

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA
Área de Especialização em
Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

A INFLUÊNCIA DO COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO NA
(RE)CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA EM ENFERMAGEM

Contributos para um Estudo de Caso do
Desenvolvimento Profissional

Tese elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia
Olga Joaquina Vaz Batista Louro

Orientada por Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

ÉVORA
JULHO 2003

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA
Área de Especialização em
Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

A INFLUÊNCIA DO COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO NA
(RE)CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA EM ENFERMAGEM

Contributos para um Estudo de Caso do
Desenvolvimento Profissional

Tese elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia
Olga Joaquina Vaz Batista Louro

Orientada por Professor Doutor Carlos Alberto da Silva



143822

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

ÉVORA
JULHO 2003

Título: A Influência do Complemento de Formação na (Re)Construção Identitária em Enfermagem

Sub-título: Contributos para um Estudo de Caso do Desenvolvimento Profissional

Palavras-chave: Identidade; Competências; Enfermagem; Complemento de Formação.

Tese elaborada para obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Orientada por Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Departamento de Sociologia

Universidade de Évora

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

RESUMO

Título: A Influência do Complemento de Formação na (Re)Construção Identitária em Enfermagem

Este estudo centra-se na trajectória profissional dos enfermeiros e numa estratégia de formação contínua em enfermagem – O Curso de Complemento de Formação, enquanto instância promotora da reorganização do "*património*" dos seus actores e, portanto tributária da (re)construção identitária.

Numa primeira aproximação, centrámo-nos no desocultar das trajectórias profissionais dos enfermeiros, pelo entendimento das suas representações e práticas, as quais são modeladas pelos seus saberes e competências, num jogo contingencial e estratégico, estruturante das suas configurações ideológicas e identitárias.

Numa segunda aproximação, procurámos saber do alcance da estratégia formativa, na (re)configuração de saberes e competências destes profissionais, bem como da sua consolidação e concretização na prática de cuidados, identificando os seus contributos convergentes e ou divergentes no desenho da matriz identitária dos actores em estudo.

Os resultados sugerem que, face à (re)configuração dos saberes e competências emergentes do percurso formativo, os enfermeiros consolidam e vinculam-se tendencialmente na ideologia da profissionalização, ancorando o seu perfil identitário nos Neo – Profissionalistas.

ABSTRACT

Title : The influence of the formation complement in the (re) construction of the identity in nursing.

This study, is based on the professional pathway of the nurses and in a strategy of continuous formation in nursing – the formation complement course, as a promotional way of reorganization of the “patrimony” of their subjects and, therefore, a tribute to the (re) construction of the identity.

In the first approach, we for used in unveiling the pathways of the nurses, trough their representations and practices, whose au modelled by their knowledges and competences, in a contingent and strategic play, leading to a structure of their identity and ideological configurations.

In the second approach, we tried to understand the scope of the formation strategy in the (re) configuration of the knowledges and competence of these professionals, as well as their consolidation in the caring, identifying their convergent and diverging contribution in designing the identity map of the subjects in the study.

The results suggest that, in regard to the (re) configuration of knowledges and competences caring through the formation pathway, the nurses consolidate and mark in the professional ideology, anchoring their identity profile as Neo – Professionals.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que me ajudaram e apoiaram para a concretização deste trabalho:

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelo percurso formativo que me proporcionou, com o seu apoio, disponibilidade, estímulo e crítica;

Aos Enfermeiros que colaboraram no estudo, pelo apoio e colaboração demonstrados;

Às Direcções das Organizações Escolar e de Saúde, pela colaboração concedidas;

Aos colegas e amigos pelos incentivos, apoios , estímulos e partilha de saberes;

À minha família, por terem estado comigo quando e onde eu não estive.

SIGLAS E ABREVIATURAS

Artº - Artigo

CCFE – Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CEE – Comunidade Económica Europeia

CD - Classificação de Doentes

CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados

CF - Complemento de Formação

Dec – Lei – Decreto Lei

DRHS – Departamento dos Recursos Humanos da Saúde

Enfº - Enfermeiro

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCD - Sistema de Classificação de Doentes

S/d – Sem data

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	12
<u>1 - SUBSÍDIOS SÓCIO - PEDAGÓGICOS DA FORMAÇÃO DE ADULTOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS</u>	19
1.1 - FORMAÇÃO : UM MOMENTO ORGANIZADO DE SOCIALIZAÇÃO.....	20
1.2 - FORMAÇÃO CONTINUA: UMA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO PERMANENTE.....	22
1.3 - FORMAÇÃO CONTINUA E EXPERIÊNCIA NO PALCO DA TRAJECTÓRIA DE VIDA.....	28
1.4 - A FORMATIVIDADE DOS CONTEXTOS DE TRABALHO.....	31
1.5 – FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM : OS SABERES E AS COMPETÊNCIAS.....	33
1.6 – O CONTEXTO DO CURSO COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM : UM OLHAR EM TORNO DOS SABERES E COMPETÊNCIAS.....	41
<u>2 - FORMAÇÃO E IDENTIDADES PROFISSIONAIS</u>	55
2.1 - A CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES PROFISSIONAIS : CONTRIBUTOS TEÓRICOS.....	55
2.2 – A LOGICA IDENTITÁRIA CENTRADA NOS SABERES.....	59
2.3 - A LOGICA IDENTITÁRIA CENTRADA NAS IDEOLOGIAS.....	73
<u>3 - SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO TEÓRICA E EXPLICITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO</u>	81

4 – <u>QUESTÕES METODOLÓGICAS</u>	89
4.1 – PARADIGMA E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	89
4.2 – TERRENO DE PESQUISA; UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E ACTORES : CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS DE SELECÇÃO.....	95
4.3 – ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS: INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS.....	98
4.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	105
5 – <u>A LÓGICA DAS REPRESENTAÇÕES, PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS DOS ACTORES NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS</u>	110
5.1 – NO ALCANCE DAS REPRESENTAÇÕES : MOTIVAÇÕES E ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS.....	111
5.2 – UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS, OS SABERES E COMPETÊNCIAS DOS ACTORES.....	124
5.2.1 – <u>Desocultando na Prática as Estratégias de Revalorização Profissional</u>	145
6 – <u>A LÓGICA DA ESTRATÉGIA FORMATIVA : REPERCUSSÕES NOS SABERES, COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS DOS ACTORES</u>	160
6.1 - ESQUEMAS DE INTERESSES E EXPECTATIVAS NA FORMAÇÃO.....	160
6.2 - (RE) CONFIGURAÇÃO DE SABERES E COMPETÊNCIAS NA LÓGICA DO PERCURSO FORMATIVO.....	163
6.3 – IMPLICAÇÕES DA RECONFIGURAÇÃO DE SABERES E COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA DE CUIDADOS.....	176
7 – <u>UMA APROXIMAÇÃO E (RE)APROXIMAÇÃO Á MATRIZ IDENTITÁRIA DOS ACTORES</u>	186

8 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	190
9 – <u>BIBLIOGRAFIA</u>	202
10 – <u>ANEXOS</u>	220

Anexo I - Pedido de autorização á organização escolar, para a realização do estudo.

Anexo II - Pedido de autorização á organização hospitalar, para a realização do estudo.

Anexo III - Guião da entrevista.

Anexo IV - Matriz de Codificação Global.

Anexo V - Grades de Análise.

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Distribuição da Carga Horária do CCFE.....	51
Quadro n.º 2 – Caracterização dos Actores do Estudo.....	97
Quadro n.º 3 – Matriz/Síntese – Razões para Ser Enfermeiro (RSE).....	119
Quadro n.º 4 – Matriz/Síntese – Razões para Trabalhar na Instituição / Serviço (RIS).....	119
Quadro n.º 5 – Matriz/Síntese – Finalidade e Orientação dos Cuidados (FOC).....	123
Quadro n.º 6 – Matriz/Síntese – Actividades Mais Valorizadas (ACV).....	135
Quadro n.º 7 – Matriz/Síntese – Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC)....	144
Quadro n.º 8 – Matriz/Síntese – Percepções sobre a Delegação de Trabalho (PDT).....	157
Quadro n.º 9 – Matriz/Síntese – Assimilação Local de Saberes e Competências na Prática (ASC).....	157
Quadro n.º 10 – Matriz/Síntese – Esquema de Interesses e Expectativas (EIE).....	163
Quadro n.º 11 – Matriz/Síntese – (Re)configuração de Saberes e Competências na Lógica do Percorso Formativo (RSC).....	176
Quadro n.º 12 – Matriz/Síntese – Implicação da Formação na Prática (IFP).....	183

RELAÇÃO DE ESQUEMAS

Esquema n.º 1 – Actividades Mais Valorizadas e Desenvolvimento de Saberes e Competências.....	136
Esquema n.º 2 – Os Constrangimentos na Prática e a (In)viabilização de Saberes e Competências.....	145
Esquema n.º 3 – O Contexto da Prática e o Desenvolvimento de Saberes e Competências.....	158
Esquema n.º 4 – Potencialidades do Percorso Formativo no Desenvolvimento de Saberes e Competências na Prática de Cuidados.....	185
Esquema n.º 5 – A reconstrução da Identidade Profissional dos Enfermeiros, no Âmbito da Reconfiguração dos Saberes e Competências Emergentes do Complemento de Formação.....	199

INTRODUÇÃO

O estudo das identidades profissionais, em contexto de trabalho, afigura-se como uma realidade complexa, na qual confluem uma teia de variáveis.

Os actores, portadores de determinada(s) identidade(s) profissionais, integram organizações. Estas por um lado, conferem margens de liberdade aos seus actores e pela racionalidade e capacidade de escolha, estes utilizam-se na sua acção pré-estruturada pelo sistema (contextos organizacionais e sociedade); por outro lado paralelamente, o sistema enquanto campo de acção estrutura-se, mantém-se ou altera-se pela acção dos seus actores. Neste sentido, trata-se de uma construção colectiva levada a cabo pelos seus intervenientes (Crozier e Friedberg 1977).

Numa perspectiva complementar, Strauss (1978), referenciado por Lopes (2001), oferece um importante contributo sobre os múltiplos processos de negociação accionados numa organização. A teoria desenvolvida por este autor (ordem negociada), assenta em dois postulados básicos : por um lado, a ordem social organizacional, é em certa medida uma ordem negociada, uma vez que se trata do produto de múltiplos processos de negociação, pelos quais os actores concretizam a sua acção quotidiana, sendo que esses processos ocorrem em condições estruturais que, embora os não determinem, acentuam o seu carácter contingencial. Por outro lado, *"esses processos não constituem apenas a reprodução da ordem estabelecida, mas são também produtores de uma nova ordem, sendo esta resultante da complexa relação entre as negociações e as regras mais formais e pertinentes"* (Strauss 1978 in Lopes 2001: 40).

Os contributos destas teorias são centrais para entendermos as dinâmicas geradas pelos distintos actores em contexto de trabalho e no decurso de uma experiência formativa, as quais forjam uma interactividade permanente com as configurações ideológicas e identitárias dos profissionais.

Transpondo os contributos destas teorias para a enfermagem, sabemos que os enfermeiros trabalham em organizações de cuidados, em espaços de relações vivas, onde a profissão acontece, num palco de interacção social, e de um modo particularista, cada actor reorganiza o seu património experiencial.

Por um lado, dentro da estrutura da organização de cuidados, a prática dos enfermeiros está condicionada pelo esquema organizacional, o qual lhe "*orienta*" e "*modela*", de certa forma, a prestação de cuidados e a produção social dos mesmos imprimindo uma direcção ao seu vector ideológico e identitário. Por outro lado, as organizações também conferem margens de liberdade aos enfermeiros e, neste sentido, na prática profissional, os enfermeiros mobilizam diferentes recursos nos processos informais gerados no quotidiano de trabalho, mediatizados pela natureza compósita dos seus saberes e competências, mantendo ou reconfigurando os vectores ideológicos e identitários, bem como a organização.

Quanto ao enquadramento da perspectiva teórica da ordem negociada, no domínio específico do trabalho de produção de cuidados de saúde, concretamente em contexto hospitalar, esta permite apreendê-lo como um domínio em que os processos informais da negociação adquirem particular centralidade, face à natureza do trabalho que se desenvolve em contexto hospitalar. A natureza humana do trabalho imprime aos contextos de acção significativas margens de imprevisibilidade e flexibilidade (Lopes 2001). A unicidade que caracteriza cada cliente, cada enfermeiro e cada situação torna-se apelativo de contínuos reajustamentos, o que imprime relativas margens de flexibilidade nos contextos de acção.

Na perspectiva da teoria da acção estratégica e da teoria da ordem negociada, entendem-se as ideologias e as identidades profissionais como recursos orientadores de acção, mobilizados pelos enfermeiros no seu quotidiano de trabalho, revestido das diferentes interacções com outros profissionais, nos contextos que os envolvem.

Mas, neste jogo contingente e estratégico, a prática de cuidados surge indissociável da formação, constituindo-se um processo integrado numa perspectiva de desenvolvimento social e profissional.

De facto, o enfermeiro enquanto actor social enquadrado numa sociedade que se designa como a sociedade do conhecimento, procura a sua sobrevivência "*reactualizando-se*" prolongando e "*reorientando*" as aprendizagens anteriores, "*afirmando-se numa posição de perpétuo aprendiz preocupado em digerir as mudanças incessantes que lhe são apresentadas*" (Boutinet 1999: 204).

Fazer face a um mundo em permanente transformação e mudança, exige do enfermeiro posturas interventivas inovadoras, decisões adequadas, atempadas e actuais. Desta forma, os dispositivos de formação formais e/ou informais deverão proporcionar a emergência de saberes e competências capazes de protagonizarem num equilíbrio sustentado, o desenvolvimento pessoal e profissional.

A formação ao redistribuir as formas de saber, às quais subjazem as competências, é geradora de novas relações entre os actores e destes com a organização, produzindo novas redes de poder e redefinindo o lugar dos enfermeiros na produção social de cuidados de saúde.

Nesta lógica, consideramos a formação continua promotora dos processos de desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos, estruturando e potencializando o desenvolvimento de saberes e competências, no quadro da obsolência de saberes e no contexto societal permanentemente mutável.

Considerando que, o enfermeiro enquanto actor social protagoniza um processo de desenvolvimento e aprendizagem durante toda a vida, admitimos a existência de um processo de construção identitário também ao longo de toda a vida do indivíduo, isto é, a identidade social e profissional é permanentemente objecto de alterações e transformações.

No entendimento do processo identitário, Dubar (1997), defende uma dupla transacção : biográfica e temporal, responsável pela socialização profissional dos actores; *“resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diferentes processos de socialização que, em conjunto, constróem os indivíduos e definem as organizações”* (Dubar 1997: 105).

Na perspectiva conceptual de Pinto (1991), o processo identitário é eminentemente relacional e resulta da imbricação de um duplo processo : *“o processo pelo qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos de pertença ou de referência, com eles se fundindo de modo tendencial (processo de identificação) e o processo através do qual os agentes tendem a automatizar-se e diferenciar-se socialmente fixando em relação aos outros distâncias ou fronteiras mais ou menos rígidas (processo de identidade)”*(Pinto 1991: 218).

Nesta linha de pensamento o actor social constrói e reconstrói a sua identidade, no ambiente onde desenvolve a sua actividade, não sendo deste modo, independentemente dos contextos sociais organizados onde se movimenta, os quais enquanto contextos de socialização funcionam como espaços de identificação e de reconhecimento de identidades.

Ao longo da vida do enfermeiro intercorrem e interagem os processos formativos, os quais se constituem em instrumentos de socialização profissional que atravessam as identidades profissionais, uma vez que, *“os estudos sobre a formação e a socialização profissional dos enfermeiros compreendem, de forma mais ou menos implícita, o questionar das identidades profissionais, não apenas como uma definição*

substantiva mas igualmente como um processo estratégico e interactivivo' (Abreu 2001: 16).

A formação e os contextos de trabalho, atravessam pois a trajectória identitária dos enfermeiros. Vários autores, têm vindo a desenvolver estudos nos quais a preocupação dominante reside na questão da identidade da enfermagem (Correia 1993; Abreu 1994; 2001; Bento 1997; Araújo 1996; Lopes 2001). A maioria destes estudos trilha os caminhos da formação e os contextos de trabalho dos actores, os quais fazem atravessar na sua trajectória identitária, a génese da procura e do reforço da autonomia profissional.

As investigações realizadas "*evidenciam desde o primeiro momento a complexidade do processo de formação identitário dos enfermeiros*" (Abreu 2001: 170). Se existe um conjunto de aspectos que influenciam a constituição da identidade profissional dos enfermeiros, podendo advir de um percurso singular, ser perseguido na formação inicial, continuada na formação contínua, e nas experiências de trabalho, interrogamos o seguinte :

- Como se perspectiva a reconfiguração de saberes/competências, emergentes do Complemento de Formação, na construção e reconstrução da matriz identitária em enfermagem?

Na verdade, lançando o olhar sobre o ensino e a carreira de enfermagem, muitas e variadas foram as reestruturações, decorrendo das mesmas reorganizações de saberes e competências dos profissionais de enfermagem. Estas reestruturações culminaram com a integração no Ensino Superior.

Neste cenário, nasceu o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, regulamentado pela portaria n.º 799 – E/99 de 18 de Setembro. Este constitui-se, segundo o Decreto – Lei n.º 353/99 nos seus artigos 5º e 21º, numa estratégia formativa capaz de assegurar o reforço, a extensão ou aprofundamento da formação em enfermagem, por forma a garantir a formação humano, científica, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, á família, grupos e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção.

Neste enquadramento vislumbra-se a confluência de um jogo mediatizado pela (re)configuração de saberes e competências, os quais ensaiam implicações ideológicas e identitárias materializados nas práticas dos enfermeiros.

Aliás, é precisamente no contexto da prática, animada por estes actores que os futuros enfermeiros (alunos da formação inicial), se socializam com os seus pares, ao longo do seu percurso formativo, no qual intercorre a partilha de saberes que sustenta

as competências dos diferentes actores, os quais se inscrevem e (re)inscrevem nas suas matrizes identitárias.

Nesta lógica, perspectivamos os saberes/competências como actores privilegiados do desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, desenhando o interesse e pertinência desta investigação.

Este interesse, move-se e decorre da nossa actividade profissional (docente de uma escola de enfermagem), pretendendo assim contribuir para a reflexão das questões da formatividade dos profissionais de enfermagem, concretamente no âmbito da natureza dos seus saberes e competências. Para além do interesse de natureza pessoal, inscreve-se o interesse de natureza colectiva, pela reflexão das nuances sociológicas da profissão emergentes da problemática.

Questionar as identidades dos enfermeiros, no âmbito de uma experiência de formação remete-nos, numa primeira instância, para a análise da sua trajectória identitária e numa segunda instância para a análise da estratégia formativa, nomeadamente no que se refere á (re)apropriação de saberes/competências de forma a identificar a(s) identidade(s) na prática profissional dos actores. São estes os objectivos desta investigação.

No alcance dos objectivos, somos implicados no estudo das representações, das práticas e da estratégia formativa dos actores, no seu contexto profissional, mediatizados pelas relações com os saberes/competências que lhe são específicos.

Assim, compreender a forma como "*vivem*" e "*sentem*" as práticas caminhando nas subjectividades e racionalidades que as operacionalizam tornou-se uma realidade a conhecer, de forma a compreender as repercussões da estratégia formativa, nos seus saberes e práticas, identificando os caminhos e descaminhos da(s) identidade(s) destes profissionais.

Como terreno de pesquisa seleccionámos o contexto dos serviços de medicina, de uma unidade hospitalar da área da nossa residência e do nosso local de trabalho. Por razões de ordem profissional este contexto foi também, ainda que temporariamente, local da nossa actividade profissional. O acesso aos dados ficou assim facilitado.

Quanto á estratégia de investigação, optámos pelo estudo de caso, pretendemos conhecer uma realidade social em profundidade e pelo contacto directo compreender a forma como os distintos actores a "*vivem*" e "*sentem*".

Nesta perspectiva optámos pelo paradigma qualitativo, o qual permite "(...) *descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interacção de certas variáveis, compreender (...) processos dinâmicos vividos por grupos sociais (...) e*

possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos”(Richardson et al 1989: 39).

A unidade dos indivíduos e singularidade dos contextos, remete-nos para a preocupação de conhecer os que seleccionámos, porém, conscientes das limitações deste estudo; não pretendemos alcançar proposições revestidas de validade universal, mas tão somente compreender uma realidade próxima e restrita.

Como técnicas de colheita de dados seleccionámos : a entrevista semi – estruturada como técnica nuclear e a observação como técnica complementar.

Estruturámos o trabalho nos seguintes capítulos :

No primeiro e segundo capítulos, procurámos construir um referencial teórico, permissivo do questionar da realidade, bem como da recolha dos dados e da sua interpretação e análise.

Assim, relativamente ao primeiro capítulo do referencial teórico, percorremos os subsídios sócio – pedagógicos da formação de adultos, nomeadamente no seu enquadramento socializador, pelos caminhos da formação contínua experiencial e em contexto de trabalho, desocultando os contributos da mesma na formação dos enfermeiros e concretamente nos seus saberes e competências. Num mapeamento teórico, á luz de diferentes contributos tentaremos clarificar o conceito de competência, bem como as suas convergências e divergências com os traços conceptuais subjacentes á formação dos enfermeiros emergentes da legislação Portuguesa e Comunitária. Finalmente, sustentados pelos contributos teóricos, legais e jurídicos e pelas linhas conceptuais, metodológicas e operacionais do CCFE, tentamos explorar a forma como a estratégia formativa prevê a interpelação de saberes e competências dos enfermeiros.

No segundo capítulo da construção teórica, exploramos as relações entre formação e identidade, procurando em primeiro lugar os contributos teóricos subsidiários do entendimento das lógicas que presidem á construção das identidades. Partindo destes contributos, procuramos as lógicas identitárias dos enfermeiros centradas nos seus saberes e ideologias.

No terceiro capítulo, fizemos uma síntese da construção teórica e explicitação da problemática de investigação, enunciando as questões orientadoras do estudo.

No quarto capítulo procurámos operacionalizar o dispositivo metodológico da pesquisa. Explicitámos os objectivos do estudo, o paradigma e estratégia de investigação. Justificámos ainda os critérios de selecção do terreno de pesquisa e dos actores do estudo. Explicitámos também as técnicas de recolha de dados e os motivos

que presidiram á sua escolha. Por fim, abordámos as estratégias utilizadas para o tratamento, análise e interpretação dos dados.

No quinto capítulo, iniciámos a análise e interpretação dos dados. Começamos com uma aproximação á "*história*" dos actores, procurando compreender as suas motivações e orientações profissionais. Caracterizamos, sumariamente o contexto, onde se desenrola a acção. Procuramos ainda conhecer as práticas profissionais dos enfermeiros, ou seja as suas vivências, explorando na história da sua prática os saberes e competências que lhe subjazem.

No sexto capítulo, começamos por identificar os interesses e expectativas relativamente ao complemento de formação. Posteriormente, procuramos explorar a percepção dos enfermeiros, relativamente á reconfiguração de saberes/competências emergentes do processo formativo. Finalizamos com o desocultar da consolidação e concretização dos saberes emergentes, na prática profissional dos enfermeiros.

No sétimo capítulo, sustentados pelos dados emergentes dos dois capítulos anteriores, tentamos identificar as (re)configurações ideológicas e identitárias dos enfermeiros em estudo.

No oitavo capítulo, teceremos considerações finais, procurando uma síntese dos aspectos mais significativos, bem como enfatizando as perspectivas contributivas para o desenvolvimento da formação e da profissão.

Por fim, referenciamos a bibliografia utilizada e integramos em anexo os pedidos de autorização para a realização do estudo, o guião da entrevista, e as matrizes de codificação, análise e redução dos dados.

1 - SUBSÍDIOS SÓCIO - PEDAGÓGICOS DA FORMAÇÃO DE ADULTOS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Um olhar, sobre o ensino e a carreira de enfermagem, permite-nos afirmar que muitas foram as reestruturações que reorganizaram os saberes e competências destes profissionais.

Estas reestruturações culminaram com a integração no Ensino Superior. Desta integração, emergem responsabilidades acrescidas que passam pelos processos de formação, de forma a dar resposta atempada, eficaz e eficiente às realidades de saúde.

O leque de graus de formação dos enfermeiros é amplo e diverso. Coexistem actualmente nas instituições de saúde : Enfermeiros habilitados com o curso de enfermagem geral, bacharelato, licenciatura, mestrado, e ainda alguns enfermeiros doutorandos.

Foi neste cenário, que nasceu o Curso Complemento de Formação em Enfermagem, enquanto estratégia formativa capaz de colmatar algumas lacunas resultantes da disparidade de níveis diferentes de formação; promovendo a (re) apropriação de saberes e competências técnicas, teórico – científicas e humano – relacionais.

Porém, os formandos do CCFE, são adultos com património, que não se pode menosprezar, pelo que o percurso da formação deve ser centrado numa lógica construtivista no âmbito da formação de adultos. Desta forma torna-se pertinente no âmbito desta investigação dar conta dos seus contributos na formação em enfermagem.

Será este o fio condutor deste capítulo.

Neste contexto, muitas, variadas e conturbadas foram as transformações ocorridas no domínio da formação de adultos; as quais se afiguraram como mais valias nos currículos dos enfermeiros, nomeadamente no CCFE e que importa clarificar.

Tal como referem diversos autores, nomeadamente, Correia (1993), Abreu (1994; 2001), Bento (1997), Ribeiro (2000), até á década de oitenta, as escolas de enfermagem desempenhavam um papel de reprodução de uma estrutura social, sendo

a concepção de formação orientada para a aprendizagem de conhecimentos e "*competências cumulativas*" (Correia 1993: 69).

Privilegia-se a transmissão de informação e saberes, pelo actor principal – Professor, conferindo-se ao aluno um papel de mero receptor passivo – objecto de formação (Lesne 1977).

Procura-se categorizar a prática em detrimento da sua compreensão, explicitação e reflexão-crítica numa relação dicotómica teoria/prática, concepção/execução; surgindo os estágios como momentos "*privilegiados*" de aplicação de teoria á prática.

O contexto actual, indicia preocupações que apelam "*para uma reinvenção de novas modalidades de formação*" (Correia 1993: 69).

Se as instituições de formação de enfermeiros acreditam que um dos efeitos da formação de adultos, está mais próximo do mundo do "*imaginário e da criatividade*" (Sainssaulieu 1999: 95), e que a "*Saúde dos Portugueses*" se deverá situar na "*interface entre o conhecimento e a acção*" (Ministério da Saúde 1997: 11), promovendo o seu desenvolvimento através de uma dinâmica social apropriada incrementando uma "*função de observatório*" (...) "*sobre o terrend*" (ib: 11); então inevitavelmente se demarcam dos modelos de formação escolarizados e integram os subsídios da formação de adultos, num entendimento com novos modelos de formação os quais apostarão numa lógica de desenvolvimento pessoal e profissional perspectivando transformações na identidade dos enfermeiros, para a realidade de saúde que se pretende.

São precisamente estes subsídios que tentaremos explicitar ao longo deste capítulo; com o intuito de potenciar a nossa análise sobre a influência do complemento de formação, o qual se inscreve na formação de adultos, enquanto vector tributário da (re)construção identitária dos enfermeiros.

1.1 – FORMAÇÃO : UM MOMENTO ORGANIZADO DE SOCIALIZAÇÃO.

O homem "*edifica-se*", "*constrói-se*" e "*(re) constrói-se*"; numa dialéctica recursiva de "*apreensão*", "*compreensão*" e "*produção*" do mundo socializando-se no meio familiar, no grupo de pares, na escola e no trabalho (Dubar 1997).

Partilhando desta perspectiva e entendendo que a socialização engloba as interacções que se estabelecem nos contextos onde os indivíduos se movem; o processo de socialização "*inscreve-se, em relação dialéctica, numa estrutura social, ela*

própria inserida num processo dinâmico, na sequência do jogo das oposições, dos conflitos e das contradições que comporta em si mesmo" (Lesne 1977: 45).

A inserção na sociedade de cada pessoa, e o desempenho de funções e papéis, significa que além de ser objecto de socialização realiza também, nesse processo, o papel de sujeito (agindo sobre os outros), sendo deste modo actor social.

É esta perspectiva que sustenta Lesne ao afirmar que o homem vive em sociedade e é "*sujeito*", "*objecto*" e "*agente social*". É objecto de "*Socialização – formação*", porque é determinado socialmente, mas é também "*sujeito*" da sua própria socialização ou seja "*actor – social*"; porque "*determina-se e adapta-se de forma activa aos diferentes papéis sociais e ás exigências de funcionamento social*". Mas, ainda e sobretudo é um "*agente de socialização*" e "*agente de socialização – formação*", ou seja; se por um lado é "*determinado*" (agido), por outro, é "*determinante*" porque age ao mesmo tempo sobre as condições do processo e sobre o próprio processo.

À luz desta perspectiva, todo o Homem é um "*agente informal de socialização – formação*" (Lesne 1977: 43-35). De facto, no mundo conduzido pelas relações sociais, todos nós somos portadores de "*elementos*" culturais; o que só por si nos torna nesta viagem, veículos de transmissão destas relações e "*elementos*".

Mas, esta viagem, ou seja, viver em sociedade, constitui um permanente desafio. Depois de interiorizados os padrões comportamentais que visam o funcionamento do sistema social, e de se ter atingido um determinado grau de autonomia – na idade adulta – o indivíduo continua a ser confrontado com a necessidade de responder aos estímulos diversos e múltiplos que caracterizam uma sociedade mutável e transformadora.

O homem vive então em permanente necessidade de se reorganizar, reconstruir e auto – estruturar. Assistimos assim, na idade adulta a uma "*socialização reconstruída*", a qual exige uma "*aprendizagem social ou um reequilíbrio das aprendizagens anteriores*" (Lesne 1977: 23).

Neste âmbito e considerando que cada indivíduo se forma por si, no contacto com os outros e com os objectos que o rodeiam, colocando ênfase na interacção entre o indivíduo, os outros e os contextos; a formação assume-se parafraseando Pineau (1985) como um processo, com um carácter "*permanente, dialéctico e multiforme*" (Nóvoa 1988: 76); que acompanha os indivíduos na sociedade.

Esta linha de pensamento é explicitada por Pineau (1985), na sua teoria tripolar; a qual comporta : a *hetero - formação*, em que o indivíduo recebe conhecimentos e experiências do meio envolvente; a *ecoformação*, onde se familiariza com um determinado meio que tem subjacente as dimensões profissional, social e

relacional e, a *auto - formação* em que o indivíduo aprende através da prática e adquire capacidades pela experiência diversificada e individualizada, realizada por si próprio.

Decorrente do exposto, poderemos então considerar a formação (qualquer que seja o seu sistema ou sub – sistema), como uma resposta a uma pressão social inerente ao processo de socialização. Neste sentido, Dominicé (1985a) afirma : “*A formação assemelha-se a um processo de socializaãd’*” (Nóvoa 1988: 60). O mesmo será dizer que, “*existe um isomorfismo entre os processos de formação e os processos naturais de socialização inerentes ao universo social e cultural do indivíduo’*”, tratando-se de uma “*recomposição’*” e “*reconstruçãd’*” dos processos “*submetidos a uma evolução inerente á trajetória pessoal do indivíduo’*” (Abreu 1994: 22).

Também Lesne (1990), refere que “*o conceito de socialização se situa no coração das problemáticas actuais da educação de adultos’*”. (Palmeiro 1995: 33), assumindo a formação parte integrante do processo de socialização organizada, a qual Lesne (1984), designa de “*Socialização silenciosa, pela impregnação directa na vida quotidiana’*” (Correia 1993: 70).

O entrosamento da formação e socialização, caracteriza-se pelo acompanhamento da formação ao longo de todo o percurso do processo de socialização e realiza-se pela apropriação e reapropriação de saberes e competências, que cada um internaliza de forma singular, mas articulada com os outros e com os ambientes que o envolvem; e por isso, tributária da construção e reconstrução de identidades profissionais.

1.2 - FORMAÇÃO CONTINUA : UMA MODALIDADE DE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO PERMANENTE.

Enquadrado numa sociedade, que se reconhece como a sociedade do conhecimento, o adulto actor sente-se em metamorfose cognitiva, confrontado permanentemente com a questão da obsolência dos seus saberes largamente ampliada, pela “*óbvia incapacidade de processamento, por cada sujeito, do caudal imenso de informação continuamente disponibilizada’*” (Sá – Chaves 2000: 40).

Assim, procura a sua sobrevivência “*reactualizando-se’*” prolongando e “*reorientando’*” as suas aprendizagens anteriores; “*afirmando-se numa posição de perpétuo aprendiz preocupado em digerir as mudanças incessantes que lhe são apresentadas’*”(Boutinet 1999: 204).

Face a “*um conjunto de circunstâncias e condicionantes sociais exercidas sobre o homem, sobre as organizações e sobre a escola*” (Abreu 1994: 30), emerge a noção de educação permanente; sobre a qual podemos vislumbrar diversas perspectivas, no entanto “*trata-se fundamentalmente de conceber a educação do indivíduo num continuum (não restringindo a educação á formação formal ou inicial), possibilitando o acesso de todos ao património cultural das comunidades, valorizando as acções socializadoras com potencial educativo*” (Abreu 1994: 30).

Nesta perspectiva a noção de educação permanente aproxima-se da noção de socialização, caracterizando-se por um processo a longo prazo, o qual se inicia com o nascimento e prossegue durante toda a vida, encetando uma continuidade no tempo e no espaço, visando o desenvolvimento da vida pessoal, social e profissional.

A educação permanente pressupõe então, a capacidade de aprender e quando esta está ligada aos adultos inseridos na vida profissional falamos de “*formação*” (Veiga 1995: 36; Marc e Locqueneux 1995: 9), em que o adulto “*está em posição de sujeito, ao conservar tanto quanto possível a iniciativa e o controle do seu itinerário de aprendizagem*” (Marc 1995: 9).

Ligados ao conceito de educação permanente e formação do adulto, Marc e Locqueneux (1995) salientam alguns aspectos importantes :

- Uma nova concepção de formação de adultos feita através da vida diária, permitindo uma análise da prática já vivenciada e a sua transformação em saber e saber – fazer; como refere Remy Hess (1985) : “ *Formar-se não é instruir-se; é antes de mais reflectir, pensar na experiência vivida (...)*” (Nóvoa 1988: 115). Ou ainda, “*aprende-se através da experiência, que instaura uma ligação estreita entre a acção e a reflexão*”; uma vez que a aprendizagem é caracterizada por um “*processo auto – concentrado mais baseado na acção do que na simples informação*” (Marc e Locqueneux 1995: 9).
- A formação deverá “ *provocar um processo de aprendizagem através de experiências pertinentes tão próximas quanto possíveis das práticas sociais*” (Marc e Locqueneux 1995: 9)
- A ideia de que a formação inicial deverá preparar um adulto no desejo e na capacidade de continuar a sua formação sem o apoio constante da instituição educativa, isto é; promovendo o “*desenvolvimento de um saber estar, relacionado com atitudes e comportamentos que permitem aos sujeitos alargar o seu campo de compreensão e de acção*” (Marc e Locqueneux 1995: 9).

No âmbito da *"formação"* decorre então o conceito de *"formação permanente"* a qual se entende por *"toda a aprendizagem que é desenvolvida após a formação inicial básica no sentido de um desenvolvimento de novas capacidades e de uma melhor adaptação ao meio profissional"* (Veiga 1995: 36).

O conceito de *"formação permanente"*, engloba assim o conceito de *"formação contínua"*, uma vez que no dizer de Alarcão (1992), esta visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional.

O processo de educação permanente, deverá então, como refere Schwartz (1969) *"tornar toda a pessoa capaz de se transformar em agente de mudança, isto é de melhor compreender o mundo técnico, social e cultural que o cerca e de agir sobre as estruturas onde vive, modificando-os; de trazer a cada um a tomada de consciência do seu poder como agente actuante, de desenvolver seres autónomos no sentido de se situarem e compreenderem o ambiente que os rodeia, de o influenciar e de compreender o jogo relativo entre a evolução da sociedade e de si próprio(...)"* (Correia 1993: 70), dito de outro modo a educação permanente deverá apelar á autonomia do indivíduo, atribuindo-lhe o papel de actor principal na apropriação de saberes, saberes fazer, saberes ser e saberes transformar-se, veículos de estruturação social.

Lança-se então, o repto colocado por Josso (1987), passar da *"formação do sujeito ao sujeito da formação"* (Nóvoa 1988: 35).

Um olhar atento á história recente da educação em enfermagem no nosso país, permite-nos afirmar que a mesma se tem norteado pelos modelos *"escolarizados"*, imbutidos pela preocupação de transmitir saberes com vista á produção aditiva de competências numa lógica organizada e metódica, encontrando-se portanto, subjacente uma *"ideologia que privilegia mais a obediência do que o saber, mais o controle do que a autonomia, mais as ideias feitas do que o pensamento próprio, mais a repetição do que a inovação."* (Correia 1993: 70). Esta realidade é ampliada pela relação dicotómica entre formador/formando pelo que, *"não prepara a profissão para a exigência que a responsabilidade implica e os seus agentes para serem profissionais para uma sociedade do saber"* (Ribeiro 2000: 110).

A este propósito Nóvoa realça que só o *"saber em evolução"*, inconciliável com o modelo escolar, poderá *"responder aos apelos constantes de mudança"* (Nóvoa 1988: 112).

