seriam necessários cerca de 25 mil enfermeiros para atingir a média necessária.

As razões que justificam a saída dos enfermeiros portugueses são variadas. De facto, um estudo apresentado por Pereira et al. (2015) mostra que a procura do primeiro emprego na sua área para quem inicia a carreira ou para quem está desempregado, a impossibilidade de progredir na carreira em Portugal, melhores condições laborais e justo reconhecimento do seu trabalho, melhores salários e atribuição de novas competências, são motivações apresentadas por esta classe de profissionais que emigram. No mesmo estudo, onde foram inquiridos quer enfermeiros recém licenciados, quer enfermeiros que estavam empregados mas que também optaram por emigrar, são apresentadas razões que se relacionam com a impossibilidade de progredir profissionalmente, com os cortes salariais e a escassa comunicação com as chefias, o que leva a uma *“desmotivação profissional que potencia a decisão de emigrar”* (Pereira et al., 2015, p.6). Além das razões evocadas são ainda referenciadas as limitações nas contratações que obrigaram a um aumento nas horas extra requisitadas pelos hospitais (horas que não são remuneradas mas geridas através de um banco de horas), provocando tudo isto uma insatisfação laboral nesta classe profissional que *“esbarra com a pouca reatividade e sensibilidade por parte das direções administrativas que continuam a manter-se pouco sensíveis às queixas, necessidades ou sugestões dos enfermeiros”* (ibidem).

Como consequência das políticas de contenção de despesas, neste caso, na área da saúde, assiste-se a um aumento gradual de infeções intra-hospitalares, o que se deve ao facto de haver um baixo número de enfermeiros por doente em Portugal (um rácio abaixo da média da OCDE). O nosso país é assim apresentado como o país europeu com mais infeções deste tipo (Suetens et al., 2013, cit. por Pereira et al., 2015), facto que só será combatido contratando mais enfermeiros para o Sistema Nacional de Saúde, o que vai de encontro às recomendações da OCDE que aconselha uma reorganização dos serviços de saúde com investimento nos cuidados primários.

Mas, entre as razões que os enfermeiros emigrados apresentam para esta tomada de decisão surge igualmente como fator impulsionador o recrutamento estrangeiro (Pereira et al., 2015). De facto, o grande aumento de enfermeiros emigrados coincide com o surgimento de empresas em Portugal (desde 2009, 2010, 2011) que vêm contratar estes profissionais, sobretudo contratações para o Reino Unido. Este facto não é alheio às políticas de imigração seguidas pelo governo conservador do Reino Unido que, desde 2010 coloca entraves à contratação de profissionais de saúde de fora da União Europeia. Assim, como o sistema nacional de saúde deste país depende da contratação de enfermeiros e médicos estrangeiros, optou por fazer o recrutamento dentro dos países da União Europeia (Pereira et al., 2015).

Esta situação coincidiu com a recessão económica em Portugal que levou a um aumento significativo das taxas de desemprego nesta classe profissional, impulsionando a contratação pelas agências estrangeiras que têm absorvido os enfermeiros que optam por emigrar (*ibidem*).

Dentro dos destinos escolhidos, o Reino Unido, como já referenciado, encontra-se no topo de preferências. Só em 2013 emigraram para este país 1.211 enfermeiros e em 2014, 1.286 respetivamente, segundo dados fornecidos pela Nursing and Midwifery Council. *“Os enfermeiros portugueses são, desde 2012, a segunda nacionalidade estrangeira mais representada no Reino Unido”* (Pereira et al., 2015, p.23). A França surge como segundo país de destino dos enfermeiros portugueses em 2013 e 2014. Em terceiro lugar encontram-se a Alemanha e a Suíça. A Bélgica, Holanda e Noruega têm surgido como novos destinos (Pereira et al., 2015).

A partir de 2000 assiste-se assim a uma emigração crescente de enfermeiros portugueses para o Reino Unido, que se acentuou nos últimos anos, tornando-se este país o principal destino destes profissionais. Mas que razões justificam esta escolha? Por detrás deste movimento migratório estão as políticas seguidas pelos governos do Reino Unido. De facto, se nos anos noventa o Sistema de Saúde britânico se caracterizava por longas filas de espera, a partir de 2001 (ano de eleições parlamentares) o governo de Tony Blair *“designou a modernização do sistema nacional de saúde como uma das suas principais prioridades políticas, a nível interno”* (Seldon, 2007, citado por Pereira et al., 2015, p. 12). As referidas opções políticas tiveram como consequência um aumento do investimento financeiro no Serviço Nacional de Saúde e também uma importante e significativa contratação de enfermeiros. Face ao aumento da procura destes profissionais de saúde e dada a sua insuficiência no país, o governo trabalhista implementou o Highly Skilled Migration (*“Programa de Migrações Altamente Qualificadas”*) que permitia contratar imigrantes

laborais fora dos países da União Europeia. A partir de 2004 essa política foi invertida, ou seja, cessaram os incentivos ao recrutamento de imigrantes fora da UE e simultaneamente assiste-se a fortes restrições de contratação, tendo o empregador britânico que demonstrar que a oferta de emprego não teve resposta por parte dos trabalhadores no mercado interno. Mas, dado que a falta de enfermeiros continuava a persistir no país, neste período as empresas de recrutamento de pessoal redirecionam a contratação de profissionais de saúde para o mercado laboral europeu, nomeadamente Portugal, uma vez que beneficiam do direito à livre circulação. Intensifica-se assim o recrutamento de enfermeiros portugueses pelos empregadores britânicos, coincidente com a crise financeira mundial de 2008 (Pereira et al., 2015), e que se tem acentuado ao longo dos anos até à atualidade. Este fenómeno tem sido coincidente com a degradação da profissão em Portugal e que tem incentivado cada vez mais enfermeiros a abandonarem o seu país.

2 - A Enfermagem: Breve Perspetiva Histórica

Collière (1999, cit. por Agostinho, 2010) refere três etapas na história da Enfermagem. A primeira engloba os tempos mais recuados da história até à Idade Média na sociedade ocidental, onde a prática de cuidados é associada à mulher, símbolo da fecundidade e em que os conhecimentos passavam de mulher para mulher e de geração para geração. A prática de cuidados era associada aos cuidados maternos.

A segunda etapa, da Idade Média até final do século XIX, em que a prática de cuidados é identificada com as mulheres religiosas, consagradas, que renunciando à vida de mulher enquanto procriadora se dedicavam à caridade como caminho para a santificação, cuidando dos irmãos e de quem estava doente como caminho para chegar a Deus. A prática de cuidados baseava-se assim em valores religiosos e moralistas. Na Idade Média os cuidados de enfermagem estavam, pelos motivos enunciados, centralizados nos mosteiros (Vieira, 2009).

Nos finais do século XIX, segundo Vieira (2009) uma jovem inglesa, Florence Nightingale, sente o “*chamamento de Deus*” para o serviço aos doentes e começar a estudar. Este é de facto um nome incontornável na história da enfermagem sendo a ela que é atribuída a primeira reforma ou revolução nesta área e o surgimento da Enfermagem Moderna já que defendeu uma formação específica, com base científica e uma

padronização da linguagem (Vieira, 2009, p.20). O nome Nightingale tem uma importância fulcral na área da enfermagem devido a uma sistematização de um campo de conhecimentos, tendo-se instituído como uma “nova arte e nova ciência” para a qual era preciso uma educação formal e organizada sobre bases científicas. Com Florence Nightingale assistiu-se a uma reelaboração da natureza do trabalho de Enfermagem, onde se defendeu uma formação específica e se definiu a função de enfermeira como aquela que agia sobre a pessoa e o ambiente (Agostinho, 2010, p.52). É a ela que também se deve a fundação da primeira escola de Enfermagem, em 1860, no Hospital de St. Thomas em Londres (Lopes, 2001, citado por Agostinho, 2010). O objetivo da Enfermagem passou a ser a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões.

O primeiro curso de enfermagem científica em Portugal surge em 1881, pelo então administrador dos hospitais da Universidade de Coimbra, professor doutor António Augusto Costa Simões, criando a Escola dos Enfermeiros de Coimbra. Surge assim o primeiro curso no Hospital de Coimbra, em 1886, no hospital de Lisboa e em 1887, no Hospital do Porto (Ferreira, 1990).

A partir daí os cuidados de enfermagem adquirem um carácter de trabalho técnico assistencial.

Ao longo dos anos e sobretudo nos últimos, a enfermagem em Portugal tem sofrido uma grande evolução, quer no que concerne à própria formação, quer no que se refere à complexidade e ao reconhecimento desta atividade profissional (OE, 2008).

No ano de 1974, ano da revolução de abril, existiam em Portugal cerca de 3000 enfermeiros, embora coexistissem um maior número de auxiliares de enfermagem (cerca de 15 mil), pela menor exigência de tempo de formação. No entanto, em 1975, as escolas terminam a ministração dos cursos de auxiliares, proporcionando o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem a Enfermeiros, com vista à criação de uma carreira única e um único nível de formação (OE, 2008).

Com a publicação do Decreto-Lei 305/81 é instituída a carreira única para todos os enfermeiros denominada “Carreira de Enfermagem”, definindo simultaneamente cinco categorias profissionais, entre as quais se encontra a de enfermeiro especialista (OE, 2008). Em 1988, o Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de dezembro integra o ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional.

Mais tarde, o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro cria uma nova Carreira de Enfermagem, através da qual são definidas três áreas de atuação, designadamente a prestação de cuidados, gestão e assessoria. Perante a inexistência de um instrumento jurídico que regulamentasse o exercício profissional da Enfermagem, é aprovado em 1996 o

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e publicado o Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro que com a referida regulamentação jurídica clarifica conceitos, intervenções e funções, assim como os aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros.

Atualmente, a formação de enfermeiros em Portugal é ministrada apenas em instituições do ensino superior, quer no setor público, quer no setor privado, nos subsistemas politécnico e universitário. No entanto, na enfermagem, a passagem do grau de bacharel a licenciado ocorre apenas no final dos anos 90, mais concretamente através da publicação do Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de setembro, sendo aí referenciado que o Curso de Licenciatura em Enfermagem tinha como objeto *“assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”* (artº 5º, p. 6199). O curso visava ainda *“assegurar a formação necessária: à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; a participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; ao desenvolvimento da prática de investigação no seu âmbito”* (idem). A partir daí, o curso e Licenciatura em Enfermagem teria a duração de quatro anos. Este marco representou um ganho e um progresso para esta profissão, mas também o enfrentar de novos desafios associados ao aprofundar da prática da enfermagem e à necessidade de reorientar a sua atuação (Rebelo, 2002).

No decurso deste processo, houve que, tal como nos restantes cursos em Portugal, adequar os princípios decorrentes do Processo de Bolonha (valorização da formação ao longo da vida), tendo também um papel ativo a Ordem dos Enfermeiros, que havia sido criada em 1998 e o seu estatuto aprovado através do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, algo pelo qual os enfermeiros tanto ambicionavam. Foi assim criada a associação profissional de direito público que é responsável pela *“regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem”* (p. 1740).

De facto, a Ordem dos Enfermeiros assumiu um papel decisivo no desenvolvimento da prática de Enfermagem desde 1999. Entre as suas atribuições destacam-se: promover a qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermagem e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional. Anexado aos Estatutos da Ordem há a salientar igualmente o Código Deontológico, constituído por um conjunto de deveres e responsabilidades dos profissionais de enfermagem (OE, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros, a partir do ano 2000 passa então a exigir a licenciatura para o acesso ao exercício profissional e indispensável para o início da atividade profissional autónoma. Este organismo tem, efetivamente, assumido uma primordial importância, constituindo o bastião em que se fundamenta o crescimento e a afirmação profissional da enfermagem, *“proporcionando a estruturação e consolidação de saberes que lhe são próprios, estimulando simultaneamente o desenvolvimento de competências”* (Arco, 2005, p. 10).

A criação da Ordem dos Enfermeiros permitiu que esta se constituísse como um pilar do desenvolvimento da Enfermagem e instrumento da qualidade dos cuidados. Esta emite dois títulos profissionais diferentes: enfermeiro e enfermeiro especialista, sendo que o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família e comunidade, aos três níveis de prevenção. O título de enfermeiro especialista *“reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, também cuidados especializados numa dada área clínica, designadamente Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo este título atribuído aos profissionais que já têm o título de enfermeiro e que concluíram um curso de pós-licenciatura de especialização (OE, 2008).*

Segundo Azevedo (2009, cit. por Silva et al., 2011, p. 137) *“O diploma de curso habilita para entrada numa profissão, mas já não limita as competências, que se irão adquirindo com a investigação e a prática diária...”*. Esta certificação de competências ultrapassa o percurso académico, pois referindo Azevedo (2007, cit. por Silva et al, 2011, p.137) *“a formação profissional diária é constante e dinâmica; é progressiva. Por isso, só os parâmetros de qualidade crescente da OE a podem certificar”*. Nesta perspetiva, a formação contínua na formação dos enfermeiros assume um papel de destaque e de enriquecimento permanente tendo como focos a prática, o exercício tutelado, a supervisão clínica, o desenvolvimento e certificação de competências, a individualização das especialidades, entre outros (Silva et al., 2011).

Atualmente, a enfermagem portuguesa é uma referência e modelo para os países da Europa, essencialmente pelo facto de exigir a licenciatura para o acesso à profissão, caracterizando-se pela coerência e qualidade que tem conseguido impor na formação dos enfermeiros. É uma disciplina em franca ascensão e consolidação, que desenvolve investigação própria, cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados (Amendoeira, 2006).

Os progressos tecnológicos na área da saúde têm sido bastante significativos, aumentando conseqüentemente, o grau de complexidade dos cuidados de enfermagem, o que coloca imensos desafios a estes técnicos de saúde. Assim sendo, o grupo socioprofissional dos enfermeiros portugueses é hoje de elevado nível de competência, quer no que diz respeito ao domínio técnico, quer científico, quer relacional e ético (Chaves, 2012).

A formação tem constituído o baluarte em que se fundamenta o crescimento e afirmação profissional da enfermagem, permitindo a estruturação e consolidação de saberes que lhes são próprios, estimulando simultaneamente o desenvolvimento de competências (Arco, 2005) e conferindo-lhe o estatuto de qualidade que hoje, de forma inequívoca o caracteriza, sendo prova disso o interesse crescente dos países europeus na contratação dos enfermeiros portugueses.

Após um longo percurso, a Enfermagem é hoje, de forma indiscutível, citando Chaves (2012, p. 127) *“um corpo de saberes com uma autonomia e um método de ensino-aprendizagem predisposto naturalmente a responder com elevada eficácia aos novos desafios do processo de Bolonha, convergindo de forma cada vez mais evidente para um enquadramento no ensino universitário”*.

2.1 - Exercício da Enfermagem em Portugal

O exercício da profissão de enfermagem em Portugal regula-se atualmente por vários documentos legislativos, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) publicado no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril); o Regime Legal da Carreira de Enfermagem, publicado no Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro de 2009 e o Regime da Carreira Especial de Enfermagem, publicado no Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro de 2009.

No que concerne ao REPE, são clarificados neste documento conceitos, caracterizados os cuidados de enfermagem, especificada a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definida a responsabilidade, os direitos e deveres dos enfermeiros, no sentido de dissipar dúvidas e prevenir equívocos. O referido Decreto-Lei tem como objeto, definir *“os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos*

enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, p.2) e através dele são abrangidos todos estes profissionais que “exerçam a sua atividade no território nacional, qualquer que seja o regime em que prestam a sua atividade” (REPE, p.2).

No capítulo II do presente documento, no seu artigo 4º são definidos conceitos, nomeadamente o que diz respeito à Enfermagem segundo o qual *“é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (REPE, p.3). De acordo com o mesmo documento *“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece e competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (idem). Neste artigo são ainda definidos os conceitos de enfermeiro especialista, de acordo com o qual é o profissional habilitado *“com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (ibidem). Acrescenta ainda no mesmo artigo que os cuidados de enfermagem *“são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”*.

O capítulo III do REPE contempla o acesso ao exercício profissional e que, de acordo com o artigo 6º, é condicionado pela obtenção de uma cédula profissional emitida pela Ordem dos Enfermeiros, segundo a redação introduzida pelo Artigo 5º do Decreto-Lei nº 104/98. No capítulo V são enumerados os direitos, deveres e incompatibilidades do exercício da enfermagem.

Como foi referenciado, a par do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o exercício da profissão é regulamentada igualmente pelo regime legal da Carreira de Enfermagem, contemplado no Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro. O Governo, com este diploma, pretendeu que os enfermeiros das instituições de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde pudessem dispor de um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, possibilitando a mobilidade interinstitucional, com harmonização de direitos e deveres (...) (Direção Geral da Administração Pública, Decreto-Lei nº247/2009 de 22 de setembro, p.1).

De acordo com o documento no seu artigo 1º, este aplica-se a todos os enfermeiros que desempenhem funções *“nas entidades públicas empresariais e nas parcerias de saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde”* (p.2). Estabelece ainda *“os requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica”* (*idem*).

No que concerne às habilitações necessárias para o desempenho da profissão (artigo 3º, p. 2), estas correspondem aos requisitos exigidos pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título definitivo de enfermeiro. A carreira de enfermagem abarca várias áreas de atuação, nomeadamente a *“área hospitalar e de saúde pública, os cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, de futuro, outras áreas”* (artigo 6º, p. 3).

O documento legal contempla ainda o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal (artigo 10º) e no artigo 11º, as condições de admissão, quer ao exercício de funções no âmbito da carreira especial de enfermagem, quer na admissão à categoria de enfermeiro, o que de acordo com a legislação em vigor depende, em ambas as situações do título profissional ou titulação em cédula profissional definitiva atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros. Na situação de admissão à categoria de enfermeiro principal são exigidos cumulativamente, a detenção do título de enfermeiro especialista, atribuído igualmente pela Ordem dos Enfermeiros e um mínimo de 5 anos de experiência efetiva no exercício da profissão (ponto 3 do artigo 10º).

No que se refere ao suporte legal do exercício da enfermagem em Portugal, foi publicado ainda o Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, que define o regime legal da carreira especial da Administração Pública, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Neste diploma são estabelecidas duas categorias na enfermagem (enfermeiro e enfermeiro principal), refletindo uma diferenciação de conteúdos funcionais, fixando simultaneamente as regras de transição para as novas categorias. A carreira especial de enfermagem é organizada em áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, nomeadamente as áreas hospitalar e de saúde pública, cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, no futuro, outras áreas (artigo 6º).

No artigo 8º do presente Decreto-Lei (p. 6762) são abordados os deveres funcionais dos enfermeiros. Assim, é referido que *“os trabalhadores integrados na carreira de enfermagem estão adstritos, no respeito pela *leges artis* ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos a que estão obrigados pelo respetivo título profissional, exercendo a sua profissão com autonomia técnica e científica e respeitando o direito à*

proteção da saúde dos utentes e da comunidade, e estão sujeitos, para além da observância do dever de sigilo profissional, ao cumprimento dos seguintes deveres funcionais:

- a) O dever de contribuir para a defesa dos interesses do utente no âmbito da organização das unidades e serviços, incluindo a necessária atuação interdisciplinar, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados;*
- b) O dever de esclarecer devidamente o utente sobre os cuidados a prestar e tratados, na medida das suas competências, assegurando a efetividade do consentimento informado (OE, 2009).*

2.2 - O Exercício da Enfermagem no Reino Unido

Os cursos de enfermagem no Reino Unido que permitem participar do registo e prática do Nursing and Midwifery Council (NMC) neste país (cursos de pré registo) só são ministrados em instituições educacionais aprovadas pelo NMC e têm geralmente a duração de três anos (NMC, 2012).

O exercício da enfermagem exige uma licenciatura, que é antecedida por um pré-registo no ramo que se pretende, ou seja: adulto, crianças (pediátrico), dificuldades de aprendizagem ou saúde mental. Assim, antes de entrar na universidade, há que decidir qual dos ramos se pretende, embora haja um pequeno número de instituições que permitem escolher a área, depois de iniciado o curso. Outras há que autorizam a inscrição em dois ramos simultaneamente, por exemplo, adulto e saúde mental ou adultos e crianças. Outras oferecem a possibilidade de combinar o trabalho social com dificuldade de aprendizagem ou enfermagem para crianças (*ibidem*).

Os programas de formação (*graduation*) em enfermagem incluem 50% de teoria e 50% de prática, divididos entre a universidade e os estágios práticos ou prática clínica com contacto direto com pacientes e famílias. Os centros de estágio podem incluir casas, comunidades, hospitais, organizações independentes e voluntárias (*ibidem*).

Na universidade são utilizados vários métodos de ensino e aprendizagem que incluem palestras, apresentações, tutoriais e práticas em contexto real, como atrás referenciado, tendo como objetivo o desenvolvimento profissional do enfermeiro, praticando e ganhando confiança nas competências que vão sendo adquiridas neste

domínio. Entre essas competências a serem desenvolvidas e trabalhadas destacam-se como fundamentais os valores profissionais, as habilidades de comunicação e interação, a prática de enfermagem e tomada de decisão, a liderança, gestão e trabalho de equipa (NMC, 2012).

Algumas Universidades permitem também o pré-registo ou inscrição nos cursos de enfermagem a tempo parcial, mas nestas situações, a duração do curso é de cinco ou seis anos e destina-se a funcionários que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, geralmente como assistentes. Nestes casos, o NHS fornece apoio em termos de tempo de folga para que se possa frequentar o curso a tempo parcial (*ibidem*).

Os estágios clínicos a realizar estão de acordo com o ramo de enfermagem que cada indivíduo escolheu. Se, por exemplo, se optou por enfermagem mental, então o centro de estágio incluirá pacientes com problemas de saúde mental em ambientes hospitalares e comunitários, embora haja várias competências e conhecimentos que são comuns a todos os ramos da enfermagem (*ibidem*).

De acordo com o mesmo organismo, depois de concluído o curso com êxito e ter-se registado no NMC (semelhante à Ordem dos Enfermeiros em Portugal), pode concorrer-se aos postos de trabalho na área da enfermagem, ou seja, só depois de efetuado o registo de acordo com os pré-requisitos exigidos é permitido praticar a enfermagem ou concorrer a um emprego nesta área.

No caso de possuir já alguma experiência, o enfermeiro pode continuar a adquirir mais formação, progredindo na carreira ou especializando-se. Dado que a saúde é um setor em constante desenvolvimento, em que as tecnologias são alvo de progressos constantes e as necessidades da população também estão em constante mutação, tudo isto são razões que exigem uma formação contínua e atualizada na prática da saúde e que, no Reino Unido é estimulado, quer seja pelo NMC, quer pelos empregadores. (NHS).

O NMC avalia o caráter do enfermeiro e parteira com base nos seus comportamentos e atitudes, devendo este ser honesto e confiável. Neste particular têm também em conta as convicções ou cuidados que não sejam considerados compatíveis com o registo profissional ou que possam pôr em causa o bom nome da profissão. O caráter do enfermeiro deve ser suficientemente “bom” para que possa exercer a sua profissão com segurança e sem supervisão (2012).

O NMC (Nursing Middwifery Council – Conselho de Enfermagem e Obstetrícia) possui, à semelhança da Ordem dos Enfermeiros Portugueses um guia que regula a prática da enfermagem no Reino Unido: Guidance on Professional Conduct for Nursing and

Midwifery Students (2012). São o regulador no Reino Unido, do exercício das profissões de enfermagem e obstetrícia e o seu papel é salvaguardar a saúde e o bem-estar dos cidadãos. Os mecanismos utilizados para tal são:

- proceder ao registo dos enfermeiros e parteiras garantindo que estão qualificados e competentes para o exercício da profissão no Reino Unido;
- definir as normas de educação, formação e conduta a enfermeiros e parteiras;
- fornecer orientação e aconselhamento para ajudar os enfermeiros e parteiras a manterem as suas competências e conhecimentos atualizados;
- defender os padrões do código: usando processos justos para investigar todas as alegações feitas contra os enfermeiros e parteiras que podem não ter seguido todas as regras, padrões e códigos enumerados no *Guidance on Professional Conduct*. O NMC investiga assim todas as alegações feitas contra enfermeiros e parteiras relativas a má conduta, falta de competência ou problemas de saúde, tendo como principal objetivo proteger a boa imagem do sistema de saúde e o bem estar dos seus cidadãos.

De acordo com o *Guidance on Professional Conduct* (2010), há quatro princípios fundamentais estabelecidos no código, que gerem a prática da enfermagem ou obstetrícia:

- No atendimento das pessoas a sua primeira preocupação deve ser respeitar a sua dignidade;
- Trabalhar com outros para proteger e promover a saúde e bem-estar dos que estão ao seu cuidado, famílias, cuidadores e comunidade em geral;
- Fornecer um alto padrão de prática e cuidado em todos os momentos;
- Ser aberto e honesto, agir com integridade e defender a reputação da sua profissão (*Guidance on Professional Conduct*, Setembro, 2010).

3 – Cuidado em Enfermagem

O conceito de cuidado tem sido associado à enfermagem desde sempre. No entanto, a expressão *cuidar* não deve ser confundida com prestar cuidados, já que esta não se refere apenas a profissionais de saúde, mas sim a qualquer pessoa que dedica atenção a outra no sentido de a ajudar. São os prestadores de cuidados. Este conceito, na perspetiva da saúde engloba outras características. Além do conhecimento científico que lhe permite prestar cuidados, o enfermeiro faz um acompanhamento da pessoa na promoção da sua

saúde. Isso implica uma atitude por parte do enfermeiro, promovendo um acolhimento caloroso, acompanhado por palavras reconfortantes e por algumas informações que faz com que o doente se sinta apoiado, tranquilizado. Todo este comportamento, em que a comunicação e a forma como ela decorre é crucial, transmite ao doente um sentimento de não estar a ser encarado apenas como um objeto de cuidados (Hesbeen, 2001). Assim sendo, *“o prestador de cuidados, na perspetiva da saúde, é um perito que dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional”* (Hesbeen, 2001, p.27). Neste contexto, o enfermeiro pratica o cuidar em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade.

No parecer de Silva et al. *“cuidado é um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida das pessoas, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte. É compreendido como um cuidado que rompe com a fragmentação corpo/mente, normal/patológico. Um cuidado humanizado, favorecedor de uma vida melhor e mais saudável”* (2009, p.700).

O *cuidar* é assim visto como a essência da enfermagem, caracterizando-se por uma reciprocidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa cuidada (Silva et al., 2010) e as relações de cuidado, no parecer de Erdmann et al. (2006), devido à sua complexidade, combinam a razão, a intuição, a lógica, a empatia.

O enfermeiro, a par do seu conhecimento científico, das suas competências técnicas e da sua responsabilidade social com o ser cuidado, assume ainda um outro compromisso: o de cuidar como forma de viver, de se inter-relacionar, de conviver, de desenvolver o cuidado de si, do outro e “do nós” (Baggio, 2008).

3.1- Enfermagem e Cuidado de Si / do Outro

O ser humano é um ser de relação, de interações com os outros e com o meio ambiente em que estão inseridos. Tal como refere Boff (cit. por Baggio, 2008, p.41), *“os indivíduos são seres capazes de sentir e fazer sentir, afetar e serem afetados. Nos seus ciclos de vida, os indivíduos experienciam o cuidado e a necessidade de fazê-lo, a preocupação e a responsabilidade de cuidar com/de outros numa correlação mutuamente cuidativa”*.

Nas relações que se estabelecem com os outros, o cuidado está presente. Só assim se vive ou sobrevive. Como já atrás foi referido, numa relação de cuidado é crucial a

existência do envolvimento, do sentimento de pertença. Boff (2003, cit. por Baggio, 2008, p. 42) afirma que (...) *“a vida e o jogo das relações só sobrevivem se forem cercados de cuidado, desvelo e atenção. A pessoa sente-se envolvida efetivamente e ligada estreitamente ao destino do outro e de tudo o que for objeto de cuidado. Por isso, o cuidado provoca preocupação e faz surgir o sentimento de responsabilidade”*.

Mas, para se cuidar dos outros é necessário que cuidemos também de nós o que remete para comportamentos e atitudes do indivíduo.

O conceito de *cuidado de si* tem originado diversas pesquisas nos últimos tempos influenciando a prática da enfermagem. Neste contexto, as relações de cuidado, de si (pessoal /profissional) e do outro (cliente / paciente) estão inequivocamente interligadas, uma vez que é necessário cuidar de si para cuidar do outro, originando esta situação múltiplas relações de cuidados nas suas diferentes dimensões (Baggio, 2008).

O cuidar de si é percebido como o cuidar do eu, ser humano como indivíduo e como pessoa, *“relacionando e integrando fatores e valores sociais, ambientais, culturais, formativos, religiosos e outros adquiridos, aprendidos, apreendidos e cultivados durante a sua existência”* (Baggio, 2008, p.43).

Falar de cuidado e de cuidado de si remete-nos igualmente para o conceito de autocuidado. Este foi mencionado pela primeira vez por Dorothea Orem, que formulou a sua teoria sobre déficit de autocuidado e que englobava outras três teorias – a teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado); a teoria do déficit de autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas) e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se dê a enfermagem) (Orem, 2001). De acordo com Silva (2009, p. 699) o autocuidado *“é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar”*. Silva (2009) fala nos requisitos universais do autocuidado e que são comuns a todos os indivíduos, englobando a conservação do ar, a água, os alimentos, a eliminação, a atividade e descanso, a solidão e interação social, a prevenção de risco e a promoção da atividade humana. Acrescenta ainda a mesma autora que, na promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos é crucial que se proporcione o autocuidado centrado nos requisitos universais atrás referenciados.

Silva (2009) refere ainda outro importante requisito no autocuidado, já que numa situação de doença ou lesão, isso pode afetar o funcionamento integral do ser humano e não só as suas estruturas e mecanismos fisiológico e psicológico. Trata-se das alterações da

saúde. A autora refere que *“a capacidade de ação desenvolvida ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, quando existem os requisitos de alterações de doença, encontra-se seriamente prejudicada de forma temporária ou permanente”* (2009, p. 699). E acrescenta que, numa situação de alteração de saúde, para que a pessoa seja capaz de aplicar um sistema de autocuidado, de se cuidar, deve ser capaz de aplicar conhecimentos necessários e oportunos.

O cuidado de si / do outro é parte integrante e essencial da humanidade. É algo que engloba a promoção de condições de vida saudáveis nas quais os indivíduos cuidam de si e sentem-se cuidados por si, na sua complexidade humana, seja no que se refere ao cuidado biológico, social, cultural, espiritual, ou outros (Baggio, 2008).

Embora o cuidado de si deva ser uma preocupação de qualquer indivíduo, no caso do enfermeiro ou de qualquer outro profissional da área da saúde esta preocupação adquire particular importância, já que só podem cuidar dos outros, cuidando de si. O papel do enfermeiro ganha ainda mais relevo, dado que é o profissional que mais convive com o doente, que mais convive com o sofrimento, com as famílias dos doentes. Desta forma, *“não pode deixar de cuidar de si, de ter uma relação saudável consigo, pois só assim se poderá relacionar bem com o outro e cuidar do outro”* (Silva et al., 2009, p.700).

Segundo Radunz (2001, cit. por Silva, 2009, p.701), os enfermeiros, *“embora sejam formados para cuidar, têm dificuldade em praticar o cuidado de si mesmos”*. Assim, recomenda estratégias para o cuidado de si, nomeadamente: descansar, comer adequadamente, fazer exercício regular, dançar, caminhar, cantar, orar, abraçar, beijar, trabalhar criativamente, ter relacionamentos saudáveis, etc. (*idem*). Poderemos afirmar que estas estratégias se designam ações de autocuidado e *“constituem a prática de atividades que os indivíduos devem realizar de forma deliberada em seu benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar”* (Bub, 2006, p.155). Bub afirma que tais ações *“são voluntárias e intencionais”*, envolvem a tomada de decisões com o objetivo de *“contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano”* (*idem*). Estas ações poderão ser afetadas por vários fatores, nos quais se destacam a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento e de saúde, a orientação sociocultural, fatores relacionados com o sistema de saúde (acesso ao sistema: diagnóstico / tratamento), fatores familiares, padrões de vida (exercício físico regular, disponibilidade de recursos, ...), e outros.

Esta visão do indivíduo em todas as suas dimensões, isto é, seres com mentes, emoções e corpo, remete-nos para uma visão holística do ser humano como um todo biológico, social e espiritual, que não pode ser fragmentado. É na interação

paciente/enfermeiro que decorre o processo de cuidado, no qual cada um desempenha suas funções específicas, sendo que são da responsabilidade do enfermeiro ações e tomadas de decisão relacionadas com o fornecimento de apoio e proteção, baseando-se estas no seu conhecimento científico, incumbindo ao paciente experiências positivas responsáveis por mudanças que podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável (Watson, 1985, cit. por Silva, 2010).