Neste contexto, a educação/formação permanente, valoriza a descolarização da sociedade, viabilizando a desactualização da ideia de quarteração temporal e espacial

entre o *"tempo para aprender"* (tempo dedicado á formação) e *"tempo para fazer"* (exercício profissional) (Nóvoa 1988: 111).

Encontramos sinais deste eco em 1996, aquando da consagração do mesmo como Ano Europeu da Educação e da Formação ao longo das vida, pela União Europeia, repondo *"no centro dos interesses e da reflexão pessoal e socialmente transformadores e retoma, do conceito de formação permanente, a sua matriz de continuidade temporal, de percurso, de trajectória, de caminho a percorrer"* (Sá-Chaves 2000: 39).

Parece então, pelo exposto, inquestionável que a formação dita inicial possa dotar os seus actores de saberes e competências capazes de lidar com as imprevisibilidades societais.

Decorrente desta perspectiva, Sá – Chaves, (2000), reconhece quatro princípios na problematização da formação : *"Princípio de inacabamento"*, *"princípio de continuidade"*, *"princípio de auto - implicação do formandd"* e *"princípio do efeito multiplicador da diversidade"*.

O princípio do *"inacabamento"* encontra-se *"subjacente quer á produção universal de conhecimento quer á (re) construção pessoal dos saberes e, nele, a imprescindível condição de abertura do novo como única via de actualização informacional que possa facilitar, em cada sujeito, os processos de (re) construção dinâmica de saberes e competências"* (Sá – Chaves 2000: 40), sendo estes últimos *"actores do desenvolvimento organizacional"* (Sainssaulieu 1999: 95).

Esta perspectiva é também partilhada por Lapassade (1963) quando o mesmo refere que *:"O Homem moderno aparece cada vez mais em todos os planos da sua existência, como ser inacabado. O inacabamento da formação torna-se uma necessidade num mundo marcado pela transformação permanente das técnicas o que implica uma educação igualmente permanente"* (Nóvoa 1988: 112).

Perante este *"inacabamentd"*, o Homem só alcançará a sua realização, através da aprendizagem permanente, ao longo da vida; o mesmo será dizer pelo *"princípio da continuidade quer nos processos extrínsecos quer nos mecanismos intrínsecos (...)"*, fazendo face ao também *"processo de desactualização continuadd"* (Sá – Chaves 2000: 40).

Da dialéctica constante entre o actor em formação e os contextos permanentemente em evolução, ressalta a natureza complexa dos processos formativos, bem como a imprevisibilidade das condições futuras do exercício profissional, pelo que a unicidade que reveste cada actor e cada contexto, torna inviável a adopção de soluções standartizadas.



Refere-se ainda que é na dialéctica entre factores extrínsecos e factores intrínsecos ao sujeito, que a concepção de formação se afasta da *"transmissão acrítica da informação (ainda que com quantidade e actualizada)"* (Sá – Chaves 2000: 40); e da *"lógica de conteúdos a transmitir e de disciplinas a ensinar"*, (Nóvoa 1988: 110); e se aproxima do objectivo que passa pela *"apropriação reflectida, consciente e crítica"* (Sá – Chaves 2000: 40), dos saberes pelos indivíduos em formação.

O princípio do "inacabamento", assim explicitado é o fio condutor que nos conduz ao *"princípio de auto – implicação do formando nos processos de construção partilhada do conhecimento uma vez que é através dessa implicação que jogará os sentidos que, pessoalmente, atribui a cada fenómeno no jogo mais abrangente dos sentidos que, social e culturalmente, os contextualizam e, de algum modo, determinam"* (Sá – Chaves 2000: 40).

De acordo com o exposto o adulto em formação permanente é o actor principal, que ao perceber as suas necessidades de formação, se implica num trabalho sobre si mesmo, *"num esforço de síntese e reflexão que lhe permite apropriar-se de um determinado espaço e tempo educativos integrando-os na sua história de vida e no seu percurso de formação"*. (Palmeiro 1995: 26), o que lhe permite uma postura interventiva na sociedade, desempenhando um papel de agente de mudanças, assumindo as suas escolhas, comportamentos e ideias.

Perspectiva-se então, no âmbito da educação permanente a auto - formação com um cariz valorativo de extrema importância sendo, no dizer de Dominice (1982) *"entendida como um processo de apropriação de cada um do seu próprio poder de formação"* (Nóvoa 1988: 102).

Nesta linha de pensamento, trata-se de *"recolocar o sujeito no lugar de destaque que lhe pertence quando desejar tornar-se um actor que se autonomiza e que assume as suas responsabilidades nas aprendizagens e no horizonte que elas lhe abrem"*. (Josso 1987); fundamentando a formação na *"auto - formação participada ou interagida"* ou seja, na valorização da ideia que toda a formação é um processo de apropriação individual, que se faz numa permanente interacção e confrontação com os outros (com os grupos, com as comunidades)" (Nóvoa 1988: 49).

Dito de outro modo, *"ninguém forma ninguém"* porque a *" a formação pertence, de facto, a quem se forma"*, facultando a abertura do *"olhar sobre os outros e sobre si (...)"* desocultando *"projectos de evolução pessoal"*, desafiando os seus actores a *"aprender a ver o mundo de outra maneira"*, (Sainssaulieu 1999: 95); e assim emergem mudanças, perspectivando-se a formação como uma aliada do desenvolvimento pessoal e profissional.

Entendendo assim o processo de formação, inquestionavelmente se atribuiu ao mesmo "*responsabilidades*" nas dinâmicas identitárias dos seus actores.

È neste enquadramento que subjaze o princípio do "*efeito multiplicador da diversidade e, nela, do reconhecimento mais valia da diferença*". (Sá – Chaves 2000: 41). Como consequência, no dizer de Sainssaulieu, emergem os efeitos da formação de adultos, os quais se poderão assemelhar a "*uma alavanca de desenvolvimento social das empresas*" (1999: 102).

Neste sentido, para além dos efeitos técnicos e cognitivos, potencia-se o efeito "*profundamente social e relacional porque não pára de provocar dinâmicas de promoção, de abertura, de cultura e de criatividade ligadas ao efeito da aprendizagem e de mudança dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico*" (Sainssaulieu 1999: 105).

Este efeito pedagógico inscreve-se na história de vida de cada um de nós, a qual se move na diversidade, multiplicidade e unicidade das situações, nas quais os indivíduos interagem com a família, com os grupos, com as equipas de trabalho, transformando o vivido em experiência e a experiência em saberes, reorganizando o seu património experiência, inserido no processo global de socialização, cujos actores deverão ser animados pela preocupação colocada por Hess (1985) : "*formar-se não é instruir-se é, antes de mais, reflectir, pensar numa experiência vivida*" (Nóvoa 1988: 115).

A problematização da formação enraíza-se assim, "*na articulação do espaço pessoal com o espaço socializado; progride com o sentido que a pessoa lhe dá (...)*" e "*articula-se em profundidade com a sua problemática existencial*" (Chené 1986: 89 e 90). Esta postura arrasta a problemática da formação para as teias do património experiência, e das trajectórias de vida, nas quais se poderão encetar processos de (re) apropriação de saberes e competências.

Esta análise preside ao desafio do próximo sub-capítulo, que explica a sua indispensabilidade pela "*natureza*" dos actores desta investigação – Enfermeiros (adultos em formação contínua); profissionais em exercício (portadores de um património experiencial).

1.3 - FORMAÇÃO CONTINUA E EXPERIÊNCIA NO PALCO DA TRAJECTÓRIA DE VIDA

Com já referimos, entendemos neste estudo por formação continua o processo que "*visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional*" (Alarcão 1992: 24).

Em 1985, Dominicé espelha a complexidade da dinâmica da formação : "*a história da formação de cada um é uma história de vida*", pelo que a vida deverá ser encarada "*como o espaço da educação*" (Nóvoa 1988: 138 e 140). Considerando que a viabilidade do que se afirmou, encontra eco numa formação sustentada por "*um trabalho de reflexão sobre os percursos de vida*" (Nóvoa 1988: 116).

Conducente com esta perspectiva, trata-se de activar e valorizar o património experiencial dos indivíduos, e numa análise fina descobrir nele o material que permitirá edificar o percurso formativo, obrigando a uma implicação dos actores envolvidos e consubstanciando tomadas de consciência individuais e colectivas facilitadoras da compreensão e interacção entre o formal e o informal.

Pires (1994), referenciando Aubrun e Orofiamma, salienta que a aprendizagem pela experiência é fundamental no processo de aquisição das competências. Neste contexto a autora destaca alguns modelos que, no seu entender, melhor se adequam a esse tipo de aprendizagem:

- Pelo tipo de organização do trabalho em que cada actor se encontra inserido, independentemente da formação, uma vez que "*as competências podem ser estimuladas e desenvolvidas pelas características do contexto profissional, a organização qualificante*" (Pires 1994: 17).
- Através de modelos de formação em alternância, - "*formação em sala alternando com períodos de formação em situação real de trabalho*" – (Pires 1994: 17), os quais colocam ênfase na aprendizagem pela experiência em situação profissional, onde a profissão acontece.
- Por meio de abordagens centradas na vida dos grupos, as quais "*promovam o conhecimento de si, dos outros, dos sistemas de relações e de comunicações que se estabelecem no seio dos grupos*" (Pires 1994: 18).

Obviamente que esta lógica afasta e nega o currículo de natureza behaviorista, útil ao treino mas estéril para a resolução de problemas, pensamento crítico, analítico e reflexivo, bem como inconciliável com a assunção do formador como actor principal dos percursos formativos.

A estruturação dos projectos dos adultos inspiram-se nas suas vivências, pelo que a formação se deverá apoiar nos constituintes elementares da própria vida como refere Pineau (1985) – *"o eu, os outros, a natureza"* (Nóvoa 1988: 76).

Nesta perspectiva, as vivências traduzem-se numa fonte inesgotável de capital formativo, *"pelo que o balanço da análise da trajectória de vida, feito numa perspectiva retrospectiva e histórica, desempenha um papel importante não só no reconhecimento dos saberes experienciais, mas também na compreensão da dinâmica das situações formativas que os produziram"* (Correia 1993: 74).

A formação com base na experiência e na trajectória de vida, só por si não é formativa, isto é; não pode e não se deve limitar á aquisição de saberes e competências de forma cumulativa; deverá sim dotar os formandos do privilégio de *"confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir"* (Abreu 2001: 118), accionando a sua ancoragem no conceito criado por Finger (1986) – *"formação crítica dos adultos"* (Nóvoa 1988: 85), elaborada pela pessoa através da *"consciência crítica do actor"* (Sainssaulieu 1999: 94), permitindo uma *"consciência contextualizada"* (Nóvoa 1988: 116).

Na formação continua, a áurea de mérito que envolve os saberes experienciais e as trajectórias de vida atribui ao formando duas figuras : *"Actor e investigador, criando as condições para que a formação se faça na produção do saber e não, como até agora, no seu consumo"* (Nóvoa 1988: 117).

Neste contexto, a formação continua, poderá tributar o desenvolvimento do conhecimento, a *"produção do saber"*, encontrando na investigação uma estratégia poderosa, *"com base no questionamento do real e do quotidiano, procurando, compreende-lo e explicá-lo e não apenas e só, verificá-lo tanto pela ausência, como pela presença"* (Amendoeira 1998: 18); trata-se de um equilíbrio entre o pensar e o fazer, entre concepção e execução, entre a teoria e a prática.

A estruturação deste equilíbrio passa também pelas dimensões formativas do contexto de trabalho, as quais tentaremos desocultar posteriormente.

Na perspectiva da aprendizagem pela experiência, Kolb (1984), oferece-nos um outro contributo, neste domínio. Para este autor, a aprendizagem pela experiência trata-se de *"(...) um processo no decurso do qual um saber é criado graças á transformação pela experiência"* (Kolb 1984: 38 in Abreu 1994: 51).

Nesta perspectiva, Abreu defende que existem duas condições para que determinada formação possa ser considerada como experiência : o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir (Abreu 1994), ou dito de outro modo, a

“aprendizagem realizada supõe a interação do grupo ou da pessoa com as situações (experiência)”(Costa 1994: 61).

Abreu (1994; 2001) refere e utiliza o dispositivo metodológico de Kolb (1984), o qual permite avaliar o desenvolvimento de competências, identificar estilos de aprendizagem e as capacidades formativas do contexto de trabalho, utilizando como instrumentos o ACP (Adaptive Competency Profile) e o EPQ (Environmental Press Questionnaire).

Sustentado por estudos desenvolvidos na área da enfermagem, por Cullingford (1991); Hawks (1992); Jarvis (1992); McCaugherty (1992); Nagata (1996); Daly (1996); Yonge (1997) e Csokasy (1997); entre outros autores, Abreu afirma que a teoria de Kolb, *“ possibilita o estudo, com algum rigor, da forma como o indivíduo se apropria do saber, a influência do meio sobre o desenvolvimento de competências e das identidades(...)”*(Abreu 2001: 165).

No dizer, ainda de Abreu (2001), Kolb (1984) considera uma tipologia de competências, inscritas em quatro grupos, apresentando cada um destes um sub - conjunto de competências. A cada grupo corresponde um estilo de aprendizagem.

É esta tipologia que a seguir se apresenta :

Competências de relação (Divergente)

- Ser sensível aos sentimentos do utente
- Ser sensível aos valores do utente
- Saber ouvir
- Saber colher informações
- Prever implicações de situações ambíguas

Competências de Conceptualização (Assimilativo)

- Organizar as informações colhidas
- Construir modelos conceptuais
- Testar ideias e teorias
- Planear pesquisas
- Analisar dados quantitativos

Competências de Experimentação (Convergente)

- Criar novas formas de pensar e agir
- Realizar novas experiências
- Escolher as melhores soluções

- Definir objectivos/resultados esperados
- Tomar decisões

Competências de acção (Acomodativo)

- Concretizar os objectivos traçados
- Criar e explorar novas oportunidades
- Influenciar e liderar colegas
- Envolver-se pessoalmente nas situações
- Relacionar-se com os colegas

Os estudos realizados por Kolb, em populações de enfermeiros, *"apontam para uma clara tendência de predominância de estilos acomodativos e divergentes"* e para o desenvolvimento de *"competências na área relacional e de acção (estilo acomodativo) e por vezes de relação e de observação (estilo divergente)"* (Abreu 2001: 196).

Nos trabalhos desenvolvidos por Abreu, nos três contextos em estudo (Escola, Centro de Saúde e Hospital), as competências com menor cotação média foram as de conceptualização. No Centro de Saúde, as competências de relação assumiram a maior cotação; ao passo que nos contextos Escolar e Hospitalar foram as competências de acção que denunciaram maior cotação.

1.4 - A FORMATIVIDADE DOS CONTEXTOS DE TRABALHO

Da interacção do homem com o meio ambiente decorre a orientação da formação, a qual se impõe *"como um motor do desenvolvimento e um meio de promoção individual e social"* (Marc e Locqueneux 1995: 7).

A formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz á apropriação de competências no domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional *"porque não pára de provocar dinâmicas de promoção de abertura, de cultura e de criatividade, ligadas ao efeito de aprendizagem e de mudanças dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico"* (Sainssaulieu 1999: 102).

Perspectiva-se a formação na *"escuta dos saberes práticos produzidos e executados pelos trabalhadores, na acção situada, por ocasião da experiência do trabalho real"* (Jobert 1999: 228); o que pressupõe uma abordagem pelo *"investimento subjectivo do homem no trabalho, ou seja, a mobilização da sua inteligência na acção"*

(Ib: 228) e desta forma enfatizando a aproximação entre “*espaços*” e “*tempos*” de formação e “*espaços*” e “*tempos*” de “*trabalho*” (Alves 1996: 293) .

No cenário formativo entendendo-se o contexto de trabalho valorativo acredita-se que : “*os saberes formalizados se confrontam com a prática e os saberes práticos podem ser formalizados*”(Galhanas 1997: 8).

Dito de outro modo, “ *a prática pode fornecer elementos que reafirmem ou refinem a teoria, sendo a experiência um pré-requisito no desenvolvimento do saber profissional que só se adquire no terreno*”(Longarito 1999: 37).

Esta linha de pensamento, passa pelo incremento do “*(...) desenvolvimento de uma prática pedagógica que obriga a ligar o saber, ao mesmo tempo às condições sociais da sua elaboração e às condições sociais da sua utilização (prática quotidiana das pessoas em formação), e a estabelecer uma relação entre a apropriação cognitiva do real e a acção sobre esse real*” (Lesne 1977: 182).

A orientação desta prática pedagógica, estrutura-se na recomposição dos mapas cognitivos, convidando os actores a integrar elementos novos de forma a “*permitir enriquecer e diversificar o elenco de combinações susceptíveis de se estabelecerem entre os elementos disponíveis*”(Correia 1996: 25).

Dito de outra forma, a formação deverá promover a reorganização do património experiencial, “*produzindo combinações originais de elementos*” que pela sua envergadura “*permitam inventar respostas a situações imprevisíveis*”. (Correia 1996 : 25); num contexto mutável e também ele imprevisível , com o objectivo de “*confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir*” (Abreu 2001: 118).

No entendimento das diferentes asserções, consideramos o contexto de trabalho formativo; ele é o palco da prática vivenciada e reflectida, de cada um dos actores com os outros, é um local de interacção social e portanto potencialmente formativo e socializador.

Esta lógica formativa de acordo com Lesne (1990) deverá então ser pensada de acordo com as organizações onde se desenvolve a actividade profissional, por um lado, considerando as empresas “*poderosos sistemas educativos, produtores de qualificações, saberes e saber fazer nos indivíduos*” e por outro, como “*um forte vector sociológico, fortemente socializador e produtor de identidades*” (Palmeiro 1995: 35).

De acordo com o enfoque analítico que temos vindo a seguir, os currícula deverão visar a produção simultânea de saberes, competências e identidades profissionais. Assim, os próximos sub - capítulos centram a sua análise nos saberes e competências, no entendimento da lógica formativa da enfermagem.

1.5 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM : OS SABERES E AS COMPETÊNCIAS

Este processo, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, centrará os objectivos da formação para além do facultar de um conjunto de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos. Trata-se de incrementar nos indivíduos a capacidade de mobilizar um conjunto de saberes e recursos permissivos do saber – saber-fazer, saber-ser, saber-estar, saber aprender e saber transformar, numa sociedade também ela transformadora. Procedendo ao mapear de alguns contributos teóricos do saber em enfermagem constatamos que a pluridimensionalidade do saber destes profissionais traça os seus recortes nas dimensões teórico – científicas , técnicas e humano – relacionais.

Nesta linha de pensamento, e conforme sustenta Kérouac (1994), a formação dos enfermeiros deverá permitir *“aos futuros profissionais a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades fundamentais, preparando-os para se (re) definirem em função das transformações que marcam o advento do séc. XXI”* (Kérouac 1994: 99).

A mesma autora defende ainda que a formação e o corpo de conhecimentos emergentes da mesma deverá gravitar em torno dos diversos saberes que se constituirão no saber de enfermagem num equilíbrio sustentado, orientado numa atitude crítica e reflexiva.

E são eles :

- *“os saberes ser”*

Corporizam o guia dos valores, crenças, convicções e atitudes, os quais orientam a disciplina e a prática, traduzindo-se na forma de ser e estar na profissão; nomeadamente nas relações com os clientes, as quais serão baseadas na congruência, disponibilidade, autenticidade, respeito pelo ser humano (Longarito 1999: 35).

- *“os saberes e os saberes fazer”*

Estes corporizam os saberes específicos da disciplina e habilidades técnicas emergentes da interligação e intercorrência de diferentes ciências (sociais, humanas e naturais) bem como das artes e ainda da prática vivenciada potenciadora da imaginação, criatividade e interacção, facultando aos actores o desempenho das suas funções mediatizadas pela imprevisibilidade de cada situação e de cada actor (Longarito 1999: 35).

Segundo Longarito (1999), os autores Chinn e Kramer (1991) inspirados na classificação dos padrões de conhecimento em enfermagem desenvolvidos por Carper (1978), identificam e descrevem quatro tipos de saberes valorizados e utilizados pelos enfermeiros nas suas práticas. Cada um dos saberes é essencial, porque "*cada um tem um distinto aspecto do todo, todos os tipos dão uma contribuição para o todo, sendo cada um, igualmente vital*" (Chinn e Kramer 1991: 6 in Longarito 1999: 36).

De uma forma sucinta e tendo por base a abordagem de Longarito (1999), passamos a referir a estruturação do conhecimento em enfermagem elaborada por Chinn e Kramer (1991) :

- "*Conhecimento empírico*"

Emerge dos dados oriundos da prática, sendo percebido através dos órgãos dos sentidos.

Desta forma permite organizar, descrever e predizer as relações entre os fenómenos. Trata-se do conhecimento da ciência de enfermagem e disciplinas afins.

- "*Conhecimento ético*"

Centra-se nas questões que envolvem os dilemas no decurso das práticas.

Encerram tomadas de decisão e julgamentos ético – morais no âmbito "*do que deve*" ou "*não deve*", do "*certo*" ou "*errado*", em confrontação, nalgumas situações, com valores, crenças pessoais e códigos ético - deontológicos da própria profissão. Enquadram as implicações éticas dos cuidados de enfermagem.

- "*Conhecimento pessoal*"

Focaliza-se na tomada de consciência de si próprio; consiste na abertura (a si e ao outro), na centração (contemplação e introspecção) e na realização.

Expressa-se em palavras e gestos como ser verdadeiro, genuíno e assertivo.

- "*Conhecimento estético/artístico*"

Materializa-se através de processos criativos de interacção enfermeiro/utente.

Possibilita o entendimento dos significados que emergem desse encontro, definindo também a perspicácia e a intuição do enfermeiro.

Reflectindo a vertente artística dos cuidados de enfermagem, assenta na arte de actuar de forma única, na unicidade de cada momento e de cada actor, uma

vez que a experiência e vivência humanas são também elas particulares e únicas.

As diferentes formas de conhecimento em enfermagem constituem então o “*corpus*” do seu saber; consolidado, alimentado e concretizado na sua prática profissional, no seu agir em contexto, onde a profissão acontece.

Esta perspectiva consubstancia a existência de uma relação dialéctica recursiva e subsidiária entre saberes e competências, a qual se vislumbra nos paralelismos entre o saber específico de enfermagem e o conhecimento indispensável ao agir profissional.

De facto, Boterf define competência profissional como um saber agir em situação, a qual se traduz “*na mobilização de saberes que ela permite seleccionar, integrar e combinar*” (Boterf 1995: 73).

O mesmo autor identifica esse conjunto de saberes (saber teórico; saber processual; saber fazer processual; saber fazer experiencial; saber experiencial; saber fazer social; saber fazer cognitivo), com os quais estabelecemos paralelismos com o saber específico da enfermagem e que passamos a apresentar :

- “*Saber teórico*”

Permissivo da compreensão de determinado fenómeno numa situação ou num processo, orientando a acção e a formulação de hipóteses.

Encerra os saberes disciplinares, referenciados por Benner (2001) “*saber quê*” (conteúdos teóricos) e o “*saber como*” (conhecimento prático). Entendendo o primeiro como um saber descontextualizado oriundo da estrutura curricular, mas facilitador da análise sistemática de um fenómeno ou acontecimento; e o segundo como um conhecimento contextualizado, dependente da experiência, constituído por um conjunto de habilidades e atitudes conducentes á resolução de problemas e operacionalização de respostas a novas situações.

- “*Saber processual*”

Permite dispor de regras para agir.

Constitui-se no guia para a realização de acção, encerrando os procedimentos, métodos e modos de a desenvolver.

No entanto, Boterf explica que conhecer um processo ou um método não significa saber aplicá-lo, pelo que deter capacidades e conhecimentos não é sinónimo de competência.

- "*Saber fazer processual*"

Este saber atravessa a experiência e aprendizagem prática, ou seja, trata-se do resultado do processo de operacionalização dos saberes teóricos e saberes processuais.

- "*Saber experiencial*"

Emergente da prática reflectida. Constrói-se a partir da reflexão sobre uma experiência concreta, ou seja sobre um trabalho de conceptualização e abstracção dessa mesma experiência, de forma a poder ser reinvestido numa nova experiência.

- "*Saber fazer experiencial*"

Trata-se do saber emergente na acção adquirido pela e na experiência trazendo para a ribalta a mobilização de saberes cognitivos, afectivos, técnicos e reflexivos. Dito de outro modo, é o saber que se mobiliza para desenvolver a acção.

- "*Saber fazer social*"

Tem por objectivo o conhecimento dos locais de trabalho, dos comportamentos esperados, das normas, das atitudes, valores e qualidades pessoais necessários ao exercício de determinada profissão.

Este saber encerra as "*competências de terceira dimensão*", conforme refere Pires (1994), referenciando Aubrun e Boterf (1995). Estas englobam os valores pessoais, os comportamentos profissionais e sociais, as atitudes existenciais, éticas, relacionais e comunicacionais e ainda as capacidades criativas.

Neste entendimento, na enfermagem são designados pelo saber sócio – relacional ou também denominado saber – ser, os quais apelam às capacidades psicomotoras e cognitivas da pessoa bem como às dimensões psico – afectivas e relacionais.

- "*Saber fazer – cognitivo*"

Saber necessário às operações intelectuais, á formulação e análise.

Encontra-se subjacente ás tomadas de decisão criativas e inovadoras, assim como á resolução de problemas, á concepção e realização de projectos.

No enfoque anterior , tentámos estabelecer um paralelismo entre o saber específico de enfermagem e o conhecimento necessário ao agir profissional. No sentido de consubstanciar esta inteligibilidade iremos proceder a um mapeamento mais alargado dos contributos teóricos sobre o conceito de competência.

Por um lado, parece não existir consenso relativamente ao significado do conceito de competência, sendo utilizado de modo diferente em função do contexto : Laboral, empresarial, legislativo, educativo e formativo. Por outro lado, existe " *uma complexidade de elementos que as constituem, condicionam e delas decorrem*" (Mégre 1998: 9).

No entanto, o conceito de competência sendo polissêmico, trata-se de um dos mais utilizados nos estudos cuja temática encerra o percurso formativo dos enfermeiros (Abreu 2001). Situando-se o nosso estudo , no percurso formativo dos enfermeiros (CCFE), exactamente nos recortes do mesmo na construção e reconstrução das suas identidades, envolve por si só a indispensabilidade da sua abordagem.

Na perspectiva de alguns autores (Correia 1993, Palmeiro 1995, Canário 1997, Galhanas 1997, Nóvoa 1988, Abreu 2001); a formação é conceptualizada como um processo complexo de aprendizagens, reflectidas no desenvolvimento ao nível cognitivo, afectivo, motor, relacional e transformativo.

Concordando e aceitando o supra citado conceito de formação, passamos a referir os conceitos de competência que, em nosso entender, decorrem e se enquadram na mesma :

- " *Saber agir em Situação*" (Boterf 1995).
- " *Realidade dinâmica, que supõe o reconhecimento pelo outro, é atributo de um sujeito que num contexto profissional e face às situações, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projectando o sentido e o encadeamento dos seus actos*"(Mégre 1998: 9).
- " *Permite agir e/ou resolver problemas profissionais de forma satisfatória num contexto particular ao mobilizar diversas capacidades de maneira integrada*" (Bellier 1999: 244).
- " *Mobilização pelo indivíduo dos saberes, necessários ao pensar, decidir e agir*" (Abreu 2001: 105).

Com base nos conceitos das competências supracitadas, inferimos algumas características que consideramos consensuais :

- A competência tem um cariz de construto individual, trata-se de um *"atributo do sujeito"* (Mégre 1998: 9), revestida de uma forte *"componente de individualização"* (Arruda s/d: 1). Porém, constrói-se através da história pessoal, cultural, económica, profissional e social, de cada um de nós e portanto, assume um construto também social.

Move-se nas histórias de vida, que são únicas e por isso mesmo atribui-se uma valoração privilegiada ao espírito crítico, iniciativa, criatividade, dinamismo, inovação; que por se localizarem no centro da acção são promotoras da mesma.

A competência é responsável, *"remete á subjectividade e multifuncionalidade"*(Arruda s/d: 7) .

- A competência existe relativamente a uma *"determinada situação"* (Mégre 1998: 9), não se trata de um fenómeno isolado e autónomo, ou seja, *"não existe de per si, independentemente da actividade, do problema a ser resolvido, do uso que dela se faz(...)"*(Bellier 1999: 243).

O termo competência encontra-se embutido na sua relatividade e subjectividade, *"não existindo um modelo absoluto de competência pairando no espaço e no tempo"* (Lima s/d: 28).

- Sugere-nos um cariz fortemente contextualizador como refere Bellier (1999), nesta mesma linha de pensamento situam-se as reflexões de Milligan (1998) ao afirmar que : *" Talvez a mais importante conclusão que gostaria de referir é que (...) a competência deve ser definida em referência ao contexto onde é mobilizada"*(Abreu 2001: 106).
- A competência desenvolve-se na acção; é *"um processo, uma realidade dinâmica"* (Mégre 1998: 9); ladeada por diferentes conteúdos, os quais se integram : *"saber"; "agir"; "em situação"*.

No entanto, não se trata de uma soma, mas do uso de capacidades integradas, estruturadas, combinadas e construídas; que ao transformarem-se em conjunto se afiguram como competências.

Este processo dinâmico pressupõe a mobilização e integração de diferentes saberes (o saber; o saber - fazer; o saber - ser; o saber - aprender; e o saber – transformar), projectando uma postura interventiva dos diversos actores, num cenário cada vez mais complexo e competitivo, exigindo capacidades decisoriais pertinentes, e assertivas conducentes com a adaptação permanente que se torna indispensável.

Como referimos anteriormente, sendo a competência um conceito multifacetado, será apreciado por diversos actores sociais, sendo uma forma de questionar as práticas e interpelar os saberes; consubstanciando a ideia de que a competência é "*uma Construção Social*" (Bellier 1999; Mégre 1998; Arruda, s/d) ou dito de outro modo, "*não é apenas um construído operatório, mas igualmente um construído social*" (Abreu 2001: 107).

Nesta linha de reflexão, Rodrigues (1998) também defende que "*as competências detidas por cada indivíduo dependem das suas trajectórias sociais ou, mais particularmente, da cadeia de processos de aprendizagem em que este tiver estado inserido, e que poderão ocorrer não só no sistema formal, mas também, de modo mais informal, no quadro das organizações empregadoras, da instituição familiar ou, por exemplo, do relacionamento com todas as formas de comunicação social*" (Rodrigues 1998: 122).

Dos contributos teóricos que temos vindo a fazer referência emerge a definição de competência "*coerente com as representações do trabalho e do lugar do indivíduo no mundo profissional*" (Bellier 1999: 260).

Pelo exposto, facilmente se conclui que, as características que revestem o termo competência, se interligam e interdependem, pelo que a sua abordagem carece de uma análise conducente com essa postura.

O desenvolvimento de competências profissionais, face ao paradigma do conhecimento e actuais modelos organizacionais, depende do desenvolvimento pessoal, realizado este último, pela pessoa e na pessoa, tornando assim cada indivíduo responsável pelo desenvolvimento das suas competências; incrementando o "*comprometimento total do indivíduo com as metas da organização*" (Arruda s/d: 2).

Na nossa sociedade que se reconhece como sendo a "*sociedade do conhecimento e os indivíduos os seus actores principais*" (CCE 2000: 20), os saberes que suportam as competências tornam-se vertiginosamente obsoletos; pelo que "*as competências e os conhecimentos actualizados assumem (..) importância decisiva*" (CCE 2000: 8).

Decorrente desta lógica, que coloca o seu enfoque na aprendizagem ao longo da vida, torna-se imprescindível o conhecimento que os indivíduos têm dos seus próprios saberes e competências; dito de outro modo, o conhecimento dos meta-conhecimentos (Le Boterf 1995), o qual consideramos como o "*motor*" da aprendizagem, seja ela "*formal*", "*não - formal*" ou "*informal*" (CCE 2000).

A nossa investigação, situa-se no cerne da (re)apropriação de saberes e competências decorrentes de uma aprendizagem "*formal*" (CCFE); cujos actores são

enfermeiros com uma história pessoal e profissional, portanto detentores de saberes que suportam as suas competências, as quais lhes permitem "*serem Enfermeiros*".

A formação, nomeadamente o CCFE, surge interligada com o processo de (re) configuração identitária, na medida em que permite tomar consciência dos diversos constrangimentos sociais e traduz-se num processo de interação que produz efeitos transformadores tributários da construção da profissionalidade (Abreu 2001).

Nesta perspectiva, os enfermeiros têm vindo a construir e (re)construir a sua identidade, uma vez que a formação se tem traduzido num processo que visa "*adquirir, estimular e desenvolver competências*" (Rodrigues 1998: 147), processando recomposição de saberes e ideologias, numa lógica de "*desenvolvimento estratégico*" (Rodrigues 1998: 147), socorrendo-se da capacidade de teorizar a prática ou seja, "*teorizar a experiência acumulada*" (Rodrigues 1998: 137), em contextos em permanente mudança, respondendo à diversidade de problemas, de complexidade crescente.

No dizer de Arruda, "*o novo modelo de qualificação profissional não só rompe com o paradigma de qualificação anterior, que privilegiava a especialização como também com o modelo comportamental requerido ao trabalhador*" (s/d: 1), pelo que, esta mudança de paradigma afigura-se-nos como um cenário concordante no âmbito da formação em enfermagem.

Senão vejamos, segundo um parecer técnico, de Teresa Quintão Pereira, emanado pela DRHS, o qual alude às exigências do exercício da profissão do enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de Ensino Superior Politécnico, refere-se que: "*todos os programas de educação básica para enfermeiros devem ser (re) estruturados, (re) orientados e fortalecidos de forma a produzirem enfermeiros generalistas; enfermeiros de saúde para todos (...) toda a formação especializada deve assentar numa formação de generalista*" (1998: 10).

Consideramos que a génese desta recomendação, enceta uma ruptura epistemológica da formação em enfermagem. De facto, a ênfase na formação de enfermeiros generalistas ao invés de enfermeiros especialistas, torna a citada ruptura emergente. Indo mais longe nesta análise, perspectivando a saúde para todos, o parecer técnico da DRHS coloca os actores no cenário da lógica e da filosofia que presidem aos cuidados de saúde primários; pelo que implicitamente os enfermeiros de saúde para todos, deverão actuar nesse cenário.

Mas esta prática ou seja; "*o modelo comportamental requerido ao trabalhador*" (Arruda s/d: 1), pressupõe uma formação ladeada pela recomposição de ideologias, saberes e competências.

De facto, a filosofia dos cuidados de saúde primários, não se coaduna com o "*silêncio e fragmentação de tarefas*". (Arruda s/d: 1); que alimentam modelos organizacionais Tayloristas e ideologias, saberes e competências sustentados por uma prestação de cuidados de enfermagem mergulhada no modelo biomédico, privilegiando a doença, o curar e o tratar, orientada para o cumprimento da tarefa (essencialmente técnica), ou melhor; para o maior número de tarefas no menor período de tempo, valorando a quantidade em detrimento da qualidade, numa lógica de prestação de cuidados inerte, redutora e imutável.

Os actuais pressupostos conceptuais da formação dos enfermeiros, impõem uma ruptura com estes modelos organizacionais emergindo modelos de competências valorativos da comunicação, interactividade, *savoir-faire* do trabalhador, abstracção, criatividade, dinamismo e inovação, privilegiando "*a actuação individual e a vivência sócio – económica e cultural do indivíduo*" (Arruda s/d: 1), em contextos laborais que se assumem como formativos, orientando a prestação de cuidados numa dimensão cuidativa, com vista á "*qualidade total*" (Rodrigues 1998: 147).

Nesta perspectiva, os pressupostos conceptuais da formação, os quais orientam a lógica educativa e formativa dos enfermeiros, (que no presente estudo se refere ao CCFE) terão que ser tributários destes modelos de competências, desenhando subsídios capazes de adquirir, estimular e desenvolver as referidas competências.

Aliás, nesta perspectiva Pires (1994) refere que "*o desenvolvimento das novas competências no campo da formação de adultos tem de ser encarado pelo prisma das novas teorias de formação, mais atentas á especificidade do adulto na sua relação com o meio onde se inserir*" (Pires 1994: 19).

É, precisamente o entendimento da lógica formativa do CCFE, nomeadamente os saberes e competências que o mesmo desoculta bem como os pressupostos do seu entrosamento com a actividade profissional e as organizações onde os enfermeiros prestam cuidados, que se centrará o próximo sub-capítulo.

1.6 - O CONTEXTO DO CURSO COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM : UM OLHAR EM TORNO DOS SABERES E COMPETÊNCIAS

Sustentados pelos contributos legais e jurídicos e pelas linhas conceptuais, metodológicas e operacionais do CCFE, tentaremos no decorrer desta análise prever o

alcance da interpelação dos saberes e competências emergentes do mesmo, e por isso encerrando a potencialidade de se constituir numa estratégia de revalorização profissional, conducente á reconstrução identitária dos profissionais de enfermagem.

O enquadramento do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, têm como pressupostos prévios a Lei de Bases do Sistema Educativo, alterado pela Lei n.º 115/97, a qual permitiu e fundamentou a resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, que no seu ponto quatro se refere ao ensino de enfermagem, o qual foi alvo de legislação específica (Dec - Lei n.º 353/99).

Esta formação em enfermagem (CCFE) têm ainda por base as recomendações emanadas pela Comissão Europeia, pelo que se torna indispensável a sua abordagem, no sentido de entender a lógica subsidiária dos modelos de competências que subjazem, nas citadas recomendações.