3.2- Cuidado de Si do Enfermeiro

O cuidado de si do profissional de saúde é condição básica para cuidar do outro. De facto, só estando este inicialmente preparado e estruturado consigo mesmo pode prestar a atenção adequada ao outro. O enfermeiro é simultaneamente um ser humano e um cuidador (relacionado com o aspeto profissional) e de acordo com Erzinger e Trentini (2003, citados por Oliniski, 2006, p.25), *“o ser humano é constituído por duas vertentes, a individual e a coletiva, sendo que a vertente individual está relacionada com a forma de se auto conduzir e a coletiva com a interdependência de outros seres humanos com os quais partilha determinado contexto”*. Significa isto que se relaciona consigo mesmo e com o ambiente que o rodeia, o meio envolvente. Assim sendo, o profissional de saúde é um ser em relação consigo mesmo e com os outros, com objetos sociais e com o ambiente em que está inserido. É um ser único, indivisível e formado por diferentes dimensões (individual, social, ambiental, familiar, laboral e espiritual), que possui habilidades, capacidades, potencialidades, sentimentos, desejos, sonhos, afetos, interesses, fragilidades, necessidades, pensamentos e modos de agir próprios. É também um ser em construção, que se modifica continuamente (Oliniski, 2006). Como ser humano, o profissional de saúde precisa de cuidado, sendo que o cuidado é igualmente objeto da sua prática profissional. Sendo o cuidado de si uma das componentes do cuidado, esta é condição essencial para cuidar do outro, o que muitas vezes não acontece. De facto, os profissionais de saúde que, na sua formação, foram ensinados a cuidar do outro, a dar-se ao outro não priorizam as suas necessidades, descurando o cuidar de si. Mayeroff (1971, cit. por Oliniski, 2006, p. 34), afirma que o cuidado de si não tem nada de egocêntrico, já que o egocentrismo *“é uma preocupação mórbida consigo mesmo e uma opacidade às necessidades dos outros”*. Acrescenta o mesmo autor que o *cuidado de si* é indispensável a qualquer ser humano

estando intimamente ligado às concepções de conviver e relacionar-se. Também Boff (2001, cit. por Oliniski, 2006, p. 30) refere acerca do cuidado que, *“cuidado de si é atitude e escolha que abrange amar, respeitar, conhecer e valorizar-se a si e ao outro. É o mais alto grau de respeito, amor, autonomia, responsabilidade e dignidade que a pessoa pode ter para consigo. Significa voltar-se para si, conhecer-se e descobrir-se, encontrar em si mesmo as crenças e valores essenciais, adotar atitudes condizentes com seus modos de pensar e agir, considerando suas possibilidades e limitações; é ser e expressar-se do modo como se é”*. Por todas as razões apresentadas, este cuidado, é diferente e único em cada indivíduo.

O cuidado de si mesmo, no entender de Bub (2006, p. 156) é *“uma atitude ligada ao exercício da política, a certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com os outros e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, de se transformar e transfigurar-se”* enquanto o autocuidado, de acordo com Orem (1991) é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. O autocuidado para Orem, assenta assim em duas premissas básicas: *“é uma conduta, uma actividade aprendida através do relacionamento interpessoal e comunicação”* e *“ a pessoa tem o direito e a responsabilidade de se cuidar para manter a vida e a saúde”* (1991, p.119). O autocuidado envolve assim atividades, que os indivíduos realizam de forma deliberada em seu benefício, tendo como objetivo manter a vida, saúde e bem-estar (Bub, 2006).

4 - Processo de Transição Situacional: a Emigração

O ciclo de vida dos indivíduos caracteriza-se por períodos de equilíbrio ou desequilíbrio provocados por um conjunto de acontecimentos ou eventos marcantes, previstos ou imprevistos. São vivenciados a nível individual ou familiar e afetam os indivíduos quer positiva quer negativamente. Esses acontecimentos são designados por transições.

O conceito de transição tem sido objeto de estudo da enfermagem nos últimos anos, sendo hoje consensual que *“o objetivo da prestação dos cuidados de enfermagem deixou de ser a doença propriamente dita, para passar a ser a resposta do indivíduo aos processos de saúde e de vida, tal como as transições vivenciadas por ele, família e grupos ao longo do ciclo vital”* (Almeida, 2009, p. 26). O mesmo autor (2009) refere ainda que o

conceito de transição advém da teoria da crise, sendo esta definida como “*um distúrbio do equilíbrio, uma perturbação de um estado estável, exigindo novos padrões de comportamento e cuja resposta, normalmente surge através de mecanismos e reações habituais que cada um tem disponível para lidar com os problemas*” (2009, p. 26). De acordo com Chick e Meleis (1986, cit. por Zagonel, 1999, p. 25) transição é “*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*”. De acordo com os autores citados, “*a vida em si é uma transição*”, levando-nos a concluir que as transições são parte integrante da vida.

O modo como as pessoas vivem os acontecimentos de vida começou a despertar o interesse de Meleis (Silva, 2009) por volta da década de sessenta. Participando com outras enfermeiras em grupos de apoio a pessoas que se encontravam a vivenciar determinadas situações, como por exemplo a gravidez, a menopausa, a transição de adolescente para jovem adulto no contexto dos doentes cardíacos, a perda de entes queridos, a emigração, entre outros, observou que existiam várias características comuns entre elas (Meleis, 2007). Mais tarde, na década de noventa, e com a ajuda de Schumacher (1994), realizou uma revisão de cerca de 310 artigos, apercebendo-se de que a transição era um conceito central na Enfermagem. Baseando-se no mesmo, e em conjunto com os seus colaboradores, formulou uma teoria explicativa de médio alcance (Meleis et al., 2000).

Proveniente do latim *transitióne*, a transição significa ato ou efeito de passar de um lugar, estado ou assunto para outro. Meleis et al (2000) definem transição como sendo a passagem ou movimento de um estado, condição, ou de um lugar para outro. Afirmam que transição se refere tanto aos processos como aos resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, podendo no entanto envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação (mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades). Este distúrbio no equilíbrio vai exigir que a pessoa adote novos padrões de comportamento, indo a resposta surgir através de mecanismos e reações habituais que cada um tem à sua disposição para lidar com os problemas. Significa portanto, a resposta da pessoa à mudança nos estados de desenvolvimento da vida, ou alterações de saúde em circunstâncias sociais (Meleis et al., 2000).

Segundo Selder (1989), a transição ocorre quando a realidade do momento de um indivíduo é interrompida, obrigando por opção ou forçosamente a adotar alterações na sua vida, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade. Isto acontece apenas se a pessoa estiver consciente das alterações que estão a acontecer (Chick e Meleis, 1986). O sentimento individual relacionado com a sua situação é um indício de que a

transição está a ocorrer. A pessoa, ao sentir-se situada, vai poder refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente em lidar com a mudança e dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto desenvolve um sentido de identidade mais flexível no seio destas mudanças. Se não houver consciência, então o indivíduo pode não estar preparado para a transição (Meleis et al., 2000).

A transição pode ser considerada tanto um perigo como uma oportunidade, sendo que representa uma ameaça ao ser humano pelos seus efeitos nocivos, mas ao mesmo tempo, durante os períodos de crise, a pessoa está mais recetiva à influência terapêutica (Zagonel, 1999).

No âmbito da Enfermagem, a transição possui uma característica inovadora e reflexiva, uma vez que *“os encontros entre os clientes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transacionais de instabilidade precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Estas alterações podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e daqueles que lhes são significativos e têm implicações importantes no seu bem-estar e saúde”* (Schumacher e Meleis, 1994, p.119). Neste sentido, os sujeitos tornam-se mais vulneráveis a riscos que afetem a sua saúde e o seu bem-estar (Meleis et al., 2000). Afirmam ainda que este processo representa um momento desestabilizador e crítico para as pessoas, constituindo ao mesmo tempo uma oportunidade única de aprendizagem tanto para a pessoa em si como também para os profissionais de saúde envolvidos, pois estas transições exigem novos conhecimentos para mudar comportamentos em relação a determinado contexto. O processo de transição resulta então numa alteração do *“self”*, uma mudança a nível do ser e da identidade, através da assimilação de novos conhecimentos e alteração dos comportamentos (Silva, 2007).

O processo de transição passa por três fases: entrada, passagem e saída. No final de uma transição, há um período de menor perturbação e maior estabilidade subsequente ao crescimento resultante da experiência. Só se considera que esta foi bem sucedida quando forem entendidos os fenómenos que desencadeiam a mudança, a antecipação do evento, a capacidade de envolvimento dentro da mudança e a possibilidade de experimentar múltiplas transições (Zagonel, 1999). Assim sendo, o processo de transição possui um sentido de fluxo e movimento, ocorre ao longo do tempo e não tem limites delineados.

Para melhor compreender a Teoria das Transições, esta foi dividida em três domínios, por Meleis et al. (2000): a natureza da transição, as suas condições (facilitadoras e inibidoras) e os padrões de resposta.

A natureza da transição permite que esta seja analisada quanto ao tipo, padrão e propriedades. Existem muitas situações que podem tornar uma pessoa vulnerável, como por exemplo a parentalidade, uma doença crónica, a migração, a morte de um familiar, entre outros. Para facilitar o estudo do processo que se dá em cada uma destas situações, Meleis et al. (2000) identificaram quatro tipos de transições: saúde/doença (quando se está perante uma passagem abrupta de uma condição saudável para uma condição de doença), desenvolvimental (interligada a períodos transitórios que envolvem o ciclo vital, desde o nascimento, a adolescência e o envelhecimento), situacional (ocorrência de eventos que resultam numa redefinição de papéis e tarefas assumidas pelo indivíduo, sendo disso exemplo o tornar-se pai ou mãe, o que advém da morte de um familiar, o ter que emigrar, ou tornar-se prestador de cuidados de alguém) e organizacional (quando representam alterações no ambiente, tanto social, como político ou até mesmo económico).

Quanto ao padrão, as transições podem ser classificadas como simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, e estarem, ou não, relacionadas entre si, o que significa que uma pessoa pode estar a vivenciar uma transição logo a seguir a outra, ou até mais do que uma ao mesmo tempo (Meleis, 2010).

A transição pode ainda ser classificada quanto às suas propriedades, que envolvem a consciencialização de que algo mudou, o envolvimento na mudança, o que é que mudou e que diferença e impacto está a ter na vida do indivíduo, o período de tempo e os pontos e eventos críticos vividos ao longo do processo. Na verdade, a consciencialização é um aspeto primordial e definidor da transição, uma vez que sem ela, o indivíduo não tem perceção e não reconhece que está a passar por uma transição, e, conseqüentemente, não se irá envolver no processo. Só quando tiver sido reconhecido que o anterior modo de viver chegou ao fim e que é exigida uma mudança e adaptação, é que pode ser considerado que se deu início à transição (Bridges, 2004). Em contrapartida, Meleis et al. (2000) referem que não é por a pessoa não ter noção das mudanças que estão a ocorrer na sua vida, que a transição não se tenha iniciado entretanto. Relativamente ao envolvimento, este está irremediavelmente ligado à consciencialização, pelo simples facto de que o indivíduo não vai participar nos processos inerentes à transição se para ele, esta não está a ocorrer ou não existe. Analisar o comportamento do indivíduo é importante no sentido de perceber se este demonstra estar envolvido na mudança ou não, como por exemplo se está a tentar preparar-se para lidar com a situação, procurando informação e recursos, se foram feitos ajustamentos na sua vida e dia-a-dia (Meleis et al., 2000).

Tal como foi referido anteriormente, uma transição envolve mudança, mas nem todas as mudanças podem estar relacionadas com transições (Meleis, 2010). Para

compreender a transição, é imprescindível explorar as dimensões dessas mudanças. Perceber se é uma alteração na condição de saúde, económica ou social (natureza da mudança), em que momento é que esta é reconhecida (temporalidade), quão relevante é e que impacto tem nas normas e expectativas pessoais, familiares e sociais, tal como as repercussões que trouxe para a vida e hábitos do indivíduo e pessoas significativas (Meleis, 2010). Representando outra propriedade das transições, e estando intimamente relacionada com a mudança, está a diferença, manifestada quando a realidade é confrontada com as expectativas do indivíduo e levam a alterações no modo de sentir ou de ver o mundo e os outros (Meleis, 2010).

Como é natural, a passagem do tempo é um elemento fundamental em qualquer transição porque um processo de adaptação e reequilíbrio não se dá de um momento para o outro. Tem um início e um fim, sendo que a rutura com o que se conhecia representa o princípio da transição, que evolui para um período de instabilidade e *stress*, acabando por se atingir um novo equilíbrio e sensação de bem-estar, que se traduz no desfecho (Meleis, 2010).

Durante a transição, ocorrem situações marcantes para o indivíduo, que podem levar a um aumento da consciência de que algo mudou. Chamam-se pontos críticos ou eventos de viragem. Interferem diretamente com a transição, pois podem alterar a rapidez com que se desenrola o grau de consciencialização e conseqüentemente, o envolvimento. Podem estar associados a um aumento da vulnerabilidade e mau estar, exigindo ao enfermeiro uma maior atenção no sentido de poder intervir atempadamente e auxiliar o indivíduo a adotar estratégias que facilitem o processo (Meleis et al., 2000).

A transição é também influenciada por condições pessoais, da comunidade ou da sociedade, que a facilitam ou dificultam (Meleis, 2010). Fazem parte das condições pessoais os significados, as crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento. Cada pessoa atribui um determinado significado aos eventos que despoletam a transição, partindo da interpretação que faz da realidade na qual está inserida e pela experiência pessoal. Os significados podem influenciar a forma como vai sentir, agir e ver o mundo que a rodeia, influenciando assim, a transição. As crenças e atitudes culturais são resultado do ambiente e da educação, da cultura onde se cresceu, e podem ser inibidoras de uma transição saudável quando há um estigma que lhe está associado. No que concerne ao estatuto socioeconómico, quanto mais baixo, maior o entrave para que a transição se desenrole naturalmente, pois aumentam as dificuldades no acesso a recursos e informação, assim como a vulnerabilidade a sintomas psicológicos (Meleis et al, 2000). Por sua vez, estar na posse de conhecimentos e habilidades para tomar

decisões e lidar com a nova condição, ou seja, estar preparado e ter competências para lidar com a situação, facilita grandemente a transição (Meleis, 2010).

Relativamente aos recursos e condições da comunidade, destaca-se o apoio por parte da família, o aconselhamento e resposta apropriada às necessidades dos indivíduos e a representação social da mudança (Meleis, 2010). Os estigmas e a marginalização podem representar um grande obstáculo no processo de transição.

Para que o enfermeiro consiga avaliar de forma mais precisa e minuciosa o desenrolar da transição, concentra-se nos padrões de resposta resultantes de comportamentos e atitudes semelhantes, revelados pela maioria dos indivíduos durante o processo. Foi o que observou Meleis durante o seu trabalho de investigação. A autora concluiu que uma transição saudável é caracterizada por dois tipos de indicadores: de processo e de resultado (Meleis et al., 2000). Estes indicadores são essenciais para acompanhar a evolução do processo e adequar as intervenções de enfermagem com vista ao sucesso da transição (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo aludem para o estado e progresso da transição, sendo revelados quando o indivíduo demonstra sentir-se ligado criando relações com os outros, interagindo, sentindo-se situado em relação à presente situação e condição, desenvolvendo confiança e *coping*, aceitando e compreendendo os diferentes processos em que está envolvido e recorrendo a estratégias eficazes na adaptação ao novo contexto (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado ajudam a identificar o fim da transição e permitem comparar a situação atual com o ponto de equilíbrio e conforto que se pretende alcançar. Meleis et al. (2000) defendem que os indicadores de resultado são evidenciados em dois tipos de comportamento: mestria e identidade fluida e integrada. Pode considerar-se que existe mestria quando um indivíduo evoluiu de forma muito significativa no processo de transição e demonstra conhecimento, suporte e capacidade para lidar com a presente situação. A identidade fluida e integrada refere-se ao facto da transição trazer mudança na maneira de ser do indivíduo, após uma rutura com o passado e uma adaptação às responsabilidades e papéis que lhe são exigidos no presente, reformulando a sua identidade e tornando-a mais dinâmica (Meleis et al, 2000).

O papel dos enfermeiros é crucial no cuidado transicional, uma vez que através das suas intervenções podem facilitar grandemente o processo de transição. Além do mais, permite que os enfermeiros conheçam melhor os indivíduos e mais profundamente as suas vivências, podendo interferir de forma a reduzir situações de *stress* e auxiliando na integração da mudança na nova vida, promovendo ao mesmo tempo, melhores níveis de saúde (Meleis et al., 2000).

Olhar a migração à luz da Teoria das Transições ajuda a reconhecer quão complexo este processo é (dado prolongar-se bastante no tempo) e envolver um elevado número de componentes (pessoais, culturais e ambientais) que lhe estão inerentes. Estas características tornam-na uma das transições mais difíceis de estudar e acompanhar, até porque, é raro que ocorra isoladamente. É habitual que enquanto experiencia esta transição, o emigrante seja pai ou mãe, por exemplo (transição desenvolvimental), ou seja diagnosticada uma doença crónica (transição de saúde-doença) ou que morra o seu cônjuge (transição situacional), por exemplo (Meleis et al., 2000).

As características e respostas à transição migração são influenciadas por variadíssimos fatores: se a migração foi planeada ou não, voluntária ou forçada, temporária ou permanente, legal ou ilegal. Alguém que emigrou por opção e se informou e preparou para esta etapa, irá, naturalmente, adaptar-se mais facilmente do que um indivíduo que tenha sido obrigado a emigrar devido ao regime político do país de origem. Aspetos como a falta de emprego, pobreza, guerra, desastres naturais, entre outros, são denominados fatores de repulsão, pois estimulam a pessoa a deixar o seu país em busca de melhores condições de vida. Em contrapartida, os fatores de atração representam, como o próprio nome indica, aspetos do país de destino que prometem melhor qualidade de vida, como por exemplo: ofertas de emprego, segurança, acesso a cuidados de saúde e educação, remuneração adequada, ou outros. Estes fatores estão diretamente relacionados com os padrões de migração observados (*ibidem*).

Relativamente às propriedades da transição migração, a consciencialização e o nível de envolvimento podem mudar consoante as condições em que o indivíduo emigrou (momento em que o fez, se foi voluntário ou obrigado a tal, o que o levou a tomar essa decisão, se é legal, ilegal, refugiado, exilado), as suas características pessoais (idade, género, estatuto social, nível de literacia, estado civil, se tem emprego ou não), assim como os antecedentes pré e pós-migração. Estas condições podem alterar-se com o passar do tempo (*ibidem*).

Como já foi referido anteriormente, ao emigrar, o indivíduo depara-se com múltiplas mudanças: a nível social, político, económico e ambiental. Há um choque entre culturas, costumes, língua e, por vezes, religião; surgem novas oportunidades de emprego e educação; mudam as condições de vida (com impacto a nível pessoal e familiar); as condições climáticas mudam; a dieta tem de ser adaptada ao país de acolhimento, pois muitas vezes os alimentos à venda nos dois países não são os mesmos; podem variar os padrões de atividade física; mudam as relações sociais e meios de comunicação; podem sofrer alterações o estado de saúde e o estatuto socioeconómico. Apesar de todos estes

desafios enfrentados pelos emigrantes, não significa que vivam em constante desconforto, mudança e indiferença em relação a tudo o que os rodeia. A adaptação é um processo moroso, e por isso mesmo, estes sentimentos podem surgir de forma intermitente, principalmente quando incitados por acontecimentos de vida, de que é exemplo o diagnóstico de uma doença crónica (Messias, 2002).

A migração tem tendência para ser uma transição que se alonga de forma prolongada no tempo, sem um limite definido e sem eventos críticos exatos. Contudo, é possível identificar alguns pontos críticos comuns: a decisão de emigrar, o percurso migratório (processo de chegada, adaptação e *resettlement*), ou eventos de saúde/doença. Não se deve, no entanto, focar apenas nos aspetos mencionados e sim explorar outros eventos críticos a nível pessoal, familiar e da comunidade. É provável que com o passar do tempo, a transição migração pareça adormecida, podendo sempre ser reativada por um destes eventos críticos (Meleis et al., 2000).

A transição migração ocorre num complexo contexto pessoal e social. Está munida de significados, motivos e expectativas. O nível de conhecimento apresentado (preparação pré-migração) e o suporte após a chegada, são decisivos no decorrer da transição, contribuindo ou não, para que o percurso seja saudável. As crenças e atitudes culturais do indivíduo e da nova comunidade em que está inserido, o suporte providenciado por migrantes anteriores, e o nível de envolvimento por parte do emigrante na vida social e sistema económico do país de acolhimento podem também, facilitar ou dificultar o processo e os padrões de resposta (Nandi et al., 2008). A existência de condições favoráveis e sistemas de suporte na comunidade, como alojamento, transportes públicos, segurança e acesso apropriado ao sistema de saúde, serviços sociais e legais, pode facilitar em grande parte, a migração. Pelo contrário, são inibidores comuns da transição migração ser sujeito a comportamentos xenófobos, discriminatórios e racistas, dívidas contraídas no processo de migração, a promessa de enviar remessas para o país de origem, instabilidade económica e insegurança a nível de emprego e a separação da família (Carling, 2005). Logicamente, muitas destas condições interferem e comprometem diretamente o estado de saúde do emigrante (Meleis et al., 2000). As leis relacionadas com a imigração, o acesso à saúde e educação por parte do imigrante podem também influenciar direta ou indiretamente, a transição, facilitando a integração ou aumentando o *stress* psicossocial, criando barreiras à adaptação social e incentivando comportamentos menos adequados (Meleis et al., 2000).

Apesar dos países beneficiarem, em grande parte, do trabalho e contributo dos imigrantes, há evidência de que as políticas e práticas presentes estão a tornar a vida destes indivíduos mais instável e perigosa sob a perspetiva da saúde (Carballo e Mboup,

2005). Um exemplo disso são as leis que impedem que as famílias imigrem em conjunto, criando ruptura no seio familiar e saúde reprodutiva, e contribuindo assim para o aumento de doenças sexualmente transmissíveis (Meleis et al., 2000).

Analisar os padrões de resposta na transição migração representa igualmente um desafio, pois é preciso ter em conta a multiplicidade de experiências de cada indivíduo e a mudança na sua identidade, papel desempenhado, relacionamentos e comportamentos (Meleis et al., 2000). Os indicadores de processo que revelam uma transição migração saudável traduzem-se em sentimentos de satisfação, competência, crescimento pessoal e bem-estar (Messias, 2002, Meleis et al., 2000). Por sua vez, os indicadores de resultado incluem o domínio da língua, mestria cultural, que permite interações com membros da sociedade de acolhimento, repletas de significado, uma identidade fluida e integrada que incorpora e valoriza componentes tanto do país de origem como do novo país, e um sentimento de pertença. Se, pelo contrário, forem observados comportamentos de isolamento social, conflitos culturais, ansiedade, depressão e vício (álcool ou drogas), significa que a transição não está a decorrer de forma saudável, sendo necessária a intervenção do enfermeiro (Meleis et al., 2000).

Durante o seu trabalho de investigação, Meleis considerou importante abordar a adaptação psicológica à experiência de migração. Com as mudanças radicais que ocorrem nas suas vidas, os migrantes são submetidos a altos níveis de *stress* emocional (Brody, 1970; Hull, 1979; Rach, 1982, cit. por Meleis et al., 2000). No entanto, ainda não havia estudos aprofundados sobre o assunto e as suas repercussões na saúde emocional, que condições na migração e *resettlement* afetam o bem-estar e porque é que algumas pessoas consideram situações de *stress* como uma oportunidade (Brody, 1970, Michalowski, 1987, cit por Meleis et al., 2000). Com o passar do tempo, e à medida que o indivíduo se vai adaptando a situações que inicialmente representavam um desafio e adquirindo mestria, os significados vão também sofrendo alterações. Compreender de que forma é que isto ocorre, e encontrar conexão entre as fontes de *stress* e de bem-estar associados à experiência de migração, é essencial para explicar os fatores relacionados com o estado emocional (Cohen e Lazarus, 1983, Wild e Wanes, 1976, cit por Meleis et al., 2000).

Em vez da migração e *resettlement* serem encarados como um processo unitário e estático, Meleis foi tentar perceber a evolução do processo e desvendar os momentos em que os migrantes se encontram sob *stress* psicológico e a que recorrem quando sentem bem-estar, neste caso, um grupo de polacos. Meleis revelou que embora existissem diferenças nos motivos para emigrar e nas circunstâncias envolvidas em cada experiência, o grupo de entrevistados apresentava algumas semelhanças: todos referiram que emigrar

tinha sido extremamente *stressante* e indicaram o crescimento pessoal, oportunidades financeiras e a liberdade como aspetos positivos. Ainda assim, ficou claro que deixar para trás o país de origem e o período inicial de *resettlement* representaram um grande desafio na adaptação (Meleis et al., 2000). Posto isto, da análise das entrevistas surgiram seis categorias centrais que resumem o processo: perda e rutura, novidade, ocupação, língua, subordinação e o sentir-se em casa.

Tanto os indivíduos que foram forçados a emigrar como aqueles que o fizeram voluntariamente, sentiram que deixar o seu país de origem envolveu múltiplas perdas que ocorreram em simultâneo e abalaram totalmente as suas vidas, submetendo-os a um nível de *stress* considerável. A perda ocorreu a variadíssimos níveis, desde bens materiais, carreira, lugares com significado emocional e, mais importante que tudo, o abandono da família e dos amigos (Meleis et al., 2000).

Imediatamente após a perda e rutura com a vida anterior e tudo o que lhe era inerente, os migrantes descreveram que viveram numerosos momentos de *stress*, muito exigentes emocionalmente, ao depararem-se com uma quantidade infindável de informação para aprender e interiorizar relativamente à nova sociedade. A falta de conhecimento mostrou ter repercussões sérias, impedindo que os indivíduos vivessem de forma satisfatória, tanto a nível material como psicológico, pois tornava até as tarefas mais simples, difíceis de executar. Por isso mesmo, limitar a novidade era um dos objetivos primordiais e, sabendo isto, a falta de conhecimento não era um problema com tendência para se prolongar no tempo. Em contrapartida, a adaptação a informação mais complexa, de que são exemplo as diferenças culturais e interação social, exigiam aos migrantes maior esforço, dedicação e tempo (Meleis et al., 2000).

Outro aspeto com considerável peso no processo de adaptação e *resettlement* foi o ajustamento à ocupação profissional. A falta de recursos tornava difícil encontrar suporte financeiro e a falta de conhecimento e novidade tornavam difícil a procura de emprego e geravam grande confusão neste processo. Variadíssimos *deficits* tinham de ser ultrapassados antes de se conquistar um trabalho satisfatório. Em resultado, muitos migrantes tiveram que aceitar executar trabalhos menos dignificantes e gratificantes, mesmo possuindo formação académica superior. Esta mudança de estatuto social foi relatada como o aspeto mais marcante, negativo e *stressante* de toda a experiência de migração (Meleis et al., 2000).

O domínio da língua foi também considerado um aspeto central e decisivo no processo de adaptação e *resettlement*, uma vez que é essencial não só para se conseguir um bom emprego, como também para ter sucesso no dia-a-dia, pois facilita a aceitação por

parte da sociedade de acolhimento e permite transmitir as necessidades psicológicas e sociais (Meleis et al., 2000).

A subordinação resume o sentimento de pouco ou nenhum controlo sobre um conjunto de aspetos considerados importantes para os migrantes. Muitos referiram que se sentiram cidadãos de segunda classe, sofreram insultos relativamente à sua identidade étnica, foram discriminados e foram forçados a aceitar os costumes do país de acolhimento (Meleis et al., 2000).

Resumindo, estes foram os principais desafios a que os migrantes estiveram sujeitos no processo de adaptação e *resettlement*, e que tornaram stressante e muitas vezes hostil, o ambiente com que se depararam. O sentir-se em casa foi aludido por todos como a solução desejável para o *stress* vivido, pois foi considerado um estado emocional positivo e relaxado, de conforto psicológico e sentimento de pertença, num ambiente familiar e de inclusão social e, por isso mesmo, pôde ser considerado um indicador de sucesso e ponto final na experiência de migração e adaptação. Também a mestria de todos os aspetos acima citados nas categorias centrais, contribuíram direta ou indiretamente para o sentir-se em casa, pois melhoraram a recetividade por parte da sociedade de acolhimento, assim como tornaram mais positiva a perspetiva dos migrantes em relação ao país de acolhimento. O domínio da língua e o facto de os migrantes terem um emprego facilitou as interações sociais entre as duas culturas, o que contribuiu efetivamente para o sentimento de pertença (Meleis et al., 2000).

Contudo, alguns indivíduos referiram que mesmo já não sentindo *stress* associado à adaptação ao país e domínio da língua, continuavam a não sentir-se em casa. Em vez disso, era como se estivessem a vivenciar um processo de luto não resolvido, pois continuavam a ter saudades de casa, do país de origem, e sentiam uma permanente ilusão nostálgica que contribuía para que se sentissem deslocados e a viver entre dois mundos. As visitas a casa eram descritas como uma poderosa estratégia para confrontar o passado e resolver essa ilusão nostálgica, porque de forma dramática, obrigavam a uma aceitação do país de acolhimento como a sua nova casa. Estes sentimentos combinados de saudade de casa e uma vida idealizada no país de origem, e o facto de não haver qualquer sentimento de pertença no país de acolhimento vão de encontro às perspetivas teóricas do luto. A resolução do luto exige que a pessoa experiencie emocionalmente a dor e a tolere, enquanto abdica de antigos laços para adquirir energia emocional suficiente para criar novos laços (Benoliel, 1985; Parkes, 1972, 1983; Worden, 1982; cit. por Meleis et al., 2000). Assim sendo, Meleis et al (2000) concluíram que a mestria de todos os aspetos relativos às categorias centrais (perda e rutura, novidade, ocupação, língua, subordinação e o sentir-se

em casa) é importante, mas não suficiente. Em contrapartida, a adaptação psicológica à migração e *resettlement* exige um esforço duplo de mestria dos desafios e fazer o luto, ultrapassando as perdas e tudo o que se deixou para trás no país de origem. Reforçando esta ideia, os migrantes referiram que a rutura com o passado e as múltiplas perdas simultâneas a que foram sujeitos, assim como as exigências do processo de adaptação e *resettlement*, obrigaram a um esforço tremendo de *coping* (Meleis et al., 2000).

O indivíduo não deve ser encarado de forma isolada, mas sim como um todo que sofre influências de tudo o que o rodeia, sendo por isso, um ser bio-psico-sócio-cultural, e por isso, deve ser compreendido em toda a sua dimensão. Isto é, deve ser encarado à luz das influências biológicas, psicológicas, sociais e culturais, aspetos diretamente interligados. A necessidade de estabelecer relações com a sociedade faz dele um ator social.

Segundo Ramos (2004), um indivíduo que emigre para outro país gera inevitavelmente um confronto interior entre duas culturas: a de origem e a da nova sociedade onde está inserido. Infelizmente, para que se consiga integrar com sucesso, é quase sempre indispensável que abandone a sua cultura de origem. Além de todas as perdas a que está sujeito, tem também de abdicar da sua cultura e, conseqüentemente, de uma parte da sua identidade, o que dá origem a sentimentos de confusão, falta de coerência entre o que conhecia e o que lhe é imposto no presente, influenciando a dimensão afetiva e simbólica de identificação. Num esforço de integração, o migrante é impelido a fazer ajustes e cedências, construindo novas imagens de si e do outro, e ao mesmo tempo, tentando criar novos vínculos para que consiga atingir um sentimento de pertença ao novo país, reconstruindo a sua identidade. Estas mudanças levam a uma alteração nos comportamentos, a nível psíquico e cultural e, embora os mais novos estejam mais recetivos a esta assimilação, os mais velhos encaram-na como uma rejeição das suas origens, o final de uma parte de si mesmos. A isto chama-se aculturação (Ramos, 2004). Neto (2002, p. 246) define-a como sendo “*uma forma de mudança cultural suscitada pelo contacto com outras culturas*”. Ramos (2001, p. 165) acrescenta que neste processo, se dão variadíssimas mudanças culturais, temporais e espaciais que provocam simultaneamente uma perda, aquisição, transformação, substituição e reinterpretação de traços culturais entre dois grupos. Se ocorrer a nível pessoal, havendo mudança no comportamento, identidade, valores e atitudes, trata-se de uma aculturação psicológica. Pode também ocorrer a nível populacional. A aculturação advém sempre de um contacto ou interação contínua e direta entre culturas (Neto, 2002). O efeito que este confronto de culturas pode ter é, por vezes, devastador pois tudo é posto em causa e equiparado com algo novo: a forma como se veem a si próprios, as suas crenças, motivações e valores. É fundamental

que o indivíduo arranje uma estratégia para se proteger e moderar o *stress de aculturação* (Ramos, 2008). Se tal não acontecer, dá-se uma rutura interior pelo abandono da cultura de origem e ausência de pontos de referência, pondo em causa o bem-estar psicológico e saúde mental, podendo dar origem a problemas do foro psicológico (confusão, depressão, angústia, entre outros), sentimentos de marginalidade e alienação e aumento de sintomas psicossomáticos, principalmente se não possuírem uma rede social de amigos ou familiares no novo país. A discriminação, os discursos desvalorizantes, o isolamento social, a precariedade das condições de vida e trabalho, e a falta de recursos podem agravar ainda mais a situação (Resende, 2006).

Utilizando estratégias de *coping*, o indivíduo vai enfrentando situações de *stress* e vai-se adaptando e integrando gradualmente na nova sociedade, sendo o *stress* uma das consequências óbvias da aculturação. Para haver uma situação de *stress*, tem de haver um desequilíbrio entre os desafios com que o indivíduo se depara e os seus recursos e capacidades de resiliência. Recorrer aos amigos, como já foi referido, é de fundamental importância pois através da partilha de momentos, sentimentos e pensamentos, ajuda a ultrapassar a solidão provocada pela migração. No entanto, a pessoa dispõe de outros recursos para enfrentar situações de *stress*, não só estratégias cognitivas e comportamentais (determinadas por características pessoais psicológicas, recursos físicos, competências sociais e de resolução de problemas), como ainda as suas reações emocionais negativas ao acontecimento em causa (Resende, 2006).

As estratégias de *coping* dividem-se em quatro categorias: tanto podem ser focadas no problema como na emoção, ser evitante ou vigilante. No primeiro caso, o objetivo é controlar o problema que está na origem do sentimento do indivíduo. No segundo caso, pretende-se regular as tensões e o sofrimento emocional provocado pela situação vivenciada. No *coping* evitante, as estratégias utilizadas são passivas. A pessoa tem tendência a fugir, evitar, negar, resignar-se ou até distrair-se do problema. Quando o indivíduo recorre ao *coping* vigilante, visa a resolução da situação, utilizando estratégias de implicação, vigilância e ação, nomeadamente o suporte social ou a procura de informação (Ramos, 2004).

O processo de aculturação pode ser influenciado por muitos fatores que vão desde a natureza e as condições que a sociedade de acolhimento oferece, o tipo de grupo ou pessoa, a sua experiência de aculturação e as suas características demográficas, sociais e psicológicas.

Ramos (2004, p. 258) refere que “a adaptação do indivíduo migrante coloca em jogo várias estratégias, diferentes modalidades de aculturação, múltiplos fatores individuais

*e coletivos...". Assim sendo, Berry (1997) explica que existem quatro estratégias diferentes relacionadas com cada um dos quatro tipos de aculturação: assimilação, integração, marginalização e separação. A assimilação consiste num processo unilateral vivido por um grupo social, normalmente o que está em minoria e consiste no abdicar dos seus padrões culturais e identidade, assimilando as características culturais do grupo maioritário, no sentido de se adaptarem e diminuírem as diferenças culturais. A integração, por sua vez, baseia-se numa mudança nos valores, normas e modelos de comportamento pela parte do imigrante e sociedade onde está inserido. O indivíduo mantém parcialmente a sua cultura de origem, e ao mesmo tempo, adquire uma posição de igualdade e participação nos dois grupos, sendo este o modo mais equilibrado e ideal de aculturação. A marginalização existe quando existem práticas discriminatórias e o indivíduo é impedido de participar no funcionamento e vida social do grupo maioritário. Neste caso, a pessoa perde a sua identidade cultural, estando sujeita a grande *stress* e instabilidade psicológica e mental. Na separação, o indivíduo centra-se em preservar a sua identidade cultural, ignorando a cultura do país de acolhimento. Pode designar-se segregação quando é o grupo dominante a impedir o migrante de estabelecer relações e a impor a manutenção das suas características culturais (Berry, 1997).*

A adaptação do indivíduo dependerá, assim, exclusivamente da valorização da sua cultura (do país de origem) e da importância atribuída à cultura e sociedade de acolhimento. A aculturação será sempre um processo de aprendizagem e de transformação de si. O papel do enfermeiro é crucial na vigilância e deteção de situações de risco.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – Metodologia

A metodologia representa uma das partes mais importantes de qualquer estudo. Com base nela, poder-se-á responder à questão de partida, recolher a informação necessária segundo procedimentos específicos e adequados, e identificar e realçar os aspetos mais relevantes da investigação (Ribeiro, 2010).

Fortin (2009) afirma que para obter a resposta à questão previamente formulada é necessário que o estudo seja sistematizado, recorrendo a um conjunto de métodos próprios e técnicas específicas de colheita, classificação, análise e interpretação de dados. Estes dirigem a elaboração do processo de investigação, atribuindo assim um carácter científico ao estudo.

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (Fortin, 1999, p. 108).

Dependendo das decisões metodológicas, os resultados da investigação terão ou não, fiabilidade e qualidade (Fortin, 2009).

Desta forma, neste capítulo estarão descritos e devidamente fundamentados todos os procedimentos metodológicos e opções tomadas no decurso da investigação, desde a definição dos objetivos às conclusões finais.

1.1 – Objetivos do Estudo

No que diz respeito aos objetivos, esta etapa *“é de importância decisiva porque permite orientar todo o processo de pesquisa”* (Moreira, 1994, p. 20), já que enumera de forma precisa o que o investigador tenciona fazer para obter respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). O problema (uma dificuldade teórica ou prática) deve ser levantado como uma proposição interrogativa, para a qual se deve encontrar solução (Soares, 2003).

O objetivo da investigação é, tal como refere Bardin (1977, p. 98), *“o quadro teórico/pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados.”* Os objetivos do estudo, as questões de investigação e as hipóteses estabelecem a conexão entre o problema e o desenho, o método de colheita dos dados e a análise.

O objetivo do estudo num projeto de investigação é um *“enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Precisa as variáveis-chave, a população-alvo e a orientação da investigação”* (Fortin, 1999, p. 100).

Posto isto, definiram-se alguns objetivos essenciais direcionados para a problemática em questão:

- Conhecer os enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido;
- Compreender o motivo que leva os enfermeiros portugueses a emigrar para o Reino Unido;
- Compreender a vivência da transição dos enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido;
- Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam o processo de transição na emigração dos enfermeiros portugueses para o Reino Unido;
- Conhecer as estratégias que os enfermeiros portugueses adotam para gerir situações adversas;
- Identificar as implicações desta vivência para o autocuidado, a saúde e o bem-estar.

Segundo Fortin (2003, p. 100), o objetivo de um estudo *“é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”*, ou seja, patenteia o propósito desse mesmo estudo, sendo diretamente

influenciado pela natureza da investigação. Se a intenção do estudo é desenvolver uma teoria, a questão enunciada em conjunto com um fenómeno evolui no seu processo para a verificação dos conceitos e das ligações que poderão levar ao seu desenvolvimento; por outro lado, se se pretende corroborar a teoria, a hipótese formulada surge a partir de uma proposição teórica, que será verificada com o recurso a testes estatísticos de forma a rejeitar ou confirmar a hipótese (Fortin, 2003).

Assim sendo, procura-se com este estudo, melhor compreender o fenómeno da emigração nos enfermeiros para o Reino Unido, e contribuir para a implementação de estratégias que representem uma ajuda efetiva nos processos de transição, favorecendo a saúde e o bem-estar.

1.2 - Questões de Investigação

As questões de investigação são as premissas onde se baseiam os resultados de uma investigação, ou seja, são *“enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”* (Fortin, 2003, p.101). Indicam a direção do estudo a empreender e delimitam o seu âmbito (Fortin, 2009). Sucodem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar e temas a explorar nas entrevistas, indicando as variáveis que serão descritas e as ligações que possam existir entre elas. A forma como se colocam, determina os métodos que serão utilizados para obter uma resposta (Fortin, 2003).

No caso da investigação qualitativa, se existirem poucos estudos ou teorias sobre o fenómeno, o investigador opta normalmente por questões mais gerais que lhe permitem explorar o problema sem tantas restrições (Fortin, 2003). No entanto, essas questões de investigação vão evoluindo em conformidade com o estudo, podendo ser aprimoradas de forma a focalizarem-se mais no problema e, acompanhando assim, a descoberta de novos conceitos e relações entre conceitos que explicam o fenómeno (Strauss e Corbin, 2008).

Desta forma, uma vez que as questões de investigação orientam e auxiliam na organização da recolha de dados no decurso do estudo, as interrogações que surgiram durante a pesquisa exploratória foram as seguintes:

- O que leva os enfermeiros portugueses a emigrar para o Reino Unido?
- O que caracteriza os enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido?

- Que fatores facilitam ou dificultam o processo de transição na emigração dos enfermeiros portugueses para o Reino Unido?
- Que tipos de estratégias adotam os enfermeiros portugueses para gerir situações adversas?
- Que implicações tem esta vivência para o autocuidado, a saúde e o bem-estar dos enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido?

1.3 – Desenho do Estudo

O Desenho de Investigação refere-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo. Fortin (2003, p.132) classifica-o como sendo *“o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas”*.

Definido o desenho, torna-se necessário especificar o método de estudo e de recolha de dados.

1.3.1 - Tipo de Estudo

De acordo com Honoré (cit. por Diogo, 2004, p. 18), *“a questão essencial do sentido de cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada, um sentido”*. Com intuito de desvendar esse sentido, estuda-se o mundo interior das experiências, em detrimento do mundo exterior da observação.

Para os enfermeiros, compreender claramente e dar sentido à experiência vivida pelos seus clientes, é muito relevante. Assim sendo, recorrem à metodologia qualitativa que melhor descreve e compreende as experiências humanas (Streubert e Carpenter, 2002). De acordo com Ribeiro (2010), este tipo de metodologia estuda as pessoas no seu ambiente natural, recolhendo dados que emergem naturalmente, sem o constrangimento de uma investigação mais organizada, estruturada como é a investigação quantitativa.

Bogdan e Biklen (1994) referem ainda que o propósito da abordagem qualitativa é entender o comportamento e experiências humanas, o processo pelo qual as pessoas constroem significados e explicam em que é que consistem. Segundo os mesmos autores, existem cinco principais características da investigação qualitativa (Bogdan e Biklen, 1994, p. 47):

1. O ambiente natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;
2. A sua preocupação primordial é descrever e só depois analisar os dados;
3. O processo é o mais importante, isto é, o que aconteceu e não apenas os resultados finais obtidos;
4. Os dados são analisados intuitivamente, como se reunissem, em conjunto, todas as peças de um quadro em construção, cujo final se desconhece;
5. Refere-se essencialmente ao significado das coisas, ou seja, estão interessados no sentido que diferentes pessoas dão às suas vidas.

Assim sendo, a utilização de uma abordagem qualitativa numa investigação pressupõe um trabalho de proximidade e interação do investigador com o grupo estudado, ou a observação no seu ambiente natural, o que possibilita compreender mais aprofundadamente o modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2010).

Tendo em conta que o propósito do presente estudo é compreender melhor a vivência do processo de transição dos enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido, incluindo os fatores que a condicionam e que com ela interferem, faz todo o sentido mergulhar no universo dos participantes, de forma a conhecer as características pessoais dos indivíduos e as suas relações com o ambiente circundante. Fortin (1999) citado por Almeida (2009, p. 35) afirma que *“num enquadramento de ciência humana, o melhor que os cientistas podem esperar na criação de novo conhecimento, é o fornecimento da compreensão e interpretação de um fenómeno dentro de um contexto”*. Optou-se, por isso mesmo, pela abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, que vai permitir analisar intimamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes dos indivíduos, em contexto natural. A interação com o enfermeiro-investigador permitirá interpretar o fenómeno com maior minúcia através do processo indutivo de comparação contínua dos dados, relacionando conceitos e descobrindo variáveis que vão emergindo da realidade e que até então não tinham sido reveladas ou compreendidas. Só é possível compreender e analisar as vivências dos enfermeiros emigrantes com a descrição da experiência humana, fazendo um registo fiel à forma como é vivida e definida pelos seus próprios atores (Polit e Hungler 1995). Assim sendo, a metodologia qualitativa ocupa o lugar ideal para o estudo de algo tão subjetivo como as vivências.

Após a pesquisa bibliográfica efetuada, chegou-se à conclusão de que não existem ainda estudos que expliquem o fenómeno da emigração dos enfermeiros portugueses e a transição que por eles é vivenciada. Por este mesmo motivo, e porque se deseja “melhorar

o entendimento e fornecer um guia importante para a ação”, a metodologia que parece mais adequada a este propósito é a metodologia qualitativa, com base na *Teoria das Transições de Meleis*.

Os dados serão recolhidos recorrendo-se a entrevistas semiestruturadas, áudio gravadas e, posteriormente, transcritas na totalidade. É da sua análise que emergirão os temas, os indicadores e categorias.

1.3.2 - Participantes do Estudo

Depois de identificado o fenómeno substantivo a investigar e elaborada a pergunta de investigação, há que planificar e seleccionar os participantes que se pretendem incluir no estudo.

Dado existirem constrangimentos a nível temporal, o investigador deve determinar um número mínimo de sujeitos, cujas informações cubram razoavelmente o fenómeno em estudo (Patton, 1990, cit. por Guerreiro, 2000). Estes indivíduos serão então *“peritos experienciais, ou seja, indivíduos detentores de um conhecimento particular e cabal sobre o fenómeno em estudo”* (Morse, 1994, cit. por Diogo, 2004, p. 86). Irremediavelmente, o tamanho da amostra dependerá mais da quantidade e qualidade dos dados recolhidos do que do número de sujeitos.

Uma vez que foi utilizada a entrevista semiestruturada como estratégia de investigação, torna-se pertinente conhecer as condições sociais e demográficas em que se enquadram os participantes.

Foram realizadas 11 entrevistas a enfermeiros portugueses, de ambos os sexos, a viver e a trabalhar no Reino Unido. O quadro seguinte resume as características principais dos participantes.

Entrevistado	Idade	Sexo	Estado Civil	Número de filhos	Residência em Portugal	Residência no Reino Unido	Ano de conclusão da Licenciatura	Título Profissional	Há quanto tempo no Reino Unido	Experiência Profissional em Portugal	Experiência Profissional fora de Portugal	Serviço onde trabalha
E1	23	F	S	0	Setúbal	Portsmouth	2012	EG	1 ano 2 meses	0	1 ano 2 meses	Oncologia e Hematologia
E2	26	F	S	0	Porto	Chelmsford	2011	EG	1 ano 4 meses	0	1 ano 2 meses	Urologia e Vascular
E3	25	M	S	0	Porto	Chelmsford	2011	EG	1 ano 6 meses	1 ano	1 ano 6 meses	Cuidados Intensivos
E4	23	F	S	0	Pombal	Portsmouth	2012	EG	1 ano 5 meses	0	1 ano 5 meses	Oncologia e Hematologia
E5	26	F	S	0	Leiria	Portsmouth	2012	EG	1 ano 5 meses	0	1 ano 5 meses	Oncologia e Hematologia
E6	23	F	S	0	Coimbra	Portsmouth	2012	EG	1 ano	4 meses	1 ano	Ortopedia
E7	24	M	S	0	Madeira	Portsmouth	2012	EG	2 anos	0	2 anos	Medicina – Unidade de AVC
E8	26	M	S	0	Coimbra	Southampton	2009	EG	1 ano 6 meses	2 anos 6 meses	1 ano 6 meses	Ortopedia e Trauma
E9	27	F	S	0	Pombal	Southampton	2009	EG	1 ano 6 meses	2 anos 6 meses	1 ano 6 meses	Neurocirurgia
E10	26	F	S	0	Faro	Londres	2011	EG	2 anos 6 meses	1 ano	2 anos 6 meses	Ortopedia e Trauma
E11	27	M	S	0	Bragança	Sailsbury	2012	EG	1 ano 9 meses	6 meses	1 ano 9 meses	Medicina e Cardiologia

TABELA 1: Caracterização dos Enfermeiros participantes

Legenda:

F – Feminino

EG – Enfermeiro Generalista

M – Masculino

S – Solteiro

A partir dos dados recolhidos, destaca-se uma amostra jovem, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos. Relativamente ao estado civil, todos os participantes são solteiros e sem filhos, um vive sozinho e os restantes em união de facto. Apresentam pouca experiência profissional, e encontram-se no início da

sua carreira como Enfermeiros, sendo que só alguns trabalharam em Portugal antes de emigrarem para o Reino Unido. No que diz respeito às habilitações literárias, título profissional e às funções que desempenham, todos são licenciados e enfermeiros generalistas.

1.3.3 - Procedimento de Colheita de Dados

Conhecer a vivência da transição por parte dos enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido, implica uma aproximação do investigador à realidade que se pretende estudar. Fortin (2009) afirma que a colheita de dados se deve realizar de acordo com um plano pré-estabelecido.

Antes de dar início à colheita de dados, o investigador deve determinar qual o tipo de instrumento que melhor se adequa ao objeto em estudo e às questões de investigação. Pandit (1996), defende ainda que o investigador deve desenvolver um processo rigoroso para a recolha da informação, dando-lhe início enquanto atua junto dos participantes.

As técnicas de recolha de dados em investigação qualitativa são muito variadas, podendo optar-se, por exemplo, pela entrevista, observação, análise de documentos, entre outros (Ribeiro, 2010). Segundo Streubert e Carpenter (2002), a entrevista permite não só apreender o significado atribuído por cada indivíduo à vivência de determinada experiência, como também validar os aspetos da comunicação não-verbal. A utilização da entrevista permite *“recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”* (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134).

A natureza e os objetivos deste estudo emergiram da necessidade de obter um conhecimento aprofundado do fenómeno vivencial, íntimo e individual. A entrevista, com base num discurso direto e na primeira pessoa, surgia como o método mais adequado para adquirir este conhecimento, já que só assim seria possível aceder ao mundo dos entrevistados, descritos pelas suas próprias palavras. Desta forma foi privilegiada a entrevista semiestruturada, por ser dotada de um carácter flexível, permitindo responder às exigências deste tipo de pesquisa e dando liberdade ao investigador para formular e sequenciar as questões, recolhendo dados semelhantes entre os múltiplos sujeitos. Neste tipo de entrevista, o investigador deve apresentar um resumo dos assuntos que pretende abordar e a partir do qual vai elaborar as questões, apresentando-as aos participantes do estudo pela ordem que mais lhe convier.

A interrogação direta de pessoas permite ao investigador reunir uma boa quantidade de informação através do relato de experiências pessoais, nomeadamente das vivências e expectativas individuais e dos conhecimentos (Polit e Hunger, 1995). Ribeiro (2010) explica que o recurso à entrevista obriga a uma grande recolha de dados, de pequenas amostras ou de um caso singular, podendo registar-se de diferentes formas, que depois serão descodificadas e organizadas para dar sentido à investigação e concluir os resultados.

Neste sentido, foi pensado e elaborado um guião (ANEXO I) que permitiu ao investigador orientar-se pelas questões semiestruturadas pré-definidas, e ao mesmo tempo estimular uma comunicação livre que favorecesse a exploração mais minuciosa das respostas dos entrevistados. De acordo com o objeto em estudo, baseou-se a construção deste guião na teoria das transições de Meleis et al. (2000).

Para Quivy e Campenhoudt (2008), gravar a entrevista é essencial, e por isso mesmo, optou-se por esta estratégia para se recolher na íntegra relatado pelos participantes. A gravação é a melhor maneira de recolher todas as informações importantes, evitando a sua perda quando a entrevista é muito extensa ou caso seja o principal método de recolha de dados do estudo (Bogdan e Biklen, 1994).

Na abordagem inicial aos participantes que aceitaram ser incluídos na investigação em causa, foi-lhes inicialmente apresentado o estudo, seus objetivos, finalidade, motivo da realização da entrevista, a escolha do local, a autorização de áudio-gravação e também a garantia da confidencialidade e anonimato na transcrição das entrevistas. O contacto inicial e livre organização da entrevista, tornou mais fácil o desenvolvimento de uma ligação empática. Seguidamente, deu-se início à entrevista, que dependendo da disponibilidade do entrevistado, pôde ocorrer no mesmo dia do contacto inicial ou em outro momento combinado, tendo variado a sua duração em cada sessão.

“Embora o número de casos utilizados dependam do acesso, tempo e recursos disponíveis, para satisfazer os requisitos da construção de uma amostra teórica, o procedimento adequado é ir analisando as entrevistas à medida que elas são realizadas, terminando quando se atinge uma saturação teórica, ou seja, quando as categorias encontradas começam a estabilizar e os casos novos não trazem nada de novo ao investigador” (Fernandes e Maia, 2001, p. 8).

Realizada a entrevista, foi efetuada uma transcrição fiel do discurso para suporte informático, sendo posteriormente contactados os entrevistados no sentido de verificarem o resultado final das transcrições e aferirem da informação aí descrita.

1.3.4 - Considerações Éticas

Em qualquer investigação onde haja a participação de seres humanos, é obrigatório ponderar os condicionantes éticos, como forma de proteger e assegurar o respeito e a proteção da pessoa. A ética, a nível geral, é *“a ciência moral e a arte de dirigir a conduta”* (Fortin, 1999, p. 114). Dada a natureza deste estudo, onde existe a interação do investigador com o participante, foi imperativo respeitarem-se os aspetos éticos na obtenção dos dados qualitativos, nomeadamente o sigilo e o consentimento informado (ANEXO II).

Ao longo da investigação e durante o contacto com os participantes, foram considerados todos os princípios, prestando especial atenção:

- Aos potenciais riscos e benefícios da participação no estudo, evitando qualquer tipo de prejuízo para os participantes;
- A decisão da participação no estudo teria de ser voluntária e qualquer alteração nesta decisão, permitiria ao participante ser imediatamente retirado do estudo;
- O direito dos indivíduos à informação: objetivos do estudo, virtudes e potenciais constrangimentos do desenrolar da investigação.

1.3.5 - A Análise de Dados

A análise e a colheita dos dados na investigação qualitativa deve iniciar-se em simultâneo (Streubert e Carpenter, 2002). Bardin (2004) afirma que as técnicas específicas de análise de dados na investigação qualitativa, denominam-se análise de conteúdo. Ainda de acordo com o mesmo autor, esta é uma tarefa que exige muita paciência e dedicação para desvendar fielmente, através de um esforço interpretativo, o conteúdo implícito no discurso dos participantes durante as entrevistas. A análise do conteúdo não se orienta por modelos pré-estabelecidos, mas sim tendo por base os teóricos de referência adotados e os objetivos da investigação. Este processo preconiza a participação ativa do investigador, cujo papel passa por organizar os dados de forma concetual e apresentar a informação segundo categorias.

Em conformidade, Bardin (2004, p.42) defende que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, vão permitir a *“inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*.

Fortin (2009, p. 302) enumera os passos que em geral comportam as várias técnicas de análise:

1. *Ler atentamente todas as descrições para compreender o sentimento que nelas é expresso;*
2. *Isolar as frases que estão diretamente ligadas ao fenómeno;*
3. *Extrair a significação de cada enunciado importante;*
4. *Procurar temas;*
5. *Fazer uma descrição que dê conta da essência do fenómeno.*

Desenvolver uma lista de categorias de codificação após a colheita de dados e sua organização, representa a análise categorial, onde se toma em consideração um texto integral e se passa de seguida para a sua classificação e recenseamento, de acordo com a frequência ou ausência de itens de sentido (Bogdan e Biklen, 1994, p. 221).

Resumidamente, a análise de conteúdo por meio de categorização consiste então na colheita dos dados, na sua codificação por temas ou categorias, análise e apresentação dos dados, devendo apoiar-se na teoria que serviu de base para a investigação (Bowling, 1998 cit. por Ribeiro, 2010).

As características que definem e dão significado às categorias são designadas propriedades. Já as dimensões são as variações das propriedades gerais de uma categoria, especificando-a ou alterando-a. A análise comparativa constante consiste em comparar os dados de forma teórica, no sentido de desvendar quais os aspetos idênticos e distintos entre as propriedades e dimensões das categorias.

Recorreu-se então, ao método de análise de conteúdo. Como defende Chizzotti (2006, p. 98), *“o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”*. Nesse sentido, e como proposto por Bardin (2004), a análise decorreu em três fases: 1) pré-análise (fase onde o material é sistematizado de forma a tornar-se operacional, organizando as ideias iniciais), 2) exploração do material (com definição de categorias, identificação das unidades de registo e das unidades de contexto) e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (com concisão e destaque das informações para análise, finalizando com as interpretações inferenciais; consiste na intuição, análise reflexiva e crítica).

Assim sendo, pretende-se trabalhar os conteúdos das entrevistas de modo sistemático, e de forma indutiva, obter indicadores que permitam chegar às inferências, tendo por base a Teoria das Transições de Meleis.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de recolha, análise e discussão dos dados, de forma ordenada e coerente, é essencial para que se possa responder às questões de uma pesquisa (Polit, Beck e Hungler, 2004). Uma vez terminada a colheita dos dados, procede-se à apresentação e interpretação dos resultados à luz das questões de investigação (Fortin, 1999).

Neste capítulo, será realizada a apresentação, análise do conteúdo das entrevistas e discussão dos resultados, tendo sempre como base o referencial teórico pretendido, a Teoria das Transições de Meleis.

A transição consiste num processo dinâmico, organizado numa determinada sequência, decorrendo ao longo de três fases: a entrada, passagem e saída. Obriga a uma transformação ou alteração no indivíduo, seja através de incorporação, integração ou adaptação. Resumidamente, consiste num processo de reorientação interna que acompanha a pessoa na sua aprendizagem para se adaptar e na incorporação de novas circunstâncias na sua vida (Kralik, Visentin e Van Loon, 2006). Assim sendo, pretendeu-se fazer emergir do discurso dos participantes, as vivências da transição e tudo o que lhe é inerente.

1 - Tipos e Padrões das Transições

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Tipo de Transição	Situacional	Emigração
		Independência
		Novos papéis educacionais e profissionais
	Desenvolvimental	Mudança no ciclo vital

TABELA 2: Tipos de Transição nos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido

De acordo com Meleis et al. (2000) a Teoria das Transições possui três conceitos centrais: a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. A natureza das transições pode ser analisada de acordo com o tipo, padrão e propriedades. O indivíduo pode vivenciar vários tipos de transição, simultaneamente ou de forma sequencial, sendo que estas podem também relacionar-se ou não entre si. As experiências das transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas. Pelo contrário, envolvem grande complexidade e estão envoltas em múltiplas dimensões. Por esse mesmo motivo, quando o enfermeiro analisa a natureza das transições, deve estar atento para a eventualidade da pessoa estar a passar por mais do que uma transição em simultâneo. Quanto ao tipo, as transições podem ser classificadas como: Saúde/Doença, Desenvolvimentais, Situacionais e Organizacionais.

Emigrar implica uma rutura com os referenciais básicos que orientam a conduta individual. A migração é um processo complexo e exigente, não só para o indivíduo, como também para quem a estuda e avalia, porque obriga a uma abordagem global e ao mesmo tempo minuciosa de uma realidade em constante mudança. O processo de mudança, ou transição, fenómeno pessoal e não estruturado, traduz-se num desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro, e ocorre através do tempo. Representa pontos de viragem, que resultam no assumir de novos papéis e novas relações conduzindo a novas auto conceções (Zagonel, 1999).

No caso da emigração, transição situacional complexa, estas mudanças vão ocorrer a vários níveis: da família e amigos, da língua, da cultura, da casa, da posição social, do contacto com o grupo étnico e religioso, e vai exigir que o indivíduo desenvolva estratégias de adaptação que lhe permitam superar as dificuldades e lidar com a mudança etapa a etapa (Ramos, 2005). Este acontecimento é vivenciado como um luto, trazendo grande vulnerabilidade e sofrimento psicológico (Desjarlais et al., 1995; Bibeau, 1997; Kirmayer e Minas, 2000; Persaud e Lusane, 2000; Murray e Lopez, 1996). Independentemente do tipo de mudança, seja ela positiva ou negativa, representa sempre um fator de *stress*. Por isso mesmo, as pessoas que passam por uma transição, estão mais vulneráveis a riscos que afetem a sua saúde (Meleis et al., 2000). Nalguns processos migratórios, os níveis de *stress* podem ser tão elevados, que prejudicam a capacidade adaptativa do indivíduo, podendo chegar mesmo a impedi-la. O papel da Enfermagem torna-se então essencial, uma vez que o seu principal objetivo é analisar e desenvolver intervenções que facilitem a passagem por essa mesma transição.

A transição situacional migração foi comum a todos os participantes, uma vez que todos abandonaram o seu país para irem viver e trabalhar no Reino Unido, o que trouxe

mudanças a muitos níveis. Independentemente dos motivos que os levaram a tomar a decisão de emigrar, a maior parte dos indivíduos passou por experiências semelhantes neste processo. Admitindo que existiram aspetos positivos inerentes à migração, como o **crescimento pessoal**: *“Aprendi muito. Aprendi a desenrascar-me sozinha”* (E6), *“Contribuíram muito para o crescimento pessoal.”* (E8), *“ (...) serviram como forma de amadurecimento/crescimento pessoal ”* (E10), *“Tem de ser classificada sempre como positiva, porque nós retiramos sempre aprendizagens mesmo das dificuldades”* (E11); **melhor condição económica e financeira**: *“Agora trabalho e sou independente a nível financeiro...”* (E4), *“é bom a nível de independência económica (...)”* (E5), *“(…) ter uma condição monetária muito melhor.”* (E6), *“Agora tenho mais poder de compra. Posso comprar coisas que antes não tinha capacidade económica para tal”* (E7), *“Vivo melhor porque tenho mais poder económico e independência.”* (E9); **passar a ter independência**: *“(…) dependia dos pais e agora sou independente.”* (E1), *“...tenho agora oportunidade para ter uma casa, tenho qualidade de vida, mais independência...”* (E3), *“Passei a ter que organizar a minha vida, de forma mais independente e sem tanta interferência dos outros.”* (E6), *“Vivo melhor porque tenho mais (...) independência...”* (E9); os participantes referiram também que a **experiência e adaptação foram stressantes e desafiantes**: *“Talvez me sentisse bastante deprimida no início, e foi muito complicado. O primeiro mês que lá estive, chorava todos os dias”* (E2), *“mais difícil foi, se calhar, o primeiro mês de trabalho, a integração no trabalho”* (E7), *“Os três primeiros meses de adaptação foram bastante difíceis... Foi um choque. Porque Inglaterra é um país muito diferente de Portugal. Em tudo!”* (E8), *“... estou-me a adaptar a uma cultura que é diferente da minha, é difícil... é bastante difícil. E isso são mudanças que mexem connosco no dia-a-dia.”* (E11). Ainda dentro da transição situacional, ocorreram **mudanças para novos papéis educacionais e profissionais**: *“... comecei a trabalhar (foi o meu primeiro emprego).”* (E2), *“... mudou por exemplo pelo facto de ter começado a trabalhar...”* (E5), *“E tenho uma carreira e um trabalho seguro. E perspectivas de progressão na carreira.”* (E7).

Meleis et al. (2000) sustentam que o enfermeiro não deve concentrar-se apenas num tipo concreto de transição, mas sim considerar os seus padrões de multiplicidade. Dada a natureza longitudinal da transição migração, devem, por isso, ser considerados outros acontecimentos que ocorrem ao mesmo tempo. Tendo isto em mente, chegou-se à conclusão que os participantes deste estudo vivenciaram mais do que uma transição simultaneamente: **situacional** e **desenvolvimental**. Situacional por tudo o que já foi referido anteriormente. A separação da família e o facto de terem passado a viver sozinhos com os namorados/as fê-los passar simultaneamente por outra etapa no ciclo vital: a

transição para a idade adulta, ao mesmo tempo que provocaram **alterações nos seus papéis familiares**: “Passei a viver com o meu namorado (...) Foi também uma transição para a vida adulta.” (E2), “Mudou o facto de eu agora viver com a minha namorada e não com os meus pais.” (E3), “Eu sempre vivi com os meus pais, vim para cá viver sozinha.” (E6), “... E esta mudança obrigou-me a ser mais responsável, porque passei a organizar a minha vida completamente sozinha.” (E9).

Em conclusão, observa-se um padrão de transição múltiplo, simultâneo e relacionado, pois os indivíduos experienciaram uma **transição situacional** ao emigrarem, ao começarem a trabalhar, ao melhorarem a sua situação económica e por se terem tornado independentes. Ao mesmo tempo, vivenciaram uma **transição desenvolvimental**, ao terem feito uma alteração no seu ciclo vital por terem saído de casa, deixado de viver com os pais e terem iniciado uma vida conjugal ou sozinhos, o que provocou uma mudança nos seus papéis familiares.