Datado de 13 de Janeiro de 1998, o relatório aprovado por esta comissão, opta por concluir que a revisão da formulação das disposições em matéria de formação previstas nas directivas sectoriais se deve pautar por critérios baseados nas competências que privilegiem os resultados da formação, colocando assim uma tónica de flexibilidade relativamente aos conteúdos, permitindo que os requisitos da formação se adaptem ás necessidades específicas de cada Estado Membro.

Para ser piloto deste processo, a comissão escolheu a profissão de enfermeiro responsável por cuidados gerais.

Assim o documento XV/E/8481/4/97 – PT, define o termo “*competências*” operacionalizando este conceito nas páginas 4 e seguintes.

Passamos então a analisar cada ponto do referido documento, onde se alude ao termo competência, confrontando o seu conteúdo com as posturas de diferentes autores que têm analisado e reflectido sobre o conceito de competência.

1. *"A palavra competência tem vários significados e é utilizada de modo diferente em função do contexto : laboral, empresarial, legislativo e formativo. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, entende-se por competência as qualificações específicas necessárias ao exercício da profissão".*

Por um lado, neste ponto parece evidente, que a competência é contextual, está poderosamente ligada á “*acção*”, ao “*exercício*”, ao “*saber-agir em situação*” (Boterf 1995); pelo que “*permite agir e/ou resolver problemas profissionais (...) num contexto particular*” (Bellier 1999: 244); ou ainda “*tratam-se de capacidades*

específicas organizadas, próprias de uma profissão”. (Lima, s/d: 17).

Por outro lado, *“entende-se por competência as qualificações...”*, ou seja *“competência”* e *“qualificação”* interligam-se e interdependem.

E nesta perspectiva, a competência profissional, orienta-se no sentido do *“desempenho profissional qualificado”* (Lima s/d: 28), conclusão esta que parece estar em perfeita harmonia com o conceito de competência tecido no ponto em análise.

2. *“Neste domínio, as competências são definidas como características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem a um indivíduo exercer a sua actividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação”*.

Esta postura aparenta uma sintonia com novo modelo de competência.

Neste ponto, as competências são definidas como características individuais; ou seja pautam-se por um *“desempenho individual racional”* (Lima s/d: 28); norteadas pela *“actuação individual”* (Arruda s/d: 1) de cada pessoa.

Refere-se ainda no ponto supra – citado que estas características individuais devem permitir ao indivíduo *“exercer a sua actividade autonomamente”*; o mesmo será dizer que mais uma vez a competência encontra-se no centro da acção, trazendo para a ribalta a tão largamente discutida (mas não por isso, menos actual) autonomia profissional; no entanto pressupõe a mobilização de *“conhecimento, aptidões e atitudes”* adquiridos através de *“percursos e trajetórias individuais (percursos escolares, profissionais etc.)”* (Lima s/d: 28).

Neste ponto o documento alude ainda á necessidade do profissional de enfermagem se adaptar constantemente ao ambiente em rápida mutação.

Emerge então, o seu enquadramento na filosofia do memorando sobre a *“aprendizagem ao longo da vida”*, (CCE 2000); assumindo que a enfermagem ao responder eficaz e eficientemente, numa lógica de dupla racionalidade, (Lima s/d: 28); aos permanentes desafios que se lhe colocam numa sociedade em constante mudança, a formação em enfermagem terá obrigatoriamente que ser sustentada por uma dinâmica reflexiva, tendo em vista a transformação pessoal e profissional de acordo com as novas necessidades e exigências societais.

3. *"A aquisição dos conhecimentos, aptidões e atitudes processa-se no âmbito de uma formação, com uma dada duração mínima, cujo conteúdo é específico da profissão".*

Neste ponto emerge o objectivo geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, de acordo com o grupo interministerial é o de assegurar o reforço, a extensão ou aprofundamento da formação em enfermagem, por forma a garantir a formação humana, científica, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao ser humano ao longo do ciclo vital, á família, grupos e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção, conforme se pode inferir pelo Dec – Lei 353/99, nos artigos 4º e 21º.

Quanto á duração, as recomendações do grupo interministerial balizam o curso entre um mínimo de 850 horas e o máximo de 1000 horas.

4. *"A aquisição de competências não se circunscreve á formação. De facto, o exercício da profissão exige por parte do enfermeiro uma preocupação continua de desenvolvimento e actualização pessoais, uma consciencialização antes da tomada de decisões ou mesmo de proceder a alterações no âmbito da profissão".*

Este ponto coloca o seu enfoque na necessidade dos enfermeiros estenderem a aquisição de competências para além dos "muros" da formação formal, referenciando e assumindo a necessidade do desenvolvimento e actualização pessoais.

Dito de outro modo, nos actuais modelos sociais em permanente transformação e mudança, emergem as "*sociedades do conhecimento (...) em que competências e conhecimento actualizados assumem, pois importância decisiva*", (CCE 2000: 8), sendo os indivíduos os principais actores desta sociedade do conhecimento.

Assim sendo, este cenário, parece ser corroborado pelos recortes da aprendizagem ao longo da vida (a qual se movimenta nos percursos pessoal, escolar e profissional); na qual, pela qual e com a qual os enfermeiros "*adquirem, estimulam e desenvolvem saberes e competências*" (Rodrigues 1998: 147), com vista á "*participação sustentada na sociedade do conhecimento*" (CCE 2000: 4).

Nesta linha reflexiva estas competências irão perscrutar oportunidades potencializando as "*capacidades competitivas*" sustentadas pelas "*competências de inovação*", orientadas para a finalidade da "*qualidade total*" (Rodrigues 1998: 146 e 147).

Assim sendo, a formação dos enfermeiros na qual se forjam as competências será um *"recurso estratégico para a competitividade e desenvolvimento"* (Arruda s/d: 5).

No actual cenário contemporâneo, o supra – citado autor destaca como factor chave do sucesso, *"as capacidades de rapidez e inovação", a "produção de qualidade, a criatividade, o dinamismo, a abstracção e a comunicação"*; acrescentando ainda que os actores privilegiados deste cenário são *"os detentores das redes de conhecimento técnico – científico"* (Arruda s/d: 1).

Fala-se agora em *"qualidade"* em detrimento da *"quantidade"*. De facto, os modelos de organização do trabalho do tipo Taylorista e Fordista, caracterizados pela atribuição de um papel quase nulo á iniciativa e criatividade individual, privilegiando a realização das tarefas, fomentando o *"silêncio e fragmentaçãd"* (Arruda s/d: 1), não se traduzem no cenário promotor de um desenho operacionalizante das actuais competências.

5. *"A questão das competências coloca alguns problemas que devem ser abordados ao nível dos órgãos de decisão. O programa de estudos devem ser abordados ao nível dos órgãos de decisão. O programa de estudos deve subsequentemente ser concebido no respeito dessas decisões. Os principais pontos referem-se nomeadamente á admissão de candidatos que possuem as aptidões e formação prévias, necessárias a esse programa de estudos. O nível de admissão e o nível de formação constituem por si só dois dos mais importantes factores do nível de competência do profissional plenamente qualificado, recentemente diplomado e, em última instância, do nível de competências do pessoal qualificado."*

Decorrente da análise deste ponto, parece ser pertinente referir, que os destinatários do CCFE, são indivíduos portadores de experiências e/ou expectativas que devem ser tidas em conta. Assim os destinatários do complemento são profissionais com um percurso diferente, que urge valorizar não só como elemento formador, mas igualmente como ponto de partida para atingir os preceitos descritos neste ponto e também nos pontos 2 e 4, anteriormente referidos.

6. *"A nível da União Europeia, a definição das competências não deve ser limitativa, por forma a cobrir as principais competências comuns exigidas para o exercício da profissão, em qualquer Estado – membro, com todas as*

garantias de segurança e de profissionalismo. A aquisição dessas competências corresponde aos resultados esperados no plano de estudos, devendo os critérios de formação constituir as condições mínimas para o reconhecimento automático das qualificações dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais. No entanto, os Estados – membros devem poder estabelecer competências suplementares a esse requisito mínimo, inerentes às suas necessidades específicas. A aquisição das competências depende sobretudo da admissão dos candidatos que possuam as qualificações necessárias para a obtenção de um diploma. O nível normalmente exigido é equivalente ao requerido para começar uma formação de nível superior ou mesmo universitária'.

Este ponto parece contribuir essencialmente com a flexibilidade das directivas e critérios da formação; permitindo a cada Estado - Membro adaptar os critérios da formação, nomeadamente no CCFE, às exigências específicas do "ser enfermeiro", no seu contexto societal.

7. *"A definição das competências constitui apenas a primeira fase da concepção de um programa de formação cuja estrutura é a seguinte :*
- *Seleccionar o conteúdo da formação teórica e clínica necessária á obtenção de resultados ou á aquisição de competências;*
 - *Estabelecer a duração mínima da formação em causa, com vista á aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes nos quais assentam as competências;*
 - *Elaborar e implementar estratégias adaptadas em matéria de formação e de aprendizagem;*
 - *Desenvolver métodos de avaliação que permitem verificar a aquisição das competências definidas".*

A partir deste ponto parece poder emergir todo o conteúdo de uma formação, concretamente o Plano de Estudos do CCFE¹.

Lançamos então o olhar sobre o plano do CCFE, da escola formadora dos actores em estudo.

Numa primeira aproximação iremos deter-nos em algumas reflexões sobre o ponto supracitado (ponto n.º 7), cujas premissas em termos de formação, parecem

¹ Documento não referenciado na bibliografia, de forma a salvaguardar o anonimato da organização escolar.

radicar em competências adquiridas, competências a adquirir e relação com o sistema de saúde.

Vejamos cada uma delas :

- Competências já adquiridas

Os destinatários do complemento de formação constituem-se como um grupo heterogéneo em termos etários, experiências e percursos profissionais, assim como em motivações. Têm em comum o serem profissionais preparados para desempenhar uma profissão, com todas as limitações contextuais, sejam tradicionais, empresariais, sociais ou outras, que o ser enfermeiro hoje, implica.

Todos se encontram abrangidos pela legislação que regulamenta o exercício profissional. Referimo-nos ao regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE), Dec – Lei 161/96, que no seu artigo 5º, fundamenta a necessidade de uma metodologia científica de planeamento de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento das competências exigidas. Desta forma, os destinatários desta formação possuem os requisitos indispensáveis para desempenharem a profissão de enfermeiro responsável por cuidados gerais.

Esta premissa, parece assim, contribuir em termos de formação, essencialmente com a caracterização do que é ser enfermeiro.

- Competências a adquirir

Nesta linha reflexiva, as competências a adquirir assumem-se com uma importância acrescida, de forma a “*moldar*” os formandos rumo a um perfil ideal de enfermeiro, perfil esse que deverá reflectir sistematicamente a evolução quer da sociedade, quer das necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. De facto parece ter sido da conjugação da caracterização das competências adquiridas com o perfil do que se pretende que seja o enfermeiro no futuro, que terá emergido todo o conteúdo da formação do CCFE.

Parece ser importante referir que em termos de recomendações, o enfermeiro responsável por cuidados gerais aplica um método de prestação de cuidados composto pelas seguintes etapas :

- *Ouve e fala com o doente com vista a estabelecer uma relação de confiança na perspectiva de o associar e implicar nos cuidados que lhe vão ser prestados;*

- *Identifica e avalia as necessidades que o doente lhe tenha ou não comunicado em matéria de cuidados e de apoio, tendo em conta o seu contexto cultural e mental;*
- *Estabelece um plano de cuidados a prestar ao doente, individualmente ou em colaboração com este último, respeitando a sua vontade e dignidade;*
- *Executa o plano de cuidados a prestar e assegura a realização das intervenções previstas:*
- *Avalia a execução e os resultados das intervenções;*
- *Regista os resultados das fases do processo de prestação de cuidados de enfermagem.*

Estas etapas, caracterizam a metodologia de trabalho, assente no Processo de Enfermagem, a qual segundo Lopes (2001), apela aos saberes de natureza analíticos e interpretativos.

O cumprimento destas funções, pressupõem um conjunto de metas, consideradas mínimas a nível do espaço comunitário. As metas sugeridas para o CCFE, na Escola onde se desenvolve este estudo, foram aglutinadas em quatro áreas científicas de formação: Ciências de Enfermagem, Investigação, Formação e Gestão.

- Relação com o sistema de saúde

O Sistema Nacional de saúde, assenta nas Unidades Locais de Saúde, ou no regime de equipas de saúde, ou outro, caracterizáveis ao longo dos tempos pelo enchimento das unidades de saúde de enfermeiros, sendo estes, indiscutivelmente o grupo sócio – profissional em maior número nas Instituições de Saúde e sob os quais assenta, de certa maneira, a prestação de cuidados directos de saúde nas vinte e quatro horas do dia. É este o contexto macrosistémico de enquadramento do CCFE.

A operacionalização desta formação, parece ter tido a preocupação de interferir o mínimo possível com o equilíbrio do sistema, uma vez que assenta na complementaridade de funções entre os docentes de enfermagem e o pessoal integrado nas instituições de saúde.

Acresce-se ainda que a operacionalização do CCFE, teve por base regras orientadoras emanadas pelo grupo interministerial, as quais sugerem alguns pressupostos a ter em conta na organização deste tipo de curso, baseadas na importância desta formação, quer para os profissionais, quer para as Instituições em causa.

Assim, segundo os referidos pressupostos os estabelecimentos de ensino devem :

- a) Organizar as actividades formativas de forma flexível para corresponder e compatibilizar as necessidades do sistema e interesses em formação.
- b) Privilegiar, no curso, modelos baseados na formação experiencial.
- c) Considerar como um dos elementos essenciais a cooperação escola – serviço.

Parece-nos que subjazem nas premissas conceptuais da formação, anteriormente expostas bem como nas regras que sustentam a operacionalização do CCFE; algumas das características do actual termo de "*competências*".

Senão vejamos:

Relativamente á alínea a), torna-se importante de referir que a metodologia do curso de CCFE passa pelo trabalho de projecto individual. Desta forma, este projecto deverá englobar, em termos sequencializados, a análise das concepções e modelos de prática de enfermagem, assim como as actividades dos enfermeiros, além de retratar um problema de enfermagem emergente do serviço onde cada enfermeiro desenvolve a sua actividade profissional, afim de ser resolvido com metodologia de investigação, e que assumirá a forma de trabalho de fim de curso.

Emerge então, uma relação íntima com as trajectórias individuais e os projectos a desenvolver nos contextos de trabalho, centrando-se na realidade de cada actor.

Pelo exposto pensamos poder afirmar que o sistema de educação e formação procura "*adaptar-se ás necessidades e exigências individuais e não o contrário*" (CCE 2000: 8 e 9).

Como já referimos anteriormente, os actuais modelos de competência, privilegiam a "*valorização do saber do trabalhador*" (Arruda, s/d: 2); tal como se refere na alínea b) "*Privilegiar, no curso, modelos baseados na formação experiencial*", emergindo a necessidade de "*teorizar a experiência acumulada*" (Rodrigues 1998: 137); trazendo para a "*ribalta*", a trajectória pessoal e a experiência profissional de cada indivíduo, como um dos eixos estruturantes da prática que se reconhece como formativa no "*trilhar*" de um caminho que se pretende que conduza o indivíduo à necessidade de "*repensar as práticas*" (Bellier 1999: 246), no contexto da prestação de cuidados.

Privilegia-se assim, no curso a lógica crítico - reflexiva e aposta-se na entrada pelo contexto sócio - organizacional, onde se inscrevem as práticas.

Decorrente desta lógica poderemos afirmar que os saberes formalizados se confrontam com a prática e os saberes práticos podem ser formalizados (Galhanas 1997: 8), valorizando as experiências e reconhecendo a aprendizagem ao longo da vida.

Assim sendo, a competência inscreve-se num processo de socialização, no qual os conhecimentos se adquirem em situações reais, aliás "*a formação em enfermagem teve desde sempre uma forte ligação aos contextos de trabalho*" (D'Espiney 1997: 171); no entanto pressupõe uma prática reflexiva sobre e na acção.

A este propósito, Yves Clot, refere que a "*análise do trabalho, passa então a fazer parte do trabalho*" (1995: 115).

Desta forma, cada actor deverá deter capacidades de análise as quais lhes permitam compreender o que se passa no local de trabalho, desencadeando acções pedagógicas no sentido de potencializar o contexto formativo.

O privilegiar da reflexão contextualizada (reflectindo no contexto de trabalho), poder-se-á constituir numa "*arma*" pedagógica tributária de reconstruções das trajectórias identitárias dos enfermeiros, bem como no desenhar de pistas de mudança e inovação, nos contextos laborais.

O CCFE decorre num cenário, cujo palco se traduz no contexto de trabalho dos enfermeiros, criando por isso, "*oportunidades de aprendizagem ao longo da vida tão próximos quanto possível dos aprendentes*" (CCE 2000: 8), recomendação que parece se encontrar espelhada na alínea c), uma vez que, e no que se refere á operacionalização do CCFE, privilegiou-se a articulação escola com os serviços de forma a implementar um trabalho conjunto em que se valoriza o papel formativo/conceptual dos docentes e o papel formativo/operatório dos profissionais dos serviços, assim como do próprio serviço, enquanto contexto formativo.

Enfatiza-se então, a experiência do indivíduo, a relação com a prática e a problemática de saúde.

Analisados os 7 pontos sequenciais, do documento XV/E/848!/4/97-PT, durante os quais se operacionaliza o termo "*competência*", o citado documento continua, com a operacionalização do conceito de competências, partindo da premissa de que a actividade do enfermeiro responsável por cuidados gerais abrange os cuidados a prestar a crianças, adolescentes, adultos e idosos, em meio hospitalar ou extra – hospitalar, relativamente a problemas de saúde agudos ou crónicos, de natureza somática ou psíquica. Este preceito acentua a abrangência das funções do enfermeiro assim como a visão globalista e integrada do ser humano, alvo dos cuidados profissionais do enfermeiro.

As estratégias de actuação, como pode ler-se no documento em referência, passam pela capacidade que o enfermeiro deve ter em ser capaz de promover, proteger, manter e restabelecer a saúde dos indivíduos/grupos ou a autonomia das suas funções vitais físicas e mentais, tendo em conta a personalidade do indivíduo e as suas características psicológicas, sociais, económicas e culturais.

Relativamente ao objectivo geral do Curso Complemento de Formação em Enfermagem, de acordo com o grupo interministerial é o de assegurar o reforço, a extensão ou aprofundamento da formação em enfermagem, por forma a garantir a formação humana, científica, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao ser humano ao longo do ciclo vital, á família, grupos e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção.

Podemos inferir que este grande objectivo é compatível com o conceito de competências que o enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem gerais deve possuir para lhe ser atribuído o título de licenciado em enfermagem, segundo as recomendações da Comunidade Europeia.

No que diz respeito á carga horária, as recomendações do grupo interministerial balizam o curso entre um mínimo de 850 horas e um máximo de 1000 horas.

A escola Superior de Enfermagem, palco dos actores deste estudo optou por um total de 1000 horas, distribuídas conforme o quadro seguinte.

Quadro n.º 1 - Distribuição da Carga Horária do CCFE

Total	Horas	%
Teoria	350	35
Estágio	600	60
Seminário	50	5

Quanto aos componentes do curso, na Organização escolar onde se situa esta investigação optou pela sua organização em domínios relacionados com os cuidados de enfermagem gerais, incluindo obrigatoriamente as seguintes componentes :

- a) Ciências de Enfermagem (45%)
- b) Investigação, com obrigatoriedade da realização de monografia (25%)
- c) Formação (15%)
- d) Gestão (15%)

Apreciaremos cada uma delas.

◆ Ciências de Enfermagem

Inclui-se nesta área a promoção da saúde e prevenção da doença e ainda o acompanhamento do indivíduo em situação de crise.

Assim, o enfermeiro toma em consideração o indivíduo, a família, a comunidade a seu cargo de um ponto de vista global, tendo em conta o respectivo ambiente e modo de vida, de forma a :

- Identificar as necessidades de saúde e os riscos de doença a nível físico, mental e sociocultural;
- Identificar e avaliar os recursos (humanos e outros) disponíveis para fazer face às necessidades e riscos;
- Definir as medidas de promoção ou de prevenção que o próprio indivíduo, a família e a comunidade podem efectuar individualmente ou com o auxílio de outros indivíduos;
- Informar e educar o indivíduo, a família e a comunidade sobre a forma de influenciarem o seu ambiente ou modo de vida e, se necessário, encaminha-os para outra instância de auxílio;
- Incentivar, motivar e auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade a alterarem os seus modos de vida se isso for necessário, participar/assegurar a avaliação dos resultados das intervenções;
- Detectar o sofrimento do doente, avaliar o grau de urgência da situação, acompanhar o doente, inclusivamente até ao final da vida;
- Respeitar o defunto, por morte do doente, testemunhar a sua consideração às pessoas que lhe eram próximas;
- Desempenhar as suas funções enquanto membro de uma equipa multidisciplinar e pluriprofissional, participando numa abordagem comum dos cuidados de saúde;
- Efectuar os exames e tratamentos de acordo com as prescrições médicas;
- Reconhecer os limites das suas funções e competências e, se necessário, consultar o profissional que possui as competências adequadas para o caso em questão.

◆ Investigação

Esta área, tem como metas a capacidade do enfermeiro em :

- Examinar de forma crítica a sua prática quotidiana e utilizar os resultados dos trabalhos de investigação;
- Desenvolver novos conhecimentos mediante assistência e/ou realização de trabalhos de investigação a nível dos cuidados de enfermagem;
- Participar em trabalhos de investigação em equipas multiprofissionais;
- Participar de forma contínua e sistemática em programas de "garantia da qualidade";
- Promover o seu desenvolvimento profissional no âmbito da sua formação contínua.

◆ Formação

Nesta área, foram incluídas, entre outras, as seguintes metas, relacionadas com a capacidade do enfermeiro em :

- Identificar as necessidades de informação do indivíduo, da sua família e/ou comunidade, com vista á sua autonomia e avaliar a forma de satisfazer essas necessidades;
- Educar o indivíduo, a família e a comunidade e/ou os seus próximos de modo adequado no que respeita ao conteúdo e á forma, certificar-se de que as informações foram compreendidas e avalia os seus resultados;
- Organizar e participar em campanhas de promoção da saúde e de prevenção e avaliar os resultados destes programas;
- Contribuir para a educação do pessoal que presta cuidados de saúde e dos profissionais de saúde em geral;
- Identificar os processos de aquisição de conhecimentos.

◆ Gestão

O conceito de gestão encerra o processo dinâmico que permite tornar mais eficazes as estratégias adequadas ás situações do quotidiano do enfermeiro.

Assim, esta área científica e de formação apresenta como metas, o desenvolver capacidades de forma ao enfermeiro :

- Identificar os riscos existentes a nível dos cuidados de saúde e, se necessário, tomar as medidas que se impõem;

- Trabalhar em grupo, supervisionar as equipas de trabalho e colaborar com os outros profissionais de saúde;
- Ter em conta a relação "*custo/eficácia*" no exercício das suas funções;
- Desenvolver actividades de formação, de supervisão e avaliação dos alunos e pessoal sob a sua responsabilidade;
- Utilizar as novas tecnologias da informação e da comunicação;
- Participar no processo de decisão relativo ao quadro jurídico e político da sua profissão.

O ensino clínico, encontra-se centrado não só na reflexão da prática mas igualmente na reflexão do contexto da prestação de cuidados, assentando na premissa conceptual de valorização e maximização dos potenciais dos contextos de trabalho.

Prevê-se ainda a realização de um projecto individual o qual retrate um problema emergente do serviço onde os enfermeiros desenvolvam a sua actividade profissional, afim de ser resolvido com metodologia de investigação, e que assumirá a forma de trabalho de fim de curso.

2 - FORMAÇÃO E IDENTIDADES PROFISSIONAIS

A relação entre "*identidade*" e "*formação*" foi abordada pela primeira vez, segundo Dudar e Gàdea (1999); por Sainsaulieu equacionando este autor um lugar essencial da experiência de formação nas dinâmicas de identidade.

Também Dubar admite que "*as relações com a formação constituem elementos chave das formas de identidade*"(1999: 153).

Sendo, como afirma Dubar, a identidade um "*produto de sucessivas socializações*", reconstruída ao longo da vida, a formação enquanto modalidade de socialização, "*intervêm nas dinâmicas identitárias muito para além do período escolar*" (Dubar 1997: 13 e 14).

Nesta perspectiva admitimos a intervenção do sistema da formação ao longo da vida, e portanto a implicação deste último na estruturação das identidades durante todo o percurso de vida dos indivíduos, ou seja; admitimos o processo de (re) construção identitária ao longo de toda a vida.

Nesta lógica , consideramos ainda a formação contínua promotora dos processos de desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos, estruturando e potencializando o desenvolvimento de saberes e competências , no quadro da obsolescência de saberes e no contexto societal permanentemente mutável.

2.1 - CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES PROFISSIONAIS : CONTRIBUTOS TEÓRICOS

O conceito de identidade decorre de linhas conceptuais diversas, a Psicanálise, a Psicologia Social, a Antropologia, a Ciência política, a Sociologia do Trabalho e das Organizações, devendo assim ser entendido à luz de diferentes teorias e níveis de conceptualização.

O processo identitário é complexo. O entendimento do mesmo, neste estudo, passa pelos contributos teóricos de Pinto (1991) e Dubar (1997).

Na perspectiva conceptual de Pinto (1991), o processo identitário é eminentemente relacional e resulta da imbricação de um duplo processo : "*o processo*

pelo qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos de pertença ou de referencia, com eles se fundindo de modo tendencial, (processo de identificação) e o processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação a outros distâncias ou fronteiras mais ou menos rígidas (processo de identização)” (Pinto 1991: 218).

Neste processo duplo, os actores accionam sistemas de classificação, aparentemente contraditórios, produtores de diferenciação e semelhanças dos seus universos simbólicos pelos quais os seus actores definem a sua distinção e pertença numa relação dicotómica entre “*nós*” e os “*outros*” (Lopes 2001: 60 e 61).

Corroborando esta perspectiva, Silva (2001), refere que a construção da identidade “*não remete apenas para o reconhecimento pela exclusividade no idêntico, mas antes, para o reconhecimento por semelhança, ou dito de outro modo, o reconhecimento por familiaridade*” (Silva 2001: 125).

Na perspectiva de Dubar (1997) a construção identitária traduz-se numa dupla transação, responsável pela socialização profissional dos actores : “*resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diferentes processos de socialização que, em conjunto, constróem os indivíduos e definem as instituições.*”(Dubar 1997: 105).

Ou seja; por um lado, reporta-se a um processo de natureza biográfica inscrito num eixo temporal das “*trajectórias vividas*”, ensaiando a projecção do futuro, em continuidade ou em ruptura com o passado, uma vez que, se as entidades “*são produzidas pela história dos indivíduos, elas também são produtoras da sua história futura*” (Dubar 1997: 77). Por outro lado, trata-se de um processo de natureza relacional o qual circunscreve as relações dos seus actores, desocultando o reconhecimento ou não reconhecimento pelos “*outros*” da legitimidade das suas pretensões.

Assim sendo, as identidades profissionais não são estáticas, evoluem permanentemente com a história e a vida, vão sendo construídas através de escolhas mais ou menos conscientes que lhe conferem orientações e significações (Abreu 2001: 95).

As identidades parecem resultar de uma articulação entre a individualidade de cada um e a relação com os outros, permitindo esta última quer a influencia do contexto histórico e social em que o indivíduo se movimenta, quer uma negociação identitária entre “*identidade para si (identidade assumida pelo sujeito) e identidade para os outros (identidade atribuída ao sujeito por outros)*”(Dubar 1997: 107).

Como mostra Dubar o processo de construção da identidade "*é um processo de sucessivas socializações*" (Dubar 1997: 13), consubstanciando o carácter permanentemente instável e provisório das formas identitárias.

As identidades profissionais, "*constituem expressões do sentido que os actores conferem às suas práticas e nas quais se cristalizam as suas percepções subjectivas de pertença e de diferenciação*" (Lopes 2001: 60).

Pelo exposto, admitimos que o processo de construção identitária ocorre ao longo de toda a vida do indivíduo (tal como os processos formativos), ou seja, "*a identidade nunca é dada, é sempre construída e (re) construída numa incerteza maior ou menor e mais ou menos durável*" (Dubar 1997: 104).

Trata-se pois de um processo em permanente transformação e mudança, corroborando uma lógica construtivista.

Esta lógica é atravessada por rupturas e continuidades na transacção biográfica de cada um, assim como no reconhecimento ou não reconhecimento que se opera na transacção relacional (Correia 1993: 80).

Nesta linha de pensamento o actor social constrói e (re)constrói a sua identidade, no ambiente onde desenvolve a sua actividade, não sendo deste modo, independente dos contextos sociais organizados onde se movimenta, os quais enquanto contextos de socialização funcionam como espaços de identificação e de reconhecimento de identidades.

Ainda Dubar sustenta que, nestes espaços de identificação, corporizados pelos contextos de trabalho inscrevem-se diferentes formas de valorização/desvalorização dos recursos (accionados pelos actores) : os saberes ligados às competências específicas requeridas aos actores e ao seu grupo. Efectivamente é em torno desses saberes que se tem vindo a estruturar e reestruturar as identidades profissionais, (Lopes 2001: 62) e nesta lógica, "*a formação intervém nas dinâmicas identitárias muito para além do período escolar*" (Dubar 1997: 14).

Ao longo da vida do enfermeiro como profissional de saúde, intercorrem e interagem os processos formativos, os quais se constituem em instrumentos de socialização profissional que atravessam as identidades profissionais, uma vez que "*os estudos sobre a formação e a socialização profissional dos enfermeiros compreendem, de forma mais ou menos implícita, o questionar das identidades profissionais, não apenas como uma definição substantiva mas igualmente como um processo estratégico e interactivo*" (Abreu 2001: 16).

A reconstrução da identidade profissional dos enfermeiros, por um lado, resulta da articulação de uma dinâmica entre o pessoal e o social, entre o individual e o

colectivo, o interior e o exterior, a aproximação e o afastamento; por outro lado, *"Resultam de interacções entre as estruturas psíquicas individuais e as dinâmicas das estruturas sociais, ao longo de toda a vida do sujeito em sociedade"* (Abreu 2001: 87).

Porém, se por um lado, o contexto social em que o actor se move marca a sua identidade; por outro lado este último contribuirá para a definição das características do contexto social, uma vez que a construção da identidade do actor social decorre da dialéctica entre o homem e a sociedade, ou seja, os actores sociais *"agent"* e são *"agidos"* pelo contexto social onde se inserem, fruto das teorias interaccionistas simbólicas da socialização. Esta dialéctica, motor da construção identitária, na qual a formação é entendida como socialização, *"define-se pelas relações que mantém com o contexto de trabalho e os próprios indivíduos em formação, num movimento de reestruturação das relações entre o saber técnico – científico e o saber prático e das relações de poder no interior dos colectivos de trabalho"* (Correia 1993: 80).

Neste sentido, perspectivamos a abordagem do enfermeiro e a construção da sua identidade ao nível do *"quadro das inter-relações dialécticas entre o indivíduo e a sociedade, considerando o actor social como 'produto de um passado' (porque determinado pelas estruturas sociais) e simultaneamente, 'produtor' (porque as estruturas sociais não existem esvaziadas dos actores que lhes dão forma e as transformam) e do contexto social em que se inserir"* (Alves 1996: 296).

Face ao exposto, e considerando que o contexto social, onde o actor se move é obviamente atravessado pela formação, reafirmamo-la como vector tributário dos processos de (re) construção identitária.

Aliás, e relativamente á profissão de enfermagem, a sua análise sociológica permite concluir que ela é *"um dos sectores sócio – profissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico onde se destacam (...) a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros"* (Abreu 1997: 149).

Contudo, a construção dentitária insere-se ainda num processo negocial entre o actor e os sistemas sociais nos quais se integra; tal como refere Dubar *"a construção das identidades faz-se, pois, na articulação entre os sistemas de acção que propõem identidades 'virtuais' e as 'trajectórias vividas' no interior das quais se forjam as identidades 'reais' a que aderem os indivíduos"* (Dubar 1997: 108).

Podemos então, considerar a identidade como uma construção que os actores sociais operam em torno de si próprios ou em torno dos outros, com os quais estão em contacto numa situação, tendo resultado imediato dominante, a relação que estabelecem entre eles; considerando portanto, *"as identidades não como dados*

objectivos ou sentimentos subjectivos mas como processos e produtos emergentes de dinâmicas de acção individual e colectiva”, (Ferreira 1996: 312), em permanente estruturação e transformação.

Porém, pelo facto de as entidades orientarem representações práticas, aspirações e expectativas dos actores sociais, *"condicionam os projectos e trajectórias do indivíduo no futuro"*, ou seja, as identidades são também *"produtoras de um futuro"* (Alves 1996: 297).

Em concordância com esta perspectiva, as identidades dos enfermeiros e a forma como hoje os conhecemos, são um produto de um processo histórico, *"produzidos pela história dos indivíduos"* e também, *"produtores da sua história futura"* (Dubar 1997: 77).

Ora, por um lado, para projectarmos a *"história futura dos enfermeiros"*, afigura-se-nos a indispensabilidade de compreender a sua *"história de vida"*. Por outro lado, *"estas histórias"* estão imbuídas na identidade dos cuidados que estes profissionais prestam e procurar esta identidade passa por *"interrogar o seu saber"* (Bento 1997: 42), enquanto vector de construção social e portanto da sua identidade profissional.

Nesta linha analítica, ganha alcance o questionar da natureza dos saberes da enfermagem, orientados na sua génese e lugar estrutural na produção de cuidados, bem como a desocultação de algumas estratégias (re)configuradoras da sua recomposição profissional. É esta a proposta do próximo sub-capítulo.

2.2 –A LÓGICA IDENTITÁRIA CENTRADA NOS SABERES

Compreender as lógicas identitárias dos enfermeiros coloca-nos na indispensabilidade de *"interrogar o seu saber"* (Bento 1997: 42). Segundo Almeida (1989) e Meyer (1995), e no dizer de Bento ,as técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as concepções teóricas de enfermagem representam a quase totalidade do saber da prática. As técnicas foram a primeira expressão do saber e as concepções teóricas correspondem à sua expressão contemporânea.

Do processo de produção social da enfermagem, ladeado pela estrutura do seu conhecimento, ou seja, pelos domínios do seu saber emerge um manancial de questões, as quais fluem no decorrer do seu próprio processo histórico e cruzam-se *"com as problemáticas das identidades, com a dinâmica de formação e com as competências profissionais"* (Abreu 2001: 126).

Nesta linha de pensamento torna-se imprescindível, nesta investigação, abordar constituição do saber em enfermagem questionando a sua génese e o seu percurso histórico, bem como o seu lugar estrutural na produção de cuidados de saúde; no intuito de compreender a lógica formativa do CCFE na interpelação dos saberes profissionais.

Vejamos com mais pormenor estas formas de *"saber em enfermagem"*, bem como as suas estratégias (re)configuradoras.

Pensar a enfermagem, enveredando pelo seu percurso histórico; é como refere Abreu *" de uma forma eclética (...) considerar que a história da enfermagem é um pouco a história das sociedades"* (2001: 99).

A caracterização do processo de produção social da enfermagem apresentada neste estudo terá por referência as 5 fases históricas identificadas por Meyer (1995).

A primeira fase é então designada por período pré-profissional; no qual se enquadra o modelo religioso.

A enfermagem, *"cresceu no quadro de uma cultura conventual"*. (D'Espiney 1996 : 443), *corporizada pelas mulheres solteiras, orientadas pelos princípios religiosos do Cristianismo (para o qual o efeito das doenças era atribuído ao sobrenatural); estas mulheres tinham a oportunidade de desenvolver um ofício impregnado pela ideia do cuidado caritativo respeitando uma disciplina severa, trabalhando próximo dos médicos, mas permanecendo "exteriores á divisão médica do trabalho"* (Abreu 2001 : 99); e acatando inquestionavelmente *"as ordens das pessoas em posição superior (o pastor ou os médicos)"* (Ellis e Hartley 1998: 29).

Como sustenta Silva (2001), a enfermagem, inicialmente consistia numa resposta intuitiva, de forma a proporcionar os cuidados essenciais que assegurassem o conforto e o bem estar espiritual e material aos doentes.

Esta linha de pensamento segundo os referidos autores iria perdurar no tempo.

Eram então, as motivações espirituais e humanitárias que influenciavam profundamente os cuidados de enfermagem da época uma vez que *"o cuidado proporcionado ao envelope corporal visava sustentar o cuidado da alma"* (Collière 1989 : 26).

O 2º período histórico, corresponde ao modelo vocacional e disciplinar.

Explicitaremos em primeiro lugar a noção de vocação. Para Lopes *"vocação" é "uma atitude pessoal orientada pelo ' ideal de servir', e figurando esta como fonte exclusiva de gratificação pessoal e profissional"* (2001: 26).

Assim sendo, parafraseando Silva *"para que um indivíduo se possa integrar neste grupo profissional é preciso, não apenas, uma formação adequada, mas também um perfil moral e uma determinada aptidão vocacional estabelecidos pelo seu quadro ideológico"* (2001: 113).

De facto, numa primeira aproximação á noção de enfermagem Dominguez – Alcón (1979) sustenta que os eixos estruturantes da prática se personalizam no *"cuidado intuitivo feminino, o cuidado natural, a assistência maternal (tender – loving – care) e na religiosidade"* (Silva 2001: 91).