2 – Propriedades da Transição

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Propriedades da Transição	Consciencialização	Perda e rutura
		Reconhecimento do que mudou
		Motivos para emigrar
	Envolvimento	Procura de informação/recursos
		Preparação antecipada para lidar com o evento
	Mudanças e Diferenças	Impacto no estilo de vida, hábitos e pessoas significativas
		Caracterização da mudança
		Realidade vs. Expectativas
		Diferenças no exercício da Profissão de Enfermagem
	Pontos e eventos críticos	A decisão de emigrar
		Distância da família e pessoas significativas
		Percurso migratório
		Adaptação ao novo idioma
		Eventos de saúde-doença

TABELA 3: Propriedades da Transição vivenciada pelos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido

Dada a complexidade e multidimensionalidade das transições, Meleis et al. (2000) identificaram algumas propriedades universais. Uma dessas propriedades é que as transições são processos que ocorrem no tempo, implicam um movimento de um estado para outro (Chick e Meleis, 1986). As restantes propriedades denominam-se consciencialização, envolvimento, mudanças e diferenças, espaço temporal, pontos críticos e eventos. Meleis et al. (2000) referem que estas propriedades se encontram associadas e inter-relacionadas, não sendo possível separá-las pois fazem parte do processo denominado transição.

Compreender as **propriedades** e as **condições** inerentes ao processo das transições é essencial, uma vez que contribuem para o desenvolvimento de terapêuticas de Enfermagem eficazes e congruentes com as experiências singulares dos indivíduos (Meleis, Sawyer, IM, Messias, Schumacher, 2000).

2.1- Consciencialização

A transição ocorre quando a pessoa está consciente das mudanças que estão a ocorrer, ou seja, do processo de transição pelo qual está a passar (Chick e Meleis, 1986). Isto implica que a pessoa tenha conhecimento, perceção e reconhecimento desta mudança e atue de forma a facilitar essa transição, através da procura de informação e apoio, alterando atividades anteriores e desenvolvendo novas formas de estar (Meleis et al., 2000). A consciência é portanto necessária, o que não implica que a ausência da sua manifestação impeça o início da transição. No entanto, o nível de consciência tem influência sobre o grau de compromisso. A inexistência de consciência é sinónimo de que a pessoa pode não estar preparada para a transição.

Como referem Meleis et al. (2000), o nível de consciência encontra-se refletido maioritariamente no grau de concordância entre o que é conhecido sobre os processos e respostas e as respostas e perceções esperadas perante situações idênticas. O grau de consciência pode avaliar-se através do que se perdeu, da rutura e do reconhecimento do que mudou.

A **perda** e a **rutura** é, segundo Meleis et al. (2000), uma das categorias centrais que resumem o processo universal de migração e *resettlement*. No seu trabalho de investigação, Meleis chegou à conclusão que os emigrantes, ao deixarem o seu país de origem, experienciavam múltiplas perdas em simultâneo que causavam uma rutura total

com as suas vidas, o que era motivo de grande stress. Dessa perda faziam parte bens de inestimado valor, a carreira profissional, lugares com significado emocional e mais importante que tudo, a perda da família e dos amigos. Pode constatar-se este sentimento nos indivíduos entrevistados: *“Mais pela família, sei lá, por tudo. Pela comida, pelo cheiro, por aquele típico pôr-do-sol (...) Tanta coisa que é diferente que aqui não há.”* (E4), *“Às vezes sinto que... faz-me falta a minha mãe. E penso que devia estar a aproveitar o tempo com a minha mãe e não estou. Ela não é velha mas já tem quase 60 anos...”* (E5), *“As saudades que eu tenho de tudo e mais alguma coisa de Portugal (...) ir beber café à Praça em Leiria (...) ir ver o mar, o cheiro a maresia é completamente diferente do cheiro aqui e tudo... Aqui não cheira a mar. Tudo... todas as pequenas coisinhas que eu fazia em Portugal, simplesmente não existem cá.”* (E5), *“Porque é o meu país, é a minha casa. É o sítio onde me sinto bem... onde tenho a minha família, os meus amigos, bom tempo, boa comida...”* (E9), *“... aprendemos a dar muito mais valor ao nosso país. Sinto-me cada vez mais patriota ... cada vez sinto mais orgulho do país onde nasci e da cultura portuguesa (...) por outro lado, entristece-me cada vez mais perceber que afinal temos um dos melhores países do mundo para viver, e infelizmente, não há condições.”* (E11).

O processo de se ir consciencializando implica **reconhecer o que mudou** e de que forma as coisas estão diferentes (Kralik, 2002; Meleis et al., 2000). Só assim, o indivíduo consegue encontrar um sentido e perceber aquilo que está a acontecer, podendo então reorganizar a sua vida e reformular a sua forma de estar. A mudança pode ser explorada quanto à sua natureza, duração e direção, a sua relevância, impacto, e repercussão na vida social e familiar.

Do ponto de vista de uma transição situacional, a emigração é muito marcante para o indivíduo, porque vinca a passagem para uma vida totalmente diferente daquela que tinham no seu país de origem, provocando uma rutura nas rotinas, ideias, perceções, identidade, uma quebra cultural e social (Meleis, 2010). É uma das maiores mudanças que podem ocorrer na vida de alguém. É possível denotar nas respostas dos participantes, uma plena consciência de que tudo está diferente nas suas vidas: *“Uma pessoa agarra nas malas e vem-se embora, o que é que muda? Tudo, não é? (...) Não continuo a fazer as mesmas coisas que fazia em Portugal porque as pessoas são diferentes. Não tenho cá as pessoas que tinha em Portugal e portanto, acaba por ser diferente.”* (E4), *“Muda muita coisa. Construir uma vida num país diferente, muda tudo. (...) O tempo está sempre mau, e também por causa dos horários, acabo também por... a vida social e familiar (...) muito complicada (...) mudou (...) pelo facto de ter começado a trabalhar, a ganhar o meu ordenado.”* (E5), *“Deixei de ter vida social, quase. Deixei de passar aqueles fins-de-semana com os meus amigos. Sou*

muito mais sedentária agora, porque chego a casa tão cansada dos turnos, que não me apetece nem consigo fazer nada.” (E5), “Alterou... tudo. Eu sempre vivi com os meus pais, vim para cá viver sozinha. Nunca vivi com o meu namorado, e vim para cá viver com ele. (...) Estou longe da família, isso é a parte má. (...) Sou mais independente, e tive que me tornar mais responsável porque tenho de organizar a minha vida sozinha.” (E6), “O meu estilo de vida mudou, a minha situação financeira, deixei a minha família e amigos para trás ...” (E10), “... a rotina. Alterou a forma de pensar, especialmente sobre a sociedade. Alterou até a forma de pensar sobre as pessoas. (...) E acho que o choque maior é a cultura.” (E11).

Os **motivos para emigrar** também estão diretamente relacionados com a consciencialização, uma vez que decidir emigrar, normalmente é algo ponderado, uma decisão que deriva da consciência refletida das razões que levam uma pessoa a tomar essa decisão. As pessoas decidem emigrar por diferentes motivos, internos e externos (políticos, sociais, económicos, geográficos, pessoais, educacionais e/ou familiares) e podem ser influenciados a vários níveis, como por exemplo o apoio e suporte de outros emigrantes, tanto no país de origem como no de acolhimento (Menjivar, 2000). O grau de consciencialização e envolvimento pode variar consoante os padrões e condições da transição migração e características dos emigrantes (idade, sexo, estado civil, classe social, país de origem, profissão, historial pré e pós migração), e também do tipo de migração (legal, ilegal, refugiado, exilado, trabalhador emigrante) (Meleis et al., 2000). Neste caso, não se consegue afirmar até que ponto estas características poderiam influenciar as fases de consciencialização e envolvimento, uma vez que os participantes do estudo apresentam características muito semelhantes: embora de sexos diferentes, têm idades próximas, o mesmo estado civil e profissão, classe social muito semelhante e todos são portugueses que emigraram para o Reino Unido, sendo que as condições em que emigraram foi a de trabalhador emigrante. A diferença que mais os distingue baseia-se no historial pré e pós migração.

Existem variadíssimos **motivos para emigrar**. No entanto, as causas podem ser classificadas em seis categorias distintas: **económicas** (as pessoas emigram para encontrar trabalho ou progredir na carreira, no sentido de melhorarem a sua condição financeira), **sociais** (cujo principal objetivo é melhorar a qualidade de vida, aproximar-se da família e de amigos ou ir à procura de melhores condições sociais, como por exemplo, um hospital ou uma universidade), **políticas** (as guerras e existência de determinados regimes políticos fazem com que as pessoas tentem fugir para se refugiarem noutros locais, que consideram mais seguros), **ambientais/naturais** (abandono de lugares que são alvo de catástrofes naturais como inundações, sismos, entre outras), **étnicas** (rivalidades entre diferentes grupos étnicos) ou **religiosas** (fuga a perseguições religiosas).

Segundo Ravenstein (1989, cit. por Peixoto, 2004), a decisão dos indivíduos para migrarem está relacionada com as vantagens e desvantagens do país de origem e do país de acolhimento, percecionadas pelos indivíduos. Ou seja, se por um lado os migrantes são influenciados por fatores repulsivos no território de partida, por outro, são aliciados por fatores atrativos oferecidos pelo destino. Os fatores repulsivos são, por exemplo, o desemprego, más condições de vida, guerra, pobreza, catástrofes naturais, criminalidade, perseguições políticas e religiosas. Fatores atrativos são a existência de ofertas de emprego, qualidade de vida, segurança, clima mais favorável, menor risco de ocorrência de catástrofes naturais, estabilidade política, proximidade de familiares.

Neste estudo, os principais motivos apontados para emigrar fazem parte das categorias **económica** e **social**, como se pode perceber pelas causas centrais por eles apontadas: *“A falta de emprego em Portugal, principalmente. E pelo que eu já conhecia de Inglaterra. Por outras pessoas que eu conheço que já trabalhavam lá, sentia que podia progredir na carreira.”* (E2), *“A falta de oportunidades em Portugal e a possibilidade de progressão na carreira, de ter um trabalho em Inglaterra”* (E3), *“É assim, eu sempre disse que ia emigrar, quer houvesse emprego em Portugal ou não. Se houvesse emprego, tinha vindo por 1 ou 2 anos, pela experiência. Porque queria conhecer outras realidades e ver como é que era, e enriquecer o currículo.”* (E4), *“Foi a experiência de trabalhar noutra sítio, conhecer outra realidade... e principalmente por não ter oportunidades em Portugal, não ter emprego em Portugal. E o facto de querer trabalhar na minha área.”* (E5), *“A situação económica em Portugal e a falta de oportunidades (...) saber que aqui tens muitas mais oportunidades de teres uma carreira como enfermeiro. (...) a situação em Portugal não vai melhorar assim tão depressa (...) aqui tenho um emprego estável, com mais perspectivas de progressão.”* (E7), *“Os motivos que me levam a permanecer fora são pessoais e profissionais (...) pela situação em que Portugal está (...) para se ter um emprego e ganhar dinheiro suficiente para se ser independente (...). Aqui tenho um emprego seguro, evolução na carreira, uma condição económica estável.”* (E9), *“... pela experiência individual, como pessoa, ir para um país diferente, com uma cultura diferente (...) ter uma noção da enfermagem noutra país. (...) também pelo ponto de vista económico. Sob o ponto de vista da carreira. É olhar para Portugal e não ver perspectivas.”* (E11).

Embora também tivessem referido o alargamento de horizontes e o conhecimento de novas culturas, referiram como principais motivos para emigrar, o facto de Portugal estar em crise, não oferecer segurança a nível de emprego nem perspectivas de evolução na carreira. Todos saíram do país em busca de melhores condições de vida, à procura de uma condição financeira mais estável, o que se enquadra perfeitamente na teoria de atração-repulsão de Ravenstein (1889, cit. por Peixoto, 2004).

2.2- Envolvimento

Uma vez consciencializado de que a mudança está a ocorrer e que alterações é que estão a dar-se na sua vida, o indivíduo passa à etapa seguinte: o compromisso. Nesta fase, este passa a estar integrado no processo de transição, e começa a procurar informação e apoio que lhe permitam adaptar novas formas de ser e de viver, abandonando antigas atividades e procurando, de forma pró-ativa, dar um sentido à nova realidade (Meleis et al., 2000). O envolvimento está diretamente relacionado com a consciencialização, porque não pode ocorrer sem a pessoa perceber e reconhecer que está a passar por uma mudança. Um indivíduo que esteja envolvido, exprime uma participação ativa e empenhada no processo de transição. À semelhança da consciencialização, fatores como os recursos disponíveis e o suporte social, têm grande influência no grau de envolvimento. A **procura de informação ou de recursos** e a **preparação antecipada para lidar com o evento** são características e ações presentes numa pessoa envolvida no processo de transição. A pesquisa sobre a cidade, país, cultura e até sobre a carreira de Enfermagem no Reino Unido, foi referida pelos indivíduos neste estudo: *“Pesquisei na internet o sítio para onde vinha trabalhar, coisas culturais que aqui havia, socais, distância ao aeroporto, distância até Portugal, tipo de comidas, viagens...”* (E1), *“Não fiz grande coisa. Os amigos que já cá estavam contaram-nos tudo. Tirei as dúvidas todas que tinha, com eles. Assim o choque não foi tão grande quando cheguei cá.”* (E6), *“Pesquisei sobre o país, sobre a cidade, sobre o hospital. Porque conhecimentos de língua nós já tínhamos. Chegamos a pesquisar a carreira de enfermagem aqui mas não percebemos nada (...) Tentamos pesquisar como era a progressão na carreira, se havia, se não havia. Pesquisámos muito no Fórum Enfermagem (website), o que é que o pessoal dizia.”* (E7), *“E andei a ver tudo na net, como é que era a cidade, se era muito longe de Londres e dos aeroportos ou não.”* (E9).

Como exemplo de **preparação para lidar com o evento**, os participantes mencionaram que tinham realizado formação na língua inglesa, antes de emigrarem: *“Tirei um mini curso de inglês de um mês.”* (E3), *“O facto de saber a língua. Não sabia a linguagem técnica mas tirei um curso antes de vir, e ajudou.”* (E5), *“Tirei um curso de inglês técnico antes de emigrar. Queria vir bem preparado quando começasse a trabalhar.”* (E8), *“Fiz um curso de inglês técnico antes de emigrar.”* (E9).

2.3- Mudanças e Diferenças

As mudanças e diferenças são consideradas propriedades fundamentais no processo de transição, pois ao longo deste processo, o indivíduo pode experienciar mudanças significativas em si mesmo, no ambiente que o rodeia e no modo como as percebe. Meleis et al (2000) explicam que embora todas as transições envolvam mudanças, quer sejam provocadas por elas ou resultem nelas, não quer dizer que qualquer mudança esteja relacionada com a transição.

Para compreender globalmente o processo de transição, é preciso explorar e descrever os efeitos e significados da mudança em todas as suas dimensões, nomeadamente quanto à sua natureza (alteração da condição física ou mental, social ou económica, na autoimagem, expectativas ou rede de suporte), temporalidade (o momento em que a pessoa reconhece a necessidade de mudança), impacto da situação (gravidade e impacto da mudança no estilo de vida e hábitos da pessoa) e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais (se a mudança era esperada e como é caracterizada quando confrontada com as normas e expectativas da sociedade). Os eventos críticos ou pontos de viragem podem estar diretamente relacionados com a mudança, pois ocorre uma rutura nas rotinas e relações, ideias, percepções e identidades. Por sua vez, a diferença manifesta-se quando o indivíduo confronta a realidade com as expectativas. Perceber a diferença resulta numa alteração no modo como se vê a si próprio, ao mundo e aos outros, na mudança de comportamentos e percepções, tal como o sentimento de que algo mudou em si, de que já não é o mesmo, e a forma diferente como é percebido pelos outros. No entanto, nem todas as diferenças têm o mesmo impacto no indivíduo, sendo que este pode atribuir-lhe diferentes significados (Meleis et al., 2000). Por isso mesmo, com o objetivo de melhor compreender o nível de bem-estar dos indivíduos em relação às mudanças e diferenças, procurou-se avaliar qual o seu **impacto no estilo de vida, hábitos e pessoas significativas**: *“A vida social mudou, são diferentes as rotinas (...) antes era escola e tinha mais tempo livre, agora é praticamente trabalho, casa, casa, trabalho, com exceção das férias. O estado económico melhorou bastante... Porque dependia dos pais e agora sou independente. O facto de agora também poder viver com o meu namorado(...) ele vivia com os pais dele e eu vivia com os meus.”* (E1), *“A distância da família, tudo mudou. Eu vivia com os meus pais, e deixei de viver com eles. Passei a viver com o meu namorado. O estilo de vida é totalmente diferente, que é inerente à emigração.”* (E2), *“O facto de estar longe da família e dos amigos... tenho agora oportunidade para ter uma casa, tenho qualidade de*

vida, mais independência, coisa que não teria se ainda estivesse em Portugal.” (E3), “Em termos de qualidade de vida, é bom a nível de independência económica que é uma das coisas essenciais, mas depois não tenho tudo o resto. Por exemplo o meu grupo de amigos em Portugal (...) fazíamos montes de atividades juntos (...)” (E5), “Já não vivo com os meus pais, passei a viver com o meu namorado (...) tive que aprender a viver sozinha, com ele, numa casa só nossa. Passei a ter que organizar a minha vida (...). Porque agora tenho um trabalho estável e ganho um ordenado, e tenho de pagar contas, e isso fez-me crescer também a nível pessoal. Passei a ter mais responsabilidades...” (E6), “Agora tenho mais poder de compra (...). A nível social, tenho menos tempo para conviver.” (E7), “Nalgumas coisas, vivo melhor. Noutras, vivo pior. Vivo melhor porque tenho mais poder económico e independência. Vivo pior porque estou longe da minha família e dos meus amigos, logo não convivo tanto.” (E9), “ (...) Trouxe, trouxe mudanças (...) estou-me a adaptar a uma cultura que é diferente da minha, é difícil... é bastante difícil (...) são mudanças que mexem connosco no dia-a-dia.” (E11).

Independentemente da fase em que ocorra, a migração tem um impacto incomensurável na vida do indivíduo, resultando numa rutura drástica com a sua vida anterior, o que implica um esforço enorme no sentido de se adaptar a esta nova situação. Como se pode verificar, os participantes referem que muitos aspetos mudaram na sua vida, como por exemplo a condição económica, que melhorou, trazendo mais liberdade e independência; a vida social em geral piorou devido ao afastamento da família e pessoas significativas; a nível profissional, o facto de terem um emprego estável e com progressão na carreira fê-los sentir mais seguros; e por fim, terem deixado de viver com os pais para passarem a viver sozinhos ou com os namorados, trouxe mais responsabilidade e obrigou-os a amadurecer mais rapidamente.

Em relação à **caracterização da mudança**, os participantes deste estudo atribuem uma conotação positiva à migração na sua generalidade, embora esta seja constituída por alguns aspetos negativos: “*Foram boas, foram positivas. Negativa a parte de estar longe dos meus pais.*” (E1), “*A nível profissional (...) tenho oportunidades que lá (em Portugal), num curto espaço de tempo, nunca teria, por mais anos que trabalhasse. (...) Agora a distância da família e de tudo o que é familiar, são mudanças que não são assim muito positivas. (...) Se formos fazer uma comparação, de uma forma global, para a minha personalidade, o facto de eu ter um emprego, poder ser independente, e lá (em Portugal) eu não tinha essa possibilidade, portanto não era independente de todo, acho que vale a pena. Foram mudanças positivas.*” (E2), “*Algumas positivas e outras negativas. O facto de não poder estar com a minha família e com os meus amigos de longa data com tanta frequência*

como estava quando vivia em Portugal. Positivos, o facto de ter trabalho e ter independência e não depender dos meus pais. (...) E bons o facto de conseguir ganhar a minha independência ... ter uma casa ...um espaço que posso considerar meu ... ter qualidade de vida, ter coisas que em Portugal não tinha a possibilidade de ter. (...) Na (condição) financeira foi para melhor porque agora tenho emprego e ganho um bom ordenado. Na profissional também foi melhor porque trabalho na minha área e tenho oportunidades de evolução na carreira. Na familiar, não foi tão bom porque estou longe da família.” (E3), “Em geral foram mudanças positivas. Porque consigo ter a minha independência financeira, estou a trabalhar na minha área e conseguir ter experiência em enfermagem... Ser mais experiente a nível cultural, e conhecer outras realidades.” (E5), “Foram boas e serviram como forma de amadurecimento/crescimento pessoal e profissional.” (E10), “... apesar de alguns obstáculos e apesar de alguns problemas ... a experiência é sempre positiva ... porque retiramos sempre aprendizagens mesmo das dificuldades.” (E11). As mudanças relacionadas com a profissão, condição económica, crescimento pessoal e independência foram classificadas como positivas. No entanto, a distância da família e amigos foi a mudança negativa à qual deram mais relevância.

Como foi referido anteriormente, a diferença refere-se às **expectativas não satisfeitas ou divergentes da realidade**, que levaram a pessoa a ver-se a si própria e ao mundo de forma diferente (Meleis et al., 2000). Shumacher e Meleis (1994), defendem que as expectativas são importantes para se ter noção das alterações esperadas, uma vez que representam um fenómeno subjetivo que influencia diretamente a experiência de transição. Para os participantes deste estudo, as expectativas não eram muito elevadas, por isso a diferença para a realidade acabou por não ser um grande choque ou decepção. Na sua generalidade, esperavam ter emprego, desenvolver-se a nível pessoal e profissional, o que, segundo eles, ocorreu na sua generalidade. Alguns consideraram as diferenças na prática de enfermagem e a cultura inglesa um choque, porque imaginavam uma realidade totalmente diferente daquela com que se depararam: “Não tinha nenhuma base de comparação portanto não tinha grandes expectativas (...) não sabia o que é que ia cá encontrar. (...) Sem base de comparação é difícil ter expectativas (...), nunca tinha sido enfermeira, nunca tinha vivido tanto tempo longe.” (E1), “Não foi tudo completamente novo (...) isso facilitou um bocadinho. E também tinha a experiência dela (prima) (...) é mais fácil. Tinha um bocado a noção da realidade portanto não criei grandes expectativas (...) já sabia mais ou menos aquilo que eu ia encontrar. (...) eu não sabia se ia conseguir estar longe. Como era o contrato de um ano, eu encarei como... é temporário, é só um ano, portanto, se eu não conseguir, eu venho embora. Portanto, eu não criei muitas expectativas.”

(E2), *“Ter emprego, evoluir como enfermeiro, ter dinheiro para as minhas coisas... (...) Não vim com muitas expectativas, por isso de um modo geral foram atingidas.”*(E3), *“Achava que a Enfermagem estava desenvolvida, e não estava (...) Evoluir a nível profissional. (...) Espero tornar-me uma pessoa melhor. Eu já nem sei quais eram as minhas expectativas quando vim. Já está tão deturpada a imagem. As minhas expectativas não eram muitas, era mais, quero um emprego, quero começar a trabalhar e quero ter estabilidade.”* (E4), *“Tinha a expectativa de... eu quando vim, pensava que ia ficar... não digo para sempre, mas pelo menos muito mais tempo do que planeio agora. Para mim o Reino Unido é uma passagem, um ponto de partida para procurar algo melhor. As minhas expectativas foram de certa forma cumpridas a nível de estabilidade financeira, mas mais nada. Agora tenho outros objetivos, que é ir para outro sítio, onde eu tenha estabilidade financeira mas também vida social e qualidade de vida. Que eu aqui acho que não tenho.”* (E5), *“Expectativas altas relativamente ao Sistema de Saúde inglês. Pensei que seria muito mais avançado do que é. E depois provou não ser assim tão avançado como as pessoas pensam. Foi assim como regredir um pouco. Espero, mesmo assim, evoluir a nível pessoal e profissional.”* (E7), *“As expectativas que eu tinha eram de enriquecimento profissional, pessoal, económico. E essas foram todas cumpridas. Tenho um trabalho estável num hospital do serviço nacional de saúde, onde ganho um salário que chega perfeitamente para orientar a minha vida sem ter de passar dificuldades... E a experiência em si é sempre enriquecedora a nível pessoal. Mesmo que daqui a uns tempos eu chegue à conclusão que não deu certo, e que quero voltar, acho que serviu para crescer e amadurecer.”* (E8), *“Tinha expectativas elevadas quanto à enfermagem. A Florence Nightingale era inglesa. Eu estava à espera de chegar aqui e encontrar um tipo de enfermagem “espectacular”, cuidados holísticos! Como Inglaterra é um país rico, pensei que ia encontrar tudo muito mais desenvolvido e diferente, desde material a técnicas, tudo! Um tipo de cuidado de vanguarda. E em vez disso, foi um choque! Eles estão anos-luz atrasados em relação a nós.”* (E9), *“Resumidamente, tinha a expectativa de encontrar uma sociedade mais desenvolvida, e não tem nada a ver. Mudou a minha forma de pensar...”* (E11).

Outro dos aspetos com que os enfermeiros emigrantes se depararam, e que assume grande relevância, foram as **diferenças no exercício da profissão** no país de origem e no país de acolhimento. A integração profissional, nomeadamente de enfermeiros estrangeiros, tem sido influenciada pelas *“diferentes conceções de enfermagem e quadros socioculturais da profissão”* (Peixoto, 1997, cit. por Vitorino, 2007, p.215). A diversidade na formação da Enfermagem tem sido problemática, uma vez que os enfermeiros apresentam quase sempre competências divergentes, o que torna difícil uma uniformização dos cuidados prestados.

De forma a exercer enfermagem no Reino Unido, qualquer enfermeiro estrangeiro, neste caso os portugueses, necessitam de ter um registo profissional na Ordem dos Enfermeiros inglesa – NMC (*Nursing and Midwifery Council*). No entanto, esta inscrição na Ordem não significa que as suas competências e experiência sejam automaticamente reconhecidas, o que causa insatisfação e frustração (O'Brien, 2007; Matiti e Taylor, 2005; Gerrish e Griffiths, 2004; Allan e Larsen, 2003). Segundo Matiti e Taylor (2005), antes de ocorrer um contacto direto dos enfermeiros portugueses com a Enfermagem em Inglaterra, estes pensavam que as diferenças na sua prática não seriam tão significativas. Quando confrontados com a realidade, o choque entre as duas culturas fazia com que se sentissem diminuídos e desvalorizados em relação ao seu conhecimento e valor. Verplanken (2004) explica que esta disparidade e incongruência entre as crenças e valores dos enfermeiros estrangeiros e as dos enfermeiros ingleses, é motivo de grande insatisfação no exercício da profissão. Após consultar vários estudos, percebeu-se que os enfermeiros imigrantes no Reino Unido esperavam poder exercer a sua profissão conforme o que tinham aprendido no país de origem, incluindo procedimentos técnicos básicos centrais no seu papel como enfermeiros, como por exemplo cateterizar e realizar uma colheita de sangue (Newton e Higginbotton, 2012; Nichols e Campbell, 2010; O'Brien, 2007; Gerish e Griffiths, 2004). O'Brien (2007) viu isto como uma desqualificação das competências dos enfermeiros. As funções que os enfermeiros portugueses desempenham no Reino Unido não refletem as suas qualificações nem competências adquiridas e exigidas para o desempenho da profissão em Portugal, podendo falar-se numa sobrequalificação em relação ao que é exigido ao nível da formação no país de destino. Procedimentos técnicos como os referidos anteriormente, são consideradas competências clínicas avançadas, em Inglaterra, que não correspondem ao que se é esperado num enfermeiro generalista em Portugal.

Este aspeto é de particular relevância, já que é mencionado por todos os entrevistados como um fator de frustração profissional, o que de forma inequívoca, interfere com a transição. O pormenor e importância que os participantes deste estudo atribuíram a esta subcategoria (pela extensão das respostas), é um testemunho do peso que representa na sua adaptação e, por isso mesmo, foi dividida em vários itens. A **disparidade nas competências e autonomia** entre os enfermeiros portugueses e ingleses foi um aspeto referido por mais do que um entrevistado: *“Em termos de competências estamos um pouco mais à frente (...) acho que temos mais competências para os realizar e desenvolver e a nossa Enfermagem acho que é baseada no aprender durante a escola, enquanto que eles aqui são mais aprender quando começam a trabalhar.”* (E1); *“Em Portugal, a administração de terapêutica endovenosa (...) tens autonomia para o fazer*

sozinha. Preparas a medicação e administras sozinha. Em Inglaterra não. Tu preparas, o teu colega tem que confirmar aquilo que tu preparaste, tem que assinar contigo, tem que contra assinar, e só depois é que tu podes administrar essa terapêutica. (...) para nós, puncionar, tirar sangue, pôr um cateter venoso periférico, é uma coisa que faz parte das nossas competências. Em Inglaterra é uma coisa que é muito complicada. Quando eu comecei a trabalhar no meu serviço, (...) só um enfermeiro é que fazia isso. De resto, todas as enfermeiras pediam aos médicos. Os doentes eram capazes de perder uma ou duas doses de antibióticos endovenosos, porque não havia ninguém que fosse pôr um cateter venoso periférico!" (E2); "... é tudo diferente. (...) Até as competências dos enfermeiros são diferentes. Tudo diferente na prática de enfermagem cá em Inglaterra. (...) A falta de competências dos enfermeiros no Reino Unido." (E4); " (...) em Portugal as competências estão todas misturadas e fazem parte de nós como enfermeiros, aqui toda a gente se quer livrar de tudo o que é competências (...) Não vejo empenho nas pessoas a trabalhar. (...) E é inadmissível tu dizeres em Portugal, que não queres tirar sangue a um doente ou não pôr um cateter venoso periférico porque não te sentes confiante, ou porque não me assinaram o papel das competências. Eles aqui acabam o curso e não sabem fazer absolutamente nada! Sabem ajudar o doente com a higiene, e mal, muito mal. Ou seja, não sabem sequer fazer higiene, melhor assim. É dar medicação, e mais nada. E mesmo para isso, têm de ser assinadas competências. (...) Porque um enfermeiro qualificado cá, não tem autonomia nenhuma para decidir fazer o que quer que seja." (E5); "... por exemplo, há protocolos individualizados para cada hospital. Em vez de haver um protocolo uniforme para todos os hospitais do NHS (Serviço Nacional de Saúde), não. Mudas de hospital, tudo muda. Desde protocolos, a maneiras de exercer... se mudarmos de hospital, temos de voltar à estaca zero. Não há "guidelines" nacionais! Temos de voltar a fazer todos os "study days" e "trainings" para podermos fazer colheitas de sangue ou pôr um cateter venoso periférico, ou algaliar. Coisas que em Portugal fazem parte das competências de um enfermeiro, aqui não. Mudar de hospital aqui, é como voltar a ter de fazer o curso de enfermagem. Até as fardas mudam de hospital para hospital, nunca sabemos quem é quem. Num hospital os enfermeiros andam de azul escuro, noutra hospital já andam de azul claro ou com uma farda às riscas... é uma confusão! (...) E os diferentes papéis profissionais do enfermeiro aqui e em Portugal, que não tem nada a ver. Aqui funciona tudo à base de competências. Temos de fazer os "trainings" para estarmos aptos para algaliar, ou colocar uma sonda nasogástrica, ou fazer uma colheita de sangue, ou administrar medicação endovenosa... Tanta coisa. Praticamente são precisos "trainings" para tudo, porque eles não reconhecem as nossas competências. E é um mau sistema. O que acontece muitas vezes é que há muita

gente que nem sequer quer fazer os “trainings” para não ter as competências e ter menos trabalho. Porque se não tiveres as competências assinadas, não estás autorizado a fazer nada! E se não se pode fazer nada, não se tem tanto trabalho, e empurra-se o trabalho para os outros. E no meio disto tudo, o doente é que é prejudicado porque tem que estar à espera de tudo e mais alguma coisa. E às vezes, à custa disso, lidamos com situações complicadas.” (E8).

O **pouco conhecimento científico**, a par de uma **formação deficitária** por parte dos enfermeiros ingleses, foram aspetos evocados pelos participantes do estudo: *“Não sabem o que é que são modelos teóricos... (...) os enfermeiros não sabem nada. (...) Mesmo cuidados básicos. E tu vais a outros serviços e perguntas “cenas” básicas e eles não sabem. Nem te sabem dizer o que é que é um AVC. (...) Eles não fazem ideia do que é que é a CIPE® (...) tentei explicar-lhes o que era a CIPE® e foi “a cena mais estúpida” que alguma vez tentei fazer. (...) não sabem o que são termos científicos. Uma vez (...) disse que o meu doente estava cianótico, eles não sabiam o que era. Eu costumava fazer as notas utilizando uma linguagem CIPE®, como fazíamos em Portugal, e eles não entendiam nada. Eu escrevia em inglês “Doente dependente em todos os autocuidados... Assistido com o autocuidado alimentação...” Punham-se a olhar para aquilo do tipo “o que é isto?!”. E eu dizia “então, estou a dizer o que aconteceu durante o turno” e eles respondiam “ah isso é muito complicado, não vale a pena.” (...) Nunca imaginei que a enfermagem estivesse tão atrasada aqui. Fomos tão enganados! (...) As pessoas aqui acham que vir trabalhar em enfermagem, é a mesma coisa que ir trabalhar numa fábrica. E não se empenham.”* (E4); *“A formação inglesa em enfermagem é muito básica. (...) Portanto, fazem o curso (...) e não sabem fazer absolutamente nada! (...) A nível de formação, eles não têm competências, e não querem tê-las.”* (E5); *“... a falta de formação no curso base deles. Eles acabam o curso de enfermagem sem saberem fazer nada! (...) Nem medicação oral administram! Porque o curso todo é só à base de observação. Eles acabam por não saber nada.”* (E8); *“Aqui os enfermeiros quando acabam o curso (um curso de três anos em que os estágios são só de observação) não sabem administrar medicação, não sabem auxiliar o doente com nenhum dos autocuidados, não têm bases científicas para nada... o que eu quero dizer é que se lhes perguntarmos porque é que estão a fazer alguma coisa de determinada maneira, não sabem justificar.”* (E9); *“Sabes o que eu acho? Nós quando estamos neste sistema inglês até pensamos (...) é bom! Mas quando saímos para outros países incluindo Portugal, vemos que os enfermeiros aqui em Inglaterra não sabem nadinha!”* (E10); *“Para mim, a mais significativa, a que diria que põe mais em causa a enfermagem aqui, é a ausência de pensamento crítico. A ausência de pensamento crítico aqui é... é gravíssimo. Eles seguem*

protocolos e regras (...) Por exemplo, um enfermeiro em Portugal tem a capacidade para agir de uma forma perante uma situação, perante outra situação, agir de outra forma. Eles aqui agem sempre da mesma forma. Ou seja, eles aqui não mudam o comportamento perante a adversidade. Eles aqui não têm pensamento crítico. Para mim é a grande falha deles. (...) Eu acho que tive dificuldades foi a explicar-lhes os termos técnico-científicos. Porque eu escrevia nas notas e eles não percebiam. Eu escrevia "doente apneico" e eles não sabiam. Eu escrevia "arrítmico" e eles não sabiam. Eu escrevia coisas básicas e eles não percebiam. Eu tive que me desabituar a utilizar termos técnicos. (...) é difícil adaptarmo-nos a isto." (E11).

Os entrevistados realçaram ainda que os enfermeiros ingleses, no exercício da sua profissão, revelam ter como principal preocupação **evitar serem processados**, em vez de centrar a atenção sobre o doente: "Em Portugal, eu sentia que tinha aquela responsabilidade. Não era responsabilidade para não seres processado, era a responsabilidade de aprenderes, saber fazer as coisas e querer fazer. (...) E aqui, tudo o que se faz aqui é para prevenir sermos processados. Todas as políticas aqui andam à volta de prevenir sermos processados. Até no site da NMC tem lá uma opção "how to complain about a nurse". E as pessoas não nos respeitam. E cada vez sentem mais poder. (...) Em Portugal sentia-me mais orgulhosa por ser enfermeira, do que aqui. Sentia que era mesmo aquilo que eu queria, e era minimamente respeitada. Aqui não. Acho que por ser tão complicado ser enfermeiro cá, falta alegria de trabalhar. Alegria em estar a exercer a profissão. Porque o que eu faço durante o dia é evitar ser processada ou evitar que o hospital seja processado." (E5); "(Em Inglaterra) é tudo "by the book" o que nos faz regredir e não pensamos. (...) Só têm é medo de ser processados por causa das complaints (reclamações) e nem pensam no doente, não pensam em nada! (...) Em Inglaterra os profissionais de enfermagem trabalham de forma defensiva, sem necessidade de aplicar tantos conhecimentos, num sistema onde se foge diariamente da "responsabilidade" e da "culpa". (...) Em Inglaterra o doente sofre muitas vezes em consequência de um sistema de "blame" (culpa) em que a falta de uma assinatura médica por mero lapso significa a não administração do medicamento mesmo que ele seja importante para o doente e depois diz-se "foi culpa do médico, se não estava assinado não posso administrar" sem se pensar antes nos doentes e na sua situação clínica. (...) em Portugal fazemos e tentamos o que é melhor para o doente e fazemos o doente entender isso. Mas o respeito que cá dizem ter pelo doente não é bem pelo doente. É mais não querer saber e proteger as minhas costas contra algum problema" (E10).

A **administração de terapêutica** nos hospitais em Inglaterra, foi referida como confusa, desorganizada e pouco segura: "tudo o que é preciso fazer é uma complicação...

por exemplo duas pessoas confirmarem a medicação antes de a administrar. Para mim é tudo muito complicado, porque o tempo que nós demoramos a confirmar tudo (...) com duas pessoas (...) a escrever em três ou quatro sítios diferentes... o tempo que nós passamos a fazer isso, que supostamente é para a segurança do doente, acaba por pôr em causa a segurança porque depois não temos tempo para fazer coisas básicas e importantes. Ou temos de arranjar tempo, mas depois nunca saímos a horas. Não nos pagam horas extraordinárias, etc. (...) Eles não têm o sistema unidose. Por um lado é bom porque em vez de estarem a empregar dois farmacêuticos, estão a empregar um enfermeiro. É bom para eles, mas para nós é mau porque acabamos por ter mais responsabilidade e mais trabalho. E existem estudos que comprovam que o sistema unidose tem mais ou menos 10,5% de percentagem de erro, do sistema inglês em que é tudo escrito à mão é de 86,6%. (...) Eu para mim, andar com um carrinho cheio de caixas de medicamentos sem sequer estarem organizados alfabeticamente, a tentar ver onde é que está a caixa daquele medicamento, tirar o blister da medicação, ver a data de validade de cada um, voltar a pôr a caixinha lá, depois não tenho a caixinha com o próximo medicamento, fecha o carrinho à chave, ir à procura do medicamento noutro lado, às vezes não há no stock, tenho de ir encomendar à farmácia, (...) O doente acaba por não ter a medicação durante um ou dois dias às vezes. E depois a medicação às vezes não está no carrinho, está na gaveta da mesinha de cabeceira do doente, depois a gaveta está fechada, tenho que ir pedir a chave à minha colega porque ela está não sei onde, por exemplo na casa-de-banho, e eu tenho de esperar dez minutos para ter a chave de volta para continuar a medicação. (...) É uma perda de tempo imensa! E claro, tudo escrito à mão, e quando os médicos já não querem que o doente tome aquela medicação, riscam e escrevem em baixo, e depois não se percebe a letra. Conclusão, por isso é que eles passam a vida a dar erros de medicação!” (E5).

Outra das opiniões manifestada pelos entrevistados diz respeito à desvalorização e burocratização dos **registos de Enfermagem**, não servindo adequadamente o seu propósito: *“Em relação às notas de enfermagem, temos aquela papelada, que são trinta e tal páginas que temos de escrever, e acabamos por não dizer absolutamente nada de jeito. Coisas muito básicas, que nem sequer, muitas vezes... nem dizemos aquilo que está alterado no doente (...) por não nos focarmos no doente. O sistema é só pôr assinaturas e datas. Chegamos ao final do dia, ou ao final do turno e só pôr assinaturas e datas não dá informação nenhuma relevante sobre o doente. Não escrevemos absolutamente nada do que se passou durante o turno. Se eu quiser saber o que é que se passou no turno anterior, não tenho ideia nenhuma, não tenho informação nenhuma. Não sei se o doente foi fazer uma ecografia ou um raio-X. (...) Os registos de enfermagem (...) não dão informação sobre absolutamente nada. E depois*

é assim, desperdiça-se dinheiro com papel. Sabes quanto custa cada plano de cuidados para 10 dias? Acho que são umas 14€! Por exemplo, podiam pôr uma equipa a trabalhar para informatizar aquilo. Eles têm os computadores (...), os planos de cuidados podiam estar informatizados; (...) há constantemente repetição de informação. Por exemplo agora, temos de preencher a escala de Braden para cada doente, todos os dias. Qual é a probabilidade de ter úlceras de pressão. Depois nas notas de enfermagem, voltar a escrever. Temos que escrever isso em três ou quatro sítios diferentes (...) é um desperdício de tempo e trabalho porque ninguém olha para aquilo. Não dá quase informação nenhuma sobre nada. E quando os enfermeiros especialistas vão ver o doente, pegam nas notas dos médicos, ... (...) Para que servem as notas de enfermagem? (...) Funciona mal e é papeladas, e burocracia (...) sem fim.(...) Eu faço o melhor que posso, e acho que pelo menos os portugueses fazem o melhor que podem, mas não sinto que os doentes tenham aquilo que merecem. Não são prestados bons cuidados (...), temos o monstro da burocracia. E andamos às voltas sem (...) fazer um trabalho de enfermagem em condições.” (E5); “A “cena” deles (enfermeiros ingleses) não é o doente que está em primeiro lugar, é cumprir as target (cumprir os objetivos impostos pelas chefias) em relação ao número de mortes, número de doentes com MRSA ou das quatro horas das urgências! É só números, papel e burocracia! Já para não falar do sistema com papel. (...) A necessidade de preencher muitos papéis onde muitas vezes se duplica ou triplica informação é também na minha opinião desnecessária.” (E10).

Outro pormenor mencionado pelos participantes deste estudo foi a **confidencialidade da informação clínica**: “Estão sempre com a (...) confidencialidade... Mas deixam as capas com as notas de enfermagem no fundo da cama dos doentes. Ao menos as notas médicas guardam-nas à parte. Ainda no outro dia andava à procura das notas de enfermagem e perguntei ao doente se as tinha visto. E ele “ah sim, a minha filha está a ler.” E eu disse “ah, mas isso é confidencial”, e a filha “mas eu tenho direito, é a minha mãe”. E eu mostrei-lhe a primeira página, onde está escrito confidencial. Ou seja (...) toda a gente lê aquilo! (...) Se as notas médicas estão guardadas num local próprio ao qual só os profissionais de saúde têm acesso, porque é que as notas de enfermagem não hão-de estar também protegidas? (...) As nossas notas deviam estar juntas, não deviam estar separadas. (...) É como a passagem de turno. Ninguém respeita os doentes na passagem de turno. Faz-se a passagem de turno ao pé do doente, na cabeceira da cama. Eu fiz em Portugal, nas Urgências, mas toda a gente tinha extremo cuidado, e falava-se baixo. E os doentes não se apercebiam. Supostamente fazemos a passagem de turno junto dos doentes para eles poderem colaborar e perceberem aquilo que vai acontecer, e não falar sobre ele nas costas. O problema é que as pessoas não têm conhecimentos médicos e de saúde, e às vezes ficam

assustadas com o que ouvem e com o que estamos a dizer. (...) está toda a gente na enfermaria a ouvir, e às vezes é o doente do lado a dar opinião. É como quando se dizem os diagnósticos alto (...). E às vezes, quando estão lá pessoas a visitar, nós não sabemos se é o pai, se é o primo, se é o pior inimigo que lá está. E estamos a dizer informação pessoal, informação confidencial, sem ninguém se preocupar.” (E5).

Segundo os entrevistados, não há uma definição clara dos **papéis profissionais**: “O facto de os auxiliares terem muito mais competências que era suposto serem nossas e não são, são deles.” (E4); “Às vezes o que eu sinto aqui é que somos empregados (...) Estamos ali para os servir, não é para ajudar, é para servir. (...) Eu sinto-me empregada ... e não enfermeira. Quando ... a meio da noite, um doente toca à campainha e eu vou ver o que precisa e ele ... diz “é um chá”, não é: “ não se importava de me arranjar um chá, que eu estou a sentir-me não sei quê”, mas não (...) diz “é um chá”. Fico a sentir-me mesmo mal. Eu estou ali para servir as pessoas. Não é para as ajudar, é para servir. (...) E depois, as auxiliares (...) Por exemplo, em Portugal tu tens bem definido aquilo que os auxiliares fazem, aquilo que os enfermeiros fazem, aquilo que os médicos fazem. (...) não há confusão. Tu podes assistir o doente com uma higiene mas tens ajuda de um auxiliar sempre, ou quase sempre. Raramente é um auxiliar só a assistir um doente com a higiene. Ou, por exemplo, um médico não faz uma colheita de sangue. Podiam fazer, mas é uma coisa que quem faz normalmente é o enfermeiro. Enquanto que aqui em Inglaterra, se eu por acaso tiver as competências para colher sangue, eu colho, mas se não me apetecer, posso dizer ao médico. E o médico se não lhe apetecer, pode pedir a um flebotomista, que por acaso é um auxiliar que a única coisa que sabe é espetar agulhas nas veias das pessoas. E não sabe absolutamente mais nada. Não sabe aquilo que está a fazer (...). Não sabe porquê, não sabe o que é que isso implica, não sabe os riscos, não sabe anatomia por exemplo, não sabe absolutamente nada. (...) Por exemplo, os auxiliares despejam os sacos do lixo ou os sacos de urina se tiverem tempo, se não tiverem tempo não fazem. Mas lá está, mas podem avaliar os sinais vitais. (...) muitas vezes o que eu vejo acontecer com enfermeiros ingleses é, estão (...) a despejar os sacos de urina e a levar cadeiras-sanita e aparadeiras, e os auxiliares a verem os sinais vitais!” (E5); E se tiveres a “sorte” de trabalhar com uma inglesa ou com certas pessoas, ficas com o serviço inteiro só pra ti. Porque ela estar lá ou não estar é a mesma coisa. (...) Não consigo entender muito a versão deles para enfermeiro. Enfermeiros igual a auxiliares, Enfermeiros igual a médicos, Enfermeiros igual a farmacêuticos, Enfermeiros igual a limpezas, Enfermeiros igual a cozinheiros. (E10); “Depois... acho que as barreiras (entre profissionais) não estão muito bem estabelecidas aqui (...), é mau.” (E11).

A **prestação de cuidados** aos doentes, em Inglaterra, é repartida por diferentes profissionais, sendo que cada enfermeiro se especializa apenas numa área: *“O facto de não terem uma visão holística do doente. Serem muito tarefairos. Terem os cuidados todos fracionados. Eles não são polivalentes.”* (E4); *“ ... em Portugal somos mais polivalentes. Os cuidados não são repartidos por dezenas de pessoas. Aqui são. Se o doente tem um problema com a mobilidade, tens de fazer um “referral” para o fisioterapeuta. Se ... precisa de uma sonda nasogástrica, refere-se o doente para a nutrition nurse. Se ... tem uma ferida, refere-se o doente para a tissue viability nurse. E ... anda de mão em mão (...). E também nos tira autonomia. Porque um enfermeiro qualificado cá, não tem autonomia nenhuma para decidir fazer o que quer que seja. Não tem autonomia para fazer um penso. E muitas vezes o que acontece comigo é que tenho de chamar a tissue viability nurse que vai decidir que tipo de penso é que o meu doente precisa, e eu ainda por cima não concordo com ela. (...) Aqui a enfermagem ainda é muito por tarefas, em vez de vermos a pessoa como um todo. E os enfermeiros não são completos. Os cuidados são muito compartimentados.”* (E5).

Os entrevistados referiram a inexistência de um **trabalho em equipa**, não sentindo apoio dos colegas: *“ não há trabalho de equipa (...) cada um tem o seu trabalho e tem de o fazer sozinho, sem contar com ninguém para nada. Não existe trabalho de equipa entre enfermeiros.”* (E5); *“sim, as “teams” (equipas), (...) não há espírito de equipa como se sente em Portugal.”* (E10); *“Ter uma equipa que não é criativa, que não tem pro-atividade para implementar coisas no serviço, para mim isso é bastante grave. (...) Depois, acho que não há a coisa de... de o enfermeiro sénior ensinar o enfermeiro júnior. E tentar que ele aprenda algo com ele, o que não quer dizer que o enfermeiro júnior não tenha mais conhecimento teórico, ou que seja melhor enfermeiro num sentido global, entre aspas. Em Portugal há o sentido de transmitir o conhecimento de geração em geração. Aqui não há. Aqui acho que as pessoas têm um ego tão grande, que por vezes não há comunicação entre os colegas (...) o sentido de colega aqui não existe. Para mim é gravíssimo!”* (E11).

A **obsessão pelos protocolos** é outra das situações referidas, com implicações na prestação de cuidados aos doentes: *“Os “targets” (objetivos) de quatro horas para o atendimento, diagnóstico e tratamento de um paciente que se desloca à urgência é irreal e não permite um atendimento focado no doente e no seu problema mas sim na necessidade de o mover da urgência para outro serviço ou acelerar o processo de forma menos profissional, de forma a cumprir com o protocolo. (...) Em suma, os profissionais de saúde regem-se muito por protocolos. O lado positivo: a uniformização dos cuidados. A parte negativa: a perda de cuidados holísticos e diferenciados de acordo com as necessidades de cada indivíduo.”* (E10).

2.4- Pontos e Eventos Críticos

Os pontos e eventos críticos são outra das propriedades da transição, diretamente relacionada com o aumento da sensibilização para a mudança, diferença e um envolvimento mais ativo para lidar com a experiência de transição, estando associados a acontecimentos desequilibrantes (quer no início da transição ou durante a mesma) (Meleis et al, 2000). De acordo com estudos realizados por Meleis et al. (2000), no decorrer da transição e conforme a sua natureza, surgiam momentos caracterizados por instabilidade, incerteza e rutura com a realidade, ao que ela apelidou de pontos ou eventos de viragem. Alguns exemplos de eventos relacionados com as transições são o nascimento, a morte ou o diagnóstico de uma doença, o que não implica que eles sejam sempre tão evidentes. Uma vez que estes podem interferir com o desenrolar da transição, influenciando a velocidade, consciencialização e envolvimento no processo, é necessário saber identificar e descrever cada ponto crítico, no sentido de facilitar, promover e apoiar o indivíduo, através da implementação de terapêuticas de enfermagem ajustadas.

A migração é uma transição que se prolonga no tempo e não possui eventos críticos comuns a todos os que a vivenciam. No entanto, de acordo com Meleis, existem pontos característicos vivenciados numa grande parte das situações, como por exemplo a decisão de emigrar, o percurso migratório (entrada, adaptação e *resettlement*), eventos de saúde-doença, ou uma eventual deportação (no caso dos emigrantes ilegais). À medida que o tempo passa, embora a transição migração possa parecer adormecida, há sempre a possibilidade de ser reativada por fatores internos ou externos, como a morte de um familiar, ou o diagnóstico de uma doença crónica.

Neste caso, os indivíduos referiram vários eventos como tendo sido críticos na sua experiência de migração. A **decisão de emigrar** foi um deles: “... fiquei mesmo até à última para me decidir. (...) A minha decisão foi muito ponderada.” (E1); “(...) já tinha pensado nisso antes. Mesmo durante o curso” (E7); “A decisão de emigrar não foi fácil. Eu sou muito ligada à minha família. Pensei muito no que ia acontecer, no facto de passar a estar longe de tudo e todos. Passei uns dias a chorar.” (E9);

A **distância da família e de pessoas significativas** também representou um ponto negativo: “Desvantagens, é essencialmente ... estar longe da família.” (E2); “Negativo é estar longe da minha família. (...) aqui estou fora do meu ambiente. Não tenho os meus amigos.” (E5); “Estou longe (...) não acompanho os bons momentos nem os maus. (...) Sou filha única e fico um bocado preocupada com os meus pais e avós, porque por estar longe,

não os consigo ajudar se for preciso.” (E6); “...estar afastada da minha família. Nunca estive assim tão longe! (...) Custa-me um bocado não saber o que se passa, e saber que se calhar um dia precisam de ajuda, e eu não estou lá para dar a mão. Tenho muitas saudades... muitas saudades, mesmo.” (E9);

Tal como referem Meleis et al. (2000), o **percurso migratório** foi também apresentado pelos participantes deste estudo como marcante: *“detestei o meu primeiro dia de trabalho. Cheguei a casa a chorar. (...) E detestei a prática de enfermagem, achei que eram extremamente insensíveis e frios e... não sei, detestei aquilo ao início. (...) O primeiro mês foi extremamente complicado, porque eu estava muito tempo sozinha, num país em que eu não conhecia ninguém, numa casa que eu odiei.” (E2); “A despedida é sempre muito má. Por muito que tu queiras vir, e nós queríamos muito vir e tínhamos muito apoio em Inglaterra. (...) mas mesmo assim é sempre complicado.” (E4); “É muito caro começar, mesmo muito caro começar. E temos retorno, mas o retorno é lento. (...) foi difícil a inscrição na Ordem, cá. A minha inscrição na nossa Ordem foi (...) fácil, contrariamente à inscrição na de cá, por causa das burocracias todas. (...) O chegar cá, foi difícil. Eu estava muito nervosa, muito ansiosa. Não com o facto de vir para um país estrangeiro, mais com o começar a trabalhar num país estrangeiro. Foi assustador. E o facto de não poder escolher a área onde eu queria trabalhar. Quando eu soube que ia para Oncologia... Eu não queria trabalhar em Oncologia ... eu fiquei péssima. E foi muito mau. (...) Todo o stress de arranjar casa, e ... é caro, é tudo caro. Foi difícil.” (E5); “O mais difícil foi, se calhar, o primeiro mês de trabalho, a integração no trabalho.” (E7); “Os três primeiros meses de adaptação foram bastante difíceis... Foi um choque ... é um país muito diferente de Portugal. Em tudo! Na alimentação, no clima, na cultura... a integração no serviço foi complicada porque ... a enfermagem é completamente diferente e tive que reaprender a ser o esperado enfermeiro inglês, mas numa versão melhorada porque nós sabemos mais e vimos mais preparados.” (E8); “Os primeiros seis meses foram muito complicados. (...) É o choque inicial! Sempre que ia a casa (...) chegava a meio das férias e o facto de saber que tinha que voltar, ficava logo angustiada. E no dia de apanhar o avião, fartava-me de chorar.” (E9); “O momento mais difícil está a ser agora, quando se atingem os dois anos (...) acho que é quando nos perguntamos tudo e mais alguma coisa. Se vale a pena, se não vale. Acho que é agora que nos começamos a perguntar... é aquele ponto em que... ou ficamos ou vamos. (...) Não vou para Portugal para estar em casa dos meus pais sentado, porque isso até me faz mais infeliz. (...) acho que quem tem namorada aqui (e eu não tenho), acho que ajuda. Acho que faz toda a diferença. Isso faz toda a diferença.” (E11).*

Embora todos já tivessem tido formação em inglês ao longo do percurso escolar, a **adaptação ao novo idioma** falado e escrito foi um dos pontos apontados como críticos: “Ao início, a barreira linguística. (...) Tive dificuldade em me habituar a falar inglês todos os dias. (...) é totalmente diferente quando estás perante a realidade ... tens que falar inglês e estás a ouvir inglês a toda a hora ... ao início, pensava em português e traduzia para inglês ... sentia que isso era uma grande dificuldade, era uma barreira ... com o passar do tempo, eu comecei a pensar as coisas em inglês em vez de português (...) e sinto que me facilita muito mais a linguagem.” (E2); “Ao início, o mais complicado ... foi não ter o domínio tão bom na língua inglesa ... não dominar a língua completamente.” (E3); “(...) tinha muitos anos de inglês, mas isso não me valeu de muito. Vale de muito para fazer com que o teu nível de inglês, depois de algum tempo, seja bom. (...) o facto de teres estudado durante muitos anos inglês, agora passado um ou dois meses, recordas-te de tudo outra vez.” (E4); “A língua, no início também não é fácil... Nem sempre percebemos o que eles dizem porque falam muito depressa e porque a pronúncia britânica é muito fechada. Mas o pior no início nem é percebê-los, é falar. Porque não vimos de Portugal com prática a falar, só aqui é que começamos a treinar.” (E8); “(...) É uma grande coisa termos formação em inglês na escola desde pequenitos, ajuda muito. Podemos não saber falar muito bem, mas conseguimos entendê-los. E depois com a prática, habituamo-nos a falar num instante.” (E9).

Foram considerados **eventos de saúde-doença**, situações que prejudicaram os indivíduos quer a nível do bem-estar físico como psicológico: “Talvez me sentisse bastante deprimida no início, e foi muito complicado. O primeiro mês que lá estive, chorava todos os dias ... depois fui-me habituando.” (E2); “ noto que como menos e perdi peso. Provavelmente por causa do stress no trabalho. Quando tenho intervalos, costumo ir fumar.” (E3); “Só se for stress. Mas sim, noto que a nível do meu sistema imunitário, estou pior desde que vim para cá. A nível de humor, sinto variações de humor que não sentia em Portugal. Não digo que estou deprimida, mas é um pouco isso. (...) E a nível de saúde, estou pior. Tenho queda de cabelo. Hm... Pele está pior, noto diferença. Noto que não sou tão saudável como era em Portugal. Tenho mais tendência para ficar com problemas gastrointestinais, constipações, gripes... e acho que está tudo relacionado, não só com o estar cá, mas também com o stress e com os turnos.” (E5).

3 - Condições Facilitadoras e Inibidoras

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Condições Facilitadoras e Inibidoras	Significados	Ter que emigrar
		Ser emigrante
	Atitudes e Crenças Culturais	O Reino Unido como país que oferece melhores condições de vida
	Estatuto socioeconómico	Grau de instrução
		Salário
		Ocupação profissional
	Nível de conhecimento/preparação	Conhecer a cidade e o país de destino
		Visitas frequentes ao país de origem
	Condições da Comunidade	Acesso a informação importante
		Nível de aconselhamento
		Recursos disponíveis
		Resposta apropriada às dúvidas e necessidades
		Organização do Serviço
		Apoio inapropriado na adaptação/integração aos serviços de Enfermagem
		Comportamentos discriminatórios e racistas
	Suporte	Suporte familiar e de pessoas significativas
Separação da família		

TABELA 4: Condições Facilitadoras e Inibidoras da Transição nos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido

A migração faz parte de um complexo contexto pessoal, social e comunitário. Está envolta numa nuvem de significados pessoais, motivos, expectativas e conhecimentos e é influenciada pelo nível de preparação pré-migração e pela rede de suporte disponível após a chegada ao novo país. Cada pessoa atribui um significado às situações que vivencia, de acordo com aquilo em que acredita, com os valores e os desejos pessoais, ou seja, as crenças culturais e atitudes, o que representa grande impacto na transição migração por serem condições que podem, por sua vez, inibir ou facilitar o processo e os padrões de resposta dos indivíduos (Meleis et al., 2000). No sentido de compreender melhor as experiências dos participantes do estudo, ao longo da transição, é necessário identificar as

condições pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, estatuto socioeconómico, nível de preparação e nível de conhecimento/habilidade), da comunidade e da sociedade (suporte familiar, informação relevante disponível, aconselhamento, suporte na tomada de decisão, resposta apropriada às dúvidas e necessidades), que podem interferir numa transição saudável.

3.1- Significados

Conhecer os significados atribuídos aos fenómenos na migração, é essencial para perceber melhor os sentimentos, ideias e comportamentos dos indivíduos ao longo deste processo, no sentido de promover uma transição mais saudável. Os significados são uma apreciação pessoal das vivências de transição e da realidade que o rodeia, sendo que podem ser vistos como positivos, neutros ou negativos (Schumacher e Meleis, 1994 cit. por Meleis, 2010). Partindo dos significados construídos, as pessoas podem ou não alterar a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que a envolve. Assim sendo, e de acordo com a maneira como os significados são atribuídos, estes podem ser facilitadores ou inibidores da transição.

Neste estudo, os participantes atribuíram um **significado positivo** ao facto de terem que emigrar. Embora os motivos que os tivessem levado a tomar essa decisão se prendessem com a falta de emprego e a não perspectiva de um futuro melhor em Portugal, ter que emigrar foi visto como uma necessidade, uma oportunidade de evolução na carreira e de crescimento pessoal: *“Ter emprego e evoluir na carreira, passar a ser independente.”* (E2); *“Foi a decisão de procurar ter uma vida melhor ... ter qualidade de vida e ser independente.”* (E3); *“Ter um emprego seguro, receber um bom ordenado, construir a minha vida,(...)”* (E4); *“Foi uma necessidade.”* (E5); *“Ter uma vida estabilizada. Ter uma casa. Poder dar início a uma nova família, mas ao mesmo tempo estar longe do outro lado da família.”* (E6); *“Eu tentei encarar a emigração quase como um Erasmus prolongado. Tinha de sair do país porque em casa não me ofereciam quaisquer perspectivas de futuro, por isso, por que não tentar outro país? Depois, pensei que seria uma situação temporária. Se as coisas mudarem em Portugal ou se eu não me adaptar, volto para casa (...) Agora... emigrar significou admitir que não tinha futuro em Portugal, ganhar coragem e procurar melhores condições noutra país. Significou sair para fora da zona de conforto e lançar-me à aventura...”* (E9); *“Significou crescimento pessoal.”* (E10).

Ser emigrante, pelo contrário, tem uma **conotação negativa ou neutra**, pois no país de origem esta palavra é vulgarmente associada a pessoas com baixos níveis de escolaridade, sem formação e de estatuto social inferior: *“Ser emigrante significa, infelizmente, estar longe de tudo e de todos aqueles que gostamos, simplesmente para poderes fazer a profissão que gostas também, e para que possas ter uma vida decente que não ias conseguir ter no teu país de origem, infelizmente.”* (E1); *“Sinceramente, não tem significado nenhum. Há muita gente que diz “ah, os emigrantes, os emigrantes...” Para mim, o ser emigrante foi uma necessidade. Tudo bem, sou emigrante. Não deixo de ser portuguesa. Não sou inglesa, mas... não me diz nada. Estou a fazer aquilo que eu gosto. Estou longe, sim. Mas é uma opção. Não me sinto nem mais nem menos que os outros. Sinto-me exatamente a mesma pessoa. Trabalho longe mas faço aquilo que gosto.”* (E2); *“É igual, não me diz nada. Por exemplo, se emigrasse para França, sentia-me mais emigrante do que me sinto atualmente. Sinto-me um cidadão português que trabalha apenas noutra país.”* (E3); *“(...) Detesto essa palavra. Detesto que me chamem emigrante (!) Não gosto da palavra porque a relacionamos normalmente com aqueles emigrantes de há uns tempos atrás (...) que estavam fora o ano todo e depois iam para Portugal para as festinhas dos santos, e falavam metade em português, metade noutra língua (...). Agora já se fala na nova emigração, nos novos emigrantes. (...) Não gosto é da palavra emigrante. Pela conotação que lhe damos. Mas como emigrante não me sinto nada mal ... tenho dinheiro para ir a Portugal e gastar no que quero.”* (E4); *“Ser emigrante é uma necessidade ... eu sei que sou uma emigrante por necessidade ... porque não há oportunidades (...) sinto frustração por o meu país não ter as condições para me apoiar, para me dar aquilo para o qual me formou. (...)”* (E5); *“Não acho que agora tenha uma conotação negativa. Mas há aquelas pessoas em Portugal que continuam a “mandar aquelas bocas”: “Ah, tu agora tu é que estás bem!”. Mas não é conotação negativa, é inveja. Não fazem ideia do que uma pessoa passa para vir para cá. E “mandam aquelas bocas”: “Ah, agora é fácil. Antigamente é que era mau. Agora não custa nada”. Porque eles acham que aqui ganhamos “balúrdios”, e não é bem assim! Têm ideia que vamos ali à High Street, abanamos uma árvore e o dinheiro cai.”* (E7); *“Ser emigrante já não tem a conotação negativa que tinha... Hoje em dia ... somos tratados de forma muito diferente. Os emigrantes de antigamente eram diferentes também. Vinham uma vez por ano a casa, começavam a falar metade em português, metade francês ou outra língua qualquer, vestiam umas roupas meio esquisitas e voltavam para casa com altos carros, caríssimos, de luxo. O que é que nós somos agora? Completamente o oposto, acho eu. Saímos do país com outros horizontes e muito mais bem preparados para o que vamos encontrar. Vamos a casa mais frequentemente, de dois em*

dois ou de três em três meses. Continuamos a usar as mesmas roupas. Vamos a casa de avião, ninguém aparece ao volante de nenhum Porsche. Visitamos a família, continuamos a sair com os amigos que ficaram em Portugal (embora se comece a notar diferença na mentalidade dos que saíram e dos que nunca saíram do país). (...) Por isso, resumindo, ser emigrante para mim significa trabalhar noutro país e estar distante da família. Eu nem me lembro que sou emigrante. Nem me lembro dessa palavra. Continuo a sentir-me uma cidadã portuguesa. (...) Simplesmente trabalho num país diferente. E vou aproveitá-lo ao máximo enquanto aqui estiver. Quando achar que é hora de regressar, regresso.” (E9).