Foi neste cenário que surgiu Florence Nightingale, a qual tornou a enfermagem respeitável e *"contribuiu decisivamente para a construção de uma outra enfermagem e de uma visibilidade social renovada"*. (Abreu 2001: 100); personalizando a *"reelaboração da natureza do trabalho doméstico a que estivera associada"*, emergindo desta dissociação *"uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo sócio – profissional"* (Lopes 2001: 25).

Este período foi caracterizado por uma forte expansão hospitalar, pelo que este contexto, exigia dos enfermeiros o desenvolvimento de um trabalho apelativo de competências, as quais religiosas ou outro pessoal indiferenciado, não possuíam.

Também Lopes refere que, a *"noção de assepsia"* emergente das *"ideologias do Sanitarismo e Higienismo"*; traduz a sua operacionalização na *"evocação dos requisitos e competências"* que lhe estão subjacentes, conferindo um *"carácter técnico ao trabalho de enfermagem"*, o qual se ensaia quer na prestação directa dos cuidados, quer ainda na categoria de trabalho doméstico no qual se insere a limpeza das enfermarias e de todo o meio físico envolvente (2001: 25).

O saber técnico sobrepõe-se aos ideais da caridade e da moral desenvolvendo-se uma profunda mudança na identidade dos enfermeiros. Desta forma, o trabalho de enfermagem foi revestido da sua dimensão técnica, a qual lhe imprimiu a tônica da especificidade surgindo *"a categoria de cuidados de enfermagem"* (Lopes 2001: 25).

Segundo Nightingale, os cuidados de enfermagem são baseados não somente na compaixão, mas igualmente na observação e experiência, nos dados estatísticos, nos conhecimentos em higiene pública, em nutrição e nas competências administrativas.

Estas ideias, guiaram Nightingale para a elaboração de um plano para a formação de enfermeiros competentes. Após a Guerra da Crimeia, a Fundação Nightingale, incrementou o estabelecimento de uma Escola de Enfermagem (no hospital de S. Thomas, em Londres, 1860), procurando que a formação das enfermeiras se orientasse no sentido da manutenção e recuperação da saúde, controlo

do ambiente, bem como na promoção da saúde; o "*investimento*" na formação escolarizada impõe um carácter qualificado ao trabalho, ao mesmo tempo que o afasta doutras categorias indiferenciadas.

Assim sendo, consideramos que o processo de configuração sócio-profissional dos enfermeiros passa também pela "*formalização da sua formação profissional e pelas estratégias de institucionalização da ideologia da vocação*" (Lopes 2001: 25).

De facto, como já referimos os ideais de caridade e da moral foram substituídos pelo saber técnico, mas também pela "*devoção*", "*obediência*" e "*carácter*" (Abreu 2001: 101).

Esta caracterização, apresenta uma áurea de transparência quando nos detemos nas descrições da enfermagem dessa época, como alude Aiken (1983); "*A obediência absoluta e inquestionável deve ser o fundamento da prática de enfermagem, sendo para tal necessário a subordinação do trabalho individual ao colectivo, aspecto tão pertinente para a enfermeira como para o soldado*" (Abreu 2001: 101).

Resulta desta descrição o quadro ideológico desta época, composto por um lado pela "*dedicação*", "*bondade de carácter*" e por outro lado pela "*obediência*" perante as hierarquias, o qual aliás sustenta a própria designação deste 2º período histórico (modelo vocacional e disciplinar).

De facto, parece-nos que este quadro ideológico é de alguma forma corroborado por Nightingale nalguns dos princípios básicos que pautaram a fundação da sua escola, nomeadamente :

- "*As enfermeiras deveriam ser cuidadosamente seleccionadas e deveriam residir em casas de enfermeiras que deveriam moldar e fornecer a disciplina e o carácter.*"
- "*A matrona da escola deveria ter autoridade final sobre o currículo, o dia a dia, e outros aspectos da escola*". (Ellis e Hartley 1998: 36)

O desenho deste quadro ideológico é ainda pautado pela "*indissociabilidade entre a função e o indivíduo*" (Lopes 2001: 27), o que aliás é evidenciado nos princípios básicos da Escola de Nightingale, uma vez que em todas se pode ler: "*as enfermeiras devem*", e bem explicitado por Collière (1989), quando a autora refere a forma como se têm enunciado, num passado recente, as funções da enfermagem: "*o enfermeiro deve(...)*" e nunca "*a função do enfermeiro é(...)*", o mesmo será dizer que as obrigações se traduziam nas funções.

Fica também patente neste período a visão feminina, imbutida pelos estereótipos da feminilidade (serviço, caridade, dedicação e obediência) ensaiando assim, no dizer de alguns autores, (Araújo 1995), *"um dos maiores problemas para a afirmação social da profissão"* (Abreu 2001: 101), salientando a autora que *"as representações dos/as estudantes de enfermagem manifestam uma clara formulação estereotipada da feminilidade da identidade sócio profissional da enfermagem"* (Silva 2001: 126). Conclui também Araújo que relativamente á legislação sobre o ensino da enfermagem, a mesma tem favorecido a continuidade da ideologização da enfermagem como uma profissão feminina (Araújo 1996).

Pelo exposto e como refere Davies (1980) é *"na confluência destes instrumentos ideológicos e técnicos, corporizados pela reforma de Nightingale, que tem lugar a emergência de uma estrutura unificada de enfermagem, fundadora do carácter sócio - profissional deste grupo"* (Lopes 2001: 27).

Esta fase, insere-se no actualmente designado por paradigma da categorização, angular do desenvolvimento do conhecimento pela descoberta das leis universais, orientando o pensamento no domínio da saúde para a pesquisa dum factor causal, responsável pela doença.

Este paradigma, e no que diz respeito á profissão de enfermagem inspira, nesta fase histórica, uma orientação centrada para a saúde pública caracterizada pela necessidade de aplicação dos princípios de higiene pública, utilização de conhecimentos estatísticos comparativos, bem como um ensino formal e rigoroso, assente numa formação prática no meio clínico e comunitário.

No entanto, e no contexto actual concordamos com Silva (2001) quando o mesmo refere que *" hoje não se pode delimitar o ingresso na enfermagem pela mera vocação, mas sim relacionado com motivação, ou melhor, a motivação particular de cada indivíduo para escolher determinada profissão"* (Silva 2001: 115).

Reverby (1989) e Dominguez – Alcón (1979), explicitam as razões da motivação do sexo feminino pela opção para a profissão de enfermagem : *" as influências familiares, o contacto prévio com o meio hospital, o facto de se ingressar rapidamente no mundo do trabalho, a vocação religiosa, os contactos com a enfermagem "* (Silva 2001: 115). Dito de outro modo a escolha radica em opções profissionais que percebem a profissão *"como um caminho para fazer algo pelos outros, mas que não se dissocia de uma lógica de feminização, entendendo a enfermagem como uma profissão bonita e educada para as mulheres, uma forma para que elas possam adquirir um novo status na sociedade"* (Silva 2001: 115). Aliás, como refere ainda Silva

(2001) foram estes motivos que impulsionaram Nightingale a escolher o caminho da enfermagem e a promover o seu desenvolvimento.

No que diz respeito aos homens, e segundo Dominguez – Alcón (1979), os motivos que leva os mesmos a optarem pela profissão de enfermagem estão “associados quer á sua inadmissão na medicina, á impossibilidade de realizar a carreira de médico quer pelo facto de se poder ingressar imediatamente, após a conclusão do curso de enfermagem, no mundo do trabalho.

Segue-se o processo histórico, com a 3ª fase denominada por Meyer (1995) pelo período de “*enfermagem funcional*”, predominando até aos anos 40.

O forte desenvolvimento da medicina, tornava neste período temporal os cuidados médicos complexos e diversos.

Neste contexto, as enfermeiras foram-se apropriando de um conjunto de tarefas delegadas pelos médicos, em espaços “*privilegiados*” para o efeito : as organizações hospitalares. Os médicos ditavam os saberes que os enfermeiros deveriam aprender avidamente, pelo que os saberes médicos constituíam os saberes centrais da profissão de enfermagem e aos médicos cabia também a decisão quanto aos saberes que as enfermeiras deviam ou não apreender; de forma a servir mais e melhor a “*profissão dominante*” e a “*instituição*” (hospital).

De facto, a sua “*filiação institucional ao hospital*” (Lopes 2001: 27), traduz-se num traço estrutural, relevante da sua génese como grupo sócio – profissional.

Neste cenário, as enfermeiras são atraídas pelo “*saber - fazer*”, confinando-se ao papel de “*auxiliar do médico*” (Collière 1989); emergindo o saber dos enfermeiros centrado nas técnicas de enfermagem (Abreu 2001: 102).

Estas, foram o “*principal conhecimento veiculado no ensino de enfermagem*” (Bento 1997 : 42); o cerne da formação eram questões que envolviam procedimentos de enfermagem, encontrando-se a mesma desnudada dos porquês e da formulação de princípios científicos que orientassem a prática. A este propósito, Dominguez – Alcón (1979), sustenta que relativamente á formação dos profissionais de enfermagem, a mesma deve assentar “*precisamente na crença de que estes devem ter poucos conhecimentos técnicos e muita prática*” (Silva 2001: 118).

Subjacente a este quadro ideológico encontramos a ideia de que para “*a enfermagem não é suficiente a intuição, nem vocação, sentimentos de caridade e de altruísmo, na medida em que é com a prática quotidiana que os enfermeiros vão preparando e melhorando a sua relação com os utentes*” (Silva 2001: 118).

Assiste-se a uma preocupação da formação, em tornar as enfermeiras cada vez mais rápidas na execução de um crescente número de tarefas, emergentes das intervenções médicas delegadas.

A dinâmica do dia-a-dia tem por base o sistema funcional, oriundo do Taylorismo, colocando a tónica na especialização da tarefa e fragmentando a assistência em numerosas tarefas, traduzindo assim uma diluição da responsabilidade na produção de cuidados de saúde, o que corresponde inevitavelmente a baixos níveis de autonomia. O saber valorizado direccionava-se na execução "*brilhante*" dos procedimentos, minimizando assim as margens de erro passíveis de ocorrer durante a realização dos mesmos, contribuindo para o êxito do acto médico. Estas posturas, subsidiaram fortemente a visibilidade social da enfermagem em torno do saber - fazer instrumental.

As estratégias formativas e de desempenho profissional, sustentadas por Dominguez – Alcón "*assentam nas ideias da 'enfermagem como quasi - médico' e a 'a prática é tudo para a enfermagem'*" (Silva 2001: 119). Estas posturas vincularam e reforçaram a edificação da profissão na continuidade da lógica da subordinação ao saber médico, uma vez que, a legitimação do seu trabalho sustenta-se na relação que estabelece com estes profissionais.

Na actualidade, Noémia Lopes (2001) argumenta que na prática de enfermagem existem indícios de uma inter-relação mútua entre os actores na divisão do trabalho, pelo que os enfermeiros não se confinam á mera subordinação e as suas actividades não se resumem á simples execução.

A quarta fase – Enfermagem Científica – baliza-se entre os anos 40 e 60.

Esta fase caracteriza-se por uma nova expressão do saber, buscando a organização de princípios científicos capazes de iluminar a prática de enfermagem, bem como na ênfase colocada no "*trabalho de equipa como mais valia para a assistência á população*" (Abreu 2001: 102).

A formação procura organizar um corpo de conhecimentos científicos, oriundos das ciências exactas e humanas, os quais sustentem a prática profissional.

Assim a estruturação da cientificidade do saber em enfermagem consolida-se pela aproximação aos saberes médicos, aliando a teoria á técnica emergindo a "*dimensão intelectual do trabalho em enfermagem*" (Bento 1997: 44).

Pelo exposto e considerando, como refere Dubar, que "*não se pode separar uma actividade do conjunto daquelas onde ela se insere e dos procedimentos de distribuição social das actividades*" (Dubar 1997: 133), concordamos que, "*a produção*

de cuidados de saúde tem sido historicamente organizada em torno da profissão central de profissão médica', e que esta representa uma "profissão dominante...", resulta então, que o lugar da enfermagem é caracterizado pelo que Turner (1987) caracteriza como um lugar de "subordinação técnica e profissional á profissão médica." (Lopes 2001: 30).

Também Silva (2001) refere que " a enfermagem esteve sempre relacionada historicamente com a ideologia da subordinação, (...) situação essa que é accionada pelos contextos históricos de submissão á dominância médica" (Silva 2001: 120).

Sendo o eixo central da estruturação do saber de enfermagem o saber médico, resulta então desta ancoragem um saber de enfermagem "periférico", como refere Carapinheiro (1993); traduzindo-se a profissão de enfermagem pelo seu carácter de "trabalho delegado" (Lopes 2001: 31).

Enquadrando-se ao longo da 3ª e 4ª fase os cuidados de enfermagem numa ligação estreita á prática médica, estes são igualmente orientados para o controlo da doença, e os saberes destes profissionais inspirados neste cenário.

Neste contexto o lugar estrutural da enfermagem na produção de cuidados de saúde edifica-se, segundo Mauksch (1966) na designada *estrutura da cura*, com base na "execução que lhe é delegada das decisões terapêuticas dos médicos" (Lopes 2001: 28).

Mantêm-se então, a orientação da prática á luz do paradigma da categorização (iniciado na 2ª fase histórica), norteado pelo vector - orientação para a doença – o qual não constituindo uma novidade, uma vez que já desde a segunda fase que se avizinhava a sua projecção, é no entanto ao longo da 3ª e 4ª fase que o mesmo se consubstancia, iluminando a prática assistencial dos enfermeiros, conduzida nos palcos de organizações funcionalistas, hierarquizando tarefas num sistema funcional alimentado pelo Taylorismo.

O enfermeiro circunscreve as zonas problemáticas que são relevantes no seu campo de saberes e competências, emergentes da profissão médica, constituindo a sua intervenção em eliminar os problemas, combater o déficite e suplantando as incapacidades dos indivíduos. Intervir significa "fazer por" a pessoa, convidando o cliente a assumir um papel passivo neste processo, reduzindo-o a mero espectador e consumidor de cuidados.

É talvez, por este percurso histórico, que algumas abordagens sociológicas sobre a estruturação do lugar da enfermagem na produção de cuidados, sustentam o seu modelo analítico – *Concepção/Execução* – posicionando a enfermagem na categoria da execução, por oposição á categoria da concepção (actividade médica).

Ainda com base neste modelo analítico, desenha-se um *"recorte entre saberes indeterminados ou complexos, associados ao trabalho de concepção, e saberes práticos ou saberes fazer, associados ao trabalho de execução"* (Lopes 2001: 31).

São estes saberes práticos (saber - fazer) que dotam os enfermeiros de competências gestuais, ancorando a visibilidade das suas práticas. Porém, actualmente como sustenta Lopes (2001), o trabalho de enfermagem não é redutível á categoria de execução e aos saberes e competências práticas que lhe dão visibilidade.

Por um lado, a constante evolução tecnológica pauta-se pela permanente necessidade de incorporar novos saberes no domínio do saber – fazer, oriundos da formação. No entanto, a intervenção da enfermagem é globalmente mediatizada pela interacção humana e relacional o que exige o accionamento de saberes inscritos no domínio relacional, para além dos saberes teórico – científicos e técnicos.

Esta perspectiva remete-nos e alerta-nos para a natureza compósita dos saberes, isto é, mesmo quando o enfermeiro executa as actividades mais rotinizadas do seu trabalho, accionam saberes analíticos e interpretativos que encetam um poder de decisão quanto á execução *"per si"* e ao processo que a mesma encerra. É neste eixo, que Lopes considera poderem se *"captar as mudanças mais profundas que estão a reconfigurar os saberes destes profissionais"* (Lopes 2001: 55).

Ainda no que concerne a esta fase histórica, Abreu perspectiva o desenho de um referencial para a organização do trabalho que passava pelo *"modelo de relações humanas"* e pelo das *"necessidades humanas básicas do doente"* (2001: 102).

Consideramos esta fase histórica – quarta fase - o *"embrião"* do paradigma da integração, o qual inspira a orientação da enfermagem para a *"pessoa"*.

Este paradigma nasceu e desenvolveu-se na fase histórica seguinte – 5ª fase, a qual , segundo Meyer (1995) , teve inicio nos anos 60 e decorre até á actualidade. Esta fase caracteriza-se pela *"afirmação das teorias de enfermagem e das ciências de enfermagem, as quais se expressam na construção de instrumentos teóricos que permitam a apropriação do objecto de trabalho"*(Abreu 2001: 103).

A procura da especificidade e da autonomia pauta-se pela edificação de um *"corpo de conhecimentos específicos de enfermagem"* (Bento 1997: 45).

Explicitar este *"corpo de conhecimentos específicos de enfermagem"*, convidamos a uma viagem pelos conceitos centrais da disciplina de enfermagem referenciados por (Meleis, 1991 in Kerouac et al, 1994) : *"cuidado", "pessoa", "saúde" e "ambiente"*.

Por um lado, não sendo específicos da disciplina de enfermagem, estruturam a base a partir da qual o conhecimento da mesma pode evoluir. Por outro lado, estes conceitos por si só não serão suficientes por forma a precisar a contribuição particular

da enfermagem nos cuidados de saúde. Parece-nos no entanto, que é na relação particular entre os conceitos "cuidado", "pessoa", "saúde" e "ambiente", que se estrutura o próprio centro da enfermagem.

A ligação entre estes conceitos são explicitados nas concepções elaboradas pela profissão de enfermagem, emergentes dos seus paradigmas. Estas concepções, afiguram-se-nos como formas de conceber o serviço específico que os enfermeiros prestam a sociedade, circunscrevendo o domínio da responsabilidade dos enfermeiros.

Tratando-se de uma concepção completa e explícita assume a designação de "*modelo conceptual*", para a profissão de enfermagem.

Uma concepção é completa e explícita quando o teórico formula os enunciados para cada um dos elementos seguintes : os postulados e os valores de base da profissão; o objectivo ideal e delimitada do serviço de enfermagem; o papel do profissional; a forma de ver o beneficiário do serviço; as fontes de dificuldade do beneficiário; a orientação das intervenções do enfermeiro e as consequências esperadas (Adam 1995).

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a sua especificidade motivam os teóricos, principalmente nos Estados Unidos, a elaborar modelos conceptuais para a sua profissão. Estes modelos conceptuais servem de guia á prática, ou seja "*um referencial para a construção de um sistema de análise localmente situado*". (Abreu 2001: 131); bem como para precisar os elementos essenciais á formação, assim como as actividades de cuidar e as consequências pretendidas pela gestão dos cuidados de enfermagem.

Para os percursores da elaboração de teorias em Ciências de Enfermagem, estes modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única, a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que servem a sua prática.

As grandes correntes de pensamento, principalmente o paradigma da integração levou a uma orientação para a pessoa e o paradigma da transformação imprimiu uma abertura para o mundo, influenciando a elaboração dos modelos conceptuais. As teorias, por outro lado, inspiraram os postulados de base dos modelos conceptuais elaborados ao longo dos anos, entre 1950 e 1960.

Estas concepções, reflectem as realidades e os ideais num momento preciso do desenvolvimento da enfermagem.

Tendo em conta as suas bases filosóficas e científicas, as concepções de enfermagem foram agrupadas em 6 escolas : Escola das Necessidades; Escola da Interacção; Escola dos Postulados; Escola da promoção da Saúde; Escola do ser humano unitário ; Escola do caring. As quatro primeiras, orientadas para a pessoa; e

as escolas do ser humano unitário e do caring caracterizadas por uma abertura para o mundo.

Nesta linha de pensamento, torna-se imprescindível explicitar os paradigmas (integração e transformação) donde emergem as escolas supracitadas, os quais se traduzem nas principais concepções actuais da enfermagem, contribuindo assim para a estruturação do saber dos enfermeiros.

É exactamente na 5ª fase histórica, que se enquadram e confluem os paradigmas da integração e da transformação.

Passaremos a explicitar o paradigma da integração.

Como já referimos, este inspira uma enfermagem orientada para a pessoa e caracteriza-se pelo reconhecimento duma disciplina de enfermagem distinta da disciplina médica. Com o evoluir dos conhecimentos as necessidades em saúde tornam-se mais complexas, daí que a necessidade de uma formação fundamental mais profunda, se torne imperioso.

As pesquisas em enfermagem elaboram-se em torno do objecto de cuidar, ou no cliente e no seu ambiente. A experiência clínica e a reflexão, estão na origem das primeiras concepções explícitas da disciplina ou dos modelos conceptuais. Com a inclusão de teorias administrativas que se centram na pessoa, a organização dos cuidados de enfermagem reflecte o reconhecimento dos saberes e das competências crescentes do enfermeiro.

A formação de enfermagem, em meio independente dos hospitais, as concepções orientadas para o cliente, bem como os resultados das pesquisas levam a disciplina para um conjunto de princípios essenciais que guiam a sua prática.

Intervir significa "*agir com*" a pessoa, com vista á satisfação das suas necessidades.

Ressalta deste paradigma a consagração da enfermagem na produção de cuidados de saúde num pilar denominado por Mauksch (1966) de *estrutura de cuidados*, no entanto, este não irá "*constituir um campo de exercício profissional efectivamente autónomo, na medida em que, desde a sua génese, surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica.*"(Lopes 2001: 28).

Inspirando-se nos modelos conceptuais próprios da disciplina, a enfermagem modifica a sua linguagem e a sua atitude : o doente torna-se no cliente de quem esperamos uma colaboração no tratamento. Assistimos a uma troca de linguagem : doente/cliente; curar/cuidar; doença/saúde.

Além disso, o facto de adoptar uma procura sistemática (colheita de dados clínicos, análise e interpretação desses dados, intervenção e avaliação), designado por Processo de Enfermagem e baseado num modelo conceptual, transforma a actividade da enfermagem, que, desde então, foca o seu interesse para o ser humano considerado como um todo integrado no seu contexto.

No entanto, o recurso a este método de trabalho (baseado na procura sistemática), não sendo exclusivo da enfermagem - designada de processo de enfermagem - encontrou em nosso entender algumas formas de desvirtualização e descaracterização, as quais passam pela sua operacionalização standartizada; ao invés de se revelar heurístico, se apostado na unicidade e imprevisibilidade, que caracteriza cada cliente.

Outro constrangimento do referido processo de enfermagem reside na forma por vezes descontextualizada da sua operacionalização. Falamos da aplicação de modelos conceptuais (muitas vezes importados de outras realidades), ao processo de enfermagem. Os modelos conceptuais, deverão ser guias orientadores da prática de uma determinada realidade, de um determinado contexto, não servem para serem aplicados.

E assim desprezam-se algumas estratégias que poderiam ser estruturantes e reconfiguradoras do saber específico da enfermagem e portanto da sua autonomia, uma vez que na modalidade de trabalho - Processo de Enfermagem - são centralmente accionadas "*a componente analítica e interpretativa*" (Lopes 2001: 66).

Perspectivamos ainda, pelo seu percurso histórico este paradigma como subsidiário da ruptura com o paradigma da categorização, isto é, com o positivismo, e com o modelo biomédico; estruturando uma "*configuração alicerçada no eixo da dependência/independência das pessoas, para a Satisfação das Necessidades Humanas Básicas*" (Amendoeira 2000: 66).

Alicerçar uma postura de "*confrontação do conflito (...) provocada pelas zonas de incerteza e de sobreposição entre alguns actos médicos e alguns actos de enfermagem.*" (Amendoeira 2000: 68), podem consubstanciar essa ruptura.

No entanto, esta ruptura não poderá ser conduzida por premissas competitivas, mas antes apostar na complementaridade e interdisciplinaridade dos diferentes grupos sociais. Afigura-se-nos então, os saberes subjacentes ao trabalho em equipa como sendo uma mais valia para a demarcação do campo de intervenção ; tornando-se necessário enfatiza-los e potencializa-los na formação dos enfermeiros.

De facto, é na confluência das actuações dos diferentes profissionais, em interdependência funcional que emergem as zonas de incerteza e se operacionalizam

as estratégias de inclusão/demarcação, referenciadas por Abbott (1988), conforme explicita Lopes (2001).

O aumento das zonas de incerteza, potência a imprevisibilidade do comportamento de cada actor, no processo de cuidados, criando oportunidades para que a mesma possa ser *"mobilizada como fonte de poder, se associada à decisão clara do cuidado de enfermagem, assumida por cada enfermeiro, numa perspectiva da mobilização do conhecimento com a responsabilidade como garante de autonomia."* (Amendoeira 2000: 74).

No que se refere ao paradigma da transformação, este representa uma mudança de mentalidade sem precedentes. Nas condições de mudanças permanentes e de não – equilíbrio, a interacção de fenómenos complexos é percebida como o ponto de partida duma nova dinâmica ainda mais complexa. Trata-se dum processo recíproco e simultâneo de interacção.

O paradigma de transformação é a base duma abertura das ciências de enfermagem para o mundo. Inspirou as concepções recentes da disciplina de enfermagem; personalizadas nas escolas do Ser Humano Unitário e do Caring.

Esta abertura para o mundo, de envergadura internacional, iniciou-se em meados dos anos 70. Nesta óptica, a pessoa é considerada como um ser único em que todas as dimensões formam uma unidade. Este ser, inteiro e único, é indissociável do seu universo.

A pessoa está em relação com o seu ambiente quer seja exterior ou interior. A saúde é concebida como uma experiência que engloba a unidade ser humano – ambiente. A saúde não é um bem que se tem, um estado estável ou uma ausência de doença. Ao fazer parte da dinâmica da experiência humana, a saúde passa a integrar-se na vida do indivíduo, das famílias e dos grupos sociais, os quais evoluem num ambiente particular.

Esta orientação de abertura para o mundo influencia necessariamente, a natureza dos cuidados de enfermagem.

O cuidado visa manter o bem-estar tal como a pessoa o define. O enfermeiro, interligando diversos saberes, revelando a natureza compósita dos mesmos, visualiza a forma de ver dessa pessoa. Acompanha-a nas suas experiências de saúde seguindo o seu ritmo. Utiliza todo o seu ser, manifestando uma sensibilidade que compreende os elementos para além do visível e do palpável.

Intervir significa *"estar com"* a pessoa. O enfermeiro e a pessoa são parceiros dum cuidado individualizado. Nesta lógica, o interaccionismo contribui para *"a conceptualização de um sentido do cuidado de enfermagem centrado na pessoa, na*

medida em que considera o como no processo de interação e no desenvolvimento da relação enfermeiro/cliente” (Amendoeira 2000: 68).

Numa atmosfera de respeito mútuo, o enfermeiro cria as possibilidades de desenvolver o potencial da pessoa: favorece igualmente as ligações autênticas que desenvolveu com esta pessoa para o desenvolvimento do seu próprio potencial. Esta postura lança o repto aos enfermeiros, convidando-os a desenvolver pesquisas criativas, e de integrar no processo de cuidados o saber no domínio humano - relacional.

Vários autores defendem o carácter eminentemente humano – relacional da profissão (Watson 2002; Collière 1989; Adams 1995; Kérouac et al 1994; Meyer et al 1995); apontando o investimento neste domínio como o “*caminho*” para a autonomia.

Neste sentido, os enfermeiros podem assumir uma posição privilegiada na construção de um saber especializado pelas informações que detêm por exemplo sobre os estilos de vida, comportamentos e reacções do cliente e da sua família (conhecimento este que lhe advém frequentemente pela sua permanência espacial e temporal contínua), o qual também frequentemente condiciona a intervenção de outros técnicos, devido ao carácter interdisciplinar e complementar do processo de cuidados.

A assunção valorativa deste saber, poderá ser então accionada pelos enfermeiros no sentido de o mesmo se constituir numa estratégia de acção negociada com os outros profissionais, nomeadamente os médicos.

O desenho estruturante deste paradigma traça o seu recorte na dimensão cuidativa incorporando um modelo de saúde, ao invés de um modelo de doença, enfrentando as dificuldades inerentes á “*invisibilidade do cuidado de enfermagem com a orientação para a pessoa.*” (Amendoeira 2000: 67). Também Collière (1989), referência o cuidado como sendo frequentemente “*invisível*”. Mas, na nossa perspectiva, ser “*invisível*” não o torna menos valorativo, porque faz-se sentir. No entanto, esta postura ganha um alcance diferente num sistema social valorativo do prestígio social das disciplinas e dos profissionais que as animam.

Senão vejamos : o olhar incrédulo com que se questiona o jovem considerado inteligente e com “*médias*” que lhe permitem ingressar no Curso de Medicina, mas cuja opção foi a Enfermagem. Para cuidar, o enfermeiro precisa de um género raro – o tempo. Muito pouco tempo significa um cuidado incompleto. As tarefas habituais são cumpridas, mas uma parte importante do cuidado, seja a que exige reflexão, a que sustenta e reforça, é sacrificada. O tempo atribuído ás tarefas habituais é utilizado simultaneamente para conhecer e “*reforçar*” o cliente.

No entanto, é necessário, por vezes, mais tempo para o cuidado que ultrapassa a tarefa e que transforma. Estas características da prática de enfermagem, o design do cuidado que ultrapassa o acto do cuidado, a experiência adquirida num cuidado centrado sobre os recursos interiores da pessoa, assim como o tempo requerido para o cuidado que faz apelo aos valores, aos conhecimentos e aos saberes específicos, convidam o enfermeiro a assumir antes de tudo responsabilidades decorrentes do centro de interesse da sua disciplina.

Neste cenário, algumas reflexões se impõem, em torno do "*tempo*" e da "*responsabilidade*" :

O tempo : frequentemente evocado pelos enfermeiros como a falta de tempo para o cuidado; "*responsabilizando*" os ritmos acelerados de trabalho por este facto. No entanto, não será esta uma estratégia utilizada para minimizarem a sua própria responsabilidade no processo de cuidados? E assim reservar á "*autonomia*" apenas um lugar cómodo nos discursos das suas conferências, palestras, jornadas etc.?

Quando os enfermeiros evocam a falta de tempo, frequentemente referem a falta do mesmo para realizar esta ou aquela tarefa de um determinado turno. De facto, por um lado, quer sejam orientados pelo paradigma da integração ou da transformação, os enfermeiros trabalham em organizações, as quais baseiam a divisão do trabalho na perspectiva medicocêntrica, emergindo tarefas/actividades que devem ser realizadas em cada turno, vincando a sua forte filiação á instituição hospitalar (Lopes 2001). Por outro lado, parece-nos que podemos afirmar que o trabalho á tarefa previne a entrada nas zonas de incerteza, minimizando as responsabilidades dos enfermeiros no processo de cuidados; ou seja conduzindo a uma "*desimplicação dos processos globais*" (Lopes 2001: 141); que se geram a partir da parcelização do trabalho.

Incorporar a autonomia sem assumir responsabilidade, não são quadros compatíveis.

2.3 - A LÓGICA IDENTITÁRIA CENTRADA NAS IDEOLOGIAS

Actualmente não se coloca a questão de a enfermagem ser ou não ser uma profissão.

Wilensky, numa perspectiva interaccionista, defende que uma ocupação para adquirir o estatuto de profissão terá que ultrapassar uma série de etapas : "*passagem de actividade amadora a ocupação a tempo inteiro; estabelecimento do controle sobre*

a formação; criação de associação profissional; protecção legal; definição do código de ética' (Silva 2001: 135).

Inquestionavelmente qualquer uma destas características está subjacente á enfermagem como profissão, legitimando a sua competência técnico – científica específica.

Podemos então fazer uma leitura da profissão de enfermagem, numa perspectiva relacional e interaccionista entre a sociedade e os utentes, bem como pela detenção de uma formação superior.

Considerando como afirma Terence Johnson (1972), que uma profissão "*define-se como um tipo particular de controle profissional (...)*", pelo que "*deva ser analisada no quadro das relações de poder que estabelece com outras ocupações, com os consumidores e o empregador*" (Silva 2001: 136).

Relativamente ás fontes do poder profissional (Brint 1993; Haltern e Anspach 1993); consideramos as seguintes : "*autonomia, conhecimento e credencialismo*"; salientando que na origem de "*qualquer uma destas formas de poder dos profissionais está o saber, o poder do saber*" (Silva 2001: 138).

Considerando como refere Freidson (1994) que o estadio de desenvolvimento de uma profissão passa pela sua profissionalização, torna-se imprescindível clarificar esta última.

Noémia Lopes (2001) sustenta que uma das etapas do processo de profissionalização é corporizado pelo "*fechamento social*" ou seja, como refere a autora, trata-se da "*capacidade de um grupo profissional garantir, tanto o monopólio sobre o mercado dos serviços que presta, como o monopólio de selecção e formação dos praticantes, como ainda, monopólio da legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade*" (Lopes 2001: 29).

Consideram Silva (2001) e Lopes (2001) que a capacidade de poder e monopólio estrutura-se na linha da produção de saberes de natureza técnico – científica; os quais se constituem por um lado nos saberes de "*natureza esotérica*", os quais os iniciados não têm acesso e por outro lado, os saberes de "*natureza indeterminada*", associados ao trabalho de concepção, os quais exigem um elevado exercício mental de interpretação para poderem ser aplicados e "*o reconhecimento social deste corpo de saberes fica sujeito á sua credenciação por diploma universitário*" (Lopes 2001: 29).

No entanto, a autora salienta ainda que estes saberes não são suficientes para conduzirem uma profissão ao "*fechamento social*"; afirmando a necessidade de desenvolver em paralelo outras formas organizadas de poder, isto é; que "*garanta o*

exclusivo controle dos termos, condições e conteúdos do próprio trabalho, dando lugar a que a única forma de controle socialmente aceite se circunscreva no collegiate controle/o controle pelos pares" (Lopes 2001: 29).

Sustenta ainda a autora que este trabalho de "*fechamento social*" (constitui em sentido sociológico o percurso fundador de uma actividade em profissão); mas também pela "*dominância profissional quando esta assegura, não apenas a sua exclusividade cognitiva e, conseqüentemente, a sua autonomia funcional, mas também a autoridade de controlar e dirigir o trabalho das profissões que se articulam com o seu campo de actividade*" (Lopes 2001: 30).

Transpondo estas ideias para a enfermagem e recorrendo ao conceito de dominância profissional, bem como para o processo de profissionalização que lhe está subjacente; sabemos que a profissão de enfermagem estruturou-se numa dependência técnica e social em relação á profissão médica, determinando o seu lugar estrutural na produção de cuidados. No entanto, e no contexto da prática (organização hospitalar) dos actores desta investigação, a enfermagem não está apenas "*delimitada pelos efeitos de dominância médica, mas também pelas regras e procedimentos burocráticos das administrações hospitalares e das políticas de saúde, controlando assim, os recursos disponíveis para que a enfermagem possa desempenhar em pleno a sua actividade*" (Silva 2001 : 144). Daqui decorre a sustentação de que a enfermagem "*é prisioneira da própria estrutura política e institucional dos hospitais, constringendo as possibilidades de afirmação do seu profissionalismo, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de cuidar mais efectiva e plena com o doente*" (Silva 2001: 144).

Emerge então a necessidade de reflectir sobre o profissionalismo.

Lopes define profissionalismo como "*A adopção de um conjunto de atitudes relativas ao trabalho e á identidade profissional, que são características dos membros das profissões autónomas*" (Lopes 2001: 32).

No âmbito da enfermagem, Freidson (1984) salienta que a obtenção de graus académicos superiores, a criação de códigos deontológicos, bem como de outros produtos institucionais constituem apenas estratégias de profissionalismo, uma vez que a sua "*autonomia funcional não é plenamente assegurada*" (Lopes 2001: 33).

Á luz desta argumentação, não poderemos equacionar a enfermagem como uma profissão totalmente autónoma, no sentido de que a mesma estará sempre "*estruturalmente bloqueada pela organização dessa produção em torno de uma profissão dominante*" (Lopes 2001: 33); ou seja a profissão médica.

Mais recentemente, Andrey Abbott (1988) subscreve uma corrente analítica para o estudo das profissões, inspirada no paradigma sistémico comparativo, defendendo que o estudo das profissões deve incluir os aspectos culturais e organizacionais mas sobretudo deve centrar a sua atenção "*nas áreas de actividade em que os profissionais têm a prerrogativa de controlar a prestação de serviços*" (Silva 2001: 147).

Tomando por empréstimo as reflexões de Silva (2001) sobre este modelo analítico, refere o autor, que no pensamento de Abbott (1988) o "*conhecimento académico*" é o elemento chave do sistema, que formaliza o saber fazer. Dito de outro modo, "*o conhecimento é o elemento legitimador da competência e poder que a profissão tem para definir e resolver certos problemas, constituindo, assim, a peça fundamental no controle da jurisdição e na competição entre profissões*" (Silva 2001: 147).

No entanto, o conhecimento só por si, não é suficiente para justificar a jurisdição; reafirmando-se a necessidade do reconhecimento social da estrutura cognitiva subjacente á profissão.

Nesta perspectiva sistémica, e no modelo de Abbott, o qual temos vindo a seguir são necessários recursos - poder - , considerando o autor que "*os conflitos e a competição entre profissionais devem ser vistos como o motor de desenvolvimento profissional, para além de funcionarem como condições que mostram a necessidade de interdependência entre os diversos grupos profissionais*" (Silva 2001: 148).

Noémia Lopes (2001) ao considerar que a enfermagem vive um processo de recomposição dos seus saberes, ideologias e identidades profissionais, apoiada pelo modelo de Abbott (1988), refere algumas estratégias destes profissionais com vista ao ganho de recursos – poder, nomeadamente : delegação de trabalho desqualificado (dirty work) e assimilação local (work place assimilation) de saberes e competências.