3.2- Atitudes e Crenças Culturais

As atitudes e crenças culturais podem facilitar ou inibir as transições. São noções e significados que o indivíduo atribui ao mundo e a tudo o que o rodeia, e resulta na forma como este interpreta, direciona e prioriza as suas ações (Machado e Koelln, 2008). Derivam da educação, da cultura, do ambiente, das experiências de vida e de pessoas consideradas como uma referência. Consequentemente, as crenças influenciam o modo como o indivíduo lida com a transição e se adapta à nova condição.

Alguns entrevistados escolheram o Reino Unido como país de destino por estarem convictos de que lhes ofereceria **melhores condições de vida**, embora não tenham intenção de lá permanecer: *“É um país de oportunidades.” (E2); (O Reino Unido é um bom país para começar uma nova vida) “Acho que sim, aconselho.” (E4); “Para começar. A meu ver (o Reino Unido) é bom para começar, mas a longo prazo não.” (E5); (Acho que o Reino Unido) “oferece muito boas oportunidades.” (E7).*

Um dos participantes deste estudo referiu que o que indiretamente o obrigou a emigrar foi a aceitação incondicional intrínseca na cultura portuguesa, que se sujeita a qualquer situação: *“E acho que, também, principalmente por pessoas aceitarem este tipo de trabalhos é que eu tive que emigrar, e a maior parte das pessoas tem que emigrar. Porque as pessoas não dignificam a profissão. Não dignificam minimamente. Se toda a gente disser não, as coisas mudam. Que é o que os ingleses fazem. Os ingleses não se sujeitam a um trabalho de 600€. Eles não se sujeitam a isso. Eles sabem as competências que têm... e mesmo assim somos uma classe mal paga em Inglaterra.” (E2).*

3.3- Estatuto Socioeconómico

O estatuto socioeconómico pode condicionar o desenrolar do processo de transição, representando um fator facilitador ou inibidor, pois uma pessoa com um estatuto desfavorecido está mais propensa a sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (Meleis et al., 2000). Dependendo do estatuto socioeconómico do indivíduo, este poderá ou não ter acesso facilitado a recursos e comodidades. Existem três indicadores deste estatuto: o nível dos rendimentos, a ocupação profissional e o grau de instrução (Cardoso, 2006).

Neste estudo, o **grau de instrução** dos participantes é o mesmo, todos concluíram a Licenciatura em Enfermagem, parando nesta etapa o seu percurso académico.

O **salário** auferido ao fim do mês, na perspetiva dos indivíduos entrevistados, é suficiente para garantir um nível de vida superior ao que teriam no seu país de origem. Contudo, entendem que o trabalho desenvolvido não se reflete na remuneração atribuída: *“Chega e sobra. Também porque vivo com o meu namorado, são dois ordenados. É diferente, se calhar. Como fazemos a vida em comum (...) torna-se diferente. Também agora estou a ganhar mais do que no início. Alugámos uma casa, estamos a mobilar a casa, as viagens para Portugal, tudo isso pesa e mesmo assim conseguimos poupar algum dinheiro.”* (E2); *“Sim, é suficiente. Mas se virmos bem, para o trabalho que fazemos e desenvolvemos, e comparando com o que outras profissões recebem, não é suficiente. Devíamos receber mais! (...) Mas relativamente à situação económica de Portugal, de facto ganha-se bastante bem, é superior.”* (E3); *“É, é suficiente. Uma pessoa quer sempre mais, mas é suficiente. Se compararmos com outras profissões em Inglaterra, é mal pago e é... como é que hei-de dizer... desvalorizado.”* (E4); (se o ordenado é suficiente) *“Não. É assim, hm... é difícil. Em Portugal seria impossível, mas mesmo assim, aqui é difícil. É possível, mas tem de haver contenção. E acho que comparado com outras profissões aqui no Reino Unido, somos muito mal pagos. (...) É suficiente para ter uma vida razoável, mas tem de ser com contenção.”* (E5); *“Sim, é suficiente. Para o nosso estilo de vida é suficiente. Se calhar para a responsabilidade que tens e em comparação com outras profissões, não. Mas para tu viveres no dia a dia, é suficiente. Se calhar se eu vivesse sozinha, o ordenado não chegava. Mas como eu vivo com o meu namorado e partilhamos as contas e as despesas todas, já acho que é suficiente. Se calhar é por isso. (...)”* (E6); *“Sim (é suficiente), mas considerando o trabalho que realizamos e a pressão a que estamos expostos não acho que seja justo, comparativamente com outras profissões.”* (E10).

Em termos de **ocupação profissional**, todos estão empregados num hospital, com contrato permanente e com segurança e estabilidade a nível económico: *“O contrato (de*

trabalho) foi permanente, portanto ofereceram-me segurança.” (E1); “O meu contrato não oferecia segurança. Quando me contrataram, eu fui com o contrato de um ano para cobrir uma licença de maternidade. Portanto eu já sabia que no final daquele ano ... tinha duas possibilidades: ou elas me mantinham o contrato e passava a permanente, ou tinha possibilidades de arranjar outro trabalho noutra sítio.” (E2); “Contrato permanente, full time.” (E4); “Quando vim, o meu contrato era de um ano, porque eu não fui contratada diretamente pelo hospital. Mas entretanto o hospital ofereceu-me um contrato permanente (...) Mas mesmo o primeiro contrato oferecia-me segurança a nível profissional.” (E6); “Contrato permanente, oferecia segurança a nível de trabalho.” (E7); “Eu vim para cá através de uma empresa de recrutamento. (...) O contrato era permanente e oferecia segurança a nível de trabalho.” (E8).

3.4- Nível de Conhecimento/Preparação

A rutura com as rotinas diárias e hábitos anteriores à migração obriga a uma reformulação da identidade, o que representa um elemento crítico para o indivíduo. A preparação e conhecimento prévios sobre o que esperar durante a transição, leva à implementação de estratégias para melhor gerir a situação, contribuindo desta forma, para uma transição saudável. Pelo contrário, a falta de conhecimentos representa um fator inibidor. No caso da transição migração, não haver uma preparação prévia e conhecimento sobre o país de destino pode levar a um choque cultural, com consequências tanto a nível físico como psicológico (Meleis et al., 2000).

Os participantes deste estudo consideraram que o facto de já **conhecerem a cidade e o país** para onde iam, facilitou a adaptação: *“O facto de já conhecer a cidade. Porque antes de me mudar para lá, já tinha ido a uma entrevista e tinha conhecido a cidade e tinha gostado. (...) Por ser próximo do aeroporto e próximo de Londres. (...) Porque é mais fácil quando tu escolhes o sítio do que quando te é imposto. Portanto a adaptação é mais fácil...” (E2); “Antes de ir à entrevista já tinha ido à cidade duas vezes e gostei muito.” (E3); “O facto de a minha família já ter emigrado, já sabia mais ou menos que não era fácil. (...) já tinha arranjado as minhas estratégias de coping. (...) Ajudou-me o facto de ter feito Erasmus.” (E5).*

As estratégias adotadas para lidar com a mudança foram as **visitas frequentes ao país de origem**. Meleis et al. (2000) concluíram que as visitas recorrentes ao país de origem representavam uma forma de confrontar o passado e facilitar a aceitação da nova vida no país de destino: (Visito Portugal) *“Quase todos os meses. Mais ou menos uma vez por mês, ou de mês e meio em mês e meio. O máximo que fiquei fora de Portugal foram dois meses, nunca mais do que isso.”* (E2); *“Se calhar no início, visitava (Portugal) mais de dois em dois meses. Agora, para aí de três em três meses.”* (E6); *“Na verdade, antigamente era muito pior, os emigrantes só iam a casa uma vez por ano. Ao menos nós conseguimos ir de dois em dois meses ou de três em três meses (...) Eu não conseguia estar um ano longe da minha família. Por isso tento pensar que até tenho sorte.”* (E9).

3.5- Condições da Comunidade

Relativamente às condições da comunidade, para ocorrer uma transição saudável, é imprescindível que os recursos estejam bem organizados, disponíveis e acessíveis a todos. Um fator que influencia diretamente a transição migração é a existência de sistemas estruturados de suporte aos imigrantes, no país de destino (por exemplo alojamento, transporte, serviços judiciais, polícia, entre outros) e acesso apropriado à saúde, educação, aos serviços sociais e legais. O nível de conhecimento dos emigrantes assume também particular relevância para melhor compreender a complexa rede social do novo país, que envolve a língua, cultura, economia, sociedade e barreiras legais (Meleis et al., 2000). O suporte familiar, a informação disponível e acessível, a existência de aconselhamento e suporte na tomada de decisão, assim como o esclarecimento de dúvidas e encaminhamento para os recursos disponíveis, são exemplos de condições facilitadoras da transição. Pelo contrário, os estigmas, discriminação, políticas de marginalização e atitudes negativas e hostis em relação aos imigrantes, não só dificulta uma transição saudável como pode mesmo chegar a impedi-la (Meleis et al., 2000).

Os indivíduos entrevistados neste estudo consideraram que tiveram **acesso a informação importante** que lhes facilitou o processo de transição: *“Aqueles portugueses que vêm através de empresas de recrutamento (...), já vêm com contrato com o hospital, muitos têm o primeiro mês de alojamento grátis. Não precisam de se deslocar a Inglaterra para irem à entrevista porque fazem-nas em Portugal.”* (E2); *“Eu acho que aquelas*

empresas de recrutamento que existem, (...) ajudam bastante. (...) Basicamente não temos de tratar de nada em termos legais. Quando assinamos contrato com o hospital, eles tratam de tudo. Nós só precisamos de nos inscrever na NMC.” (E3); “O facto de ter vindo com uma Agência de Recrutamento, facilitou. Vim com um emprego, vim com uma casa alugada... Já tinha quarto, já tinha tudo. Não tive de procurar nada ... o hospital tem residência e nós ficámos lá primeiro (...). Fomos bastante suportados.” (E11).

A nível de **aconselhamento**, as opiniões divergiram. Alguns sentiram-se bem orientados: *“Neste (serviço) tenho mais suporte. Eles ajudam bastante ... conseguem ter mais paciência para explicar as coisas (...) Foram sempre bastante recetivos. Sempre perceberam que éramos pessoas de fora e tínhamos dificuldades e sempre nos ajudaram. Foi um apoio mais informal do que formal. Dão-nos apoio se tivermos dúvidas.” (E3);* outros manifestaram exatamente o contrário: *“Nenhum inglês me explicou.” (E1); “Mas eles sabem que nós nos desenrascamos, portanto não querem saber.” (E4); “Não houve interesse a nível de chefias (..), nem de colegas, nem de ninguém. Muitos colegas olhavam para mim de lado. Houve colegas que me fizeram bullying, mas bullying mesmo. (...) E essas colegas em vez de me ajudarem, estavam à minha frente a fazer caretas. E isso foi muito mau. Não tivemos ajuda nem apoio de ninguém, e éramos um fardo.” (E5); “Devíamos ter outro tipo de apoio e acompanhamento que não temos... nem acompanhamento nem grande preocupação em saber se estamos bem integrados e adaptados.” (E8).*

Muitos manifestaram haver um vasto leque de **recursos disponíveis** no país de destino: *“A assistência (de saúde) que me deram até agora foi boa... Tem prós e contras. Eu pessoalmente não tenho razões de queixa. E o facto de não pagares o Sistema Nacional de Saúde aqui, é uma mais-valia.” (E1); “(Viver no Reino Unido tem) vantagens, para mim, eu posso ter uma carreira. Ganho muito melhor do que alguma vez ganharia lá (em Portugal). Consegui progredir mais num ano e meio do que se calhar em dez anos lá, ou mais.” (E2); “Mas tem outras vantagens que, pronto dependendo dos hobbies de cada um,(...) em relação a tecnologias, em Inglaterra é mais barato do que em Portugal e consigo ter acesso a essas coisas por um preço mais acessível do que em Portugal.” (E3); “Aqui no Reino Unido, há progressão na carreira. E tens a possibilidade de, se não estás contente, vamos embora para outro hospital, para outra cidade. (...) Vantagens, acho que o facto de terem um Sistema de Saúde gratuito é muito bom. (...) A parte má é que o privado cá em Inglaterra está fora do alcance das pessoas, porque é mesmo muito caro. (...) Desvantagem, no caso das casas que são super caras...” (E4); “Viver aqui, principalmente como enfermeiro, tem a vantagem a nível da reforma.(...) A nível social é bom porque tens acesso à saúde sem ter de pagar. A nível de segurança, é bom. Não é 100%, mas é bom. Há mais estabilidade a nível financeiro e a nível*

de Segurança Social. Há mais segurança a nível de emprego, dificilmente mandam alguém para a rua. É mais fácil aqui fazer um projeto a longo prazo.” (E5).

As **dúvidas e necessidades foram esclarecidas e colmatadas** não por ingleses, mas pelos outros enfermeiros portugueses emigrantes no Reino Unido, que detinham mais conhecimento acerca do novo país, da cultura e da sociedade: *“Os meus colegas portugueses que já cá estavam antes (...), eles é que me orientaram. Basicamente iam passando a mensagem do que é que precisas de fazer (...), National Insurance Number (Número de Segurança Social), aquelas coisas todas, que tu basicamente não sabes muito bem o que é que tens de fazer.”* (E1). Alguns relataram que tiveram apoio nos serviços de enfermagem onde trabalhavam: *“Acho que a minha chefe é extremamente justa (...) entras facilmente em acordo com ela relativamente a férias ou a folgas, por exemplo, ela ajuda-te nesse sentido. Para vir a Portugal, às vezes, eu pedia-lhe. Precisava destes dias (...) e ela sempre facilitou isso. (...) deram-me os dias. Mesmo depois do horário já ter sido aprovado.”* (E2). Outros relataram ainda que deveria ter havido mais apoio por parte da comunidade inglesa a nível de alojamento e acomodação: *“Acho que devia haver apoio com a acomodação, já virmos para cá com sítio para ficar (quarto ou apartamento). E recebermos um incentivo, tipo 700€, porque nós no primeiro mês temos que sobreviver com o nosso próprio dinheiro, ainda não recebemos ordenado. E é tudo muito caro. (...)”* (E7); *“A cultura deles não é muito fácil para uma pessoa se adaptar. Porque eles não oferecem grande ajuda. Tivemos que reaprender a viver. Aprender tudo sozinhos, a legislação, o que é que é preciso tratar para se alugar uma casa, abrir uma conta no banco, entre outras coisas. Lembro-me que foi complicado alugar uma casa e abrir uma conta no banco. Porque para alugarmos casa, exigiam-nos uma conta no banco. E no banco, para abirmos uma conta, exigiam-nos uma morada. Foi complicado. Depois uma senhora lá cedeu, e conseguimos alugar um apartamento. Se não, não sei como é que dávamos a volta. Era um ciclo vicioso. Apesar de ... certa maneira termos a vida facilitada porque quando vimos, já vimos com contrato no hospital e isso oferece-nos outra segurança, tudo o resto temos de tratar sozinhos. E é complicado.”* (E9).

A **organização do serviço** também mereceu algumas críticas por um dos entrevistados, apresentando como razões o não terem em conta os limites físicos e psicológicos no exercício das suas funções, referindo ausência de apoio em caso de doença: *“Eles aqui não sabem fazer horários e não têm consideração pelas pessoas. Esquecem-se que somos humanos a cuidar de humanos. (...) Não importa se tens dores ou estás cansada, tens que andar, e fazer dez turnos seguidos. E mais sete turnos seguidos, como eu vou fazer esta semana. Aqui ser enfermeiro não é um trabalho que tu fazes com gosto para teres*

rendimento para a tua vida. Não, é a tua vida, é a missão na tua vida. E ninguém se importa com a tua saúde. Podes estar doente que ninguém quer saber. Só não podes estar com diarreia porque os doentes podem processar-te porque tu lhes pegaste diarreia. Mas se estiveres com dores, por qualquer outra razão, tens que ir trabalhar. A chefe telefona-nos para casa a mandar-nos trabalhar! Ninguém te respeita nesse sentido.” (E5).

Os enfermeiros portugueses referiram também que não sentiram um apoio ajustado na **adaptação/integração nos serviços de enfermagem** onde trabalhavam: *“Tempo de integração “Um mês. Quinze dias de indução, em que tenho os study days e essas coisas. Depois tive mais quinze dias como supranumerária, em que tinha que acompanhar uma enfermeira do serviço para aprender as rotinas e integrar-me na enfermagem inglesa. (...) Acho que não foi suficiente. Não pelo tempo, mas pela qualidade do tempo.” (E2); “Em MOPRS (serviço de Medicina) onde comecei a trabalhar, era suposto ter um mês (de integração), mas só tive uma semana. À segunda semana fiquei sozinha com catorze doentes. (...) Não, não foi (suficiente).” (E4); “Supostamente devíamos ter tido quatro semanas (de integração no serviço). Mas na verdade tivemos uma semana de integração, em que ia ser supranumerária (acompanhar um enfermeiro do serviço), em que ia aprender as regras, as dinâmicas, esclarecer o que é que eu podia fazer e não podia fazer, inteirar-me dos protocolos, conhecer os doentes. Mas (...) aquilo que eu fiz durante essa semana foi andar a avaliar sinais vitais e trabalho de auxiliar. Não fiz mais nada. Até que chegaram um dia e me disseram: hoje ficas sozinha. E pronto, “desenrasca-te” basicamente. Supostamente devia ter tido um “buddy”, alguém a quem eu pudesse recorrer se tivesse alguma dúvida, tipo um orientador (...) responsável pela minha integração, e não tive nada disso. Todo o protocolo de integração, eu não tive. Eu não tive suporte na integração. (...) Até hoje não tive ninguém da chefia, para além dos meus colegas portugueses que já trabalhavam no serviço, a perguntar-me como é que tinha sido a minha adaptação e se eu precisava de alguma coisa. Ninguém, a não ser os portugueses, ninguém nunca me perguntou isso. No fundo tudo o que eu sei hoje, e a minha adaptação deve-se a mim e a alguns colegas portugueses, que já trabalhavam no serviço que me foram explicando algumas coisas. (...) E isto é muito complexo a nível de altas e tudo, têm um sistema completamente diferente de Portugal, muito complexo, e não nos foi explicado. Não foi suficiente nem o tempo nem a qualidade da integração.” (E5); “Não, acho que não. Ortopedia é um serviço com muitas especificidades, e há muita coisa para aprender. Ainda por cima num país diferente, numa língua diferente, em que tudo é diferente... Duas semanas não foram suficientes.” (E8).*

Por fim, a maior parte dos participantes deste estudo sentiu-se alvo de **comportamentos considerados discriminatórios e racistas**: “Há uma colega minha que também é portuguesa e trabalha comigo, houve um doente que lhe disse que ela devia era voltar para a terra dela. Nunca teve esse tipo de comportamento comigo. Normalmente é porque as pessoas acham que eu sou escocesa. Ou irlandesa (...)” (E2); “Há muitos conflitos culturais. Muitos. Muito racismo. Só que é escondido. Tu quando tens outros países, França e assim, também são (...) racistas mas eles dizem-te na cara que não gostam de ti. Aqui em Inglaterra, não. (...) Sim, já fui (alvo de comportamentos xenófobos). Por doentes, no serviço onde trabalhava antes. E por colegas de trabalho também. (...) Mas por doentes, essencialmente. Uma disse-me que Inglaterra estava a ser invadida por estrangeiros e que estavam a contaminá-los.” (E4); “No acesso à formação, por exemplo, favorecem os ingleses. Aquilo que eu noto é que há uma barreira no acesso a certas coisas nos bancos, ou nos seguros, tudo isso por eu não ser britânica e não ter um nome inglês. Não ter um apelido inglês. No hospital, são raros os enfermeiros que não são ingleses e evoluíram para band 6 ou band 7. E sempre que estou com ingleses, continuo com aquela sensação do “não és daqui, não pertences aqui”.” (E5); “Senti que me desrespeitaram como pessoa e como enfermeira. Puseram-me de parte e trataram-me como se não soubesse nada do que estava a fazer.” (E6); “Aqui há muito racismo, e temos que aprender a proteger-nos para não sofrermos. (...) No meu serviço, por exemplo, nota-se muito a diferença de tratamento entre os ingleses e os enfermeiros de outros países. Eles favorecem os ingleses em tudo o que podem, e despacham para nós aquilo que não querem fazer. Nunca me disseram que não gostam de mim diretamente. Mas às vezes sente-se isso, sente-se hostilidade e desprezo. E já fui alvo de bullying, por uma colega minha, que estava constantemente a tratar-me mal e a ser desagradável comigo, mesmo na frente dos doentes.” (E9); “(..) Vês (...) racismo. (...) As sisters são todas inglesas. As filipinas que sabem muito mais não passam de staff nurse (enfermeiro generalista). (...) Os filipinos são bons enfermeiros e sabem o que estão a fazer. Pelo menos pela minha experiência! (...) Alguma exclusão/xenofobia que senti no início. (...) Senti que fui alvo de comportamento discriminatório. Não foi nada de muito direto, mas tu sentes sempre aquela sublime diferença. Em Londres não se sentia tanto.” (E10); “(...) Acho que até hoje nunca tinha experienciado, nunca tinha vivido, nem tinha visto isso (racismo) até ter chegado aqui. E o mais grave, sou-te sincero, não são as palavras, porque eles (ingleses) são racistas politicamente corretos. O mais grave é a linguagem não-verbal. (...) Assim como eles (ingleses) têm dois ou três pontos na personalidade que... é padrão. Eles são racistas, eles têm um ego de que eles é que são bons ... e esse ego e esse racismo, torna muito difícil a vida do estrangeiro aqui.” (E11).

Tal como outros fatores, o clima pode exercer influência na adaptação ao novo país. Neste estudo, os emigrantes referiram que a falta de sol, a chuva frequente e os dias curtos em termos de luminosidade interferiam com o seu estado de humor: *“Em termos de clima, prefiro claro, Portugal.”* (E1); *“Desvantagens (...) o tempo. Embora eu esteja numa cidade que tem luz, e onde chove pouco, também fica noite às 16h30.”* (E2); *“Clima... (...) claro, sente-se a diferença. Quando se vive num país com um clima como o português, ir para um país tão frio onde neva bastantes vezes, é complicado. Mas é uma questão de hábito.”* (E3); *“Faz-me diferença o clima. (...) a falta do sol, calorzinho. Aqui está sempre a chover, é um bocadinho depressivo, o tempo.”* (E5); *E o tempo, também não ajuda (...) No Inverno, as horas de sol são muito poucas.”* (E6); *“O clima... nunca está muito calor e chove muito. Mas o que me incomoda mais é quase não ver o sol. (...) notamos a diferença. Porque é uma coisa que interfere mesmo com o nosso estado de humor.”* (E8); *“Nunca pensei que ia sentir tanto a falta do sol. Há dias em que ando mesmo deprimida (...) Há dias em que se fazem as quatro estações num dia só!”* (E9); *“ O tempo altera o teu humor, claramente. (...)”* (E11).

Qualquer pessoa que emigra, independentemente do motivo, deixa a sua cultura, definitiva ou temporariamente, para se integrar noutra. Isto é um acontecimento significativo de vida, que pode constituir um fator de *stress*, dado que obriga, em geral, a uma alteração nos hábitos, nas relações sociais, nos padrões de atividade e no estilo de vida. É por estes motivos que a migração pode constituir uma experiência traumática e dolorosa, originando múltiplas situações de elevado *stress*. É neste contexto que poder-se-á falar em aculturação, o que implica a aprendizagem de uma nova cultura e um processo de escolhas por vezes difíceis entre o que o emigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar, dos hábitos e da cultura de origem (Ramos, 2009, p. 6). A mesma autora acrescenta que podem surgir dúvidas e ansiedade, encontrando-se o indivíduo dividido entre o desejo de integrar os elementos da cultura do país de acolhimento e o desejo de manter tradições e hábitos de origem profundamente enraizados. Este conflito, devido à coexistência de dois códigos culturais, por vezes contraditórios e incompreensíveis, e também a impossibilidade de estabelecer mediações entre estes dois universos diferentes, bem como a incapacidade em lidar com as exigências do ambiente, poderão ter efeitos desorganizadores no comportamento, originando distúrbios psicopatológicos, dificuldades de adaptação e *stress* de aculturação. Os testemunhos enunciados pelos participantes deste estudo, são reveladores deste processo: *“A comida, a nossa, porque a comida deles é horrível, não tem temperos, é cheia de óleos...”* (E1); *“A comida é uma coisa horrível. Piorei muito a minha dieta desde que vim para cá. Porque por muito que a gente não queira,*

acabamos por comer (...). Eu cozinho, mas mesmo assim. Isto é tão cultural, que nós acabamos por ser absorvidos nisto.” (E4); “Quem vem visitar Inglaterra não nota tanto isso, mas quem vem viver para cá, é um choque muito grande. São culturas completamente diferentes. E a gastronomia não tem nada a ver. Eles não cozinham, compram tudo enlatado ou congelado, tudo pré-feito. É tudo à base de fritos e muita gordura, e a nossa alimentação é... muito mais equilibrada... e variada.” (E8); “Havia coisas que eu mudava, como por exemplo (...) as casas cá em Inglaterra. (...) uma casa normal, sem carpetes/alcatifas.” (E4); “A nível cultural também não me identifico muito com o estilo de vida inglês. (...) o tempo, vida social e a comida também.” (E5); “Mas não me identifico com a cultura. (...) Os portugueses são simpáticos e empáticos, e eles são cordiais. No fundo não podes contar com eles para nada, mas pronto. Toda a gente sorri mas não é como em Portugal. Em Portugal tu sentes que as pessoas quando sorriem, elas querem sorrir. São genuínas. E aqui não são genuínos.” (E5); “Tive muita dificuldade em adaptar-me à cultura... porque eles não são empáticos. São cordiais mas não simpáticos. E tive dificuldade em adaptar-me à alimentação. Os hábitos gastronómicos são horríveis.” (E8); “(...) os ingleses (...) acham-se melhores do que todos os outros. Salvo raras exceções, os portugueses são um povo muito empático. Não podemos ver ninguém triste ou a chorar, que vamos logo tentar ver se podemos ajudar nalguma coisa. Aqui se alguém estiver assim, a única coisa que eles dizem é “oh, bless you”, que é a tradução para “oh, coitadinha” e viram as costas vão-se embora. Aqui a filosofia é um bocado: se tens problemas, resolve-os sozinha.” (E9); Pelo país em si, que é frio e chuvoso. Pela cultura deles, que é tão mas tão diferente da nossa, que até choca! Pela alimentação que é terrível. O que vale é que cozinho comida portuguesa em casa. E fecha tudo entre as 4 e as 5h da tarde. Depois das 5h já não se vê ninguém na rua, é uma coisa mesmo estranha. Eles não convivem muito. Enfiam-se todos nos pubs ou vão para casa. E as ruas ficam desertas. Mesmo no verão, quando o tempo está melhorzinho, é a mesma coisa.” (E9); “Isto é uma sociedade com poucos valores (...) vivem uma vida sem consequências, sem pensar nas consequências. E nós apercebemo-nos, na forma como eles fazem queixa dos colegas, e aí tanto fazem a um inglês como a um português como a um espanhol, ou seja, eles fazem isso naturalmente, (...) agem nas costas das pessoas, não sabem comunicar na frente, não sabem realmente debater problemas. (...) A espiritualidade em Portugal é algo muito intrínseco na nossa forma de estar, na nossa vida. E quando chegamos aqui e vemos completamente o oposto, (...) o nosso pensamento fica muito mais aberto, o pensamento crítico muito mais apurado. É isso que nós ganhamos quando vimos para aqui.” (E11); “Olha, eu acho que é difícil fazer amigos ingleses. Hm... Eu acho que é difícil viver num mundo em que as regras gerem... guiam o comportamento do ser humano. E eu às vezes

tento explicar-lhes “guidelines são linhas que gerem o teu comportamento, mas que não devem ser seguidas à risca porque excluem o teu pensamento crítico”. E eles, os ingleses, não percebem isso. Eles vivem num mundo de regras, que não devem ser quebradas. (...) Tudo isso acho que no fundo faz-nos refletir e chegar à conclusão que o nosso país é maravilhoso, e é muito complicado viver numa sociedade tão diferente.” (E11).

3.6- Suporte

A colaboração, trabalho de equipa, a comunicação efetiva e o suporte por parte de pessoas significativas são fatores muito importantes que contribuem para um ambiente em que a transição pode ser gerida de forma eficaz (Meleis et al., 2000). A existência ou não de suporte pode facilitar ou inibir a transição. Como se sabe, a emigração é um processo que causa dúvidas, ansiedade, medo e insegurança, sendo que as necessidades emocionais dos indivíduos aumentam e, ao mesmo tempo, a sua rede de suporte social é severamente perturbada. Ligações cruciais são abandonadas e, por isso mesmo, os indivíduos encontram no núcleo familiar e nas pessoas significativas, a principal fonte de suporte no momento da transição. Os entrevistados referiram o apoio dos namorados e da família como crucial no seu bem-estar no processo de adaptação ao novo país e à situação de transição experienciada: “A minha família e os meus amigos apoiaram-me muito. O meu namorado também.” (E1); “Tive imenso apoio. E se não tivesse tido esse apoio, não conseguia. Ainda tenho esse apoio. (...) No meu namorado. E nos meus pais. Apoio-me nos dois. No meu namorado porque está lá comigo. Nos meus pais porque eu sinto que posso falar com eles sobre tudo. E mesmo que eu esteja a desesperar, a minha mãe, principalmente a minha mãe, arranja sempre maneira de ver o lado positivo das coisas. E arranja sempre maneira de me apoiar nesse sentido. E eu acho que por isso, também, ajuda muito a encarar as coisas de uma maneira positiva. (...) A minha mãe é a minha melhor amiga.” (E2); “Tive o apoio dos meus pais...a minha namorada veio comigo e apoiou-me bastante também, tal como eu a ela.” (E3); “Tive todo o apoio do mundo, tanto da família como de amigos.” (E4); “Total e absoluto por parte da minha família. Continuamos a falar pelo Skype todos os dias. Conto-lhes tudo o que se passa comigo.” (E6); “Continuam todos a apoiar-me, família e amigos. E falamos constantemente pelo Skype. Falo várias vezes por semana com os meus pais, com os meus tios, primos...” (E8).

Embora a decisão de emigrar seja individual, fruto de uma necessidade ou de um projeto de vida, é uma situação que implica mudanças radicais na vida de um indivíduo, envolvendo grandes perdas. **O apoio dos familiares e de pessoas significativas** é essencial para facilitar a transição, desde o momento em que a decisão é tomada: *“Os meus pais também me encorajaram muito a vir.”* (E1); *“Os meus pais apoiaram-me na decisão de emigrar. Claro que não queriam que eu saísse do país mas... tinham a noção que seria a única opção devido à situação económica do país, portanto apoiaram-me a cem por cento e ainda hoje apoiam.”* (E3); *“Todos apoiaram a decisão (...).”* (E8).

A separação da família não facilita a transição, mas apesar da distância, o apoio dos familiares é um fator importante e decisivo para uma transição saudável e equilibrada: *“Os meus pais .. apoiam-me imenso! Falo com eles todos os dias ... estamos sempre a mandar mensagens.”* (E2); *“Os meus pais continuam a apoiar-me muito. Todos os dias falo com eles, principalmente com a minha mãe.”* (E3).

4 – Padrões de Resposta /Indicadores de Processo

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Padrões de Resposta (Indicadores de Processo)	Sentir-se ligado	Necessidade de estabelecer relações e interagir
	Sentir-se integrado	Sentimento de pertença
	Sentir-se situado	Estar consciente e aceitar a situação vivenciada
	Desenvolver confiança e coping	Valorização dos aspetos positivos

TABELA 5: Padrões de Resposta (Indicadores de Processo) na Transição dos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido

Embora cada indivíduo seja singular e reaja de forma diferente quando confrontado com determinadas situações, Meleis et al. (2000) descobriram, através dos seus estudos, que os clientes apresentavam respostas semelhantes ao longo da transição, o que lhe permitiu definir padrões de resposta. Estes padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores: de processo e de resultado, permitem avaliar qual o nível de conhecimentos e estratégias adotadas para fazer face aos desafios com que se deparam no decorrer da transição, e com isto, perceber se o processo de transição está a ocorrer de

forma eficaz, ou pelo contrário, não eficaz. Quando a transição é saudável, há mestria nos comportamentos e sentimentos associados à nova identidade, o stress inicial é substituído pela sensação de bem-estar e adquirem-se novas competências que vão permitir lidar com a nova condição de forma apropriada. Por outro lado, quando é ineficaz ou não saudável, nota-se uma dificuldade na compreensão do que está a ocorrer, no desempenho do papel, e nos sentimentos e comportamentos.