A delegação de trabalho desqualificado engendra uma estratégia de duplo alcance, uma vez que, "*por um lado, é visado pelo grupo profissional que a adopta aumentar a especialização do seu trabalho, através da transferência dos actos de trabalho mais desqualificados e rotinizados para o campo de exercício de categorias profissionais menos qualificadas; por outro lado, essa transferência alarga o domínio da autoridade técnica e social do grupo, na medida em que coloca essas categorias sobre a sua supervisão*"(Lopes (2001: 64).

Do processo de delegação do trabalho desqualificado decorre o processo de assimilação local; o qual segundo Abbott (1988), trata-se de "*um processo de assimilação de saberes entre grupos profissionais cujos actos de trabalho são*

realizados no mesmo contexto físico, e que leva ao esbatimento informal das fronteiras jurisdicionais entre os grupos" (Lopes 2001: 64 e 65).

A estratégia da delegação de trabalho desqualificado, pode ser entendida como uma " *forma de alargar o seu poder enquanto grupo profissional, ao mesmo tempo que fundamenta a sua autoridade face a outros grupos que lhe estão subordinados*" (Silva 2001: 149); no sentido de que, a mesma permite uma maior especialização do seu campo de exercício bem como maior visibilidade social dos seus saberes especializados.

Na linha de pensamento de Lopes (2001), relativamente á categoria de " *assimilação local*" de saberes e competências a mesma conduz a linha interpretativa das estratégias da enfermagem face á delegação do " *trabalho desqualificado*" dos médicos para o domínio das actividades da enfermagem; o que " *mostra bem a grande resistência da parte da enfermagem á dependência técnica da autoridade médica*" (Silva 2001: 150).

No processo de reelaboração de tarefas delegadas, no qual se inscrevem múltiplas estratégias de inclusão e demarcação, a enfermagem procede á incorporação de diversos saberes subjacentes a essas tarefas na sua matriz de saberes (Lopes 2001: 66).

É no entrosamento destes actos de trabalho com os cuidados específicos da enfermagem, que emerge a indissociabilidade da componente de execução e da componente cognitiva e analítica a qual preside á determinação dos cuidados específicos equacionados por esses actos (Lopes 2001).

A conceptualização do trabalho de enfermagem com base no " *processo de enfermagem*" e " *diagnóstico de enfermagem*", consubstancia a sua ancoragem nas componentes analíticas e interpretativas, corporizando o afastamento da orientação médica e da demarcação profissional face aos auxiliares (Lopes 2001 ; Silva 2001).

Sustenta ainda Lopes, que a prestação de cuidados físicos e intervenções decorrentes de prescrições médicas coloca a enfermagem no palco da rotinização e conseqüentemente alimenta e gera a sua situação de " *não insubstituidade*" e portanto não promotora de recursos – poder.

Em síntese e na linha de pensamento de Lopes (2001) as categorias de " *trabalho desqualificado*" e de " *assimilação local*", reenquadram diferentes configurações ideológicas e identitárias no âmbito da profissão de enfermagem; respectivamente : vocação; profissionalismo e profissionalização.

Vejamos cada uma delas, na perspectiva da autora supracitada.

A ideologia da "vocação" centra-se na ideia da enfermagem enquanto vocação, prisioneira e entrelaçada nos atributos pessoais e competências profissionais; orientando o seu campo de intervenção no conforto moral do doente e zelando pela ordem social dos serviços; bem como na "subordinação inquestionável á autoridade técnica e social da profissão médica" (Lopes 2001: 67).

A ideologia do profissionalismo, centra a sua atenção na orientação para a especialização técnica consubstanciada pela reelaboração selectiva do trabalho médico delegado no campo da enfermagem bem como no aumento da delegação de actos mais rotinizados para outros grupos profissionais. O leque das actividades delegadas inscreve-se no âmbito da gestão dos serviços, das tarefas mais desqualificadas delegadas pelos médicos e ainda na "delegação de actividades constitutivas dos cuidados básicos de enfermagem" (Lopes 2001: 68). A relação do doente é reelaborada em termos de relação técnica, num discurso e abordagem holística do doente. No que se refere á questão da autonomia profissional " é deslocada para a revalorização da interdependência funcional com a medicina, embora integrada num novo quadro sociológico, no qual se inscrevem as estratégias de investimento na crescente formalização dos seus saberes profissionais, no seu reconhecimento institucional em diplomas escolares de ensino superior e, paralelamente, na construção da insubstituibilidade das suas competências no domínio da produção directa de cuidados" (Lopes 2001: 68).

No que se refere á ideologia da profissionalização, esta desenha o seu quadro estruturante na demarcação do campo médico.

Esta demarcação é enfatizada pela ancoragem das suas práticas nas categorias de prevenção e promoção da saúde, defendendo a abordagem holística do doente "como eixo central das suas competências, em que o processo de enfermagem constitui o seu modelo operativo" (Lopes 2001: 68). Centra-se na revalorização das tarefas tradicionais da enfermagem com particular ênfase para aquelas onde se torna indispensável o contacto com o doente e ainda pelo investimento no aumento dos referenciais teóricos e formalização de saberes e competências relacionais, emergentes da formação científica e académica. Por último, inscreve-se ainda nesta ideologia a delegação de tarefas, para outros profissionais, durante as quais não se apresenta imprescindível o contacto com o doente. Nesta configuração ideológica, "a questão da autonomia profissional adquire a sua máxima expressão" (Lopes 2001: 69).

Estas configurações ideológicas, segundo Lopes (2001), sustentada pela tese de Chauvenet (1973), relativamente ás ideologias hospitalares, inscreve a "ideologia da humanização" no domínio da enfermagem, e a "ideologia da ciência" no domínio da

medicina. Estas duas ideologias, por um lado dicotomizam-se por outro lado complementam-se, numa perspectiva de "*sustentação da imagem humanizada e científica do hospital e das suas duas formas de servir o doente*" (Lopes 2001: 69).

Continuando a seguir os estudos de Lopes (2001) e Silva (2001), os autores, considerando os estudos de Hughes et al (1958) e de Carpenter (1977), sustentam que no quadro das configurações ideológicas apresentadas, subjazem a conceptualização de diferentes categorias de identidades em enfermagem.

Vejamos então, a tipologia de classificação dos perfis identitários de enfermagem, referida pelos autores supra citados e estruturada em cinco categorias: as Managerialistas, as Profissionalistas ou Especialistas, as Neo-Profissionais, as Generalistas e as Dedicadas ou Vocacionistas.

Segundo os referidos autores, as Managerialistas, valorizam o trabalho de coordenação e gestão das actividades, bem como os recursos no domínio da prestação de cuidados, enfatizando os saberes e competências necessários neste âmbito, pelo que se agrega "*neste perfil um segmento da enfermagem cuja identidade tem sido salientada como vacilante entre ser primeiro enfermeiro, ou primeiro gestor, o que traduz também nas suas dificuldades de construção de um corpo ideológico legitimante.*" (Lopes 2001: 70). Considera-se que as suas referências ideológicas "*navegam*" nas diferentes configurações dominantes no interior da profissão.

Relativamente às Profissionalistas (ou Especialistas), estas valorizam a complexidade técnica e cognitiva do seu trabalho e ainda a interdependência entre este e o trabalho médico. Daqui decorre a valorização de saberes e competências formais de elevada tecnicidade. Pelo exposto, "*as suas referências ideológicas de legitimação inscrevem-se na ideologia do profissionalismo*" (Lopes 2001: 70).

No que se refere às Neo-profissionais, estas valorizam o trabalho autónomo com o doente, pelo que o seu investimento incide nas competências relacionais sustentadas nos saberes formais. As suas referências de legitimação inscrevem-se na ideologia do profissionalização.

As Generalistas valorizam o trabalho de assistência ao médico, bem como o da manutenção da ordem social dos serviços. Neste sentido, "*as suas referências ideológicas dualizam-se entre a vocação e o profissionalismo*" (Lopes 2001: 71).

Por último as Dedicadas (ou Vocacionistas) valorizam o bedside care/ trabalho de cabeceira e a dimensão moral e humanitária que lhe são atribuídas.

As suas referências de legitimação inscrevem-se directamente na ideologia da vocação.

Concluído o mapeamento teórico, torna-se necessário fazer uma síntese do mesmo, bem como explicitar a problemática. São estas as orientações do próximo capítulo.

3 - SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO TEÓRICA E EXPLICITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

Ao longo da sua existência o actor social, protagoniza um processo de desenvolvimento enquanto recurso humano que pode, em nosso entender, ser analisado do ponto de vista da problemática identitária, ou seja, na perspectiva dos processos de construção e (re)construção das identidades sociais e profissionais. Dito de outro modo, considerando que o actor social protagoniza um processo de desenvolvimento e aprendizagem durante toda a sua vida, admitimos a existência de um processo de construção identitário também ao longo de toda a vida do indivíduo, isto é, a identidade social e profissional é permanentemente objecto de alterações e transformações.

Tendencialmente , e progressivamente temos assistido á emergência de estudos que trazem para a ribalta a articulação entre a formação e os processos de (re)construção identitária (Canário 1997). Também Dubar sustenta que "*as relações com a formação constituem elementos chave das formas de identidade*" (Dubar 1997: 153).

No caso concreto da enfermagem, vários autores têm vindo a desenvolver estudos nos quais a preocupação dominante reside na questão da Identidade da Enfermagem (Correia 1993; Abreu 1994, 2001; Bento 1997; Lopes 2001; entre outros). A maioria destes estudo trilham os caminhos da formação e os contextos de trabalho dos actores, os quais fazem atravessar na sua trajectória identitária, a génese da procura e do reforço da autonomia profissional.

A identidade profissional dos enfermeiros entendida como um produto emergente de um processo de socialização amplo, subjaz aos estudos sobre a formação e a socialização profissional dos enfermeiros no sentido de questionar as identidades profissionais como um processo estratégico e interactivo (Abreu 2001).

No caso particular desta investigação, os actores (enfermeiros) como adultos que se formam, no contexto do CCFE, deverá estar imbuída dos contributos sócio – pedagógicos da formação de adultos.

De facto, os enfermeiros são actores do seu percurso formativo, no palco da prática onde constroem e reconstróem o seu saber, na e pela prática, pelo que a formação destes profissionais requer; “ *uma reflexão mais pessoal sobre o processo de formação individual e uma reflexão mais social sobre a inserção profissional e o enquadramento institucional de cada um*” (Nóvoa 1988: 126).

Á luz dos contributos teóricos, entendemos que a formação dos nossos actores inscreve-se num processo de socialização que conflui nos contextos da prática profissional (potencialmente / formativos e socializadores), e experiências vivênciadas de cada um, numa dialéctica recursiva dos diferentes saberes e competências.

Obviamente, nesta dialéctica, assume capital importância a aprendizagem ao longo da vida, que determina e condiciona a actualização dos saberes de cada actor, os quais orientam a acção e mediatizam as competências, sendo estas motor de desenvolvimento pessoal e profissional, na sociedade do conhecimento, permanentemente mutável, caracterizado pela vertiginosa obsolescência de saberes e incapacidade de processamento dos mesmos (Sá –Chaves 2000; CEE 2000).

As orientações paradigmáticas do conhecimento e os actuais modelos organizacionais, colocam a reorganização de saberes e desenvolvimento de competências sob a responsabilidade individual de cada um, concorrendo para a sobrevivência dos actores e das organizações.

Dentro da organização de cuidados de saúde, no espaço de “*relações vivas*”, podemos então assistir ao entrosamento da formação e socialização dos distintos actores (enfermeiros); a qual se realiza pela (re) apropriação de saberes e competências, no palco da interacção social, permitindo que cada actor reorganize o seu património de forma particular e singular, mas em articulação com os outros e os ambientes que os envolvem.

A formação e socialização dos enfermeiros é indissociável da organização de cuidados, e dentro desta estrutura a sua prática está condicionada por um esquema organizacional, o qual lhe “*orienta*” e “*modela*”, de certa forma, a produção social e a prestação de cuidados, direccionando o seu vector ideológico e identitário.

Por outro lado, as organizações conferem também margens de liberdade aos seus actores (enfermeiros); os quais utilizam nas acções que desenvolvem, corporizando o seu trabalho, sendo este último orientado pela natureza compósita dos saberes e competências reconfigurados numa teia complexa de estratégias de revalorização profissional, alimentando o debate ideológico e identitário; e mantendo ou (re)estruturando a organização.

O enfoque que acabámos de tecer é sustentado pela teoria da acção estratégica de Crozier e Friedberg (1977); na qual nos apoiámos, cujo postulado básico radica por um lado, na margem de liberdade que os actores detêm, sendo a sua racionalidade e capacidade de escolha que utilizam na sua acção pré – estruturadas pelo sistema (contextos organizacionais e sociedade); e por outro lado paralelamente, o sistema enquanto campo de acção estrutura-se, mantém-se ou altera-se pela acção dos seus actores. Trata-se então, de uma construção colectiva levada a cabo pelos seus intervenientes (Crozier e Friedberg 1977: 11).

Assim, na produção de cuidados de saúde, a teoria da acção estratégica explicita os diferentes recursos mobilizados pelos actores na protagonização dos processos informais gerados nos quotidianos de trabalho, bem como das suas diferentes possibilidades estratégicas nos específicos contextos de trabalho (Lopes 2001: 38).

Porém, no sentido de potenciar o alcance analítico da investigação, tomámos por empréstimo, á semelhança de Lopes (2001) os contributos da teoria da ordem negociada de Strauss (1978), enquanto tributários da apreensão da forma como os processos informais que se geram no quotidiano de trabalho formalizam as relações e as práticas profissionais (Lopes 2001: 38).

Esta teoria assenta em dois postulados básicos : por um lado, a ordem social/organizacional, e em certa medida uma ordem negociada, uma vez que se trata do produto de múltiplos processos de negociação, pelos quais os actores concretizam a sua acção quotidiana, sendo que esses processos ocorrem em condições estruturais que, embora os não determinem, acentuam o seu carácter contingencial; por outro lado, "*esses processos não constituem apenas a reprodução da ordem estabelecida, mas são também produtores de uma nova ordem, sendo esta resultante de complexa relação entre as negociações e as regras mais formais e pertinentes*" (Strauss 1978: in Lopes 2001: 40).

Transpondo esta teoria para a produção de cuidados de saúde num contexto hospitalar, sabemos que o mesmo está ladeado por significativas margens de imprevisibilidade, emergentes da natureza do trabalho realizado pelos diferentes actores (profissionais) com cada um dos utentes caracterizados pela sua unicidade; o que torna inviável a previsão precisa de cada situação, imprimindo aos contextos de acção margens de flexibilidade.

No palco da acção inter cruzam-se os diferentes profissionais em torno do cliente, contribuindo cada um com os seus saberes e competências, ou seja com o seu campo de acção no sentido de promover a saúde dos seus clientes.

Porém, nesta actuação conjunta, e apesar da formalização da natureza do seu trabalho, decorrente de cada categoria profissional, a visibilidade das fronteiras de actuação de cada grupo diluem-se, o que potencia o accionamento dos processos de negociação, no sentido de articular as diferentes pessoas e tarefas.

No que se refere ao trabalho de enfermagem, esta articulação tem sido mediatizada através da categoria de trabalho delegado (Lopes 2001: 43).

Subjacente ao quadro das teorias da ordem negociada e da acção estratégica, entendem-se as ideologias e as identidades profissionais *"como orientadoras da acção, enquanto tal, constitutivos dos recursos mobilizados pelos actores, nas opções que, continuamente fazem no decurso das interacções profissionais"* (Lopes 2001: 49).

Assim sendo, e como refere (Strauss 1985), as ideologias e identidades *"não constituem apenas referentes de conduta, mas funcionam como condições estruturantes do contexto de acção, na medida em que, (...) estas afectam o modo como os profissionais definem o seu trabalho e a articulação deste com o trabalho que lhe está associado"* (Lopes 2001: 49).

No quadro concreto da enfermagem, os recursos ideológicos e identitários dos enfermeiros situam-se então, na encruzilhada produzida pelas condições estruturais que configuram os contextos específicos de trabalho, bem como pela intervenção da trajectória profissional destes actores no processo de produção de cuidados de saúde.

Nesta linha reflexiva, a construção de identidades decorre do eixo biográfico e relacional, dos seus actores, num processo complexo; o mesmo será dizer que *"não se faz a identidade das pessoas sem elas e, contudo, não se pode dispensar os outros para forjar a sua própria identidade"* (Dubar 1997: 110). A identidade para *"si"* e identidade para *"outros"*, estão profundamente ligados na sua génese.

As identidades dos enfermeiros resultam assim de uma dupla transacção entre o enfermeiro e a organização. No caso deste estudo, entre o enfermeiro com a sua trajectória actual e anterior, e o contexto hospitalar.

Tomando por empréstimo os contributos de Pinto (1991), os enfermeiros, por um lado são actores sociais que tendem a diferenciar-se e a autonomizar-se socialmente fixando fronteiras em relação a outros – processos de identificação; por outro lado, os enfermeiros enquanto actores sociais tendem a integrar-se em conjuntos mais vastos, de pertença fundindo-se de modo tendencial com os mesmos – processos de identificação (Pinto 1991: 218).

Neste processo duplo são accionados sistemas de classificação produtores de diferenciação e semelhanças dos universos simbólicos e pelas mesmas, os actores

sociais definem a sua distinção e pertença num jogo dicotómico de nós e os outros (Lopes 2001: 61).

Nos espaços de identificação corporizados pelos contextos de trabalho e experiências concretas que nestes se operam, existem diferentes formas de valorização / desvalorização dos recursos accionáveis pelos actores (Lopes 2001: 61).

Nestes recursos assumem capital importância os saberes e competências accionados pelos actores, em torno dos quais se estruturam e desestruturam as identidades profissionais .

As identidades dos actores intervenientes deste estudo foram "*atravessadas*" por um contexto formativo – CCFE -, capaz de reorganizar os mapas cognitivos, afectivos e relacionais dos actores, e portanto possibilitador de reconfigurações ideológicas e identitárias dos enfermeiros.

Desta forma, interrogámos o alcance desta estratégia de revalorização profissional, na natureza dos saberes e competências, bem como da sua consolidação e concretização na prática dos enfermeiros, de forma a desocultar a sua contribuição na (re) configuração ideológica e identitária.

Os contributos teóricos que temos vindo a tecer ao longo deste capítulo permitiu-nos enunciar a problemática central que orienta a pesquisa:

- Como se perspectiva a reconfiguração de saberes/competências, emergentes do Complemento de Formação, na construção e reconstrução da matriz identitária em enfermagem?

Consideramos, como refere Quivy, que a problemática deve ser explicitada "*porque constitui os alicerces da investigação*" (Quivy 1992: 105).

Sustentados pelos contributos das teorias que temos vindo a focar ao longo deste capítulo, desenhou-se o esquema analítico subjacente a esta investigação.

Decorrente da problemática enunciada, situamo-nos num contexto real e na inteligibilidade das vivências dos seus actores.

Nesta investigação procuramos, numa primeira aproximação, desocultar a trajectória profissional dos enfermeiros, através da clarificação das representações dos actores e suas práticas, as quais são modeladas pelos saberes e competências, num jogo contigencial e estratégico, permissivo do descortinar das diferentes configurações ideológicas e identitárias dos enfermeiros. Numa segunda aproximação, pretendemos compreender, na perspectiva dos actores, o alcance de uma estratégia formativa (o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem), enquanto estratégia de revalorização profissional, no sentido da (re) configuração de saberes e competências

dos enfermeiros, bem como da sua consolidação e concretização na prática de cuidados, identificando os seus contributos convergentes e divergentes no desenho dos vectores ideológicos e identitários dos enfermeiros em estudo.

Procuraremos então, em última instância, e numa aproximação e (re)aproximação às configurações ideológicas e identitárias, projectar a identificação da matriz identitária dos actores; uma vez que *"as identidades constituem o espaço de intersecção e convergência das ideologias e dos saberes corporizados pelos enfermeiros"* (Lopes 2001: 175).

A problemática enunciada conduziu-nos á formalização das questões que permitem guiar e orientar a pesquisa, ou seja, *"saber mais"*, *"saber com prioridade"* e *"operacionalizar o quadro conceptual"* (Huberman e Miles 1991: 56); ou ainda, *"explicitar a problemática"* (Quivy 1992: 103) :

- Como percebem os enfermeiros (alunos do Curso Complemento de Formação em Enfermagem) a sua trajectória (s) identitária (s) ?
- De que forma, o Complemento de Formação influi o posicionamento dos actores, após o percurso formativo ?
- Como (re) compõem os enfermeiros os diferentes saberes/competências , adquiridos, estimulados ou desenvolvidos no Curso de Complemento de Formação?
- Como percebem os actores a projecção da(s) sua(s) identidade(s), após o percurso formativo?

Estas questões constituem o fio condutor da pesquisa, e estando relacionadas com os objectivos são permissivas do alcance dos mesmos. O interesse pela problemática explicitada advém do campo profissional onde nos movemos e das preocupações emergentes do mesmo.

Desenvolvemos a nossa actividade profissional como docentes numa Escola de Enfermagem, concretamente na área científica de Fundamentos de Enfermagem, integrada no Núcleo de Ciências de Enfermagem, a qual pretende polarizar em termos cognitivos, o percurso delimitado pela práxis e pelas concepções.

A área científica move-se em torno de três áreas que se interrelacionam e complementam : Concepção, teorização da prática e prática, relacionadas com as diferentes disciplinas que a integram.

As disciplinas teórico-práticas e práticas do 1º ano de Licenciatura em Enfermagem leccionadas pela área científica referida, são operacionalizadas no terreno real onde a profissão acontece, (concretamente nos contextos onde se realiza esta

investigação) e por isso constituem-se na aproximação prévia á profissão. São os primeiros momentos de socialização dos alunos com os seus pares.

Este processo de formação - socialização dos alunos, é entendido como um processo de construção de identidades onde os actores sociais interagem com os pares e com os contextos que os envolvem, num jogo que pela partilha de saberes e competências ensaia implicações ideológicas e identitárias.

Assim sendo, algumas preocupações vieram a lume :

- Se os alunos da formação inicial, iniciam o processo de construção identitário com os seus pares num contexto próprio, então que identidade (s) presentes e futuras estão em jogo ?
- Que saberes ensaiam os percursos formativos, e como se inscrevem e reinscrevem na prática de cuidados?

Nesta lógica e neste entendimento, perspectivamos os saberes e competências como actores privilegiados do desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, desenhando o interesse e pertinência desta investigação.

Este interesse pessoal, move-se e decorre das preocupações emergentes da nossa actividade profissional, pretendendo deste modo contribuir para a reflexão das questões da formatividade dos profissionais de enfermagem, concretamente na natureza dos seus saberes e competências. Para além do interesse pessoal vinculamos o de natureza colectiva, pela reflexão das nuances sociológicas da profissão, emergentes da problemática.

Reforçando as nossas preocupações, os estudos de Bento (1997) e Lopes (2001) sugerem um sentimento de "*mal estar*", sentido pelos enfermeiros face á dominância médica, o que só por si parece revelar a necessidade de recomposição da trajectória identitária, e as investigações realizadas, "*evidenciam desde o primeiro momento a complexidade do processo de formação identitário dos enfermeiros*" (Abreu 2001: 70). Porém, vinculamos o papel da formação na construção e (re) construção identitária da enfermagem.

Admitimos então que "*os sistemas de formação não se limitam apenas a transmitir conhecimentos, mas são instâncias importantes na produção de saberes legítimos e, conseqüentemente na construção dos modelos de profissionalidade*" (Correia 1993: 85).

A mesma autora acrescenta ainda que, esta importância não se confina á formação inicial, mas que se alarga á formação continua.

Sendo esta última o centro de interesse desta investigação; inquietamo-nos sobre o seu contributo na (re) construção de saberes e competências e suas interações com os contextos de trabalho numa perspectiva de desenvolvimento profissional, nos caminhos e descaminhos das identidades dos enfermeiros.

Enunciada a problemática, torna-se fundamental encontrar respostas; pelo que emerge a indispensabilidade de escolher os "*caminhos*" a seguir e as "*formas de caminhar*", ou seja as opções metodológicas. Este será o assunto do próximo capítulo.

4 - QUESTÕES METODOLÓGICAS

Considerando a pesquisa um processo "*unitário e integrad*", entendemos a metodologia, neste processo sistémico, como uma etapa durante a qual se aborda "*criticamente as práticas concretas da investigação à medida que estas se desenrolam*" (Almeida e Pinto 1995: 28 e 89).

Trata-se com efeito do "*prolongamento da problemática e do modelo de análise, articulando de forma operacional os marcos, as pistas, que serão finalmente retidas para orientar o trabalho de observação de análise*" (Quivy 1992: 151).

Nesta linha de pensamento, a explicitação e pertinência do "*corpo misto de conhecimento*" (Esteves 1999: 252), das opções metodológicas emergirá do entendimento entre o contributo privilegiado dos elementos teóricos e epistemológicos (Esteves 1999: 252), bem como da "*selecção e articulação das técnicas de recolha e análise da informação*" (Costa 1999: 129); com o intuito de "*traçar a lógica de aproximação à realidade*" (Esteves 1999: 252), que pretendemos compreender.

Será esta lógica subjacente á construção deste capítulo.

4.1 -PARADIGMA E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia da pesquisa necessita de ser pensada tendo em conta os alicerces edificados até então; ou seja : a problemática, as questões orientadoras, os objectivos, a construção teórica e o esquema de analítico.

Tendo em conta o caminho percorrido até então, centramo-nos nas representações e práticas dos actores, bem como numa estratégia formativa formal de revalorização profissional (CCFE), de forma a desocultar a contribuição desta última na (re)configuração identitária, orientados para os objectivos da pesquisa:

Geral:

- Analisar a forma como um grupo de enfermeiros (re)constrói a sua identidade profissional no âmbito de uma experiência de formação (CCFE).

Específicos:

- Analisar as trajectórias identitárias dos enfermeiros, alunos do Curso de Complemento de Formação em enfermagem.
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o contributo do Curso Complemento de Formação em Enfermagem, nomeadamente no que se refere á (re)apropriação de saberes/competências, no processo de desenvolvimento profissional.
- Identificar de que forma os enfermeiros, alunos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, projectam a sua identidade, na prática profissional.

De acordo com os objectivos da investigação, numa primeira aproximação somos implicados no estudo das representações dos actores (enfermeiros), bem como das suas práticas num determinado contexto profissional, mediatizados pelas relações com os saberes que lhes são específicos, desocultando assim a realidade social dos actores e o seu lugar dentro do processo de produção de cuidados de saúde.

E, falando de representações sociais, sendo um termo polissêmico, convém explicitá-lo.

Assim, o nosso enfoque centra-se na teoria da representação da Psicologia Social, nomeadamente nos contributos da Escola Francesa criada por Serge Moscovici (1979), explicitados por Mora (2002) e ainda alguns contributos de Bordieu (1980) e Vala (1986), os quais tomámos por empréstimo dos estudos de Lopes (2001) e Valeriano (1993).

Na teoria de Moscovici é denunciada uma preocupação com as pessoas individualmente (conceito individual), mas também em grupo, (conceito colectivo) defendendo que os actores geram sobre si, sobre os objectos e sobre os acontecimentos da vida, interpretações facilitadoras da comunicação com o meio social determinadas particularidades (Mora 2002).

Moscovici, ao estudar as Representações Sociais inclui na sua teoria o conceito "*colectivo*", o qual emergiu dos contributos Durkheimianos de "*Representação Colectiva*", considerando Moscovici, que as representações sociais são modalidades de conhecimento particular, tendo por um lado as funções de orientação de comportamentos e por outro lado a comunicação interpessoal, criando informações e familiarizando-nos com o estranho; através dos processos de objectivação e ancoragem. Objectivar consiste em transformar uma abstracção em algo físico; e a ancoragem consiste na integração cognitiva do objecto representado (ideias,

acontecimentos, pessoas, relações), a um sistema de pensamento social preexistente (Mora 2002).

Desta forma, ancoragem é classificação e denominação. A primeira ocorre e é mediatizada pela escolha dos paradigmas existentes na nossa memória, com o qual comparamos o objecto a ser incluído no caso em questão. Relativamente á denominação, esta procede á dotação do objecto "*de uma genealogia e inclui-la num complexo de palavras específicas, localizando-a na matriz de identidade da nossa cultura*" (Tavares e Teixeira 1998: 52).

Nas palavras de Moscovici (1979), representação social é então "*uma modalidade particular do conhecimento, cuja função é a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre os indivíduos*" (Mora 2002: 7).

Na perspectiva da Psicologia Social, e tendo em conta os contributos da principal colaboradora de Moscovici - Denize Jodelet (1989); a autora sustenta que as representações expressam-se por meio da comunicação social, emergente nas relações individuais, nas instituições, transformando-o o não familiar em familiar, e difundindo conceitos formados de atitudes, opiniões e comportamentos (Mora 2002).

Outra colaboradora de Moscovici, Caudine Herzlich (1991), a qual direccionou os estudos das representações numa vertente historicista, defende que as mesmas são produzidas ao longo do processo sócio – histórico , revelando a realidade dos actores, bem como o seu lugar dentro do processo produtivo (Mora 2002).

Nesta linha de pensamento Bourdieu (1980), refere que "*as representações dos actores sobre o real (...), enquanto representações constitutivas das identidades, não são apenas imagens mentais, mas também manifestações sociais intervenientes na produção social*" (Lopes 2001: 61).

Sobre o valor funcional das representações e o seu carácter social, Jorge Vala (1986), defende que : "*a emergência das representações realiza-se na interacção social, serve a interacção social e é afectada pelos dinamismos sociais cujas lógicas regulam a focalização, a difusão da informação e as pressões para a inferência*" (Valeriano 1993: 172).

Numa segunda aproximação aos objectivos do estudo, para além das representações dos actores e suas práticas mediatizadas pelas relações com os seus saberes específicos ; somos implicados numa estratégia de (re)valorização profissional, a qual é corporizada por uma modalidade de formação formal – Curso de Complemento de Formação em Enfermagem – conferindo o grau de licenciado aos actores – (enfermeiros).

No sentido de que, esta estratégia interpela os saberes, os quais sustentam as competências destes profissionais, estando estas intimamente ligadas á acção e portanto à prática, interrogamo-nos sobre o alcance desta estratégia, nomeadamente na reelaboração da natureza dos saberes, bem como da sua consolidação e concretização na prática, efectuada por cada enfermeiro.

A experiência formativa partilhada pelos actores, realizada pela apropriação pessoal do seu percurso de formação terá um significado único, próprio e particular, uma vez que o modelo formativo privilegia a formação experiencial de cada enfermeiro, a sua relação com a prática e problemática de saúde, valorizando o saber de cada actor, *"incidindo sobre as representações que o formando possui da sua prática, visando transformá-lo. O saber é ao mesmo tempo construção e ruptura com a realidade exterior(...)"*(Correia 1993: 89).

Face ao exposto, as representações dos actores (enfermeiros) sobre a sua profissão bem como as suas práticas alimentadas por uma estratégia de revalorização profissional (Curso de Complemento de Formação em Enfermagem); afigurasse-nos como sendo uma franja larga da realidade social a conhecer, visto que conhecendo *"o espaço de intersecção e convergência das ideologias e dos saberes corporizados pelos enfermeiros"* (Lopes 2001: 175), permitir-nos-á projectar as identidades profissionais dos enfermeiros em estudo, e desta forma explicitar a realidade que pretendemos conhecer.

Trata-se então, nas palavras de Redfield (1960), de conhecer *"o ponto de vista dos actores sociais sobre as suas próprias práticas e as suas representações, sobre como acham que a vida social deveria ser, sobre como esperam que ela seja e sobre como a vêem efectivamente ser"* (Costa 1999: 142).

Na realidade social que pretendemos compreender, emerge uma panóplia de factores e pluridade de condições que mediatizam as interacções sociais dos actores, ás quais cada enfermeiro atribuí um significado próprio e singular.

Na senda da microsociologia , pretendemos, parafraseando Torres Santomé (1988), compreender como os distintos actores humanos constróem e reconstróem a realidade social mediante a interacção com os restantes membros da sua comunidade" (Bento 1997: 80).

Neste sentido, e tendo em conta a problemática e objectivos do estudo, projectamo-nos numa pesquisa do tipo qualitativo, uma vez que, como refere Stew (1996: 588), *"(...) o mundo social não pode ser compreendido em termos de relações causais ou de leis universais. Isto deve-se ao facto das acções humanas se basearem*

e serem condicionadas por interpretações de carácter social : intenção, motivos, atitudes e crenças” (Abreu 2001: 143).

De facto, o enfoque que pretendemos colocar na análise do problema, requer uma abordagem qualitativa, a qual permite “(...) *descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interacção de certas variáveis, compreender (...) processos dinâmicos vividos por grupos sociais, (...) e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos”* (Richardson et al 1989: 39).

Atentos á mensagem de que “ *não se pode estudar um campo de acção no abstracto, nem a partir de uma qualquer racionalidade a priori”* (Crozier e Friedberg 1977: 392); e tendo em conta a realidade social na qual nos centrámos, fomos reenviados para o mundo dos actores, para o seu contexto, para o palco das suas experiências; vividas dia a dia nas teias das relações e interacções que estabelecem; tentando assim alcançar a “*visão por dentro*” dos actores do estudo, na lógica do paradigma interpretativo no qual “*a interacção é concebida como um processo de interpretação*” (Crozier e Friedberg 1977: 392).

Colocamo-nos então, numa abordagem interpretativa da lógica da construção e (re)construção identitária a qual se estrutura e (des)estrutura no jogo das interacções dos actores entre “*nós*” e os “*outros*” materializadas na sua prática onde se entrecruzam ideologias, saberes e competências , numa relação dialéctica.

Sendo estes últimos “*atravessados*” por uma experiência formativa (CCFE), conducente à (re)apropriação pessoal dos mesmos e portanto entendida como estratégia de revalorização profissional, não é estranho que estes (saberes e competências) venham a ser consolidados e concretizados na prática, dos actores que vivem a realidade social que pretendemos desocultar e por isso, remetemo-nos para um estudo do tipo exploratório.

Estar com os actores (enfermeiros) em cenário real, tornava-se imprescindível, uma vez que “ *as configurações identitárias se formam no decurso do processo de socialização, a sua abordagem deverá fazer-se considerando as determinantes sociais que enquadram as vivências dos actores nos contextos de acção empírica”* (Abreu 2001: 144), enquadrando a problemática no processo global de socialização dos enfermeiros, numa realidade sociológica próxima, restrita, particular e irrepitível; a qual pretendíamos explorar em profundidade e detalhadamente, sem pretensão de alcançar proposições revestidas de validade universal, optámos pelo modo de investigação “*estudo de caso*”.

Na perspectiva de Cassell e Symon " *os estudos de caso consistem numa investigação detalhada (...) com vista á análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo*" (Cassell e Symon 1994: 209).

A escolha por este modo de investigação, justifica-se ainda, no sentido de que "*problematizar a constituição das identidades dos enfermeiros significa questionar o conjunto de esforços sociais através dos quais este grupo produz e reproduz determinadas relações com os saberes que lhe são específicos e com as condições simbólicas e imaginárias que tendem a definir a sua especificidade profissional no quadro das profissões de saúde e nos diversos contextos empíricos onde se concretiza a produção social da enfermagem*" (Abreu 2001: 24).

O estudo de caso possibilita-nos descrever, compreender e interpretar uma realidade profunda, complexa, singular e própria "*sentida*" e "*vivida*" por um grupo de enfermeiros num determinado contexto pelo que, segundo Silva (2001) e referenciando Reagin e Becker (1992) " *encerra em si a possibilidade de adoptar um olhar de singularidade complexa, onde os esquemas gerais da complexificação do real desaguam nos detalhes acumulados na vertente particularista de cada fenómeno individualizado*" (Silva 2001: 276).

Ainda na perspectiva de Robert Yin (1994), o estudo de caso é empírico e permite investigar um fenómeno contemporâneo, no seu contexto real, quando as fronteiras entre o fenómeno em estudo e o seu contexto não podem ser claramente definidos; para além de que o caso, ou seja o fenómeno, ocorre de forma natural, existindo anteriormente ao projecto de investigação esperando-se que o mesmo continue a existir após o termino da investigação; premissas que vão de encontro ao fenómeno que pretendíamos estudar.

Considera ainda o autor supracitado, que o estudo de caso do tipo exploratório explica a sua adequabilidade ás questões do tipo "*quem*", "*quando*", "*qual*", "*como*" e "*porquê*" (Yin 1994: 5).

Neste sentido, e sabendo que os enfermeiros trilham um percurso formativo (CCFE); capaz de lhes possibilitar a reorganização do seu "*património*", pela (re)apropriação de saberes, constituindo-se numa estratégia de revalorização destes profissionais, capaz de provocar a reconfiguração das suas identidades. Pelo que nos interrogamos sobre o que representa para os actores ser enfermeiro ? Quais as razões e o porquê da escolha profissional ? Quais as práticas profissionais dos actores ? Qual a natureza dos seus saberes/competências ? Quais, como e o porquê do accionamento das estratégias de reconfiguração profissional, na sua prática ? Como entendem a recomposição dos saberes/competências emergentes do CCFE ? Como consolidam e

concretizam os saberes (re)configurados na prática ? Como projectam a sua identidade profissional ?