Meleis et al. (2000) afirmam que para se considerar terminada a transição, o indivíduo tem que revelar mestria nas competências adquiridas e comportamentos que lhe permitem lidar com a nova situação, e ao mesmo tempo, deve sentir-se satisfeito com o equilíbrio atingido.

Os indicadores de processo, tal como o nome indica, são pontos-chave que permitem entender de que modo é que a transição se está a desenrolar, e se está a ir de encontro aos resultados esperados, ou seja, uma transição saudável. Segundo a teoria das transições de Meleis, associada à transição situacional migração, normalmente avaliam-se: o sentir-se ligado, o sentir-se integrado, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e *coping*.

4.1- Sentir-se ligado

Sentir-se ligado implica **interagir com os outros**, quer em relações novas quer em relações mais antigas. A sensação de bem-estar que daí deriva depende do apoio e suporte dado por estas pessoas com quem se convive. É notório nas respostas dadas pelos entrevistados, que a relação mantida com os namorados/as e a procura e convivência com outros portugueses a passar pela mesma situação de emigração, tiveram grande relevância na adaptação à nova situação, pois representaram um grande amparo: “(...) *lá em Southsea é só portugueses (riso). Muitas vezes vamos jantar a casa uns dos outros, vamos sair juntos.*” (E1); “*Tento sair com o meu namorado (...) Tenho colegas portugueses noutras serviços e... tentamos encontrar-nos. Tomar um café ou só dar uma voltinha.*” (E2); “*Sou um bocado caseira. (...) Às vezes ... gosto de sair com um grupo grande. Mas em geral, gosto de ter um grupo restrito. (...) Gosto mais de ir a casa de amigos, e estar lá se for preciso de pijama, a conversar e a comer, até às tantas e estamos todos na boa. (...) E preciso muito desse tipo de serões. Porque se não, fico maluca. Uma pessoa começa a pensar demais.*” (E4); “*Combino sair com portugueses, de vez em quando. Raramente com ingleses. Com*

portugueses, normalmente combino com amigos meus que estão cá mas não são enfermeiros.” (E5); “... não convivo tanto com os meus amigos como antes, mas faço um esforço por continuar a encontrar-me com aqueles que também vieram para cá.” (E6); “... mantenho relações de amizade com colegas antigos de Portugal, que também emigraram para a mesma cidade que eu. Somos todos enfermeiros, e às vezes é difícil encontramo-nos todos porque o horário não é compatível, mas vamos convivendo.” (E8); “... Dou-me bem com os portugueses que trabalham no meu serviço. Saímos juntos e convivemos...” (E9).

Um dos enfermeiros portugueses que participou no estudo, reconheceu que o facto de não conseguir criar laços, dadas as circunstâncias em que vivia e trabalhava, dificultou a adaptação e a estadia no Reino Unido: “Uma das coisas que dificulta é a minha decisão de trabalhar como Agência. Torna-me muito mais vulnerável. O facto de não estar fixo num serviço, o facto de não ter uma equipa fixa, torna-me vulnerável. Faz com que eu não consiga criar laços com as pessoas, e dificulta claramente a minha estadia em Inglaterra.” (E11).

4.2- Sentir-se Integrado

Estar e sentir-se integrado no novo país, língua, cultura e sociedade é muito importante para o bem-estar e equilíbrio emocional do indivíduo (Meleis et al., 2000). Se o indivíduo se sentir totalmente integrado, é normal que apresente um **sentimento de pertença e satisfação** com a comunidade no novo país. Normalmente associado ao facto de não se sentir integrado, está o ter-se sentido obrigado a emigrar contra a vontade própria, uma fraca preparação para a migração, não ter atingido as expectativas, o sentir-se sozinho e isolado, sem amigos, não sentir qualquer afinidade com o novo país e cultura, e a aceitação relutante da nova casa (Meleis et al., 2000).

Na sua maioria, os entrevistados ainda não se sentem totalmente integrados no novo país, revelando sentimentos e comportamentos de uma **integração parcial**. Neste tipo de integração, cada indivíduo apresenta o seu conjunto pessoal de características da integração total e da não integração, normalmente variável de pessoa para pessoa: “Às vezes sinto que a Inglaterra é a minha nova casa, outras vezes, sinto que não. Sinto alguma empatia, se calhar porque o sítio onde eu vivo é uma cidade que é muito acolhedora (...) Também é um meio pequeno. Sinto que... é como uma segunda casa mas ainda não é a minha casa.” (E2); “Não sinto empatia com as pessoas, não. Estou integrada. (...) já me

sinto integrada, já me oriento, sei o que é que é preciso tratar, o que não é preciso tratar. Empatia com as pessoas, não. As pessoas são frias, são falsas.” (E4); “Não me sinto totalmente integrada. Não sinto... mesmo em casa... eu sei que é muito estranho, mas nem em casa eu sinto que estou em casa. Porque não consigo... Eu faço um esforço muito grande. (...) Não consigo sentir que isto é o meu segundo país, nem lá perto! (...) Não me sinto adaptada a 100%. Ou seja, estou adaptada, mas não estou 100% satisfeita.” (E5); Mas sim, sentia o UK como segunda casa, apesar de não estar contente com o trabalho.” (E10); “Não sinto conexão, não sinto empatia. Mas no fundo sinto como a minha segunda casa, isso sim. Eu se estiver em Portugal muito tempo, começo a sentir falta às vezes, de um bocadinho disto. Das minhas coisas, do meu espaço (...) É difícil separar... É difícil separar porque a vida está aqui. (...) sei lá, é o meu espaço. Mas se calhar se fosse em Portugal, noutra cidade, sentiria a mesma coisa.” (E11).

Alguns entrevistados pareceram mais satisfeitos com a sua situação atual, e mais integrados: *“Adaptei-me bem a tudo em geral. Claro que tenho saudades de muita coisa em Portugal, mas isso não fez com que me adaptasse menos bem. Acho que não tenho problemas nenhuns com a língua, e como agora tenho um emprego, vivo com o meu namorado e ganho o meu ordenado, sinto que a minha vida agora é aqui..” (E6); “Já considero este país como a minha segunda casa. Os ingleses que conheço e com quem trabalho são “porreiros”.” (E7); “Agora já estou num ponto em que sinto integrado... passado um ano, sinto que posso dizer que foi o momento mais fácil. Foi quando finalmente me senti integrado e mais à vontade.” (E8); “Inglaterra já é a minha segunda casa, sim. No final de contas, é aqui que tenho a minha vida toda, o meu trabalho... só falta a minha família e alguns amigos.” (E9).*

4.3- Sentir-se Situado

Estar consciente e aceitar a situação que está a vivenciar, assim como o modo como está a lidar com as mudanças e diferenças significa sentir-se situado. Para uma perceção mais exata da realidade, é necessário que o indivíduo construa novos significados face aos eventos com que se depara durante a transição. Comparar a vida anterior com a que tem atualmente, é algo que facilita a aceitação da nova situação e tudo o que ela envolve: *“Às vezes eu penso em não voltar ... porque de facto em Inglaterra tenho mais*

oportunidades, e sinto que se continuar a minha vida lá e tiver filhos lá, acho que eles vão ter muito mais oportunidades quer de ensino quer de... horizontes, de poderem viajar, de conhecer outros estilos de pessoas, de culturas, que cá em Portugal eles nunca irão ter.” (E2); “Não pondero voltar porque aqui tenho estabilidade e lá não. Acho que essa é a principal razão.” (E4); “ Tenho um emprego estável e seguro, e seria impossível ter isso em Portugal.” (E5); “Sinto-me bem... Mas a verdade é que continuo sempre a pensar em voltar. Se existissem vagas em hospitais portugueses, voltava para Portugal. Não me arrependo de ter vindo. Acho que foi a decisão mais acertada. Mas... aqui não me sinto completo. Está a ser uma boa experiência, a vários níveis. Fez-me crescer pessoalmente e até como profissional. Estou a ganhar experiência profissional, por isso nunca é tempo perdido. Mas pondero voltar. (...) O meu objetivo principal é adquirir capacidade económica para organizar a vida para quando voltar a Portugal. Comprar casa se calhar, e carro... Voltar para Portugal e conseguir ter uma vida melhor lá.” (E8); “... as coisas em Portugal não parecem estar a melhorar... Até lá, vou ficar por aqui. Já que fiz o esforço de sair, e passei pelas dificuldades todas que envolvem o processo da emigração, só volto para casa quando me oferecerem condições dignas e que valham a pena.” (E9); “Sinto-me satisfeito com o meu ordenado ... com o meu poder de compra ... com a evolução na carreira que posso ter aqui e com o facto de poder escolher... ter opção de escolha sobre para onde é que quero ir trabalhar. E para onde me sinto feliz. Não me sinto satisfeito com a vida social ... , com o tempo. Acho que a meteorologia aqui põe uma pessoa depressiva. Não me sinto satisfeito com o facto de estar longe da família, porque faz toda a diferença. Dou por mim a pensar mais do que uma vez, se alguma vez vou ser feliz aqui, e o que é que estou aqui a fazer e se não estou aqui a perder tempo. Porque se calhar poderia neste momento tentar outros países... e, tenho medo, sou sincero, de estar aqui e ao final de 6 anos dizer assim “perdi 6 anos da minha vida”. (...) . É diferente estar feliz ou estar confortável. Eu estou confortável. Tenho poder de compra, vou a Portugal quando quero, se me apetecer viajar.... Em Portugal não o poderia fazer. (...) Mas, é o que eu digo, estar confortável é diferente de ser feliz. Em Portugal, se calhar não estou confortável, mas estou feliz. Aqui é ao contrário. Aqui estou confortável, mas não estou feliz. Porque em Portugal tenho a minha família, tenho os meus amigos, (...)” (E11).

4.4- Desenvolver confiança e coping

Ao longo do processo de transição, o **aumento do nível de confiança** é muito importante para que o indivíduo adquira maior capacidade para decidir sobre o que entende que é melhor para si. Quanto melhor a compreensão dos diferentes processos ao longo da transição, maior o nível de confiança e **capacidade para lidar com os desafios** com que se depara. Através de mecanismos de *coping* eficazes, o indivíduo vai-se adaptando e integrando no novo contexto (Meleis et al., 2000). Neste caso, os entrevistados compreendem a situação por que estão a passar, e por isso, tentam **valorizar os aspetos positivos** da experiência, desvalorizando os negativos: *“É claro que, há sempre dias em que uma pessoa se passa um bocado, tipo “estou farta disto tudo”, mas é normal, depois passa.”* (E4); *“Hm... vantagens o facto de desde que saio da porta de minha casa, até chegar à porta de casa dos meus pais em Portugal, demorar cerca de 5 ou 6 horas. No entanto, se estivesse a trabalhar no Algarve, se calhar ainda demorava mais tempo... Neste momento, todas as facilidades da internet ajudam, mas não é a mesma coisa. Mas ajuda.”* (E6).

5 – Padrões de Resposta / Indicadores de Resultado

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Padrões de Resposta (Indicadores de Resultado)	Mestria	Perícia e domínio de novas competências
	Identidade Fluida e Integrada	Transformação da identidade

TABELA 6: Padrões de Resposta (Indicadores de Resultado) na Transição dos Enfermeiros Portugueses Emigrantes no Reino Unido

Sendo os indicadores um reflexo do modo como a transição está a ocorrer, ou em que ponto da situação é que o indivíduo se encontra, é muito importante a sua avaliação para orientar as intervenções de enfermagem. Assim sendo, os indicadores de resultado vão permitir identificar se o indivíduo se encontra no final do processo de transição, ou se, está a divergir dos resultados esperados, aproximando-se de um final menos saudável e

prejudicial. Segundo Meleis et al. (2000), existem dois indicadores de resultado: a mestria e a identidade fluida e integrada. Estas duas características vão permitir ao indivíduo atingir um novo estado de equilíbrio e de bem-estar.

5.1- Mestria

Mestria significa **perícia, domínio** de algo, diz respeito ao **desenvolvimento de competências** ao longo da transição que permitem ao indivíduo lidar com a nova situação. A estabilidade, característica do final da transição, atinge-se a partir do momento em que se passam a dominar conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação em que se encontra (Meleis et al., 2000). Os participantes deste estudo evidenciaram mestria no à-vontade com que passaram a lidar com o seu novo quotidiano, e no bem-estar demonstrado: *“sinto-me bem (com a situação atual) (...) Claro que com o tempo a passar, vais-te sentindo mais à vontade na língua, e mesmo... com as outras pessoas porque a maioria do pessoal é inglês. Acho que sim, acho que já estou adaptada.”* (E1); *“Agora é que já começo à procura de mais coisas, porque já atingi essa estabilidade. E é esse o problema agora. Enquanto nós estávamos acomodados, estava tudo bem. Agora cheguei à parte em que começo a entrar na rotina.”* (E4).

5.2- Identidade Fluida e Integrada

A identidade fluida e integrada está intimamente ligada com uma **transformação na identidade** do indivíduo, tornando-se mais dinâmica (Meleis et al, 2000). A rutura com a realidade anterior exige uma reorganização e reconstrução da identidade que comporta novas atitudes e comportamentos. Esta reformulação deriva da integração no país de acolhimento, na procura de um equilíbrio através da mudança no seu modo de viver, pelo ajustamento nos papéis desempenhados pelo indivíduo e pela inserção no novo contexto. Este estado de equilíbrio atinge-se normalmente no final da transição, e embora seja tendencialmente estável, no caso da transição migração, tende a ser mais inconstante. Este

aspecto é evidenciado nas respostas dadas pelos entrevistados, uma vez que, tanto sentem bem-estar como desconforto relativamente à nova situação. No entanto, a maioria refere que a vivência desta transição trouxe mudanças e diferenças na sua maneira de ser e de estar, tendo-os moldado como pessoas: *“vais ter que ser mais forte porque sabes que estás longe da tua família durante muito tempo e é diferente de estar em Portugal, não é? Também te tornas mais independente. Acho que por um lado te tornas mais forte mas também mais fraca em termos emocionais. Porque acabas por te sentir se calhar mais triste e sozinha mais vezes. Mas são sacrifícios que tens de fazer...”* (E1); *“Acho que neste momento, há certas situações... certas coisas que eu considerava extremamente importantes, ou que eu na altura se calhar ficava mais aborrecida ou mais sentida com algumas situações, que agora não fico. Desvalorizo. Porque tenho tão pouco tempo para aproveitar com as pessoas com quem estou (família), que há certas situações que desvalorizo completamente. E se calhar deixou-me, em certa medida, um bocado mais insensível. Porque se calhar para defesa, por estar longe e por me faltarem os meus pais e os meus amigos, tive que ser um bocado mais fria em algumas situações, para proteção. E acho que às vezes sou um bocado mais fria.”* (E2); *“Mudou-me imenso ... temos uma visão diferente das coisas agora, do que tínhamos. Porque são muitas culturas diferentes, muitas formas de ver diferentes. E tu acabas por olhar para a tua vida de uma maneira diferente. (...) E acaba também por criar uma barreira. Nem todos os dias são bons, tens que te adaptar a tudo, estás num país estrangeiro, e acaba por mudar a forma como te comportas.”* (E4); *“Sim, mudou-me. Para já, é assim, eu também sinto isto cá, mas também senti quando fiz Erasmus. Valorizo muito mais os aspetos positivos do meu país. Porque muita gente tem ideia que lá fora é que é bom, mas não! Os portugueses têm muito essa ideia. Por isso é que Portugal podia estar bem, e não está. O que nós temos falta em Portugal é autoconfiança! (...) Mudou-me a nível social. Sou uma pessoa mais solitária. Muito mais solitária. Sou um bocadinho mais realista em certos aspetos. Sinto-me satisfeita por conseguir ser independente. E sinto-me orgulhosa nesse aspeto. Mas sinto que não estou completa, sinto que me falta viver uma vida plena. Não tenho alguns aspetos essenciais. Para mim qualidade de vida que é pelo menos ter sol... e nem isso tenho.”* (E5); *“Agora tenho uma mente mais aberta. O facto de conviver com culturas diferentes, em Portugal nunca teria essa experiência. Tornei-me mais crítico em relação a outros colegas de trabalho de outras nacionalidades.”* (E7); *“Acho que me tornei mais maduro, mais pragmático em relação à vida... Fui um bocado... obrigado a crescer quando vim para cá, porque passei a ter muito mais responsabilidades, e a lidar com coisas que antes eram os meus pais que tratavam, e eu nem ligava a isso. Não só em relação a contas para pagar,*

como também estar mais atento a assuntos legais. (...) Porque há muita coisa que funciona de maneira diferente. E eu tive que me desenrascar e aprender por mim mesmo. (...) Agora também reflito mais nas coisas que acontecem. Antes era mais... desligado. Agora noto que sou mais ponderado.” (E8); “Mudou-me muito. Tornou-me numa pessoa mais madura e com outros horizontes. Uma pessoa quando é obrigada a enfrentar dificuldades na vida (...) Às vezes faz-nos bem sair da nossa zona de conforto. Se calhar agora desvalorizo mais problemas menores, coisas a que antes dava muita importância. E aproveito cada minutinho com a minha família, quando vou a Portugal. Dou muito mais valor aos momentos que passamos juntos. Mesmo a nível profissional, apesar de tudo acho que cresci. (...) Aqui há muito racismo, e temos que aprender a proteger-nos para não sofrermos. Isso também foi uma coisa que me mudou. Agora não sou tão expressiva ... sou mais fria e reservada, para me proteger a mim própria. Tem mesmo que ser assim. Mas também sou muito mais resiliente, e isso foi uma mudança boa.” (E9); “Sim, penso que sou uma pessoa mais estruturada emocionalmente, com maior capacidade de adaptação a um mundo cada vez mais globalizado. Um aspeto que a emigração acabou por evidenciar na minha personalidade é o desapego físico/emocional da família e amigos. Gosto muito deles mas consigo viver longe (...) o que antes não acontecia, ou pelo menos sofria mais com isso. Parece que é o que se ganha em ser adulto e por viver longe deles.” (E10); “Tu cresces como pessoa. (...) Estás mais preparada para a adversidade. (...) Não quero viver aqui o tempo suficiente para me aculturar. Tenho colegas meus que dizem que gostavam daqui a uns anos sentir-se ingleses, e eu espero nunca me sentir inglês. Nalguns aspetos, obviamente. Porque acho que... é tão má a cultura aqui, que eu espero nunca mudar aquilo que sou. Espero que problemas que a gente tem no trabalho, desde as queixas, desde o facto de perder a cumplicidade com os colegas, desde o facto de perder o pensamento crítico, desde o facto de perceber que para não ter problemas tenho de agir conforme as regras, mesmo que isso vá contra as minhas convicções e contra a minha enfermagem... Tudo isso muda-te. Tudo isso vai contra aquilo que tu és ... acho que isso me tornará pior. E já dei por mim a pensar às vezes, que sou mau enfermeiro. Porque não posso ser melhor. Não é porque eu não queria, é porque eu não posso ser melhor. Imagina, tens problemas com o teu chefe, tens problemas com os ingleses, tens problemas com o trabalho, tudo isso vai-te mudar, quer queiramos quer não. E por vezes nem te apercebes. Ou se quiseres estar atenta, tens que refletir bastante para te aperceberes. E onde eu digo que tenho medo que me mude, é que um dia eu esteja a agir pelo menos 20% como um inglês, como o que eu hoje questiono. E tenho a noção que isso pode perfeitamente acontecer. Porque quando estás demasiado tempo num sítio, aculturas-te. Percebes? Sem tu até quiseres, tu acabas por te aculturar.

E... e é isso que às vezes digo, e tenho medo, porque entristecer-me-ia bastante se eu acabasse... lá está... às vezes dares por ti a não te preocupares tanto com os doentes, dares por ti a não te preocupares com os colegas, dares por ti a não... a não dar valor a pequenas coisas, dares por ti a desinteressar-te por tudo e mais alguma coisa. E isso, no fundo, para mim acho que é pior, é negativo. Mas isso acontece. (...) Acabas por fazer o que te é pedido, para não teres problemas. E isso vai contra os teus princípios. E se tu estás a ir contra os teus princípios e não estás a concordar, tu não estás a gostar daquilo que és. Tu não podes estar confortável com essa mudança. Porque isso não é aquilo que tu és. (...).” (E11).

6 – Implicações para o Autocuidado, Saúde e Bem-Estar

Paiva, Mendes e Bastos (2010) afirmam que o resultado do processo de transição é revelado através do estado em que a pessoa se encontra, se está adaptada à nova situação, se possui destreza que lhe permita viver face a determinada situação e se alcançou uma sensação de bem-estar. O conceito bem-estar tem sido, no entanto, abordado por diferentes perspetivas, adotando por isso, denominações e aspetos variados. O bem-estar pode ser geral, social, económico, físico, subjetivo, espiritual, psicológico. Todas estas formas de bem-estar são relevantes pois influenciam diretamente o autocuidado nos vários processos de transição (Queirós, 2010). Neste estudo, os enfermeiros portugueses encontram-se ainda numa fase de mudança, desenvolvimento e adaptação, inerente à transição, não tendo por isso, alcançado uma sensação de estabilidade e equilíbrio. Embora possa afirmar-se que exista um bem-estar económico pela estabilidade a nível de emprego, progressão na carreira e melhoria da condição económica, tal como foi referido pelos entrevistados, as restantes variantes de bem-estar, social, físico, psicológico, emocional e mental, estão ainda comprometidas, devido ao stress de aculturação que envolve uma obrigatoriedade de adaptação a um ambiente e cultura totalmente diferentes da de origem, as vivências durante a migração, que nem sempre foram positivas e a distância da família e pessoas significativas.

Em relação ao autocuidado, é essencial que a pessoa consiga cuidar de si própria, não se restringindo apenas às atividades de vida-diária, nem às atividades instrumentais de vida diária, mas abrangendo todos os aspetos vivenciais (Queirós, 2010). O desempenho do autocuidado é uma questão pessoal, que tem como objetivo manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, podendo ser influenciado por diversos fatores,

nomeadamente físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político-económicos, entre outros (Silva, 2007). Assim sendo, e uma vez que não chegaram ainda ao final da transição, não se pode considerar que exista bem-estar geral. Como foi referido anteriormente, uma vez que tudo está interligado, o autocuidado e o cuidado de si estão também comprometidos.

Como os processos de transição implicam mudança, neste caso a situação de emigração dos enfermeiros, a intervenção dos agentes de autocuidado terapêutico junto deste grupo pode apresentar-se como uma necessidade, tendo em vista facilitar ou ajudar a ultrapassar défices ou dificuldades temporárias ou permanentes, de forma a proporcionar o retorno ao autocuidado natural. Nesta situação, esses mesmos agentes disponibilizam ações de autocuidado, de caráter deliberado ou não e educação terapêutica (facilitando e fornecendo formação e informação), de forma a suprimir défices, objetivando a recuperação da autonomia do indivíduo no seu autocuidado e o restabelecer do equilíbrio. A Enfermagem apresenta-se assim, neste contexto, como uma área fundamental de intervenção, e tal como refere Meleis (2007) ela pode desempenhar um papel facilitador dos processos de transição tendo em vista o bem-estar dos indivíduos.

O autocuidado, as transições e o bem-estar são conceitos centrais na Enfermagem. Autocuidamo-nos para satisfazer as necessidades e quando tal não acontece pela impossibilidade de nos adaptarmos aos vários processos de transição, o recurso ao autocuidado terapêutico é fundamental para nos ajudar nesses mesmos processos, com vista à recuperação do bem-estar, fundamental para os indivíduos (Queirós, 2010). Se o enfermeiro não se encontra numa fase em que ultrapassou a transição, não se encontra numa fase de bem-estar, não tem estabilidade física e psicológica, e como consequência, também lhe será difícil prestar cuidados de excelência.

CONCLUSÃO

O estudo das transições é central na Enfermagem, uma vez que os enfermeiros cuidam de pessoas que estão a experienciar uma ou mais mudanças simultâneas nas suas vidas, que afetam o seu estado de saúde. Existem variadíssimos motivos que podem despoletar uma transição, de que é exemplo a migração, afetando conseqüentemente, o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Estes movimentos migratórios, tornam as pessoas mais vulneráveis e predispostas às doenças, ao *stress*, e dificultam a adaptação ao novo país, ou ambiente. A forma como decorre o processo de transição situacional migração, pode ainda influenciar a resposta dos indivíduos a problemas de saúde vivenciados ou que possam, eventualmente, surgir. Transições resultantes de eventos como a migração, podem dar origem a conseqüências relacionadas com a saúde, através de sintomas biofísicos ou psicossociais, e a comportamentos ineficazes de procura de ajuda e uma utilização não apropriada dos serviços de saúde.

A migração envolve múltiplas outras transições estruturais, a nível de emprego, estatuto socioeconómico, cultura, e redes sociais. Tal como descobriu Meleis et al. (2000), e se confirmou neste estudo, as experiências vivenciadas durante a migração foram múltiplas e complexas, não tendo ocorrido de forma isolada, mas simultaneamente com outras transições, nomeadamente situacionais e desenvolvimentais, uma vez que os enfermeiros entrevistados deixaram de ser estudantes para passarem a exercer a profissão, tornaram-se independentes economicamente e saíram de casa, passando a viver sozinhos ou com os seus cônjuges ou companheiros, provocando uma alteração nos seus papéis familiares.

Qualquer transição é caracterizada por fluxo e movimento ao longo do tempo. Os indivíduos que vivenciam a transição migração acreditam que esta é temporária. No entanto, Meleis et al. (2000) descobriram que mesmo para aqueles que se mudam permanentemente para o novo país, a transição migração não termina, prolongando-se ao longo do tempo indefinidamente. Isto não implica que os migrantes se sintam constantemente desconectados, e estejam sempre em mudança, mas é possível que certas experiências reativem esta transição latente. Com base no descrito por Meleis, estarão os enfermeiros emigrantes inseridos neste grupo?

A consciencialização foi avaliada através da perda e rutura, e do reconhecimento do que mudou. Deixar o país de origem envolveu perdas não só de bens com inestimado valor, como também da família e dos amigos, o que representou um grande fator de *stress* para os enfermeiros emigrantes. Notou-se igualmente, uma plena consciência de que as suas vidas se haviam completamente alterado relativamente à situação anterior.

Relativamente aos motivos que os levaram a emigrar, chegou-se à conclusão que as categorias económica e social tinham sido as causas centrais por eles apontadas, pois deslocaram-se em busca de melhores condições de emprego, experiência profissional e uma condição financeira mais favorável, que o país de origem não foi capaz de oferecer.

Através de uma participação ativa e empenhada no processo de transição que envolveu pesquisa sobre a cidade, país, cultura e exercício da profissão de Enfermagem no Reino Unido, e até a realização de formação em língua inglesa previamente à emigração, os participantes do estudo revelaram estar envolvidos na transição.

Confrontar a diferença é outra propriedade das transições, representada pelas expectativas não satisfeitas. Neste estudo, os enfermeiros referiram que foram vários os aspetos que mudaram nas suas vidas com a emigração. As diferenças detetadas, resultaram em mudanças no comportamento e perceções, embora nem todas tenham afetado os emigrantes da mesma forma, dependendo dos significados atribuídos aos acontecimentos vivenciados. Melhorada a condição económica, aumentou a liberdade e independência, assim como a estabilidade de emprego e progressão na carreira levou a uma maior sensação de segurança e estabilidade. Estas mudanças foram, na sua generalidade, consideradas positivas, tendo correspondido às expectativas. Por outro lado, a vida social piorou devido ao afastamento da família e de pessoas significativas, tendo sido considerado o aspeto negativo mais relevante. Outro fator negativo foram as diferenças com que se depararam na prática de Enfermagem, devido à disparidade e incongruência entre as crenças e valores dos enfermeiros ingleses e as dos portugueses, o que fez com que se sentissem diminuídos e desvalorizados em relação ao seu conhecimento e valor, tendo sido este mencionado como um fator de frustração profissional. Na verdade, as funções que os enfermeiros portugueses desempenham no Reino Unido, não refletem as qualificações e competências adquiridas e exigidas em Portugal, sendo que estes são considerados sobrequalificados em relação ao que lhes é solicitado na prestação de cuidados.

Ocorreram vários eventos considerados críticos para os enfermeiros emigrantes entrevistados, como por exemplo a decisão de emigrar, a distância da família e pessoas significativas, o percurso migratório atribulado que nem sempre decorreu como esperado,

a adaptação à língua, mesmo tendo realizado formação prévia, e o estado psicológico, que sofreu alterações no decurso da experiência de emigração.

Enquanto que os enfermeiros portugueses atribuíram à emigração um significado positivo, uma oportunidade de evolução na carreira e oportunidade de aquisição de experiência profissional, ser emigrante foi considerado um atributo depreciativo ou neutro, devido à conotação negativa que esta palavra possui no país de origem, sendo normalmente os emigrantes associados a pessoas com baixos níveis de escolaridade e estatuto social inferior.

Em relação às atitudes e crenças culturais, o Reino Unido foi considerado pelos enfermeiros portugueses, um país com melhores condições de vida para oferecer, e por isso, encarado como um local com perspectivas de futuro.

Sendo o estatuto socioeconómico dos participantes deste estudo muito similar, tanto previamente como após a migração, pôde observar-se que este representou uma condição facilitadora da transição dado o adequado nível de rendimentos, e o contrato permanente com o hospital, que oferece segurança e estabilidade.

As visitas frequentes ao país de origem foram as estratégias utilizadas para lidar com a mudança.

As condições oferecidas pela comunidade, a nível de acessibilidade a recursos foi considerada pelos participantes deste estudo como adequada, apesar de haver opiniões contrárias no que concerne ao nível de aconselhamento e apoio por parte dos ingleses. Sempre que houve dúvidas e necessidade de apoio, foram os enfermeiros portugueses já presentes no país há mais tempo que colmataram esta necessidade.

A maioria dos participantes deste estudo sentiu-se ainda alvo de comportamentos considerados discriminatórios e racistas, o que tem dificultado a transição.

Qualquer experiência de migração pode constituir um evento traumático e doloroso, criando múltiplas situações *stressoras*, pela obrigatoriedade de adaptação a um ambiente e cultura totalmente diferente daquele a que se está habituado e no qual se cresceu, o que se encontra patente no conteúdo das entrevistas realizadas, havendo uma constante comparação depreciativa em relação à dieta, ao clima, à cultura, às relações sociais, e aos hábitos. Este processo de aculturação, quando há um choque tal entre culturas que dificulta a adaptação, pode dar origem a problemas psicológicos e emocionais, pondo em risco a saúde do indivíduo.

Relativamente ao suporte, os entrevistados referiram que foi muito importante o apoio recebido dos familiares e namorados/as, no processo de adaptação ao Reino Unido. Sem eles, admitem que teria sido muito difícil, ou quase impossível terem conseguido manter-se no país de acolhimento.

A nível de padrões de resposta, houve um esforço para se sentirem ligados, através da procura e convivência com outros enfermeiros portugueses habitantes no Reino Unido, sendo que estes representaram um grande amparo na adaptação. Um dos entrevistados, dada a sua situação profissional, reconheceu que o facto de não se conseguirem criar laços dificultou grandemente o processo de integração no país. Na sua maioria, os enfermeiros portugueses entrevistados, não se sentem ainda integrados, relativamente a todos os aspetos que envolvem a migração, não possuindo conseqüentemente um sentimento de pertença e satisfação com a comunidade onde estão atualmente inseridos.

O sentir-se situado assume particular relevância na migração, pois existe um movimento real ou imaginário constante entre o país de origem e o de chegada, um balançar entre as suas vidas pré e pós migração. No trabalho de investigação realizado por Meleis et al. (2000), e mais uma vez comprovado neste estudo, descobriu-se que a estratégia utilizada pelos enfermeiros portugueses emigrantes para se sentirem situados era fazer comparações entre a vida, experiências, práticas e atitudes, pré e pós migração. Tudo é comparado, desde os cuidados de saúde, dieta, nutrição, relações familiares, preços, clima, até às oportunidades de emprego e o trabalho em si. As comparações foram a estratégia a que recorreram para atribuir significados ao que estavam a vivenciar e conseguirem compreender e aceitar melhor a vida atual.

Ao longo do processo de transição, os enfermeiros portugueses estudados foram gradualmente desenvolvendo confiança e *coping*. A compreensão da situação vivenciada, permitiu-lhes valorizar os aspetos positivos da experiência, não dando tanta importância aos negativos.

Por fim, a mestria foi evidenciada por alguns na forma positiva como encararam e se adaptaram ao novo quotidiano, revelando bem-estar psicológico.

A reformulação da identidade, resultante da migração, foi fluida e dinâmica, e não estática. A nova identidade alterou as perspetivas dos emigrantes para biculturais, em vez de monoculturais, isto é, o processo de adaptação a um novo país, a um novo emprego, e a inserção num contexto social, político, económico e cultural diferente, fez com que os emigrantes adquirissem características dos dois países, assumindo, por assim dizer, uma dupla identidade.

Um aspeto que limitou o estudo foi o reduzido número de participantes e as entrevistas terem sido realizadas, na maioria dos casos, pouco tempo após a chegada ao Reino Unido, não tendo sido possível perceber os enfermeiros que já teriam chegado ao fim da transição. No entanto, houve um participante que atingiu maior estabilidade e sentimento de bem-estar relativamente à nova situação, aceitando-se por isso, que este

terá atingido o equilíbrio característico do final da transição. Acredita-se que os restantes estão ainda a vivenciar este processo.

Outra dificuldade sentida, prende-se com a falta de informação e investigação científica realizada nesta área da emigração de enfermeiros, e transição por eles vivenciada, neste contexto. Após reflexão cuidada sobre este tema, chegou-se à conclusão de que várias questões poderão dar origem a futuros trabalhos de investigação, designadamente:

- Constituirá um fator facilitador do processo de transição o facto dos elementos do estudo serem profissionais de saúde e, conseqüentemente, detentores de conhecimento que lhes permite recorrer mais facilmente a estratégias de *coping*?

- Será que, tal como defende Meleis, a transição situacional migração dos enfermeiros portugueses emigrantes nunca termina, ficando apenas inativa ao atingir estabilidade?

- Constituirá um fator determinante no processo de transição e no atingir do equilíbrio, o facto dos entrevistados estarem acompanhados pelos namorados(as) / companheiros(as)?

- A idade dos entrevistados (todos ainda jovens) e o facto de ser o primeiro emprego para a maior parte dos elementos da amostra, será igualmente um obstáculo no processo de transição? Ou realizando um estudo comparativo com enfermeiros mais velhos e com mais experiência profissional, os resultados seriam semelhantes ou diferentes?

- Tendo a situação emigração sido uma decisão do próprio (por questões curriculares, enriquecimento profissional, ou outras), ocorrerá a transição de forma mais facilitada e rápida? Atingirá o indivíduo o equilíbrio e o bem-estar de forma mais rápida, do que aqueles que emigraram por outros motivos? Recorrerá ao mesmo tipo de estratégias dos enfermeiros participantes no presente estudo?

- Comparando uma amostra de enfermeiros a vivenciar a transição emigração com outra amostra de outro grupo profissional, como vivenciarão o processo? Que estratégias de *coping* utilizarão? Serão semelhantes ou diferentes? Será um processo mais célere nos enfermeiros (pelo conhecimento científico que detêm inerente à profissão) ou o contrário? Ou não se registaria grande diferença?

É no entanto inquestionável que, em todas as questões levantadas, a Enfermagem atual surge, de forma inequívoca, como uma área fundamental pelo papel que pode desempenhar nos processos de transição vivenciados pelos indivíduos, já que pode atuar antecipadamente na preparação do processo, na vivência do processo, na mudança de papéis, na prevenção dos efeitos nefastos para os indivíduos e que lhe advêm do que vivencia, objetivando a sua estabilidade, o seu equilíbrio, o seu bem-estar. Representando as transições ou as situações geradoras de transições uma preocupação da enfermagem

atual, como foi referido, dado que são parte integrante do ciclo vital dos indivíduos, os enfermeiros podem então desempenhar um papel fundamental ao fornecerem estratégias de cuidado, que visam o ajustamento e a adaptação à nova situação ou circunstância.

Na vida dos seres humanos vão ocorrendo acontecimentos / eventos que geram instabilidade, tal como a emigração, com consequências, quer a nível físico (interrupção na saúde), quer psicológico (autoestima, depressão, inadaptação, ansiedade, insegurança, etc.) e o papel da enfermagem baseado no modelo das transições de Meleis encara o indivíduo como ser holístico, integral, considerando as condições físicas, ambientais, sociais, culturais em que as mudanças ou eventos ocorrem e que estão em constante interação. Neste contexto, a enfermagem pode ajudar o cliente a perceber melhor a transição que está a vivenciar e assim, mais facilmente poder adotar estratégias que lhe facilitem o processo em direção a uma transição saudável, a um novo equilíbrio, a uma nova estabilidade, a uma nova sensação de bem-estar. E, tal como refere Zagonel (1999), a transição será melhor sucedida ao conhecer-se o que dá origem à mudança, a antecipação do evento, a preparação para se mover dentro da mudança e a possibilidade de poderem ocorrer múltiplas transições simultâneas. Todas estas situações estão, de forma inequívoca ligadas ao cuidado e ao papel da enfermagem.

No presente estudo, parece haver algo que sobressai da informação recolhida junto dos entrevistados que estão a vivenciar a transição da emigração e que poderão constituir estratégias que poderão facilitar o referido processo neste grupo estudado. Refiro-me, no que concerne à formação inicial do curso de enfermagem, ao acesso a informação detalhada relativa ao exercício da profissão em diversos países, sobretudo europeus (já que têm sido os destinos mais escolhidos), para que no momento da opção de emigrar essa decisão seja mais informada, consciente e ponderada. Tal tarefa poderia ser concretizada através de seminários ou inclusivamente, ser parte constituinte do plano curricular. Também poderia ser desempenhada pela Ordem dos Enfermeiros, junto das instituições superiores de formação.

O enfermeiro é, por definição, um cuidador, sendo-lhe por isso, exigido conhecimento científico, dedicação, disponibilidade, empatia. No entanto, nos últimos anos, esta classe profissional tem sido sujeita a uma deterioração das suas condições de trabalho a vários níveis, o que se tem refletido na sua saúde, com consequentes implicações nos cuidados prestados aos doentes. Este estudo reveste-se assim, de extrema importância, já que poderá constituir um alerta junto das instituições que formam os enfermeiros bem como aqueles que os empregam, no sentido de melhor os prepararem e fornecer-lhes estratégias de suporte, para que a transição seja vivenciada da melhor forma

possível, de modo a atingirem o bem-estar e prestarem cuidados de qualidade aos doentes com quem contactam. Significa isto, que estes profissionais de saúde só serão eficazes no desempenho das suas competências, se também se dispuserem a promover o seu próprio bem-estar, o que nos leva a concluir que o cuidado de si do profissional de saúde é condição para cuidar do outro, pois cada vez mais o enfermeiro deve estar primeiro, bem consigo mesmo, bem estruturado consigo mesmo, para posteriormente poder prestar adequadamente a atenção e o cuidado ao outro.

Assim sendo, neste contexto, a intervenção do enfermeiro insere-se e está, inequivocamente relacionada com a Teoria das Transições de Meleis, podendo contribuir para uma vivência positiva da transição, neste caso, a emigração.

BIBLIOGRAFIA

AGOSTINHO, Luís M.. *Competência Emocional em Enfermeiros*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde Lda. 2010.

ALLAN, H. e LARSEN, J. A.. “We need respect”: *Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK*. Report Submitted to the Royal College of Nursing. Consultado em junho 2015; disponível em www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78587/002061.pdf

ALMEIDA, Armando M.. *A Reconstrução da Autonomia Face ao Autocuidado Após um Evento Gerador de Dependência – Estudo Exploratório no Contexto Domiciliar*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.

AMENDOEIRA, José. *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem: a Segunda Metade do Século XX*. Coimbra: Formasau. 2006.

ARCO, António Reis. A Dialéctica Teórica/Prática: um Paradigma na Formação em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, nº62, 2005, pp 10-13. Consultado em abril de 2014; disponível em http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=244%3Arevista-no-62-setembro-2005&catid=92%3Arevistas-2004-e-2005&Itemid=147&limitstart=3

BAGGIO, Maria A. (2008). *Os Significados das Relações Múltiplas do Cuidado de Si, do Outro e do “Nós” sob a Perspectiva da Complexidade*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2008. Dissertação de Mestrado. Consultado em maio 2015; disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91778/261041.pdf?sequence=1>

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. 3ª ed. Lisboa: Portugal, 2004.

BERRY, J. W.. Immigration, Acculturation and Adaptation. In: *Applied Psychology: an International Review*, vol.46, nº1, 1997, pp. 5-68.

BIBEAU, G.. Cultural Psychiatry in a Creolizing World. In *Transcultur. Psyc. Res. Rev.* 34, 1, 1997, pp. 9-42.

BOGDAN, R., BIKLEN, S.. *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. 1994.

BRIDGES, W.. *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press, 2004.

BUB, Maria B. et al.. *A Noção de Cuidado de si mesmo e o conceito de Autocuidado na Enfermagem. Texto contexto - enferm.* 2006, vol.15, pp. 152-157. Consultado em junho 2015; disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500018&script=sci_abstract&lng=pt

CANHA, Joana. *Adaptação, Saudades de Casa e Sintomatologia Depressiva nos Estudantes Deslocados*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado. 2009. Consultado em janeiro 2014; disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2142/1/22268_ulfp034847_tm.pdf

CARBALLO, M. e MBOUP, M.. *International migration and health*. Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration. 2005.

CARDOSO, Hugo. A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*. Vol. 22/23, 2006, pp. 247-272. Consultado em abril 2015; disponível em http://www.sri.uc.pt/en/cia/publica/AP_artigos/AP22.23.11_Cardoso.pdf

CARLING, J.. *Gender Dimensions of Migration, Global Migration Perspectives*. Global Commission on International Migration. 2005.

CHAVES, Manuel C.. *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje – 100 anos. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Pp.119-129. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

CHICK, Norma e MELEIS, Afaf. *Transitions: A Nursing Concern. Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York: Aspen Publication, 1986, pp. 237-257.

- CHIZZOTTI, A.. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 8ª ed, S. Paulo: Cortez, 2006.
- COLLIÈRE, M. F.. *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Lidel Edições Afrontamento, 1999.
- DESJARLAIS, R. et al.. *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press. 1995.
- DIOGO, Paula. *A vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora: uma hipótese explicativa do processo emotivo – vivencial do enfermeiro em situações de cuidados*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 2004. Texto policopiado.
- ERDMANN, A.L et al.. *Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-91, jul./set. 2006.
- FERNANDES, E. M.; MAIA, A.. *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a Prática e investigação Psicológica*. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos e Educação, 2001, pp. 49-76.
- FERREIRA, F. A.. *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FISHER, S., e HOOD, B.. The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78, 1987, pp. 425-441.
- FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. 3.ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- FORTIN, Marie-Fabienne; colab. de CÔTÉ, José e FILION, Françoise. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GERRISH, K., GRIFFITHS, V.. Integration of overseas registered nurses: evaluation of an adaptation programme. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 45, Issue 6, March 2004, pp. 579-587.

GÓIS, Pedro e MARQUES, José C.. *Estudo Prospectivo sobre Imigrantes Qualificados em Portugal*. Observatório da Emigração. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Novembro 2007. Consultado em setembro 2013; disponível em http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo_OI_24.pdf/b400a79a-8de5-4424-93a3-9aeaa2569a8e

GOMES, Rui et al.. *Migração Qualificada em Portugal: Trajetórias Ascendentes e Descendentes*. In: VIII Congresso Português de Sociologia: 40 anos de Democracias, Contradições e Prospetivas. Universidade de Évora 14 a 16 de abril de 2014: Consultado em janeiro 2015; disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0218.pdf

GUERREIRO, H.. *Humor nos Cuidados de Enfermagem: Vivência de doentes e Enfermeiros*. D. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. 2000.

GUIDANCE ON PROFESSIONAL CONDUCT FOR NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS. NMC: NURSING & MIDWIFERY COUNCIL. YOUR GUIDE TO PRACTICE. July, 2012. Consultado em setembro 2015; disponível em: <http://www.health.herts.ac.uk/immunology/MentorshipUpdate/NMC%20Professional%20standards%20for%20student%20nurses%20and%20midwives.pdf>.

GUIDANCE ON PROFESSIONAL CONDUCT FOR NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS. *Nursing & Midwifery Council* (NMC). September, 2010. Review: London, July 2012. Consultado em janeiro 2013; disponível em https://www.erskine.org.uk/sites/default/files/NMC_Student_Guidance_2010%5B1%5D.pdf

GUIDANCE ON PROFESSIONAL CONDUCT FOR NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS, Approved: July 2009. Implementation: September 2009 Second edition (with minor changes): September 2010 Review: July 2012. Consultado em setembro 2014; disponível em https://www.erskine.org.uk/sites/default/files/NMC_Student_Guidance_2010%5B1%5D.pdf

HESBEEN, Walter. *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência. 2001.

KINGMA M. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2006.

KIRMAYER, L. e MINAS, Harry.. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000.

KRALIK, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 2002, pp. 146-154.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN NOON, A.. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3): 320-29. Oxford, 2006.

MACHADO, Heloisa B. e KOELLN, Claudia R.. Crenças Sobre Saúde: Influência nas Atitudes de Portadores de Doenças Crónico-Degenerativas em Relação ao Cuidado à Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, vol. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, pp. 121-134, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009. Consultado em maio de 2014, disponível em <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4992/3627>

MALHEIROS, Jorge. "Portugal 2010: o regresso do País de emigração?". Notas e Reflexões, JANUS.NET e-journal of International Relations, Vol. 2, N.º 1, Primavera 2011. Consultado em abril 2014; disponível em http://observare.ual.pt/janus.net/images/stories/PDF/vol2_n1/pt/pt_vol2_n1_not3.pdf

MATITI, M. R.; TAYLOR, D.. The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2, 2005, pp. 7-15.

MCEWEN, M. e WILLS, E.. *Bases Teóricas para Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2009.

MELEIS, A. I.. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª ed. London: Lippincott. 2005.

MELEIS, A. I.. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, Afaf et al.. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1, 2000, pp. 12-28.

MELEIS, Afaf. *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.

MENJIVAR, Cecilia. *Fragmented Ties: Salvadoran Immigrant Networks in America*. Berkeley: University of California Press. 2000.

MESSIAS, D. K. H.. Transnational Health Resources, Practices and Perspectives Brazilian Immigrant Women's Narratives. *Journal of Immigrant Health*, vol. 4, nº 4, 2002.

MOREIRA, C.. *Planeamento e Estratégias da Investigação social*. Lisboa: ISCSP. 1994

MOTA, I.. In: Pires, R. P.. *Portugal: Atlas das Migrações Internacionais*. Lisboa: Tinta da China, 2010.

MURRAY, C. J. L., LOPEZ, A. D.. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank. 1996. Consultado em dezembro 2014; disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf

NANDI, A. et al.. Access to and Use of Health Services Among Undocumented Mexican Immigrants in a US Urban Area. *Journal Information*, 98 (11), 2008, pp. 211-220.

NETO, F.. *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta. 2002

NEWTON, S.; HIGGINBOTTOM, G.. The migration and transitioning experiences of internationally educated nurses: a global perspective. *Journal of Nursing Management*, Vol. 20, Issue 4, 2012, pp. 534-550.

NHS (s/d/). *Training to be a nurse*. Consultado on line em maio de 2015; disponível em: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing/training-to-be-a-nurse/>).

NICHOLS, J., CAMPBELL, J. (2010). Experiences of overseas nurses recruited to the NHS. *Nursing Management*, Vol. 17, Issue 5, 2010, pp. 30-35.

O'BRIEN, T. (2007). Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16, Issue 12, December 2007, pp. 2229-2236.

OLINISKI, Samantha. *A Relação Entre o Cuidado de Si dos Profissionais de Saúde e seu Ambiente de Trabalho: um Enfoque nas Interações Humanas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Panamá. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba. 2006. Dissertação de Mestrado. Consultado em novembro de 2015; disponível em <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSamanthaOliniski.pdf>

Ordem dos Enfermeiros: *Evolução Histórica da Profissão de Enfermagem em Portugal*; Ordem dos Enfermeiros: 2010. Consultado em abril de 2014; disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>

Ordem dos Enfermeiros: *Enfermagem em Portugal: 10 anos: 1998-2008*; Ordem dos Enfermeiros; acedido em 24/04/2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

OREM D. E.. *Nursing: concepts of practice*. 4th ed. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.; 1991.

OREM, D. E.. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis (USA): Mosby Mosby Year Book Inc.; 2001.

PAIVA, Abel; MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda – A Pessoa com Insuficiência Cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol.3, nº.2, Dezembro 2010, pp. 7-16.

PANDIT, Naresh R.. *The Qualitative Report*. Vol 2, N.4, December, 1996.

PEIXOTO, João. *A mobilidade internacional dos quadros*. Oeiras: Celta Editora. 1999.

PEIXOTO, João. *As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas*. Nº 11/2004 SOCIUS – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa. Consultado em março 2015; disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2037/1/wp200411.pdf>

PEREIRA, Cláudia, PINTO, Nuno. e PIRES, Rui. *Portuguese nurses in the UK 2014- Enfermeiros portugueses no Reino Unido 2014*. Observatório da Emigração. OEm Fact Sheets, 3, May 2015. Consultado em Setembro 2015; disponível em http://www.observatorioemigracao.secomunidades.pt/np4/?newsId=4317&fileName=OEm_FactSheet_03_2015_NursesUK.pdf

PEREIRA, Cláudia. *Vidas Partidas: Enfermeiros Portugueses no Estrangeiro*. Lisboa: Lusodidata – Soc. Port. de Material Didático, Lda..2015. Consultado em janeiro 2016; disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_VidasPartidas.pdf

PERSAUD, R. B., LUSANE, C.. The new economy, globalization and the impact on African Americans. In *Race and Class*, 42, 2000, pp. 21-34.

PIRES, Rui P. et al.. *Portugal: Atlas das migrações internacionais*. Lisboa: Tinta da China. 2010. Consultado em Janeiro 2014; disponível em <http://www.tintadachina.pt/pdfs/0f56a123f502fdf1aaa7fc2733000d07-inside.pdf>

PIRES, Rui P., et al.. *Emigração Portuguesa. Relatório Estatístico 2014, Lisboa, Observatório da Emigração e Rede Migra*. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, e DGACCP. 2014. Consultado em outubro 2014; disponível em http://www.observatorioemigracao.secomunidades.pt/np4/?newsId=3924&fileName=OEm_EmigracaoPortuguesa2014_RelatorioEst.pdf

PIRES, Rui P., et al.. *Emigração Portuguesa. Relatório Estatístico 2015*. Lisboa, Observatório da Emigração e Rede Migra, CIES-IUL, ISCTE-IUL, e DGACCP. 2015. Consultado em outubro 2015, disponível em http://observatorioemigracao.pt/np4/?newsId=4447&fileName=OEm_EmigracaoPortuguesa_RelatorioEstatistic.pdf

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P.. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P.. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

QUEIRÓS, Paulo – Editorial: Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº21, Fevereiro 2010, pp. 5-7.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, V. L.. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª edição. Lisboa: Gradiva, 2008.

RAMALHO, J.. *Desenvolvimento da Autonomia e da Identidade, nos Jovens Portugueses com Experiência Migratória*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2003.

RAMOS, M.. Adaptação Paterna para a Parentalidade. *Federação Española de Asociaciones de Psicología*. Vol. 10, nº2, 2005.

RAMOS, N.. *Migração Aculturação e Saúde*. In *Saúde Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2008.

RAMOS, N.. Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (35, 2), 2001, pp. 155-178.

RAMOS, N.. *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta. 2004.

RAMOS, N.. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), Jan-Jun 2009, pp. 1-11.

REBELO, Jorge. Desenvolvimento profissional e formação - perspectiva histórica. In: *Enfermagem em foco*. Lisboa, nº48 (Jul./Set. 2002), pp. 5-30.

REIS, José (coord.) et al.. *Imigrantes em Portugal, Economia, Sociedade Pessoas e Territórios (relatório)*. Centro de estudos Sociais.de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra.

2007. Consultado em janeiro 2014; disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/176_relatorio_imigracao_qualificada.pdf

RESENDE, Florbela T. M.. *Vivências dos Enfermeiros Estrangeiros num Hospital Português*. Porto: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. 2006. Consultado em fevereiro 2014; disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/620/1/LC376.pdf>

RIBEIRO, J.. *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. 3ª Edição. Porto, Legis Editora. 2010.

RODRIGUES, Arlete. *Nomadismo no Mundo Actual. Mobilidade de Migrantes Qualificados e Identidades Culturais*. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. 2011. Dissertação de Mestrado. Consultado em setembro 2013; disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6165/2/ulfl114853_tm.pdf

SCHUMACHER, K L & Meleis, A I.. Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 2, Vol. 26, 1994, pp. 119-127.

SELDER, F.. Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nursing and Health Care* 10(8), 1989, pp. 437-451.

SILVA, Carlos et al.. A Teoria do cuidado transpessoal na Enfermagem: Análise Segundo Meleis. *Cogitare Enferm*. 2010 Jul/Set; 15(3), pp. 548-551. Consultado em abril 2015; disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/18902/12210>

SILVA, Irene et al.. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* vol.43, no.3, São Paulo, Sept. 2009; pp.697-703. Consultado em setembro 2015; disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028

SILVA, Carla M.. *A Pessoa que Cuida da Criança com Cancro*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Dissertação de Mestrado. Consultado em Novembro de 2014, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19400/2/MestradoCarla%20Silva.pdf>

SILVA, Maria D.. *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2007. Dissertação de Mestrado. Consultado em Setembro de 2013, disponível em <http://repositorio.uma.pt/bitstream/10400.13/101/1/MestradoDulceOrnelas.pdf>

SILVA, P., MAGALHÃES, A. e NUNES, L.. A Prática Discursiva Sobre a Formação de Enfermeiros em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 3 - Mar. 2011. Consultado em outubro 2014; disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a14.pdf>

SILVA, Carlos A.. *Retóricas da Mudança Organizacional e Profissional em Saúde*. Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Universidade do Minho: Maio 2004. Consultado em junho 2014, disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628effdd6e11_1.pdf

SOARES, Edvaldo. *Metodologia Científica: Lógica, Epistemologia e Normas*. São Paulo: Atlas, 2003.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre : Artmed. 2008

STREUBERT, H. J. e CARPENTER, D. R.. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência, 2002.

STREUBERT, J. Helen e CARPENTER, D. R.. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Fifth Edition, Wolters Kluwer Health. 2011. Consultado em dezembro 2014; disponível em <http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Qualitative%20Research%20in%20Nursing%20Advancing%20the%20Humanistic%20Imperative.2011-CD.pdf>

VAZ SERRA, Adriano.. *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra. 1999.

VERPLANKEN, B.. Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41, August, 2004, pp. 599-605.

VIEIRA, M.. *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa, Universidade Católica Editorial Unipessoal LDA., 2009.

VITORINO, A.. *Imigração: oportunidade ou ameaça? – Recomendações do Fórum Gulbenkian Imigração*. S. João do Estoril: Principia Editora. 2007. Consultado em março 2015; disponível em http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/2007/81-mar.pdf.

ZAGONEL, Ivete P.. O Cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 7(3), julho 1999, pp. 25-32. Consultado em setembro de 2015; disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

LEGISLAÇÃO CONSULTADA:

DECRETO-LEI nº 353/99 de 3 de setembro: DGS: acedido online em 21/04: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1141/DL35399.pdf>

DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

R.E.P.E. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro de 1996 com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril de 1998. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde.

OE- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Regulamento n.º124/2011. Diário da República, II série. Nº35 (2011-02-18).

ANEXOS

Anexo I – Guião da Entrevista

QUESTÕES DE ORIENTAÇÃO

Data da entrevista: ___/___/___

Hora: ___h ___min

Nº: ___

QUESTÕES

1.

Idade	
Sexo	
Residência em Portugal (Distrito, Concelho)	
Estado Civil	
Nº filhos (se aplicável)	

2. Há quanto tempo está no Reino Unido?

2.1. Reside sozinho?

2.1.1. Se não, com quem reside?

3. Onde trabalha atualmente?

3.1. Em que serviço trabalha?

4. Qual a sua experiência Profissional *fora* de Portugal?

5. Em que serviços trabalhou *fora* de Portugal?

6. Qual a sua experiência Profissional *em* Portugal?

7. Em que serviços trabalhou *em* Portugal?

8. Qual a Escola onde fez a formação base(CLE ou equivalente) em enfermagem?

9. Qual a data (ano) em que concluiu o curso de licenciatura em enfermagem?

10. Qual o título profissional que atualmente possui?

11. Onde fez a sua formação? (se aplicável)

11.1. Em que área?

11.2. Qual o tempo de duração?

1. O que o levou a emigrar? (motivos)

2. Se fosse hoje, e face as mesmas circunstancias, voltaria a tomar a mesma decisao de emigrar?

3. **O que mudou/se alterou na sua vida com a mudança de País?**
4. **Como avalia as mudanças/diferenças que ocorreram na sua vida no decurso desta vivência?**
5. **Como se sente relativamente a sua situação atual?**
6. **Comparando o estilo de vida que tinha anteriormente com o estilo de vida atual, que diferenças existem?**
7. **Pretende permanecer no Reino Unido?**
 - 7.1. **Se sim, por quanto tempo?**
 - 7.2. **Quais os motivos que o levam a permanecer fora do seu país?**
8. **Visita com regularidade Portugal?**
 - 8.1. **Qual a periodicidade com que o faz?**
9. **Tenciona voltar, definitivamente, para Portugal?**
 - 9.1. **Se sim, qual(ais) o(s) principal(ais) motivo(s)?**
10. **Encontrou diferenças significativas na prática de enfermagem no Reino Unido em comparação com Portugal?**
 - 10.1. **Se sim, quais?**
11. **Teve algum problema de saúde (grave ou não) relacionado com a ida ou estadia no Reino Unido?**
 - 11.1. **Se sim, qual?**
12. **Tem atualmente alguma doença que conheça?**
 - 12.1. **Se sim, qual(is)?**

1. A emigração para o Reino Unido trouxe mudanças/diferenças à sua vida?

1.1. Se sim, o que mudou na sua vida?

1. Considera que a emigração o mudou, tornou-o uma pessoa diferente? Se sim, em que sentido?

2. Neste momento, sente-se integrado? (domínio da língua, sentir como se o novo país fosse a sua segunda casa valorizando os componentes da sociedade nos dois países, sentir conexão, empatia e sentimento de pertença; ou, por outro lado, isolamento social, conflitos culturais, dificuldades físicas e psicológicas, ansiedade, depressão, apoio em substâncias como o álcool ou drogas)

1. Como descreve a sua relação social no trabalho desde que emigrou?

<p>2. E fora do trabalho, cultiva as relações de amizade?</p>
<p>1. Desde que decidiu emigrar (inclusive) até ao momento, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis por que passou?</p>
<p>1. O que facilitou a sua experiência de emigração?</p> <p>2. O que dificultou a sua experiência de emigração?</p> <p>3. Quanto tempo de integração teve no serviço/hospital onde trabalha atualmente?</p> <p>3.1. Considera ter sido suficiente para uma boa integração no serviço?</p> <p>4. Teve dificuldades na adaptação aos termos técnico-científicos da língua inglesa?</p> <p>4.1. Se sim, mantém essa dificuldade?</p> <p>5. Teve dificuldades na adaptação ao Reino Unido (como país)?</p> <p>5.1. Se sim, porquê?</p> <p>5.2. Se não, porquê?</p> <p>6. Alguma vez se sentiu alvo de comportamentos considerados racistas? (Racismo, discriminação e xenofobia)</p> <p>7. Em que condições o contrataram? O contrato é vitalício/oferece segurança a nível de emprego?</p> <p>8. O ordenado que recebe é suficiente para gerir a sua vida (por ex. as contas)?</p> <p>9. Que tipo de apoios considera que poderiam existir para apoiar e facilitar a emigração de enfermeiros para o Reino Unido?</p>
<p>1. O que significou para si decidir emigrar?</p> <p>2. Que significado tem para si ser emigrante?</p>
<p>1. No seu ponto de vista, o Reino Unido era um bom país para recomeçar uma nova vida?</p> <p>2. No seu ponto de vista, quais as vantagens e desvantagens de viver no Reino Unido? (cultura, clima, emprego, dieta, condições de vida, educação, saúde, segurança, ...)</p>
<p>1. A emigração para o Reino Unido teve implicações na sua condição financeira/profissional/familiar?</p> <p>1.1. Se sim, quais?</p>
<p>1. Recebeu algum tipo de apoio por parte da comunidade inglesa?</p>

1.1. Se sim, que tipo de apoio?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como se preparou para esta nova etapa? 2. Teve que frequentar alguma formação complementar para lhe ser permitido exercer enfermagem no Reino Unido? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Se sim, em que Instituição e durante quanto tempo? 3. Que expectativas tinha quando decidiu emigrar para o Reino Unido? 4. O que espera desta experiência?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Que tipo de apoio teve quando decidiu emigrar, a nível familiar e de pessoas significativas como os amigos? 2. Que tipo de apoio tem tido desde que chegou ao Reino Unido?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como se sente neste momento? Sente-se adaptado à sua situação atual? 2. Quando tem alguma dificuldade (nomeadamente de saúde, económica, emocional, ou outra) em que se apoia/a quem recorre?

Anexo II – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Investigador: Ana Teresa Lopes Batista Frederico de Albuquerque

Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa –
Instituto de Ciências da Saúde

Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Eu, abaixo-assinado, aceito participar no Projeto de Investigação com o tema “**A vivência da transição nos Enfermeiros Portugueses que Emigram para o Reino Unido**”, tendo em conta os seguintes aspetos, acerca dos quais fui elucidado:

1. Os objetivos do estudo:
 - Caracterizar os enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido;
 - Compreender o motivo que leva os enfermeiros portugueses a emigrar para o Reino Unido;
 - Compreender a vivência da transição dos enfermeiros portugueses que emigram para o Reino Unido;
 - Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam o processo de transição na emigração dos enfermeiros portugueses para o Reino Unido;
 - Conhecer as estratégias adotadas pelos enfermeiros portugueses para gerir situações adversas.

2. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas diretamente implicadas nele;

3. A recolha de dados pressupõe a realização de uma entrevista áudio-gravada, posteriormente transcrita e não será utilizada para outros fins, salvo se autorização expressa pelo participante. A entrevista é constituída por um conjunto de perguntas iniciais que corresponde à caracterização do participante, seguida de algumas perguntas abertas e objetivas;

4. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais. A entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa, se o participante manifestar interesse para tal;
5. A sua participação é voluntária, salvaguardando o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
6. A privacidade e confidencialidade dos participantes serão salvaguardados, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas diretamente implicadas no projeto de investigação;
7. Caso surja necessidade de outras informações, dúvidas, bem como obter o acesso aos resultados da investigação, os participantes deverão contactar o investigador, cujo nome e contacto se encontram abaixo descritos.

Agradeço a disponibilidade manifestada para participar no presente estudo, Eu, abaixo assinado, expliquei os objetivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correto entendimento.

Assinatura do entrevistador: _____

Data: _____

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas.

Assinatura do participante: _____

Data: _____

Anexo III – Quadros Orientadores da Categorização dos Dados

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
Propriedades da Transição	Conscencialização	Perda e rutura
		Reconhecimento do que mudou
		Motivos para emigrar
	Envolvimento	Procura de informação/recursos
		Preparação antecipada para lidar com o evento
		Impacto no estilo de vida, hábitos e pessoas significativas
	Mudanças e Diferenças	Caracterização da mudança
		Realidade vs. Expectativas
		Diferenças no exercício da profissão
		Decisão de emigrar
	Pontos e eventos críticos	Distância da família e pessoas significativas
		Percurso migratório
		Adaptação ao novo idioma
Eventos Saúde-Doença		
Ter que emigrar		
Condições facilitadoras e inibidoras\	Significados	Ser emigrante
	Atitudes e Crenças Culturais	
	Estatuto Sócio-económico	Nível dos rendimentos
		Ocupação profissional
	Nível de conhecimento/preparação	Conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição
		Estratégias necessárias para lidar com as mudanças (aprendizagem transformativa)
		Informação relevante disponível
	Condições da comunidade	Aconselhamento
		Recursos disponíveis
		Resposta apropriada às dúvidas e necessidades
		Organização do serviço
		Adaptação/integração nos serviços de Enfermagem
		Estigmas, estereótipos, marginalização (racismo, xenofobia)
		Aculturação
		Suporte familiar e de pessoas significativas
	Suporte	Suporte na tomada de decisão
Separação da família		
Padrões de resposta (indicadores de processo)	Sentir-se ligado	Necessidade de estabelecer relações e interagir
	Sentir-se integrado	Sentimento de pertença
	Sentir-se situado	
	Desenvolver confiança e <i> coping </i>	
Padrões de resposta (indicadores de resultado)	Mestria	
	Identidade fluida e integrada	