Tendo em conta o explicitado, afigurasse-nos ser esta a melhor estratégia metodológica, de forma a analisar e interpretar uma realidade social tal como ela é vivida, percebida e sentida pelos actores. Trata-se então, de compreender a visão do mundo tal como os actores a definem e em meio natural, o cenário ou terreno onde actuam.

È sobre a selecção deste terreno, unidades de observação e actores que se centrará o próximo sub – capítulo.

4.2 - TERRENO DE PESQUISA ; UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E ACTORES : CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS DE SELECÇÃO

A selecção do terreno de pesquisa não pode ser alheio aos objectivos do estudo. Assim sendo, decorre dos mesmos o posicionamento do investigador num campo empírico que reunisse as condições necessárias ao desenvolvimento do estudo.

Tendo em conta o referido, a selecção recaiu sobre um hospital e uma escola de enfermagem do Norte Alentejano, onde desempenhamos a nossa actividade profissional; até porque, "*não é de estranhar que a maior parte das vezes o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador*" (Quivy 1992: 160).

Assim sendo, decorre também deste enquadramento que possibilitou a selecção das organizações, razões que se prendem com o período de tempo disponível e sua rentabilização para a realização do estudo; (pela proximidade geográfica entre as instituições e o local de residência do investigador) bem como pelas razões que se prendem com uma das estratégias de recolha de dados, a qual exigia a nossa movimentação e presença no terreno de pesquisa (conforme explicitaremos em capítulo próprio).

Nesta linha de pensamento, a escola como sendo o local de exercício profissional do investigador e enquanto entidade formativa no âmbito do CCFE, possibilita-nos a aproximação á realidade e aos actores, enquanto alunos do CCFE; e o hospital assume-se como o local privilegiado de contacto com esses mesmos actores, no desempenho da sua prática profissional.

De referir também que este hospital não nos é "*estranho*"; uma vez que já foi o palco do desempenho da nossa actividade profissional durante 12 anos, como enfermeira, e por outro lado enquanto docente da escola continuamos a manter

contactos privilegiados com esta instituição, no decurso das nossas actividades pela supervisão pedagógica dos alunos em disciplinas práticas e teórico-práticas.

Acresce ainda o facto de existir um protocolo de cooperação² - firmado entre a Escola e a Administração Regional de Saúde e sub-região do Distrito, na qual se enquadra o Hospital que temos vindo a fazer referência - ao abrigo do qual se processa a distribuição de vagas para o ingresso dos enfermeiros no CCFE; conforme explicitado na cláusula 17ª : Na inscrição para cursos Pós-Base (CCFE, Cursos de pós-graduação e Cursos de Especialização de Pós-Licenciaturas) a realizar pela Escola , esta reservará aos enfermeiros da ARS pelo menos 44% das vagas que abra no âmbito de protocolos estabelecidos. Anualmente, são negociadas com as Instituições a distribuição da percentagem das vagas referidas na citada cláusula , as quais são expressas nos editais de abertura do CCFE.

Seleccionado o terreno de pesquisa, outras decisões se impunham. Tratava-se de seleccionar as Unidades de Observação. Tornava-se indispensável, que nas unidades de observação a seleccionar existissem enfermeiros com a experiência formativa que atravessa o nosso estudo – CCFE. Esta realidade estava presente em todas as unidades da organização hospitalar.

Porém, conforme já referimos, para dar conta da problemática e objectivos do estudo pensámos ser indispensável a nossa presença no "*munddo*" dos actores, surgindo a mesma de forma "*natural*".

Tendo em conta estes critérios, a selecção recaiu sobre os três serviços de medicina; uma vez que são os únicos onde leccionamos as disciplinas da área científica que integramos como docentes. Desta forma, no âmbito da supervisão pedagógica das disciplinas, o nosso estar e olhar, porque justificado, era entendido naturalmente pelos actores; situados então nos serviços de medicina.

Outra questão ganhava pertinência : Quem são os actores ?

Para tal, seleccionámos os seguintes critérios :

- Enfermeiros a exercer funções nos serviços de medicina e cujo ingresso no CCFE se tivesse processado ao abrigo das vagas disponíveis para os respectivos serviços (segundo protocolo de Cooperação firmado entre as instituições).
- Os enfermeiros deveriam ainda, ter finalizado o CCFE ou estarem em fase de conclusão do mesmo (parte curricular concluída, em fase de elaboração do trabalho final); aquando da recolha de dados para este estudo.

² Documento não referenciado na bibliografia, de forma a salvaguardar o anonimato das organizações envolvidas.

Pela divulgação destes critérios, em entrevista informal, a um informante privilegiado – Director dos Serviços de Enfermagem – foi-nos indicado oito (8) enfermeiros – os actores do estudo.

Face a este número – oito –, é a nossa intenção compreender profundamente uma realidade, entendemos que e, parafraseando Taylor e Bogdan (1991) " *não importa o número de casos, o importante é o potencial de cada "caso" para ajudar o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas sobre a área em estudo*" (Palmeiro 1995: 65).

A caracterização dos actores em estudo encontra-se sintetizada no quadro n.º 2.

Quadro n.º2 – Caracterização dos Actores em Estudo.

IDADE (Anos)	SEXO	CATEGORIA PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (Anos)
27	Feminino	Enfermeira Graduada	6
30	Feminino	Enfermeira Graduada	8
30	Feminino	Enfermeira Graduada	8
31	Masculino	Enfermeiro Graduado	7
32	Masculino	Enfermeiro Graduado	12
33	Masculino	Enfermeiro Graduado	11
35	Feminino	Enfermeira Graduada	11
38	Feminino	Enfermeira Graduada	16

Relativamente ainda aos critérios de selecção do terreno de pesquisa, unidades de observação e actores, estes foram debatidos com o Sr. Coordenador do CCFE, através de uma entrevista informal. Consideramos o Sr. Coordenador um informante privilegiado pelo conhecimento profundo e visão global que detém sobre o dispositivo de formação pois, como refere Costa os informantes privilegiados " *são permanentemente fonte de informação sobre outras pessoas, aspectos do contexto social em estudo e acontecimentos que nele se vão passando*" (Costa 1999: 139).

Salientamos ainda que contactámos os responsáveis das organizações (Escola e Hospital) divulgando os objectivos e metodologia do estudo, solicitando a sua colaboração.

Por escrito, solicitámos autorização para a realização do estudo, junto do Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem (Anexos I) e Director dos Serviços de Enfermagem do Hospital (Anexos II), tendo ambos respondido favoravelmente.

Contactámos informalmente os actores do estudo, solicitando a sua participação, tendo todos mostrado a sua disponibilidade para o efeito.

4. 3 - ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS : INSTRUMENTOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

As decisões neste âmbito, enquadram-se e interligam-se com o conjunto das decisões e critérios das opções metodológicas já explicitadas.

Visando a explicitação da problemática e não perdendo de vista os objectivos da investigação seleccionámos duas técnicas de colheita de dados :

- Entrevista – Técnica Nuclear.
- Observação Directa – Técnica Complementar.

As técnicas seleccionadas, no dizer de alguns autores, Richardson (1989) e Ghiglione e Mathalon (1993) parecem estar em harmonia com as nossas opções metodológicas, nomeadamente a abordagem qualitativa, referindo os autores que a observação e entrevista estão particularmente indicados neste tipo de estudo (qualitativo) por permitirem penetrar na complexidade de um problema em profundidade.

Explicitaremos cada uma das técnicas.

ENTREVISTA

Recentrando-nos nos objectivos do estudo, tornava-se indispensável uma abordagem profunda às representações dos actores e suas práticas, bem como à estratégia formativa formal de revalorização profissional – CCFE, enquanto possibilitadora de reconfiguração de saberes e competências, inscritos na complexidade da (re)construção identitária.

E, a este propósito, Deschamps (1980), refere que "*há boas razões teóricas para pensar que a percepção de controlo sobre si e sobre o meio são factores que gerem a construção daquelas identidades e que esses factores são apreendíveis através do discurso dos sujeitos sobre si próprios*" (Vala 1999: 106).

A corroborar esta perspectiva Costa, refere que "*o ponto de vista dos actores sociais sobre as suas próprias práticas e as suas próprias representações (...) é um elemento indispensável a associar a outros tipos de informação, (...) obtidos pelo investigador (...)*"(Costa 1999: 142).

Consideramos a entrevista uma técnica por excelência na investigação social, permitindo recolher dados, como sustenta Estrela (1990), "*para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes do processo. Isto é, se por um lado se procura uma informação, sobre o real, por outro pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dados dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo*" (Carvalho 1996 : 56).

Porque situados num estudo de caso, Yin (1994), defende que "*uma das fontes de informação mais importantes em estudos de caso é a entrevista*" (Yin 1994: 84).

Sendo a entrevista uma conversa, um diálogo com um propósito, permite ao investigador pela aplicação de processos de comunicação e interacção humana, "*obter informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados*" (Quivy 1992: 193).

No sentido de que se trata de um tipo de interacção entre as pessoas, Richardson, considera a entrevista "*a melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interacção face a face, pois tem o carácter, inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos*" (Richardson 1989: 160).

Quanto aos procedimentos optámos pela entrevista semi - estruturada, pois esta permite descobrir "*que aspectos de determinada experiência (...) produzem mudanças nas pessoas (...)*" (Richardson 1989: 165), captando as percepções dos entrevistados, sobre as situações, acontecimentos e as suas interpretações e experiências numa abordagem em profundidade, sobre a realidade que se pretende explorar.

Neste tipo de entrevista, "*o investigador têm um quadro de referência mas só o utiliza se o indivíduo esquecer parte do mesmo*" (Ghiglione e Matalon 1993: 97); ou seja , "*o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador*" (Richardson 1989: 165).

Porém, ao longo da entrevista, tivemos em conta que "*o espirito teórico do investigador deve, (...) permanecer continuamente atento, de modo que as suas próprias intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível*" (Quivy 1992: 193).

Na preparação da entrevista considerámos a técnica proposta por Richardson (1989), Huberman e Miles (1991), Ketele e Roegiers (1993), bem como os instrumentos utilizados nos estudos de Correia (1993), Palmeiro (1995), Bento (1997), Abreu (2001), Lopes (2001) e Silva (2001).

Organizamos e estruturámos previamente o guião da entrevista (Anexo III), orientados pela problemática, objectivos e referencial teórico. Estruturámos a elaboração do guião em torno de quatro (4) dimensões, correspondendo cada uma, a um tema que pretendíamos explorar de acordo com os objectivos definidos para a entrevista. Incluímos uma quinta dimensão, a qual visava a caracterização dos entrevistados.

Para cada dimensão construímos questões principais de forma a convidar os entrevistados a “*responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (...)*” (Ghiglione e Matalon 1993: 96), dito de outro modo, deixámos que os entrevistados se expressassem livremente, ao seu ritmo.

Preocupámo-nos que a questão principal fosse suficientemente ampla e suficientemente ambígua, de forma a que os enfermeiros pudessem “*responder de acordo com o seu próprio quadro de referência, as suas opiniões, os seus pontos de vista*” (Bento 1997: 84).

Porém, e no sentido de alcançar os objectivos da entrevista, construímos questões acessórias que colocávamos ao entrevistado no caso deste não abordar espontaneamente os temas subjacentes às questões principais.

Após a construção do guião procedemos a um ensaio – validação pela realização de duas entrevistas teste, gravadas em áudio – cassete. Este procedimento permitiu-nos identificar questões que se encontravam pouco claras pelo que procedemos á reorganização da sua estrutura.

O ensaio - validação possibilitou-nos organizar a estrutura definitiva da entrevista, assim como treinar a nossa capacidade e postura enquanto entrevistadores. Posteriormente, submetemos o guião final á apreciação de dois peritos³, no sentido de que o julgamento de peritos é accionado para apoiar a validade de conteúdo de um instrumento (Fortin 1999; Lobiundo – Wood e Haber 2001).

Passamos á explicitação das dimensões analíticas do guião da entrevista.

A primeira Dimensão analítica – Trajectória Profissional dos Enfermeiros – encerrava um conjunto de questões, cujo objectivo visava a recolha de informação no alcance do primeiro objectivo do estudo.

³ Os peritos foram:

Um Professor Doutor em Sociologia da Universidade de Évora

Um professor Coordenador da Área de Investigação em Enfermagem

Pretendia-se perspectivar a prática e a orientação profissional dominante dos enfermeiros. Para o efeito, construímos 3 questões principais.

A primeira questão principal – Quais as razões que o levaram a ser enfermeiro ? – era o início da história pessoal, de cada actor; o qual passava pelas questões acessórias, ou seja; o porquê da escolha da Instituição/Unidade de Medicina, bem como as percepções da finalidade dos cuidados que prestam.

Os enfermeiros expressaram-se livremente, falaram de si, das suas motivações, era um pouco da sua história de vida.

Na segunda questão principal, convidámos os enfermeiros a continuar a sua história, centrada na história da prática. Falaram-nos da sua prática de cuidados, do seu dia a dia, da sua experiência vivenciada. Esta questão principal era seguida de três questões acessórias, as quais visavam desocultar a valoração atribuída às actividades desempenhadas; as actividades que poderiam ou não ser delegadas noutros profissionais, bem como os motivos subjacentes às suas "*posturas*" nestes domínios.

A terceira questão principal e acessórias desta dimensão, pretendiam continuar a "*história*" centrada nos saberes, procurando identificar na perspectiva dos actores, os saberes e competências inerentes à sua prática e numa malha fina identificar as estratégias de assimilação local de saberes/competências.

Centrados nas representações e práticas profissionais, este conjunto de questões, permitiu-nos levantar o véu sobre os diferentes saberes e configurações ideológicas dos enfermeiros e por conseguinte sobre as suas lógicas identitárias.

E a "*história*" continuava, mas agora consubstanciada pelo CCFE.

Assim, a segunda e terceira dimensões foram construídas no alcance do segundo objectivo do estudo.

A segunda Dimensão – Complemento de Formação : Esquemas de interesses e expectativas – pretendia identificar interesses e expectativas dos actores no âmbito dos saberes/competências a adquirir, estimular, desenvolver.

A primeira questão principal procurava identificar interesses e expectativas e a segunda pretendia captar as necessidades formativas dos enfermeiros.

Foram também construídas 2 questões secundárias para cada uma das questões principais, as quais só eram colocadas se os enfermeiros deixassem uma malha mais larga, nas temáticas propostas nas questões principais.



A terceira Dimensão – Complemento de Formação : (re) apropriação de saberes e competências - orientava-se para a continuidade da história na lógica da (re) apropriação de saberes e competências subjacente ao Complemento de Formação.

Para o efeito, foram construídas duas questões principais e 5 questões secundárias.

Pela mão das questões principais, auscultámos a perspectiva dos entrevistados sobre a apreciação global do processo formativo, bem como as relações estabelecidas entre as disciplinas/conteúdos temáticos e os saberes/competências (re) construídos.

Nas questões secundárias sugerimos aos nossos actores que falassem do “*balanço*” de competências, (antes e depois do percurso formativo), e que identificassem os saberes/competências subjacentes a cada unidade temática. Sugerimos igualmente que nos descrevessem alguns exemplos ilustrativos nestes domínios.

A quarta Dimensão analítica – Impacto do CCFE no construto dos cuidados -, visava enunciar a influência do CCFE na prática profissional, orientada para o terceiro objectivo do estudo.

Construímos para o efeito três questões principais e 5 questões acessórias.

Através da primeira questão principal propúnhamos uma reflexão sobre as concepções da profissão e a sua alteração ou não no decorrer do curso, solicitando aos entrevistados justificação da sua opinião.

Com a segunda questão tencionávamos captar a consolidação e concretização dos saberes/competências reconstruídas na prática profissional.

A terceira questão convidava os enfermeiros a reflectir sobre o futuro da enfermagem como profissão, reflexão essa sustentada pelos contributos do CCFE.

As questões acessórias, explicitavam de uma forma mais directa as questões principais e desta forma só foram colocadas quando sentimos necessidade de esclarecer algumas “*nuances*” aos temas abordados.

A Quinta Dimensão analítica tinha como objectivo principal identificar o entrevistado procedendo á sua caracterização.

Tivemos em conta para a condução da entrevista a técnica proposta pelos autores já referidos para a sua preparação.

O local, data e hora da realização das entrevistas foi deixado ao critério dos entrevistados, de acordo com as suas preferências e disponibilidade. Assim, algumas decorreram nos gabinetes de enfermagem das unidades de observação e outras no

espaço físico da Escola de Enfermagem (no nosso gabinete). Em qualquer dos casos preocupámo-nos em minimizar as probabilidades de sermos interrompidos.

Iniciámos as entrevistas pela sua legitimação, procurando motivar os entrevistados para a conversa, numa atmosfera de cordialidade e simpatia, de forma a que os entrevistados se sentissem á vontade.

No decurso desta conversa informal, situámos os entrevistados em relação ao tema e objectivos, assegurámos o anonimato das informações; solicitámos autorização para a gravação da entrevista em áudio – cassete e combinámos a forma de validar a transcrição das entrevistas.

As entrevistas tiveram a duração aproximada entre 45 (quarenta e cinco) e 60 (sessenta) minutos cada, e decorreram nos meses de Novembro e Dezembro de 2002. Possibilitou-se a leitura das entrevistas aos entrevistados, após a transcrição das mesmas para eventuais correcções. Neste sentido, foram omitidos do texto informações sugestivas de identificação dos entrevistados e ou de outras pessoas e instituições.

Após as entrevistas possuímos um corpo grande de informações, carregadas de significados e riqueza.

OBSERVAÇÃO

Seleccionámos como técnica complementar de recolha de dados a observação directa.

No dizer de Lopes (2001), *"a vasta literatura sociológica, sobre esta técnica, é consensual em evidencia-la como a opção metodológica mais adequada para a análise dos processos informais, dado tornar acessíveis ao investigador as complexas mediações que se estabelecem entre os discursos e as práticas e entre as regras formais e as situações concretas"* (Lopes 2001: 82).

A observação permite *"o contacto directo, em primeira mão, com as pessoas, as situações e os acontecimentos"* (Costa 1999: 137); e o mesmo será dizer que *"é o único método de investigação social que capta os comportamentos no momento em que eles se produzem em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho"* (Quivy 1992: 197).

Em concordância com estas perspectivas, Polit, sustenta que o contacto com o grupo permite *"viver"*, os momentos, situações e acontecimentos significativos, de modo a identificar a forma como os actores percebem o mundo que os rodeia (Polit 1991).

Pretendíamos conhecer o *"mundo"* dos actores, a partir da visão de dentro.

O "palco" onde se desenrolava a acção (Serviços de Medicina de um Hospital Distrital do Norte Alentejano) era familiar; pois por um lado foi "nosso" durante 12 anos onde exercemos a actividade profissional como enfermeiros; por outro lado a actividade profissional actual, como docente proporcionou-nos um "estar" e um "olhar" na unidade social em estudo com "naturalidade", uma vez que existe um conhecimento prévio mutuo dos actores intervenientes e a nossa presença estava justificada, pela supervisão pedagógica dos alunos do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Seleccionámos como tempo de presença no terreno, o período correspondente às disciplinas que leccionámos nos Serviços de Medicina, respectivamente : Outubro/Novembro/Dezembro de 2002 – com uma permanência de 4 horas por semana; Janeiro/Fevereiro 2003 – com uma permanência de 8 horas diárias de segunda - feira a quinta – feira.

Nesta selecção tivemos em conta as recomendações de Poisson (1991), " *o investigador aproveitará as situações que se apresentam, para não se apresentar como um estranho*" (Palmeiro 1995: 59).

Salientamos que a presença mais prolongada recaiu sobre um dos serviços por ser aquele onde supervisionámos directamente as disciplinas de Técnicas de Fundamentos de Enfermagem e o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem. No entanto, "visitávamos" diariamente os outros dois serviços, nos quais decorriam as mesmas "experiências" pedagógicas, levadas a cabo por dois colegas nossos.

Mais uma vez a nossa presença era entendida de uma forma "natural". Privilegiámos a conversa informal de forma a estabelecer interacções com os actores.

A "vida" foi correndo, as situações sucederam-se, as possibilidades de observação surgiram, de forma por vezes inesperada, e "singularmente significativas", porque estava "(...) *permanentemente à mão, e à vista, uma realidade social complexa, em toda a sua espessura e diversidade*" (Costa 1999: 133-134).

Incidimos o nosso olhar sobre as práticas, as linguagens, as interacções estabelecidas com os diferentes grupos profissionais, os diferentes confrontos ideológicos e identitários.

No terreno natural, no contexto social onde a profissão dos actores acontece, as interacções fluem, tivemos em conta que " *o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador*", pelo que tentámos também " *obter respostas sem fazer perguntas*" (Costa 1999: 137 e 138).

Porém, nalgumas situações fomos interpelando os nossos actores, para melhor compreendermos as situações vivenciadas e o significado que cada um lhe atribui.

Se bem que o problema da *"interferência"*, no nosso caso, pelas razões já explicitadas, tenha ficado minimizado, levámos em conta que ela não estava anulada; registámos ainda além da nossa *"interferência"*, a provocada pela inserção de um grupo de alunos no quotidiano dos serviços e das actividades dos enfermeiros, aspecto que sempre considerámos ao longo da observação e posteriormente ao longo da análise dos dados.

Condicionalismos que radicam no tempo disponível para realizar o estudo, não nos permitiram uma presença muito prolongada no terreno, imprescindível ao desenvolvimento desta técnica.

O motivo explicitado levou-nos a considerá-la como técnica complementar.

Tratando-se de um estudo qualitativo, utilizámos a *"triangulação de métodos ao nível da colheita de dados"*, usando *"duas técnicas diferentes da colheita de dados"*, combinando a *"entrevista e a observação"* (Streubert e Carpenter 1999: 388). Ao combinar as duas técnicas de colheita de dados pretendíamos *"ver o comportamento na acção e escutar os participantes a descrever as razões desse comportamento"* (Streubert e Carpenter 1999: 388).

Organizar, fornecer estrutura e sintetizar os dados da pesquisa foi o desafio seguinte, dito de outro modo, tratou-se de seleccionar os procedimentos de análise de dados, nos quais nos centramos no próximo sub-capítulo.

4.4 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Pretendendo a investigação explicitar a problemática enunciada, torna-se indispensável o acesso à informação e sua interpretação.

É este processo que iremos referir.

Consideramos, que a análise dos dados *"é o conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações realizadas a partir dos dados com o objectivo de extrair significado relevante em relação a um problema de investigação"* (Flores 1994: 33).

Na perspectiva de Vala, a análise do acontecido é *"a descrição objectiva, sistemática (...), do conteúdo manifesto da comunicação"* (Vala 1999: 103).

Iniciámos este processo pela audição das entrevistas realizadas. Seguiu-se a transcrição integral das mesmas, utilizando para o efeito o programa Microsoft Word 2000, do Microsoft office 2000, num sistema operativo Microsoft Windows XP.

Este procedimento representou para nós uma tarefa morosa e de certa forma acrescida, porém permitiu-nos recuperar parte do ambiente em que tinham decorrido

as entrevistas, as pausas, as hesitações, a veemência das palavras, o que se revelou de grande significado para o estudo.

De facto, não é em vão que Flores refere que *" a recolha e análise dos dados em investigação qualitativa, devem ser efectuados pela mesma pessoa. Os dados qualitativos são ricos em significado e a sua análise e interpretação necessita apoiar-se num conhecimento do contexto em que foram produzidas e das condições de produção"* (Flores 1994: 11).

A transcrição das entrevistas permitiu-nos *"destacar os aspectos mais evidentes(...)"* (Goetz e Lecompte 1988: 196), identificar *« ideias - chave »* (Huberman e Miles 1991), passíveis de codificação posterior.

Esta estratégia de recolha de dados confrontou-nos com cerca de uma centena de páginas, cheias de conteúdo e significado, o que tornava *"per si"* a análise dos dados uma tarefa *"apreensiva"* mas *"desafiadora"*.

Tornou-se então necessário organizar, sintetizar, bem como fornecer estrutura aos dados de pesquisa (Polit 1991), ou seja, impor alguma ordem sobre um grande corpo de informação, de forma a que pudessem emergir algumas conclusões.

Continuando a seguir o nosso caminho e apesar de Taylor e Bogdan (1986), nos dizerem que *"todos os investigadores desenvolvem os seus próprios modos de analisar dados qualitativos"* (Flores 1994: 30), concordamos com este último quanto à necessidade de encontrar uma *"linguagem comum"*, de explicitar o *"modo de fazer"*, incrementando *"rigor"*, *"exaustividade"* e permitindo que se tornem *"métodos explícitos e sistemáticos capazes de estabelecer conclusões e testá-los rigorosamente e que possam ser utilizados por outros pesquisadores"* (Huberman e Miles 1991: 24).

Nesta perspectiva, preocupados com o rigor e cientificidade do método, consultámos alguns autores cujas obras fazem emergir esta preocupação (Goetz e Lecompte 1988, Huberman e Miles 1991, Bardin 1979, Flores 1994, Bogddan e Biklen 1994, Vala 1999). Consultámos também alguns estudos que privilegiaram esta metodologia (Costa 1994, Correia 1993, Palmeiro 1995, Pinheiro 1999).

Conscientes da riqueza dos discursos, lemos e relemos as entrevistas, as quais foram numeradas linha a linha. Este procedimento teve por objectivo facilitar a identificação e a localização das diferentes partes que constituem a entrevista e que nos interessavam para o nosso estudo.

Em seguida, procedemos à identificação das *"unidades de registo"* (Flores 1994), ou *"unidades de análise"* (Vala 1999), às quais atribuímos um código, tendo sido este anotado no corpo das entrevistas.

Este processo de codificação possibilitou-nos a primeira transformação dos dados, agrupando os mesmos em "*sub - conjuntos manejáveis*" (Goetz e Lecompte 1988: 176), de acordo com as suas características comuns. Uma vez que "*a análise prossegue quando separamos unidades e as agrupamos em função de determinadas afinidades*" (Flores 1994: 44).

De acordo com a problemática, os objectivos e a natureza dos dados recolhidos, iniciámos a elaboração da Matriz de Codificação Global.

Procedemos, seguidamente, á aplicação do sistema de códigos às entrevistas. Obtivemos, desta forma textos que traduziam excertos das entrevistas, os quais reuniam as opiniões dos enfermeiros acerca de determinado tema.

Porém, a reanálise dos textos, permitiu-nos identificar novas unidades de análise, às quais atribuímos novos códigos, tentando não perder de vista a globalidade dos discursos dos actores . Este procedimento encontra-se justificado por Flores, quando o mesmo refere que "*à medida que o investigador possui um maior conhecimento do material que analisa, as regras de codificação podem alterar-se*" (Flores 1994: 50); o que pressupõe , no dizer de Tesch (1990) que "*as categorias desenvolvidas no princípio não são sempre adequadas*" (Flores 1994: 50).

Durante a aplicação dos sistemas de códigos, verificámos que os actores se referem a um mesmo tema em diferentes partes da entrevista, relacionado as temáticas. Neste âmbito decorreu a construção das primeiras matrizes de redução de dados, de forma a "*simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação*" (Vala 1999: 110).

Durante este "*caminho*", tivemos a necessidade de relançar o olhar sobre a construção teórica e até de aprofundar algumas temáticas, dada a emergência de conceitos, ideias e explicações novas. Tratou-se de um percurso interactivo entre os dados, a construção teórica, a problemática e os objectivos.

Voltámos a ler e a reler os textos, reflectimos, analisámos; criámos novas unidades de análise, recodificámos num "*vaivém*" entre o dedutivo e o indutivo, entre os dados e a problemática teórica e objectivos.

No final deste processo, emergiu então, a Matriz de Codificação Global definitiva (Anexo IV).

No processo de construção das categorias, preocupámo-nos em assegurar a sua exaustividade e exclusividade, de forma a que, no primeiro caso," (...) *todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias*" e , no segundo caso, "(...) *que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria*" (Vala 1999: 113). Tivemos em conta ainda, a homogeneidade das categorias, isto é que estivessem

elaboradas, segundo um critério único de ordenação e classificação (Ghiglione e Matalon 1993), ou dito de outro modo que obedecem a "*um único princípio de classificação*" (Bardin 1979: 128). Preocupámo-nos ainda que fossem objectivas e adequadas em relação á problemática e objectivos do estudo (Bardin 1979; Flores 1994).

O trabalho em torno dos dados empíricos caracterizou-se por "*avanços*" e "*recuos*"; "*fizemos*" e "*desfizemos*".

Sentimos necessidade de discutir com colegas, sobre a adequabilidade de procedimentos, a inclusão de certos excertos em certos códigos, bem como algumas decisões. Este processo, no entender de Huberman e Miles serve para "*verificar a confirmabilidade dos processos utilizados*" (Huberman e Miles 1991: 378).

Na procura da fidelidade da codificação, uma vez que "*qualquer conteúdo é susceptível de interpretações diversas*" (Vala 1999: 117); seguimos as sugestões do autor, concretamente a "*fidelidade inter – codificadora*" (Vala 1999: 117). Operacionalizámos este procedimento com colegas que realizaram investigações com metodologias idênticas.

Dando continuidade ao nosso percurso, estando os dados reunidos e de certa forma reduzidos e simplificados, a informação tornou-se "*manejável*".

Porém, torna-se imprescindível "*ordenar*", "*organizar*", "*dispor*" os dados de forma a possibilitar e potenciar a explicitação e emergência de conclusões.

Dito de outro modo, torna-se necessário "*uma transformação e ordenação dos dados que permite apresentá-los de forma abarcável e operativa face à resolução das questões de investigação*" (Flores 1994: 53).

Relativamente á apresentação dos dados, recomenda-se a sua disposição sob a forma de matrizes, podendo estas ser construídas através de tabelas de dupla entrada, "*alongando em cada quadro de intersecção de cada fila e cada coluna uma informação textual, correspondente aos aspectos especificados para as filas e colunas*" (Miles e Huberman 1984 in Flores 1994: 91).

Desta forma, os autores supracitados, sugerem o recurso a matrizes bidimensionais, adaptados á natureza dos dados e também aos critérios do próprio investigador.

Á luz desta recomendação, optámos por apresentar os dados em tabelas de dupla entrada, nas quais inserimos os excertos codificados numa mesma categoria, respeitando e por isso reproduzindo as palavras dos actores entrevistados (Anexo V).

Tendo em vista a interpretação dos dados, os procedimentos referidos viabilizaram o ordenar e agregar "*o que foi dito*" pelos enfermeiros, instituindo um processo comparativo entre os registos dos actores.

O "*que foi dito*" pelos enfermeiros e o "*que foi observado*" pelo investigador constitui-se na realidade dos dados, os quais procuraremos analisar e interpretar com vista á compreensão e explicitação da realidade enunciada na problemática da investigação.

Será esta a dinâmica dos próximos capítulos.

5 – A LÓGICA DAS REPRESENTAÇÕES, PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS DOS ACTORES NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Tentaremos realçar a prática profissional dos actores, bem como os saberes e competências que lhe subjazem, procurando constituir um alicerce de sustentação permissivo da inteligibilidade das matrizes identitárias dos enfermeiros.

É no contexto da prática, onde ocorre a produção de cuidados de saúde, que cada actor interage consigo, com os outros e com o ambiente.

A produção da vida de cada um, move-se na complementaridade dos processos biográficos e relacionais. A trajectória pessoal e profissional escreve-se aqui, na emergência recursiva entre os processos de “*identização*” e “*identificação*”.

A prática profissional e as formas como cada actor vivência as suas experiências “*é um processo que se cruza com o desenvolvimento de competência e com a produção da identidade profissional.*” (Abreu 2001: 236), pelo que, nos propomos explorar esta mesma prática na lógica discursiva dos actores, complementada com o nosso “*olhar*” sobre e na realidade.

Quanto á desocultação do desenvolvimento de competências, tomaremos por empréstimo os contributos de Kolb (1984); no âmbito da aprendizagem pela experiência, ou seja os seus instrumentos : ACP (Adaptive Competency Profile) e o EPQ (Environmental Press Questionnaire), referenciados por Abreu (1994; 2001), não no propósito da aplicação dos mesmos, mas num propósito mais limitado o qual se circunscreve á utilização da tipologia referenciada nesses instrumentos no âmbito do desenvolvimento de competências.

Assim, na tentativa de melhor objectivar a lógica discursiva dos actores, no domínio dos saberes e competências subjacentes e desenvolvidas na prática de cuidados, num determinado contexto (Serviços de Medicina), iremo-nos socorrer da tipologia de competências que corporiza os instrumentos desenvolvidos por Kolb (1984) e mencionadas por Abreu (1994; 2001), uma vez que a teoria de Kolb, “*possibilita o estudo, com algum rigor, da forma como o indivíduo se apropria do saber, a influência do meio sobre o desenvolvimento de competências e das identidades (...)*”(Abreu 2001: 165).

Mas, antes de mergulhar na prática dos actores, pretendemos compreender o início da sua história, as suas motivações para serem enfermeiros, bem como as representações da finalidade dos cuidados que prestam, procurando uma primeira aproximação ás orientações profissionais.

São estas as preocupações que orientarão a análise do sub – capítulo que se apresenta.

5.1 – NO ALCANCE DAS REPRESENTAÇÕES : MOTIVAÇÕES E ORIENTAÇÕES PROFissionais

Pretendemos ao longo deste sub - capítulo compreender algumas das razões e motivações que estiveram subjacentes á escolha da profissão, bem como ao local de prestação de cuidados. Posteriormente tentaremos desocultar a orientação e finalidade dos cuidados que prestam, na lógica discursiva dos enfermeiros.

Acreditamos que a explicitação destas “*escolhas*” e “*intenções*” nos ajudarão a capturar a orientação profissional dominante, a construir e reconstruir o puzzle da(s) identidade(s) destes profissionais.

A questão era colocada de forma directa, propondo um “*recuar no tempo*”, uma “*viagem*” ás motivações e razões da escolha profissional.

Procurou-se neste “*voltar para trás no tempo*”, que para alguns enfermeiros foi um recuar de 16 anos, quebrar o “*gelo*” iniciando uma conversa, um diálogo com um propósito, visando a compreensão das motivações “*sentidas*” pelos actores, os quais enunciaram o desenho do seu futuro profissional.

A história da enfermagem é feita de “*encontros*” e “*desencontros*” com a história da medicina. A história de duas das nossas entrevistadas começam exactamente com um “*desencontro*” com a profissão médica.

Enf. A – “(...) o que eu realmente gostava era de medicina(...)”.

Enf. G – “ (...) a minha ambição era ter ido pra medicina (...)”.

O desencontro com a medicina deve-se nas palavras desses enfermeiros a razões que se prenderam com as “*médias*” para o curso de medicina, bem como razões económicas :

Enf. A – “ (...) entretanto não tinha média para entrar para medicina, outras razões, principalmente razões económicas(...)”.

Enf. G – “ (...) a gente quando é nova não pensa (...) pensa que as notas aaaa (...) vêm assim do céu, a gente não estava pra isso (...)”.

O “*encontro*” com a enfermagem, traduz-se numa ligação forte estabelecida, na altura, com a medicina.

Enf. A – “ (...) e o curso que mais me entusiasmava, talvez por estar ligado hipoteticamente á área da medicina seria a enfermagem, e então inscrevi-me no curso de enfermagem (...)”.

Enf. G – “(...) olha só me deu prá enfermagem, foi o que eu achei que fosse mais relacionado com a parte médica (...)”.

Para uma enfermeira, (muito embora no seu dizer, o “*encontro*” com a enfermagem não se justifique a montante pelo “*desencontro*” com a medicina); a enfermagem e a medicina confundem-se e a primeira parece ser uma extensão da segunda; sendo a última uma motivação de tenra idade, embora sem identificar razões para tal :

Enf. B – “ (...) desde pequena que dizia que queria ser enfermeira, não sei porquê, não tenho ninguém na família enfermeiro nem que tivesse contacto com essa área da medicina (...)”.

Para outros, a decisão de ser enfermeiro, parece ser sustentada numa “*vocação*” ou uma “*tendência*” natural :

Enf. B – “Desde pequena, mas muito pequena que ando a dizer que queria ser enfermeira (...)”.

Enf. C – “Gostava e achava que era uma coisa com a qual eu me identificava, e desde pequena que meti isso na ideia que havia de ser enfermeira (...) e pronto, e que foi uma ideia fixa mesmo, nunca me virei assim para outro lado (...)”.

Porém, como refere Silva(2001) “(...)hoje não se pode delimitar o ingresso na enfermagem pela mera vocação, mas sim relacionado com motivação, ou melhor, a motivação particular de cada indivíduo para escolher determinada profissão” (Silva 2001: 115).

A decisão de ser enfermeira parece ainda, nalguns discursos encetada na percepção de uma imagem da profissão construída com o tempo, sustentada pela “*aliciente*” dimensão técnica e curativa :

Enf. B – “ (...) acho que me despertava uma certa curiosidade estas coisas, o tratar de doentes”.

Enf. G – “ (...) sempre gostei de tratar, de cuidar (...) daqueles que sofrem, foi principalmente isso”.

Enf. H – “ (...) eu gostava de ouvir falar das doenças, saber o porquê das doenças, porque é que aparecem (...) eu gostava disso!”.

Bem como pela “*imagem*” “*atarefada*” no trabalho das enfermeiras:

Enf. C – “ (...) eu vinha ter com a minha mãe ao hospital, e ia observando, gostava de ver as enfermeiras de um lado para o outro (...)”.

As razões da motivação desta enfermeira para ingressar no mundo da enfermagem parecem radicar nas razões apontadas por Reverby (1989) e Dominguez - Alcón (1979), conforme explicita Silva (2001): tratam-se das influências familiares, do contacto prévio com o meio hospitalar, os contactos com a enfermagem, entre outras (Silva 2001).

Para um dos entrevistados a doença que acabou por vitimar o pai, foi a “*responsável*” pela decisão e assim, a escolha radica em motivos que se inscrevem na história familiar:

Enf. D – “ (...) uma doença vitimou o meu pai (...), acabou por falecer (...) foi um motivo muito importante que me levou a enveredar pela área da saúde(...)”.

Dois enfermeiros começam por explicitar a sua história ligando á formação que tiveram na “*área da saúde*” :

Enf. F – “ (...) vinha de uma formação vocacional (...) relacionada com a saúde (...) sempre gostei dos temas, quando me inscrevi na escola de enfermagem, inscrevi-me a pensar que gostaria (...)”.

Enf. H – “ (...) a área científico – natural (...) sempre me despertou a atenção (...) no liceu lembro-me de ter a disciplina de Saúde e Socorrismo, eu gostava disso!”.

Para o outro, para além da formação na área da saúde, a proximidade geográfica da área de residência, e a vertente relacional da profissão, foram os motores da decisão :

Enf. E – “ (...) a enfermagem por uma questão de proximidade (...) veio de um sentido que tive em termos de formação, que teria uma profissão em que pudesse de alguma forma ajudar as pessoas, estar junto das pessoas e depois pegando nisso, acabei por construir o meu

percurso com aquelas coisas que eu gostava mais de estudar e tudo isso, e acabei por vir parar á enfermagem de uma forma muito natural”.

Apesar das diferentes motivações e razões que colocaram os nossos actores no palco da enfermagem; depois de o “*pisarenn*”, a decisão parece ser “*aplaudida*” pelos próprios actores:

Enf. A – “ (...) hoje, acho que (...) tenho mais carácter para enfermeira do que propriamente para médica, eu gosto muito da relação humana (...) se calhar houve uma razão para eu não entrar para medicina é que eu se calhar sou, faço mais falta como enfermeira na profissão de enfermagem”.

Enf. F – “ (...) depois de estarmos inseridos naquele meio, estamos a estudar os conteúdos, estamos em contacto com os doentes e aí, aí apercebi-me de facto que era aquilo que eu queria (...)”.

Enf. G – “ (...) hoje não estou nada arrependida (...) se voltasse atrás, eu concorria novamente pra enfermagem, (...)”.

Enf. H – “ (...) gosto da enfermagem, do trabalho, daquilo que faço!”.

Todos os enfermeiros do estudo desempenham a sua actividade profissional no hospital, nos serviços de Medicina. Quais as razões que subjazem a estas escolhas é o que procuraremos compreender na análise que se segue.

Que razões presidiram á escolha da Instituição e da Unidade onde os enfermeiros prestam cuidados? Decorreu de motivações próprias, de uma decisão pessoal ou foi determinada pela organização? Tentaremos clarificar estas questões.

Mas em primeiro lugar, centremo-nos numa caracterização sumária dos serviços de medicina, palco da actuação dos nossos testemunhos, actores desta pesquisa.

Os três serviços de medicina, onde se desenrola a acção, são destinados respectivamente a internamentos para utentes do sexo feminino e masculino, tendo dois deles lotação para 24 utentes, e outro serviço lotação para 18 utentes.

Quanto ás equipas de enfermagem, estas variam entre os 15/16 elementos para os serviços com 24 camas e 11/12 elementos para o serviço com 18 camas. O número dos elementos das equipas, inclui os enfermeiros chefes.

Cada enfermeiro cuida diariamente, em média, de 6/8 doentes no turno da manhã, 9/12 doentes no turno da tarde e noite; pelo que a distribuição dos

enfermeiros se situa, em termos médios, entre 3/4 enfermeiros no turno da manhã, 2 enfermeiros nos turnos da tarde e noite.

Esta repartição de enfermeiros pelos diferentes turnos, havendo um maior número durante a manhã e menor durante a tarde e noite é reveladora da variação temporal dos ritmos de trabalho, nestas unidades de trabalho.

Quanto á natureza do trabalho, destacamos por um lado, a elevada média de doentes idosos, portadores de patologias crónicas, os doentes jovens portadores de patologias infecto-contagiosas, alcoolismo e toxicodependência. Por outro lado, estes doentes apresentam com alguma frequência problemas sociais radicados nas carências de recursos de diversa natureza, que se traduzem nas dificuldades para se cuidarem no seio da família, pelo que os internamentos são também com alguma frequência prolongados.

No dizer de Lopes (2001), *“a predominância de situações de relativa estabilidade clínica, ao tornarem-se passíveis de procedimentos relativamente padronizados, propiciam uma elevada rotinização das actividades quotidianas”* (Lopes 2001: 109).

Quanto á organização do trabalho, esta passa pela metodologia de trabalho assente no processo de enfermagem⁴, cujo guia orientador da prática institucionalizada é corporizado pelo modelo teórico de Nancy Roper⁵. O método de trabalho designa-se por método por enfermeiro responsável, o qual consiste na atribuição de um determinado número de doentes por enfermeiro, sendo este responsável por toda a assistência prestada durante todo o internamento, concorrendo para a individualidade dos cuidados prestados.

Decorrente desta metodologia, com frequência, observámos médicos, auxiliares, enfermeiros, familiares, administrativos preocupados em identificar o enfermeiro responsável, por determinado doente com o propósito de resolver questões de cada doente, com cada enfermeiro responsável.

⁴ Processo de Enfermagem é um dos conceitos centrais do domínio de conhecimentos da enfermagem. Designa-se pela “forma como o enfermeiro deve organizar o conhecimento e a informação, que se traduz numa fórmula lógica, humanamente e cientificamente aceitável de colher informação, identificar problemas, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem.” (Abreu 1994 : 76).

⁵ Modelo teórico de Nancy Roper - Modelo de enfermagem inspirado no modelo de vida, ligado aos estilos e ás actividades de vida. Apresentando características antropológicas, abrange toda uma série de acções que derivam da prescrição de enfermagem e outras emergentes das prescrições médicas, no sentido de que os dois tipos de cuidados são fundamentais para a assistência ao doente. A finalidade deste modelo é proporcionar uma referência para a assistência de enfermagem baseada no diagnóstico dirigido ás actividades de vida do utente.

Os enfermeiros da prestação de cuidados, operacionalizam ainda, diariamente, um instrumento de gestão em vigor nestas unidades de cuidados – Sistema de Classificação de Doentes⁶.

É neste cenário, que sucintamente caracterizámos, que se desenrola a acção numa organização hospitalar. Passemos então, a explicitar na lógica discursiva dos actores os motivos e razões que modelaram as escolhas desta organização e desta unidade de cuidados para o desempenho da sua actividade profissional.

Quanto ás razões para a escolha da Instituição, estas inscrevem-se no dizer dos entrevistados, na proximidade geográfica da instituição com o local da sua residência; pesando nesta decisão motivos familiares; como se pode intuir pelos excertos das entrevistas que transcrevemos como exemplos :

Enf. D – “ (...) os motivos que me levaram a vir para aqui (...) foram motivos familiares”.

Enf. E – “ (...) foi uma opção na altura que teve a ver com o facto de não me querer afastar da família (...)”.

Enf. G – “ A escolha foi (...) tipo tár na terra (...)”.

Relativamente ás razões que consubstanciaram a ida para o serviço de medicina parece ter sido em todos os enfermeiros, uma “*decisão*” da Direcção de Enfermagem, acatada pelos próprios, conforme ilustram as seguintes asserções :

Enf. C – “Eu vim para cá, foi onde me colocaram na altura (...)”.

Enf. D – “ A medicina (...) foi uma escolha da Direcção de Enfermagem, foi uma escolha imposta, não foi pedida por mim”.

Enf. F – “ Não fui eu que pedi para vir, fui transferido”.

Enf. G – “Inicialmente vim prá qui contrariada (...)”.

Enf. H – “ (...) o Serviço de Medicina (...) não foi uma escolha minha, não foi uma escolha pessoal, não escolhi (...)”.

⁶ Sistema de Classificação de Doentes - Técnica de gestão dos cuidados de enfermagem, baseada em graus de dependência e que consiste numa distribuição de doentes por categorias de acordo com a definição das suas necessidades em cuidados de enfermagem. Permite determinar o n.º de horas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem a cada doente e, conseqüentemente calcular o n.º total de horas de cuidados necessários para cada unidade de internamento.

Para um dos enfermeiros, apesar da transferência para a medicina ter sido promovida pela Direcção de Enfermagem : “ o Enfermeiro Director na altura e o seu adjunto, (...) acharam que eu devia ser uma das pessoas que deveria ser mobilizada” (Enf. E), perante esta decisão o enfermeiro no âmbito das “*propostas*”, optou pelo serviço de medicina :

Enf. E - “ Deram-me vários serviços a escolher e entre os quais a Medicina (...) e eu preferi ir para esse serviço e solicitei que a ser transferido fosse para ali e não fosse para outros lados (...)”.

Parece-nos também interessante salientar, que no caso deste enfermeiro, a eleição do serviço de medicina remonta a alguns anos atrás, quando era aluno, em que do mesmo retêm uma “imagem muito positiva do Serviço de Medicina” (Enf. E).

Parece ter sido esta “*imagem positiva*” do serviço que (perante a decisão institucional de transferência), impulsionou a decisão própria da escolha do Serviço de Medicina.

Os dados sugerem que sete dos oito enfermeiros, trabalham no serviço de medicina não por decisão própria, mas por decisão Institucional. Assim sendo, como “*sentiram*” esta decisão e como “*vivem*” e “*sentem*” a prestação de cuidados?

A decisão da Instituição, no âmbito da transferência para a medicina, ganha contornos de uma decisão esperada pelos enfermeiros, não contestando o poder da Direcção de Enfermagem e aceitando as suas decisões naturalmente, como se pode inferir em alguns discursos :

Enf. D – “A medicina (...) foi uma escolha da Direcção de Enfermagem, foi uma escolha imposta, (...) eu aceitei, (...) sou funcionária do hospital, mas colocaram-me sem me perguntar nada!”.

Enf. F – “ (...) fui transferido pelo Enfermeiro Director, não estou contrariado, mas não fui eu que pedi para vir (...) quando estou num serviço, estou preocupado (...) em fazer o melhor que sei nesse serviço (...)”.

Enf. H – “ E o Serviço de Medicina digamos que, a seguir aos nove anos, sabia pronto, aliás até pensávamos que mais cedo, que (...) temos que passar por vários serviços (...) sabia que haveria de haver mudanças e qualquer dia, mais dia menos dia tinha que vir prá medicina, (...) e pronto não foi um choque (...) aceitei (...)!”.

Não sendo uma opção própria a permanência no serviço, parece enquadrar-se em razões que passam pela riqueza de experiências profissionais :

Enf. C – “ (...) tenho-me mantido por cá, porque tenho gostado de trabalhar com pessoas idosas (...), eles têm sempre muito para me dar, para nos ensinar (...). Há uma empatia diferente (...) há uma proximidade maior (...) o idoso é uma pessoa diferente e é um todo com muitas limitações, com muitas necessidades e penso que (...) será uma das nossas funções fazer face a essas necessidades (...)”.

Enf. E – “ (...) a medicina tem (...) doentes sempre com muitas necessidades (...) onde um enfermeiro quando queira estar próximo das pessoas (...) consegue fazer muita coisa que o faz sentir-se útil e próximo dos utentes (...)”.

Enf. G – “ (...) devido às patologias, às idades dos doentes, ao tipo de doentes (...)”.

O grupo de enfermeiros que trabalha no serviço, referenciado como equipa, é também um dos factores estruturantes de permanência nessa unidade :

Enf. H – “ (...) devido á equipa, dou muito valor á equipa (...), foi uma integração fácil (...) não custou, e pronto, dei-me bem!”.

A enfermeira que referiu “inicialmente não vim prá qui contente” (Enf. G), acaba por explicitar : “Neste momento só saio daqui, mesmo, mesmo quando for obrigado ou se eu quiser que não quero, neste momento sinto-me realizado como enfermeiro neste serviço” (Enf. G).

A pretensão de continuar a trabalhar no Serviço de Medicina é também avançado por outro enfermeiro : “ (...) a Medicina (...) acabou nesta segunda parte por ser uma opção e que provavelmente será uma opção por mais meia dúzia de anos” (Enf. E).

Poderemos então concluir que independentemente das razões que levaram os enfermeiros a iniciar funções no Serviço de Medicina; pareceu não condicionar totalmente posturas que os mesmos desenvolvem nas unidades, o que parece convergir para as posições referenciadas por Friedberg (1993) : “*qualquer que seja o grau de constrangimento que um sistema faça passar sobre os seus membros, estes, transformam-nos constantemente pelas suas condutas (...)*” (Costa 1994: 142).

Neste enquadramento, para 5 dos entrevistados as razões da escolha da profissão radicam nas representações que cada um detinha da profissão e concomitantemente para dois deles associou-se a motivação para ser enfermeiro; enquanto para outro, para além da “*imagem*” da profissão, tratou-se da influência do percurso formativo.

Dois dos enfermeiros referem como principais motivos da escolha da profissão, exactamente a influência do percurso formativo.

Finalmente, um enfermeiro enuncia os motivos da escolha profissional numa história que se confunde com a história familiar.

Todos os entrevistados, escolheram a instituição em causa para desempenharem as suas funções, numa lógica de proximidade geográfica com a sua família.

A totalidade dos enfermeiros, trabalham no serviço de medicina por decisão da Direcção de Enfermagem.

O conjunto de questões que se prendem com motivações e escolhas de cada um dos testemunhos, encontra-se sintetizado nos quadros de nas matrizes síntese que a seguir se apresentam :

Quadro n.º3 - Matriz / Síntese – Razões para Ser Enfermeiro (RSE).

Entrevistados	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Dimensões								
"Imagem" da Profissão	X	X	X				X	X
"Vocação"/ Motivação		X	X					
Influência da Formação					X	X		X
Outros (Familiares)				X				

Quadro n.º4 - Matriz / Síntese – Razões para trabalhar na Instituição/Serviço (RIS).

Entrevistados	Enf.A	Enf.B	Enf.C	Enf. D	Enf.E	Enf.F	Enf.G	Enf.H
Dimensões								
Instituição								
Proximidade Geográfica da Família	X	X	X	X	X	X	X	X
Serviço								
Decisão da Direcção de Enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X

Assim sendo, como entendem então a finalidade dos cuidados que prestam?

É o que nos propomos compreender nas páginas que se seguem.

No processo de produção de cuidados de saúde, a lógica da orientação profissional materializa-se também nas palavras dos actores quando convidados a explicitar a finalidade dos cuidados que prestam.

Para os nossos entrevistados, a finalidade dos cuidados que prestam, parece subjacente a uma orientação profissional estruturada numa filosofia cuidativa, ou dito de outro modo, "*orientação para o cuidar*", enfatizando a valorização do lado humano e relacional conforme revelam os excertos dos discursos que a seguir se transcrevem :

Enf. A – " (...) nós estamos ali para cuidar das pessoas, acho que isto é fundamental (...) a enfermagem passa, muito por aí, e as palavras, as conversas, (...) por vezes são até o medicamento que as pessoas estão a precisar para se cuidarem (...) a parte relacional para mim é o fundamental (...)".

Enf. F – " A minha prestação de cuidados é o cuidar do doente, em relação aos cuidados que eu presto (...) o aspecto mais importante é o aspecto relacional (...)".

Na mesma linha, mas entendendo o "*cuidar*" como "*uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios*" (Colliére 1989: 287); e denotando uma interiorização do modelo teórico que orienta as práticas (Modelo Teórico de Nancy Roper), segundo o qual a finalidade última dos cuidados é promover a independência do doente num continuum Dependência / Independência; Doença / Saúde, promovendo a satisfação das Necessidades Humanas Básicas); são elucidativos os seguintes discursos :

Enf. B – " (...) ajudar as pessoas e talvez substituí-las naquela fase em que elas não podem satisfazer as necessidades".

Enf. C – " A finalidade dos cuidados (...) é satisfazer as necessidades que elas sentem, ou pelo menos que eu me apercebo que elas precisem".

Enf. G – " A independência do doente, promover a independência do doente".

Cuidar é então um reflexo de dimensão social dos cuidados de enfermagem (Abreu 2001), ou ainda, e como refere Colliére (1989), trata-se de "*tomar conta*", sendo fundamentalmente um acto de vida, uma vez que encerra uma variedade infinita de actividades dirigidas á manutenção da vida: "*Cuidar é um acto individual, que prestamos a nós próprios, desde que adquiramos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que,*

temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais" (Collière 1989: 235).

Ao longo das sucessivas fases históricas da enfermagem a dimensão cuidativa, o "cuidar" tem corporizado o operador central na estruturação na matriz ideológica destes profissionais, em torno do qual se tem sustentado a especificidade do seu campo de intervenção na produção de cuidados de saúde (Lopes 2001).

Ainda no discurso de dois enfermeiros vislumbra-se uma orientação intensa para o cuidar, assumindo a finalidade dos cuidados uma ligação estreita com a "saúde", e por isso tributária dos seus modelos de actuação :

Enf. D – " Restabelecer a saúde, (...) do utente na sua globalidade, é a grande finalidade (...)".

Enf. E – " (...) promover a saúde daquelas pessoas (...), é criar nos doentes (...) nas famílias, a capacidade de elas próprias resolverem alguns problemas (...)".

Tendo em conta o modelo de saúde, pelo qual estes discursos se pautam, "A ênfase é colocada na saúde, na sua promoção, e na prevenção da doença, tornando-se nas referências nucleares da reelaboração simbólica do cuidar"(Lopes 2001: 59).

No entanto, nas palavras de Enf. D, a finalidade dos cuidados centra-se nos utentes; enquanto para Enf. E, a finalidade dos cuidados ganha um alcance que envolve os utentes e as famílias como actores estratégicos numa relação de parceria.

Esta postura reforça e sustenta a perspectiva de Silva (2001), quando o mesmo refere que : "Um dos (...) aspectos a salientar dessa 'nova' enfermagem, e que marca a sua luta, é a introdução da noção de parceria entre enfermeiros e utentes (...) "(Silva 2001: 158).

Finalmente, para um dos enfermeiros, a finalidade dos seus cuidados, parece incrementada pela orientação subjacente ao modelo biomédico; ou seja o "curar" , o "tratar"; a "doença", o "doente". É a patologia que determina a especificidade dos cuidados, ao invés da pessoa.

Enf. H – " (...) uma pessoa, às vezes vê (...) alguma doença mais leve (...) a gente administra a terapêutica (...) e a senhora saí daqui melhor ou restabelecida (...) agora os outros tipos de doenças, a gente tá aqui a atenuar a dor, o sofrimento (...) porque (...) curar aqui, portanto é muito difícil !".

Às vezes, como refere Collière " *As forças vivas da pessoa permanecem inactivas e não são estimuladas (...) e os que cuidam dão uma importância predominantemente á doença (...)*"(Collière 1989: 289, 290).

Ainda para este entrevistado, a finalidade dos cuidados parece depender do contexto da sua prestação; fazendo uma clara distinção entre o contexto da medicina e o contexto da obstetrícia. Abreu (2001), ao referir-se ao estudo desenvolvido por Rebelo (1996), sobre a análise das representações sociais dos enfermeiros, assinala que a autora conclui, que o modo como os enfermeiros concebem a enfermagem parece ser influenciado pelos contextos onde trabalham, (Abreu 2001: 35) o que parece, poder intuir-se nas palavras de um testemunho :

Enf. H – “ A finalidade dos cuidados aqui na medicina chegam a ser paliativos! Porque curar e isso, desgostou-me um bocado cá, não é, porque eu na obstetrícia era o nascer de uma vida, aqui é o definhar (...)”.

Para este enfermeiro, no serviço de medicina a sua acção parece ser conduzida e permeada pela doença e pelo modelo biomédico.

Porém, um dos constrangimentos deste modelo radica na “*desvalorização do lado humano*” (Silva 2001: 158); no entanto, a perspectiva da enfermeira que temos vindo a seguir, parece não confirmar este constrangimento; e até mesmo rejeitá-lo :

Enf. H – “ (...) a gente tá aqui a (...) prestar cuidados gerais para o bem estar (...) do doente (...)”.

Sobressaindo o “*lado humano*” a visão do indivíduo como um todo, viabilizando a perspectiva de Abreu (1994), a qual nos dá conta da “*existência de uma outra tendência : a orientação antropobiológica, materializada no modelo biomédico de orientação humanista*” (Abreu 2001: 45).

De facto, a orientação para o cuidar não detêm a exclusividade da abordagem biopsicossocial nem da profissão de enfermagem, uma vez que, e como sustenta Carapinheiro; os médicos admitem o seu modelo de assistência através de uma via humanista e ou por uma via tecnicista (Carapinheiro 1993).

Numa primeira aproximação, ao tentarmos sintetizar a finalidade dos cuidados/orientação profissional dominante, damo-nos conta da sua inclusão em diferentes paradigmas : orientação para o cuidar / orientação para o tratar.

No entanto, consideramos tal como refere Abreu (2001), citando MacFarlene (1988) que circunscrever a orientação da enfermagem nestes 2 vectores : cuidar e tratar é claramente uma abordagem empobrecedora da busca de uma identidade para a profissão, fomentando uma postura dicotómica entre tratar/cuidar; concepção/execução; teoria/prática; pensar/fazer; que como mostram os contributos dos diversos autores (Abreu 1994, 2001 ;Bento 1997; Longarito 2002; Amendoeira 2000 e Lopes 2001), referenciados no enquadramento teórico.

Porém, como já referimos, numa primeira aproximação á análise e interpretação dos dados do nosso estudo, a realidade que se (re)constrói nas palavras dos actores, tendo em conta a finalidade dos cuidados, permitem ainda tão somente vislumbrar formas de orientação polarizadas na orientação para o cuidar e orientação mista ,entendendo que esta última inscreve o modelo médico de orientação humanista, referenciado por Abreu (1994; 2001) e Graça Carapineiro (1993).

Estas orientações, expressam representações sobre a sua profissão : 7 enfermeiros, defendendo uma orientação cuidativa, caracterizando-se por uma valorização da dimensão humano/relacional dos cuidados e pelo afastamento da classe médica; e um enfermeiro embora valorando a vertente humanista; verbaliza uma preocupação com a doença e o tratar; palavras que assumem alguma centralidade no seu discurso.

É o que se apresenta na matriz /síntese que se segue:

Quadro n.º 5 - Matriz / Síntese – Finalidade e Orientação dos Cuidados (FOC).

Entrevistados Dimensões	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Orientação para o cuidar (Modelo Cuidativo)	X	X	X	X	X	X	X	
Orientação mista (modelo médico de orientação humanista)								X

Salientamos novamente que estas "*orientações*" e "*modelos*", emergem apenas da "*finalidade dos cuidados*".

Ao longo do percurso analítico, é nossa intenção, incrementar e consubstanciar estas "*orientações*". Considerámo-las, neste ponto da pesquisa, como um patamar, um guia permissivo de olhar a prática destes enfermeiros. É sobre esta realidade que se centrará a próxima análise.

5.2 - UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS, OS SABERES E COMPETÊNCIAS DOS ACTORES

Convidámos os enfermeiros a caracterizar a sua prática. Falaram-nos das suas actividades, com especial incidência para aquelas que mais valorizam, explicitando as suas razões; mas também nos "*confessaram*" os motivos dos constrangimentos do seu dia a dia, e dos saberes e competências que subjazem e emergem na e da sua prática.

As actividades dos enfermeiros e os saberes e competências que as animam e lhe dão "*vida*" escrevem também a história da sua trajectória profissional, direccionando e revestindo o seu perfil identitário.

É sobre esta "*história*", que se centrará a análise deste sub – capítulo.

Conforme ficou expresso na análise anterior, os nossos actores expressam maioritariamente representações da profissão situados nas orientações para o cuidar. Apenas um enfermeiro apresenta um discurso sugestivo de uma representação da profissão orientada para o modelo médico de orientação humanista.

Decorre desta valoração, no dizer dos enfermeiros, as actividades que sejam apelativas das dimensões humano – relacionais dos cuidados.

Assim, os cuidados de higiene aos utentes são entendidos como um "*momento*" privilegiado de interacção dos seus actores, fazendo apelo às específicas competências relacionais dos enfermeiros, conforme deixam transparecer as asserções que a seguir se transcrevem :

Enf. A – " Até gosto muito de higiene (...) e as pessoas começam a abrir-se connosco, e nós às vezes, até conseguimos ajudar (...)".

Enf. D – " As higiene (...) porque é assim (...) é importante a parte relacional, o contacto com o doente, não é?".

Enf. G – " A higiene (...) é o único contacto que nós temos com os doentes (...) é o único contacto directo (...)".

No estudo desenvolvido por Noémia Lopes (2001) a autora designa os cuidados de higiene como o "*acto de trabalho, de fazer higiene*", incluindo o mesmo na categoria Actividades Básicas, sendo estas caracterizadas pela ambiguidade comportada enquanto actos profissionais, dada a reduzida especialização de competências que é necessário apelar para a sua execução, porém inscrita no campo de autonomia de enfermagem. Acrescenta ainda a autora que estes domínios têm sido

objecto de progressiva desqualificação, pelo que a enfermagem tem sucessivamente engendrado estratégias para a sua delegação em categorias profissionais menos qualificadas (Lopes 2001: 179).

Na categoria actividades básicas, para além de fazer higiene, a autora inclui ainda os actos de trabalho alimentar, assistir o médico, repor material. Esta categoria, na sua investigação é representativa de nítida insatisfação por parte dos enfermeiros em estudo.

Pelo contrário, para os enfermeiros deste estudo, a actividade higiene enquanto mediadora e co-responsável das interacções estabelecidas entre enfermeiro e doente é muito valorizada.

Trata-se de um momento privilegiado, de forte interacção entre enfermeiro/doente; durante a qual são accionadas específicas competências relacionais, bem como específicas competências estruturadas em saberes analíticos e interpretativos, que engendram a sua metodologia de trabalho (Processo de Enfermagem); deixando os discursos dos enfermeiros transparecer algumas das suas fases; nomeadamente a identificação de problemas durante a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes:

Enf. C – “ (...) eu gosto muito durante a higiene, nós conseguimos, às vezes, saber muita coisa sobre o doente (...)”.

Enf. G – “ (...) é o momento que estou ali a tocar-lhe e aproveito na altura (...) para fazer a colheita de dados (...) e vou colhendo aquilo que quero, porque acho que é muito mais saudável e a gente acaba por obter outras coisas, do que não obtém se sentar ali (...) a fazer isso.”.

Enf. H – “ (...) temos que aproveitar aquele tempo em que a gente tá a fazer (...) a higiene ao doente, temos que aproveitar esse tempo para conversar com ele, para estimular (...) o toque (...)”.

Para um enfermeiro, o acto de fazer a higiene, afasta a sua aproximação a actos de rotinizados, conotando-o até, com consideráveis margens de imprevisibilidade associados ao facto do objecto de trabalho ser um Ser Humano, conforme defende Strauss (1985), pelo que se torna “*inviável a total formalização e planeamento prévio dos procedimentos necessários para a gestão de cada situação, ficando estes sujeitos a contínuos reajustamentos, o que imprime relativas margens de flexibilidade dos contextos de acção*” (Lopes 2001: 42).

Nesta perspectiva, este acto requer o accionamento da saberes analíticos e interpretativos, e do saber "*fazer social*", o qual encerra as competências de 3ª dimensão (Boterf 1994; Pires 1994); num compromisso com uma visão holística do doente:

Enf. F – " (...) cada doente é um doente, embora todas as manhãs nós vamos lhe fazer uma higiene, as higiene não são todas iguais, os doentes são todos diferentes (...) são os pormenores, são as coisas mais pequeninas (...) são na relação com o doente, o saber ouvir, o saber escutar, o saber estar onde ele precisa, o saber afastar-se quando ele precisa que nos afastemos (...)".

Nas palavras de alguns enfermeiros o momento da higiene traduz-se mesmo numa unicidade e cumplicidade enfermeiro/doente não replicável:

Enf. C – " (...) o momento da higiene, é um momento muito importante, é quando nós estamos mais disponíveis (...) nós estamos ali, aquele bocadinho dedicado àquele doente, nós estamos só com ele (...)".

Enf. G – " As que mais valorizo é no contacto com o doente, o contacto directo, no momento em que lhe tou a fazer a higiene (...)".

De facto, aquando do nosso estar nas unidades, demos conta da importância atribuída a estes momentos.

O dia de trabalho inicia-se no turno da manhã pelas 8 horas; e após a passagem de turno, onde são partilhadas informações de cada um dos utentes internados, os enfermeiros ficam a saber quais os utentes a quem irão prestar cuidados mediante distribuição efectuada pela enfermeira chefe ou responsável de turno.

Os enfermeiros dirigem-se então para junto dos "*seus*" doentes, e iniciam os cuidados de higiene e conforto.

Mesmo quando a acção se desenrola num espaço físico partilhado por diversos actores (enfermeiros, doentes, médicos, auxiliares, fisioterapeutas, entre outros), ou seja, as enfermarias, a interacção de cada doente com cada enfermeiro é circunscrita a um espaço físico mais restrito e por isso isolado com cortinas, ficando por vezes quase "*impenetrável*".

Por vezes, o enfermeiro solicita a colaboração do auxiliar, no domínio da gestualidade operativa, mas as personagens principais são, de facto o enfermeiro e o doente.

Tendo como pano de fundo a prestação de cuidados de higiene, esta em muitas situações, assemelha-se a um dialogo com um propósito, procurando os enfermeiros

conduzir a conversa e o olhar no sentido da identificação das necessidades dos doentes, do planeamento, da execução e avaliação dessas mesmas necessidades.

Em suma : Subjacente á acção é visível a metodologia de trabalho (Processo de Enfermagem), accionando saberes analíticos e interpretativos.

Trata-se de uma interacção fortemente “privatizada” entre utente/enfermeiro, e a sua interrupção ou invasão é contestada pelos últimos. Efectivamente, não raras foram as vezes, em que captámos expressões de desagrado, por parte dos enfermeiros, quando eram solicitados para atender o telefone, ou para qualquer outra actividade ou função, no decurso da prestação de cuidados de higiene.

Após percepcionarem o motivo da solicitação, e não se tratando de situações urgentes/emergentes, as mesmas eram encaminhadas para posterior atendimento e resolução, não interrompendo o acto da higiene em si.

Esta lógica parece também ser entendida e respeitada pela equipa médica, pelo que, raramente procedem á observação dos doentes durante a prestação de cuidados de higiene.

Efectivamente, o tempo em que decorre a prestação de cuidados de higiene é caracterizado pela presença do enfermeiro junto dos doentes. É um tempo e um espaço privilegiado; é um tempo, como nos confessaram, em que assegura uma maior continuidade temporal junto de cada utente, cuja centralidade é assumida pelo doente.

Terminados os cuidados de higiene e conforto o dia a dia dos enfermeiros decorre numa cadência, por vezes demasiado tarefizada e rotinizada (na qual daremos conta, aquando da explicação dos constrangimentos da prática), numa luta desenfreada protagonizada pelas actividades a desenvolver e o inimigo do tempo que insiste em correr, ao qual atribuem responsabilidades por não desempenharem as actividades que mais valorizam, corporizadas na dimensão humano – relacional dos cuidados :

Enf. A – “ (...) tantas vezes que dizem, tem um tempinho para conversar? Eu gosto de ter, nem que sejam aqueles cinco minutos, não é?”.

Enf. B – “ (...) as pessoas estão a conversar connosco (...) e nós não temos o tempo que eu gostaria de ter para falar, eu acho que é das coisas mais importantes. Porque mesmo em termos pessoais, uma pessoa estar ali, nós não estamos bem, temos qualquer coisa e estamos a ouvir, acho que é muito bom, nem é preciso dizer nada, mas estarmos ali a ouvir já não é mau!”.

Atribuindo especial supremacia á dimensão humano – relacional, os enfermeiros dão especial relevo á actividade higiene, considerando-a um momento por excelência

apelativo das específicas competências relacionais, e dos saberes que as suportam e estruturam.

Portanto, é natural que privilegiem outras actividades cuja centralidade seja assumida pelas dimensões humano – relacionais, bem como as actividades relacionais per si, conforme podemos inferir nas palavras dos enfermeiros :

Enf. A – “ (...) e eu gosto, sem dúvida a parte relacional para mim é fundamental (...)”.

Enf. B – “ (...) às vezes não é um comprimido que vai tirar essa dor á pessoa, acho que nós apercebemo-nos mais das coisas, somos capazes de tirar mais frutos nesse aspecto (...)”.

Enf. D – “ A parte relacional porque está no âmago da enfermagem (...) terá portanto a par (...) com o cuidar, esta parte relacional há - de pertencer, (...) sempre á gente (...)”.

Enf. F – “ Uma técnica de algáliação ou técnica de entubação (...) temos que fazer por prestarmos determinados cuidados, mas o mais importante é o aspecto relacional e a humanização (...)”.

Enf. H – “ As actividades (...) do aspecto relacional (...) como a empatia que temos com o doente, para ele colaborar nos cuidados, para ele se estabelecer (...), o aspecto relacional (...) é muito importante (...) o doente ter confiança em nós, naquilo que a gente lhe consegue transmitir (...)”.

De uma forma mais abrangente, os enfermeiros também demarcam o seu território junto dos doentes, pelas actividades que valorizam; ou seja todas as que impliquem interacção com os utentes; caracterizadas pela centralidade, no objecto de trabalho (o doente), apelativas das competências relacionais, entre outras :

Enf. A – “ (...) gosto muito do contacto, acho que é primordial e é uma das grandes chaves para o cuidar, não é?”.

Enf. E – “ (...) os cuidados directos aos utentes (...) que me preenche e que me faz sentir muito bem (...)”.

Enf. F – “ (...) a prestação de cuidados em que eu estou ali perto do doente (...) com o aspecto da relação que eu estou a criar, que eu e tou a criar com o doente (...) ”.

Enf. G – “ As que mais valorizo é no contacto com o doente, o contacto directo (...)”.

Neste contacto, um enfermeiro enaltece a capacidade de observação a qual mediatiza e permeia a identificação das necessidades dos utentes, sendo esta a primeira fase do Processo de Enfermagem permite-lhe a continuidade :

Enf. F – “ (...) o mais importante para mim é (...) a observação, observar bem um doente, ver bem um doente e depois a partir dali conseguir perceber aquele doente que eu ali tenho, após aquela observação bem feita e depois a partir dali prestar os cuidados todos que ele necessita (...)”.

A lógica discursiva dos enfermeiros, parece apontar tendencialmente para a valorização da vertente relacional da profissão, o que coloca aos actores a necessidade de deterem e desenvolverem competências de relação.

Trata-se de manifestar interesse pelas relações interpessoais, de “*saber ouvir*”, de ser sensível aos sentimentos e valores do utente, ou seja, como refere o Enf. F : “o saber ouvir, o saber escutar, o saber estar onde ele precisa, o saber afastar-se quando ele precisa que nos afastemos (...)”.

Efectivamente, observamos que os enfermeiros no seu contexto de trabalho, embora ritmados pelo tempo e pelo número de actividades a desenvolver, privilegiam a relação com os utentes, accionando o desenvolvimento de competências de relação, aliás como referem :

Enf. A – “(...) tantas vezes que dizem, tem um empino para conversar? Eu gosto de ter, nem que seja aqueles 5 minutos, não é?”

Enf. F – “(...) é muito importante saber ouvir, o saber escutar a pessoa que está ali, (...) eu pauto-me por isso, por deixá-lo mais 5 ou 10 minutos, o tempo que for preciso, mas ouvir e prestar a atenção devida àquela pessoa (...)”.

A informação que recolhem do “*saber ouvir*”, dos sentimentos e valores do utente, traduz-se nos relevos das observações que efectuam durante as passagens de turno.

No estudo desenvolvido por Abreu (2001), sobre Identidade, Formação e trabalho, em três contextos : Escola, Centro de Saúde e Hospital, o autor concluiu que “*as competências de relação parecem constituir o 'núcleo duro' da identidade profissional*” dos enfermeiros do Centro de Saúde (Abreu 2001: 222).

Porém, no nosso estudo, pela centralidade que os enfermeiros colocam na relação com os doentes, que tivemos o privilégio de testemunhar, e pela valoração que lhe atribuem nos seus discursos, pensamos poder afirmar que, tendencialmente as competências de relação engendram a constituição do “*núcleo duro*” da identidade profissional destes enfermeiros.

Alguns enfermeiros, destacaram também como actividades mais valorativas aquelas que se inscrevem no domínio informativo/educativo/formativo, ora referindo-se às que decorrem da prestação directa de cuidados, envolvendo enfermeiro/doente/familiares :

Enf. E – “ (...) nós enfermeiros, (...) enfermeiros dos Serviços de Medicina, mas também os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde passamos por um papel de passar informação á família. E quando digo prestar informação á família não me estou a referir a prestar informação no sentido da patologia, (...) tou a prestar a informação no sentido de que é provável que aquele utente com aquelas condições possa vir a ficar neste ou naquele grau de dependência”.

“Após detectarmos as necessidades, (...) ás vezes, prende-se com cuidados e nomeadamente isso é muito frequente por exemplo nas administrações de insulina, nas ENG, (...) nos posicionamentos nos doentes que ficam acamados (...) rapidamente se ensina a família e as famílias aprendem isso rapidamente”.

Enf. D – “ Fazer ensinios a familiares (...) a doentes (...) ensina-se aos familiares como (...) devem proceder á administração de alimentos (...)”.

Enf. F – “ O aspecto depois da higiene, do cuidar bem (...) com ensinios de tudo, percebes?”.

Enf. G – “ (...) nos ensinios da administração da alimentação por sonda, combino com as famílias a hora que hão – de vir, percebes? Para ensinar (...)”.

Ora, referindo-se aos aspectos da auto - formação e hetero – formação :

Enf. E – “ (...) os aspectos que se prendem com a formação (...) tanto com auto – formação (...) como na formação que faço com outros colegas, participando com eles em acções de formação (...)”.

Assumindo responsabilidade na auto – formação participada e interagida com os outros, os grupos, as comunidades. (Josso 1987; Nóvoa 1988).

Enf. F – “ (...) eu acho que um dos aspectos mais importantes (...) no ser enfermeiro é mantermo-nos actualizados (...) tenho-me pautado pela formação (...)”.

Nas palavras que se transcreveram é visível a postura defendida por Boutinet (1999), segundo o qual cada actor se deve firmar *“numa posição de perpétuo aprendiz preocupado em digerir as mudanças que lhe são apresentadas”* (Boutinet 1999: 204); bem como os princípios da formação enunciados por Sá Chaves (2000); *“princípio de inacabamento”, “princípio de continuidade”, “princípio de auto – implicação do*

formando e *"princípio do efeito multiplicador da diversidade"*; os quais foram explicitados na construção teórica deste estudo.

Um destes enfermeiros atribui igual valoração à formação *"não – formal"* :

Enf. E – " (...) às vezes até nas pequenas discussões que temos nas passagens de turno sobre este ou aquele aspecto do cuidado ao utente (...)"

Ou seja, "trata-se fundamentalmente de conceber a educação do indivíduo num continuum (não restringindo a educação à formação formal inicial), possibilitando o acesso de todos ao património cultural das comunidades, valorizando as acções socializadoras com potencial educativo"(Abreu 1994: 30).

Ou ainda, analisar a prática, engendrando uma ligação estreita entre a acção e a reflexão, promovendo a reflexão na e sobre a prática pela experiência, pela partilha de saberes, num contexto que assim se denomina de formativo porque se aproxima do objectivo da formação que passa pela *"apropriação reflectida, consciente e crítica"* (Sá Chaves 2000: 40).

Com efeito, as passagens de turno constituem espaços formativos por excelência. Tivemos até o privilégio de interagir, participando directamente por solicitação dos actores, nestes espaços e momentos. As dúvidas, emergem naturalmente, sem receios e o debate é accionado pela troca de experiências e saberes, confrontando-se a teoria com a prática numa recursividade dialéctica.

Apesar de dois do total dos enfermeiros assumirem também funções de Gestão, coadjuvando o enfermeiro – chefe na gestão da unidade de cuidados, apenas um referiu esta actividade como integrando o grupo das que mais valoriza :

Enf. F – " (...) e depois o resto em que eu estou mais virado para o lado da gestão (...) e exige que nós, temos que estar atentos a tudo (...)"

O outro enfermeiro, como poderemos inferir mais adiante, delegaria algumas das funções que se inscrevem no domínio da gestão.

Os dados apresentados, em confronto com o estudo de Noémia Lopes (2001), leva-nos a inferir que :

- As actividades autónomas, nas quais se inscrevem segundo Noémia Lopes (2001), entre outras, o ensino aos doentes/famílias, o diagnóstico das necessidades dos doentes e o contacto com familiares, corporizam o grupo de actividades e actos de trabalho que os nossos actores enunciaram como mais valorativas. No entanto, acrescentaríamos nesta categoria a formação, porque para além de referida pelos nossos entrevistados, inscrevem-se nas particularidades que a caracterizam, uma vez

que se constitui num acto autónomo, não subordinado a controlo técnico exterior á profissão.

Também Silva (2001), concluí no seu estudo que as actividades mais valorizadas no domínio da satisfação no trabalho dos enfermeiros do Centro de Saúde e do Hospital *"são as que se relacionam com a informação, o ensino e o diagnóstico de necessidades dos utentes, (...)"*(Silva 2001: 381) .

No dizer de Lopes (2001), a concretização destas actividades *"implica o accionamento de específicas competências estruturadas em saberes analíticos, e (...) específicas competências relacionais"* (Lopes 2001: 179).

Acrescenta ainda a autora que estas actividades se particularizam pela centralidade dos actores no objecto de trabalho : o doente (Lopes 2001).

Na perspectiva de Silva (2001), estas actividades traduzem *"o peso das actividades não rotinizadas, intimamente relacionadas com os saberes da enfermagem, e mais concretamente com os saberes teóricos, científicos e conceptuais e com o bem-estar. Trata-se, assim, de actividades que permitem aos enfermeiros materializarem as suas competências no cuidar, que facilitam a sua demonstração inequívoca da posse de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos na orientação da prestação de cuidados"*(Silva 2001: 365).

Segundo ainda o autor supracitado, o desenvolvimento destas actividades são apelativas do saber-estar , permissivo de competências do tipo social, comportamental e relacional (Silva 2001: 365).

- As actividades básicas, nas quais Lopes (2001) entre outros, inscreve o acto de fazer a higiene; para a autora este acto é considerado ambíguo enquanto acto profissional, pela reduzida especialização de competências que são accionadas para a sua execução, não deixando no entanto de se inscrever no campo da intervenção autónoma da enfermagem (Lopes 2001).

Porém, este acto constitui-se para os entrevistados deste estudo, numa actividade valorizada; pelos motivos que já explicitámos.

Novamente em confronto com o estudo de Abreu (2001), que temos vindo a referenciar, no enquadramento das actividades mais valorizadas, para além da *"relação com os doentes"*, sugestiva do apelo e desenvolvimento de competências de relação, conforme já referimos; emerge da valoração atribuída pelos testemunhos as actividades de formação (doente/familiar, auto e hetero – formação) bem como a identificação das necessidades dos doentes. Estas duas últimas, dada a sua natureza parecem situar a sua ancoragem nas competências de experimentação, porque estas

são apelativas da "tomada de decisões", da "*definição de objectivos/resultados esperados*", da "*escolha das melhores decisões*".

Finalmente compreende-se que as actividades às quais nos referimos, traçam um recorte de indispensabilidade destas competências; aliás, a própria metodologia de trabalho dos enfermeiros – Processo de Enfermagem –, do qual faz parte a identificação das necessidades dos utentes, requer o accionamento destas competências.

Questionados sobre as actividades que menos valorizam, os enfermeiros disseram-nos que todas elas, de uma forma geral, eram importantes. E desta forma, obtivemos respostas semelhantes às que a seguir transcrevemos, como exemplo:

Enf. A – " Que eu menos valorizo! (...) isso é complicado porque é assim, porque a relação, a relação com o doente é primordial (...)".

Enf. C – " (...) eu acho que, (...) todas as actividades que nós fazemos têm algum valor, têm alguma importância (...)".

Enf. D – " Todas aquelas que nós fazemos são da nossa competência!".

Esta lógica, explica aliás, como poderemos constatar durante esta análise, o fraco número de actividades que no seu entendimento poderiam ser delegadas.

Por este motivo, as actividades menos valorizadas, não se constituíram em categoria, neste estudo.

Porém, apesar dos dados obtidos neste domínio não permitirem a sua categorização, numa ou noutra instância, pelo nosso "*olhar*", no contexto obtivemos algumas respostas :

De facto, alguns actos de trabalho, nomeadamente a administração de terapêutica e avaliação de sinais vitais, encontram-se matizados pela rotinização temporal e pela presença fugaz do enfermeiro junto do objecto de trabalho, e por isso talvez, embora valorizados, parecem assumir um papel secundário relativamente aos actos em que a sua concretização decorra da centralidade no objecto de trabalho, a par do apelo á presença mais prolongada do enfermeiro junto do doente.

Na perspectiva do enfermeiro E e F, os actos de trabalho técnico – instrumentais, "*per si*" são pouco valorativos. O seu sentido, significado e importância, emerge da indispensabilidade associativa dos saberes que encerram : saber fazer, aos saberes ser e saber estar; ou seja, ás específicas competências relacionais.

Dito de outro modo, para estes enfermeiros as actividades técnico – instrumentais assumem importância se interligadas com as actividades autónomas, e

dentro destas últimas, assumem especial destaque as actividades apelativas das específicas competências relacionais e dos saberes que as viabilizam e estruturam.

Destacamos que, os enfermeiros E e F assumem um papel de orientadores dos ensinamentos clínicos de Fundamentos de Enfermagem, respectivamente em dois dos Serviços de Medicina que corporizam o contexto deste estudo. E, neste contexto, não raras foram as vezes, que testemunhámos enquanto supervisores do referido ensino clínico, o enaltecer por parte destes enfermeiros, junto dos alunos, da necessidade de estes últimos, desenvolverem competências de relação, as quais mediatizam as técnicas de enfermagem. Efectivamente os alunos, deixam transparecer em muitas instâncias e momentos, o desejo de realizar actos técnicos (entubações, algaliações). Os enfermeiros que temos vindo a referenciar, perante a expressão destes desejos por parte dos alunos, assumem um discurso equilibrante, ou seja, embora não minimizando a destreza manual que é preciso adquirir, atribuem grande importância ao desenvolvimento das técnicas de comunicação, observação, perspectivando o desenvolvimento das competências de relação.

Tomando por empréstimo, novamente os contributos de Noémia Lopes (2001), podemos inferir que os actos de trabalho referidos pelos enfermeiros E e F, os quais temos vindo a referenciar, se inscrevem nos domínios das actividades de execução e técnico – instrumentais.

No que se refere às primeiras, caracterizam-se por uma elevada padronização e rotinização, bem como a subordinação directa às prescrições médicas, sem oferecerem margens de autonomia. Para a sua concretização, não se torna necessário apelar às competências de considerável especialização, nem mesmo particulares competências gestuais (Lopes 2001).

Quanto às segundas, são apelativas dos saberes operativos no âmbito do saber fazer, e caracterizam-se pela diluição da visibilidade dos saberes analíticos necessários para adequar os procedimentos às particularidades ou imprevisibilidades decorrentes da situação clínica, específica de cada doente. A sua realização encontra-se dependente das prescrições médicas e por isso os actos de trabalho que corporizam estas actividades, pertencem à categoria de "*actos delegados*". Porém, tendo em conta o reconhecimento das competências da enfermagem, no domínio da gestualidade operativa, os enfermeiros detêm desta forma, relativa autonomia técnica na sua concretização (Lopes 2001).

Revestida de maior formatividade (comparativamente a outros actos), a gestualidade operativa adquire maior visibilidade social, e por isso torna-se mais

valorizada. Nesta perspectiva, revertem informadamente, a sua independência da autoridade médica em interdependência funcional (Lopes 2001: 178).

Em tom de síntese, relativamente às actividades mais valorizadas podemos concluir que todos os testemunhos atribuem muita valorização á relação com o doente, enfatizando a sua centralidade. Outras duas actividades com peso valorativo (para 7 dos 8 enfermeiros) são corporizadas pela identificação das necessidades dos utentes, e pela prestação de cuidados de higiene e conforto aos mesmos. A valorização atribuída aos cuidados de higiene e conforto é explicada nas palavras dos enfermeiros, por ser uma actividade permissiva e privilegiada de interacção enfermeiro/doente, bem como da identificação das necessidades dos utentes.

Quatro enfermeiros destacam ainda com igual importância valorativa as actividades que se prendem com a formação/educação/ensino ao doente e família na perspectiva da continuidade dos cuidados. Por último dois enfermeiros enfatizam igualmente a valorização que atribuem á auto – formação e hetero – formação.

Estes dados estão sintetizados, na matriz síntese que a seguir se apresenta :

Quadro n.º 6 - Matriz / Síntese – Actividades Mais Valorizadas (ACV).

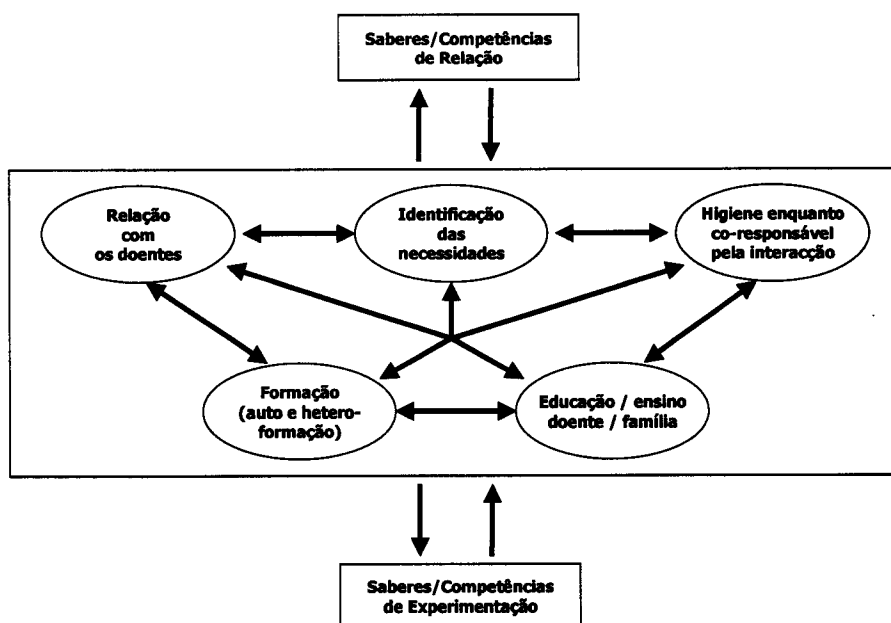
Entrevistados		Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Dimensões						a)	a)	a)	
Higiene e conforto enquanto co-responsável pela interacção Enf./Doente		X		X	X		X	X	X
Relação com os doentes		X	X	X	X		X	X	X
Formação	Doente / Família				X	X	X	X	
	Auto e Hetero					X	X		
Identificação das necessidades dos doentes		X	X	X		X	X	X	X

a) Valorizam todas as actividades mediatizadas pelo contacto directo com o doente.

Traçando um paralelismo entre as actividades mais valorizadas pelos entrevistados e as competências que as mediatizam, inferimos que : as actividades mais valorizadas pelos enfermeiros são sugestivas de colocar no centro da sua acção as competências de relação e experimentação.

É esta relação que se pretende representar no esquema que apresentamos :

Esquema n.º 1 - Actividades Mais Valorizadas e Desenvolvimento de Saberes e Competências



Exploradas as actividades mais valorizadas pelos enfermeiros, bem como os saberes e competências que lhe subjazem, propomos continuar a “*olhar*” para as práticas, centrando o nosso “*olhar*” nos constrangimentos da mesma.

A rotinização temporal parece, por vezes, para alguns enfermeiros, preencher o seu dia a dia; constituindo-se num dos maiores constrangimentos. São ilustrativas destes aspectos as asserções que se transcrevem :

Enf. A – “(...) o dia a dia, (...) esse é de profunda monotonia e rotina (...)”.

Enf. B – “(...) nós acabamos por cair naquela rotina que tem que se fazer naquelas 8 horas, tem que se fazer aquilo, nós temos às 6 horas que dar a terapêutica, depois dar os jantares, depois dar mais terapêutica, temos que dar as voltas e temos que fazer tudo naquele espaço de tempo e às vezes a gente perde-se neste aspecto.”.

Enf. C – “(...) há certas coisas que se tornam rotineiras e nós perdemos um bocadinho aquele entusiasmo (...)”.

Enf. D – “(...) uma série de rotinas que tenho de cumprir e que estão pré – estabelecidas (...) nos serviços, (...) em todos os serviços há rotinas que são mais específicas (...)”.

“(...) iniciamos o dia com a passagem de turno, (...) depois faz-se as higiènes, portanto prepara-se a terapêutica, dá-se as refeições (...) procura-se a parte relacional, o contacto com os familiares na altura das visitas, e (...) é praticamente isso no dia a dia.”.

Enf. F – “(...) muitas vezes o que acontece e é uma coisa que eu reparo muito, por isso é que eu sou (...) apologista das pessoas serem muito trocadas de serviço, de tempo em tempo, porque a pessoa no mesmo serviço acaba por adquirir sem dar por isso vícios, rotinas (...)”.

A rotinização e a tarefaização dos cuidados são inimigos das capacidades de inovação e criatividade, reflexão e crítica, conforme assume e explicita a Enf. A e B :

Enf. A – “(...) o dia a dia, (...) esse é de profunda monotonia, e a rotinização dos cuidados e pronto, não há desenvolvimento de competências que nos levem a sermos autónomos (...)”.

“(...) nós só fazemos, fazemos não pensamos porque é que o fizemos, nem como é que o fazemos, lá está a tal finalidade consumo (...) chega-se ao fim e não se conclui as coisas, não se reflecte (...) que era para poder melhorar, porque muitas dessas vezes não fizemos o tal último ponto de qualquer processo, que é a avaliação (...) é só fazer, fazer e não pensamos nas consequências desses problemas.”

Enf. B – “(...) nós ao fim ao cabo fazemos, fazemos mais ou menos, só que às vezes falta reflectir sobre aquilo que fazemos e (...) será que fazemos (...) e porque é que fazemos assim (...) porque nós envolvemo-nos ali de uma tal maneira na prática (...)”.

Nesta linha de pensamento, Silva (2001) refere o facto da Enfermagem efectuar um trabalho rotinizado e desqualificado ,é considerado por este grupo profissional como redutor das possibilidades de afirmação e autonomia, conducentes à insatisfação e desmotivação (Silva 2001: 382)

No terreno observámos, conforme já referimos, esta euforia de tarefas ritmadas pelo tempo. Por vezes, a visão holística e individualizada do doente reverte-se num conjunto de cuidados tarefaizados que a organização Taylorista e a divisão social do trabalho impõem.

As asserções dos enfermeiros, que anteriormente transcrevemos, revelam o constrangimento provocado pela rotinização dos cuidados, que emerge no dia a dia onde as tarefas a “*cumprir*” se sobrepõem, em muitas instâncias às actividades mais valorizadas que se pretendem desenvolver, coartando a emergência de práticas reflectidas.

Esta realidade social relatada, a qual observámos e o conhecimento prévio que detínhamos da mesma, uma vez que foi também a nossa realidade no decorrer do desempenho da actividade profissional como enfermeira e posteriormente como docente da escola no acompanhamento e supervisão pedagógica de alunos em ensino clínico, sugere-nos a existência de determinantes organizacionais que explicam, em

parte, o fraco desenvolvimento de competências de conceptualização, uma vez que para a reflexão na prática e sobre a prática, os “*espaços*” e os “*tempos*” são raros. Os “*espaços*” e os “*tempos*” dos enfermeiros são, pela natureza e número de actividades que o dia a dia determina, apelativos do desenvolvimento de competências de acção.

Assim, concorrendo os determinismos organizacionais para o fraco investimento na problematização da profissão e na formalização dos saberes emergentes da prática, poderão os mesmos se constituir em causas explicativas do fraco desenvolvimento de competências de conceptualização.

Porém, não serão só estas as causas explicativas do fraco desenvolvimento destas competências.

Sabemos que a formação inicial destes profissionais, que para alguns remonta a 16 anos atrás; por um lado terá sido pouco apelativa do desenvolvimento destas competências, porque sustentada em currículos behavioristas enfatizava o saber – fazer e os saberes/competências teórico – instrumentais formalizados nas competências de acção. Por outro lado, o trabalho sobre as ideias, os conceitos, o pensar a enfermagem terá tido um “*espaço*” e um “*tempo*” pouco relevante nos seus currículos, resumindo-se, por exemplo, a disciplina de investigação em termos temporais a escassos seis meses. Os discursos dos enfermeiros, no âmbito da categoria reconfiguração de saberes e competências, que apresentamos como exemplos mostram o que acabámos de afirmar :

Enf. B – “(...) a investigação no curso base foi muito pouco tempo, foi um semestre se calhar e nós temos muito poucas noções (...)”.

Enf. C – “Em termos de trabalho de investigação (...) nunca fiz nada (...)”.

Enf. F – “Em relação á investigação (...) posso dizer que e sem problema nenhum é talvez o meu calcanhar de Aquiles! (...)”.

Enf. G – “(...) eu não tinha a mínima noção de investigação (...) tinha ideia de investigação no sentido geral (...) leigo (...)”.

Enf. H – “(...) no curso base tínhamos tido umas noções (...)”.

Os constrangimentos referidos no contexto da prática dos enfermeiros parecem pouco promotores do desenvolvimento de competências de conceptualização; reenviando ao invés os enfermeiros para o desenvolvimento de competências de acção.

Também Abreu (2001,) no estudo que temos vindo a seguir, concluiu que as competências de conceptualização são as menos desenvolvidas nos três contextos que serviram de palco ao seu estudo. O autor concluiu ainda que as competências de acção, no contexto hospitalar, são aquelas que obtiveram maior cotação.

Alguns enfermeiros sentiram a necessidade de justificar os motivos, que no seu entender, estão subjacentes a estas práticas permeadas pela rotina. E mais uma vez o “*inimigo*” do tempo é apontado, assim como a escassez de recursos humanos :

Enf. B – “(...) somos poucos, não sei, ou porque temos muitos doentes acamados e (...) a gente depois, não conseguimos dar conta de tudo (...)”.

Enf. C – “(...) temos o tempo limitado e os cuidados que nós prestamos muitas das vezes (...) é o mínimo (...)”.

“(...) se nós por exemplo, em vez de 3 enfermeiros fossemos 5 ou 6, por exemplo hoje estamos 4, por exemplo isso já implica que tu tenhas um único doente acamado e em vez de andares a correr até á hora do almoço, tens que acabar as higiènes e tem que ser tudo a correr, já podia fazer as coisas com muito mais calma...pronto e se calhar conseguias outros resultados (...) realmente é outra satisfação.”

Efectivamente, os Serviços de Medicina, pela faixa etária dos seus clientes e patologias dos mesmos constituem-se, como se designa na gíria hospitalar, os “*serviços pesados*”. E por exemplo nos turnos da manhã (8 horas – 16 horas); quando assegurados por 3 enfermeiros, cada um deles chega a prestar cuidados a 8 doentes em que, algumas vezes, quatro ou cinco dos quais são totalmente dependentes no âmbito das actividades de vida diária (higiene e conforto, alimentação, mobilização, eliminação, entre outras).

E no contexto que se desenhou, o domínio humano – relacional valorizado pelos enfermeiros lá vai sendo cronologicamente doseado e adiado :

Enf. H – “ (...) se a equipa fosse maior, com mais elementos (...) já tínhamos mais tempo para o aspecto relacional (...) e que falta um (...) um pouco isso.”

“(...) se a equipa fosse mais um enfermeiro (...) talvez se preocupassem um bocadinho mais com isso e não pensar : olhe ainda tenho mais 1 ou 2 ou 3 doentes (...) e não posso tar aqui mais tempo, não posso tar mais consigo, mas ás vezes não se dá essa resposta nem se justifica ao doente isso (...) dizemos pronto, até logo ou já chega e acabamos a conversa (...)”.

Outro grande constrangimento confessado pelos nossos actores, é sem dúvida o instrumento de gestão institucionalizado. Falamos do Sistema de Classificação de Doentes; o qual no dizer e sentir dos enfermeiros condiciona as práticas; pelos reflexos negativos que se materializam nos registos de enfermagem, nomeadamente na

identificação das necessidades dos doentes (colheita de dados), no plano de cuidados e nas notas diárias de evolução dos doentes, conforme explicitam :

Enf. A – “(...) na questão do SCD (...) para mim são uma treta (...) porque as pessoas (...) quando estão a escrever uma nota de enfermagem, não estão a pensar realmente no doente, estão a pensar em ter os registos todos certinhos, embora isso não identifique o doente (...)”.

Enf. B – “ (...) acabamos por cair na rotina e fazemos o processo porque temos que fazer e porque tem que ser assim, porque tem que se cumprir aquelas normas todas e porque tem que coincidir tudo (...)”.

Enf. C – “(...) acho que a C.D, (...) deveria ser posta completamente de parte (...)”.

“(...) muitas das vezes nós escrevemos no PE, coisas, ó que não temos tempo; ó seja por aquilo que for, pois não são realizadas, mas temos que as escrever, porque é assim que está no plano de cuidados, e é assim que nós temos que meter lá. Porque aquilo tem que bater tudo certo com as notas, e depois vem o auditor e se aquilo não bate certo (...)”.

Enf. D – “(...) nós temos ali no nosso serviço o sistema de classificação de doentes, só por si, (...) é sempre pré determinado, e o que influencia a escrita (...) é rotativo, (...) como esse sistema está implementado no serviço ainda e temos que fazer essas notas todas repetitivas (...)”.

Enf. E – “(...) os enfermeiros fazem, têm práticas muito mais adequadas e muito mais ricas do que as que são registadas, ou seja, os registos acabam por ser minimalistas em termos do que são as práticas porque os registos, todos os registos, passando pela colheita de dados , pelo próprio plano de actividades, pelas notas de evolução, todos os registos estão organizados em função da folha de classificação de doentes (...)”.

“(...) afecta todos os registos dos enfermeiros.”.

Enf. G – “(...)”...nós actualmente preocupamo-nos (...) com “ a gota dá com a perdigota, mesmo que não seja assim, (...) desde que aquilo depois no fim dê tudo certo, prá auditoria, é o que interessa (...)”.

“(...)eu muitas das vezes não sou mais minuciosa na escrita (...) existe a classificação, o que interessa é que aqueles pontinhos lá da classificação tejam todos nas notas, pra que é que eu hei - de tar a escrever que a doente tá dispneica?! (...) então aquilo nem se classifica (...)”.

Enf. H - as notas de enfermagem não podem ser de maneira nenhuma rotineiras, porque às vezes chegam a ser, não é? Fazemos de um dia para o outro, de um dia para o outro (...)"

Um enfermeiro, embora admitindo a valoração do SCD, enquanto instrumento de Gestão, diz-nos que :

Enf. E – "(...) penso que é um processo que está completamente desvirtuado (...) e em termos puramente académicos faz sentido e teria algum valor, mas que na nossa realidade e na nossa prática não serve rigorosamente para nada e que (...) depois não se reflecte nas práticas (...) não serve para nada , a não ser retirar aos enfermeiros tempo que eles podiam estar juntos do utente, junto das famílias a fazer coisas que fossem de facto mais úteis, porque isto não serve para nada".

A "*inutilidade*" do SCD na prática a que este enfermeiro se refere; explica-se no sentido de que, sendo um instrumento de gestão, permitindo o cálculo previsível do número de horas de cuidados necessários, tendo em conta o número de horas de cuidados prestados, o número de enfermeiros a prestar cuidados deveria ser "*ajustado*" diariamente de acordo com os dados emergentes do referido sistema; o que exigia a mobilização interna (inter serviços) dos enfermeiros. No entanto, este "*ajustamento*" não acontece.

Talvez por esse motivo o Enf. C é peremptório em afirmar que :

Enf. C – "(...) acho que a classificação de doentes, (...) deveria ser posto completamente de parte(...)".

Os enfermeiros contestam o SCD pelos motivos explicitados, porém porque imposto e determinado pela organização dão-lhe cumprimento e "*servem*" o sistema, apesar de constrangidos. Segundo Crozier (1977), a organização não constrange totalmente o actor; mas neste caso, o constrangimento é evidente.

O SCD tem implicação nos registos e na qualidade dos cuidados, conforme se pode inferir das palavras dos actores e que no discurso de um enfermeiro assume uma dura frontalidade :

Enf. E – "(...)A qualidade dos cuidados? Afecta, porque (...) afectando, sendo os registos minimalistas, depois os cuidados, os cuidados como são organizados com base no plano de cuidados acabam por não variar muito, porque se os planos estão construídos em função daquilo que são as folhas de classificação de doentes e que essas folhas (...) abrangem alguns aspectos mas que não abrangem muitos dos aspectos dos utentes; estando os planos construídos em função daquilo e não em função das necessidades dos doentes, afecta porque haverá enfermeiros (...) se pegar no plano de cuidados e tiver menos atento àquilo que é o

doente, vai ver muitas vezes cuidados que são importantes para aquele utente, e que vão ficar de certo por fazer. E com isto , não digo, que (...) repara não digo que fique terapêutica por dar aos doentes, ou que fiquem pensos por fazer, não me estou a referir ás técnicas; estou-me a referir a este trabalho da relação (...) : da diminuição das ansiedades que os doentes transportam, de prepará-los pra uma vida fora do hospital, do preparar as famílias, do perceber até que ponto é que aquele internamento está ou não a afectar aquela pessoa e preparar aquela pessoa prá vida em comunidade fora do hospital (...) é um trabalho que em termos de planeamento de cuidados podia planear-se com alguma antecedência e não se planeia! (...) os planos de cuidados são construídos com base naquilo que tá previsto que se registre na folha de classificação de doentes.”.

Efectivamente observamos que o referido sistema, “*absorve*” os registos dos enfermeiros, assumindo a sua centralidade. Os enfermeiros redigem os registos de acordo com a linguagem “*exigida*” pelo SCD; a qual se pauta pela uniformidade e repetitividade que implicitamente transparece nos registos.

Desta forma, o cariz individual e único de cada doente e de cada cuidado dilui-se no jogo da assertividade concordante e padronizada promovida pelo SCD.

Ainda no âmbito dos constrangimentos, 2 enfermeiros mencionaram o desinteresse das famílias na participação dos cuidados:

Enf. E – “(...) nós sabemos que os nossos serviços não estão muito despertos para (...) pró apoio ás famílias, eu reconheço, isso é verdade, mas também (...) que a larga maioria das famílias não está interessada em participar nos cuidados(...)”.

Enf. G – “(...) eu acho que as famílias não ajudam muito, (...) temos aí uma doente, neste momento, há 3 semanas com alta, a família não a quer levar (...) diz lá que estímulo é que isto é?”.

O enfermeiro tenta encontrar motivos explicativos da realidade relatada :

- Os que decorrem das suas próprias posturas como enfermeiros:

Enf. E – “(...) eu pessoalmente tento (...) sei que não o conseguirei todos os dias, mas tento, tento, tento mostrar que estamos disponíveis e que estamos dispostos, dentro daquilo que é a nossa actividade a dar , a dar as respostas e a indicar caminhos. Ás vezes sinto que de uma forma global, como equipa que nem sempre, nem sempre conseguimos isso, como eu gostava que a gente conseguisse .”.

- Os que decorrem das formas de pensar e estar dos familiares :

Enf. E – “(...) há muitos familiares que continuam a pensar, de uma forma que eu considero errada , que a obrigação de tratar, (...) de cuidar daquelas pessoas é dos funcionários, é do Ministério da Saúde, e não é delas, que nós temos que preparar a

peessoa e tal e qual um presente, só depois de estar no papel de embrulho e perfeitamente arrumadinho é que a família pode levar (...).

Enf. G – "(...) na altura da refeição (...) numa higiene (...)a gente pede se elas quiserem, podem ajudar : Ah, não, não posso!, tenho muito que fazer, tenho que ir trabalhar; (...) eu tento, tás a perceber, fazer esse tipo de coisas (...).

- E por último, os que se inscrevem na desarticulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários; bem como da precaridade de recursos humanos :

Enf. E – "(...) não podemos pensar que este apoio às famílias é um produto acabado dos enfermeiros dos hospitais (...) aqui também falha muito (...) é uma culpa do sistema e quando falo do sistema é culpa de nós todos...há uma nítida clivagem que ainda não foi ultrapassada,(...) entre os enfermeiros do hospital e enfermeiros do centro de saúde (...).

"Algumas vezes isso falhará por culpa do sistema; isto é o sistema de comunicações interpares; outras vezes isso falha porque de facto em termos de recursos humanos, se os hospitais podem eventualmente não estar bem, os centros de saúde estão muito pior. E às vezes também não há capacidade de resposta em termos de técnicos, em termos de enfermeiros para dar esse tipo de apoio."

Em síntese, no que se refere aos constrangimentos na prática de cuidados, os enfermeiros apontam : Rotinização dos cuidados (5 enfermeiros), o instrumento de Gestão – SCD – o qual no dizer dos enfermeiros é "*responsável*" pela rotinização dos registos (7 enfermeiros) e pelas divergências entre registos e práticas (4 enfermeiros). Finalmente 2 enfermeiros referem o "*desinteresse*" manifestado pelas famílias no âmbito da prestação de cuidados como um constrangimento que permeia a sua prática.

Estes dados encontram-se sintetizados na matriz síntese que se apresenta :

Quadro n.º 7 - Matriz / Síntese – Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC).

Entrevistados		Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Dimensões									
Rotinização dos cuidados		X	X	X	X		X		
SCD	Rotinização Dos Registos	X	X	X	X	X		X	X
	Decalage entre registos e práticas	X		X		X		X	
"Desinteresse" das famílias na participação dos cuidados						X		X	

Ao longo da análise procurámos também encontrar pontos de convergência ou divergência entre os constrangimentos e o desenvolvimento ou não desenvolvimento de competências.

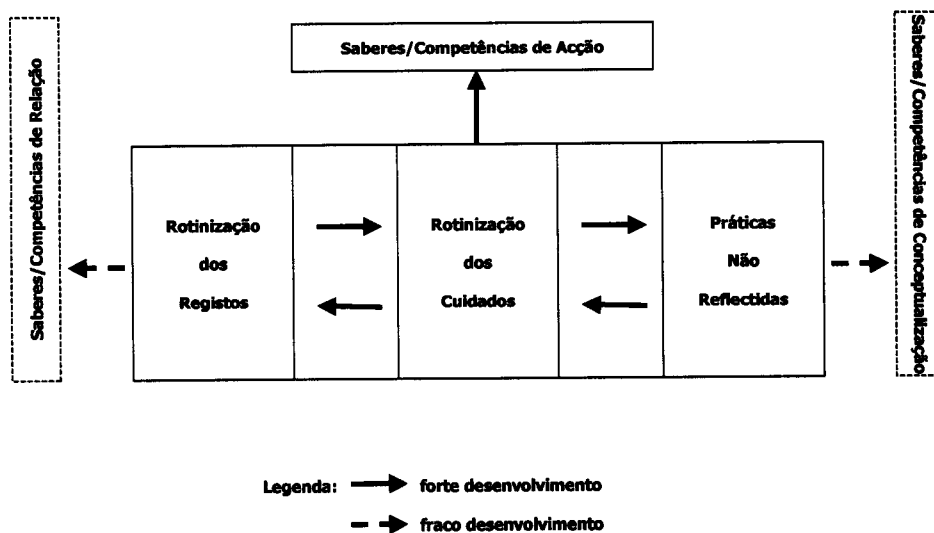
Nesta perspectiva inferimos que a prática dos actores, permeada pela rotina dos cuidados numa lógica Taylorista, procurando a "visibilidade" dos cuidados, traduz-se num campo de intervenção que se torna indissociável do desenvolvimento de competências de acção.

Este quadro é consubstanciado pelo ritmo "acelerado", determinado pelo número de tarefas a "cumprir" o que parece fragilizar o desenvolvimento de competências de relação.

Nesta mesma lógica o desenvolvimento de competências de conceptualização, ou seja, a prática reflectida, o planeamento e realização de pesquisas, o pensamento abstracto, o "pensar enfermagem"; numa dialéctica com o "fazer a enfermagem", parecem ser entendimentos que a sua formação e o seu campo de intervenção não propicia.

O esquema que a seguir se apresenta pretende representar a associação entre os maiores constrangimentos da prática dos actores e as competências que os mesmos viabilizam ou inviabilizam :

Esquema n.º 2 - Os Constrangimentos na Prática e a (In)viabilização de Saberes e Competências.



Esclarecida a prática, nos vectores estruturantes das actividades que os actores valorizam, dos constrangimentos que vivem e sentem e dos saberes e competências, viabilizadas ou inviabilizadas nos quadros contextuais do seu desempenho, outras questões ganhavam alcance e pertinência. Tratava-se de compreender as estratégias de revalorização profissional na prática dos actores.

É a abordagem que se segue.

5.2.1 - Desocultando na Prática as Estratégias de Revalorização Profissional.

Nos "*espaços de identificação*" que os contextos de trabalho representam, inscrevem-se "*diferentes modalidades de valorização/desvalorização dos recursos accionáveis pelos actores*" (Lopes 2001: 61).

Tendo em conta os contributos teóricos de Abbott (1988), referenciados por Lopes (2001); existem 2 categorias nucleares que definem as estratégias de reconfiguração/revalorização profissional dos profissionais de saúde : delegação de trabalho desqualificado e assimilação local de saberes e competências. Procuraremos intuir o alcance destas estratégias no contexto da prática dos enfermeiros.

Dito de outro modo, por um lado os enfermeiros falaram-nos das actividades do seu trabalho, que no seu entender, podem ser delegadas. Mas também nos falaram

dos motivos que os levaram a não delegar actividades. Por outro lado, os seus discursos e práticas revelam formas de assimilação local de saberes e competências.

Quando as actividades se inscrevem no centro dos cuidados directos a prestar ao utente, e portanto mediatizadas pela interacção enfermeiro/doente, apelativas dos saberes e competências humano – relacionais; alguns dos actores não abdicam de nenhuma actividade neste campo de intervenção :

Enf. D – “(...) pronto, uma higiene simples, um indivíduo que necessita de ajuda parcial, as auxiliares de acção médica poderão ter competência para fazer esse tipo de higiene, mas a parte relacional perde-se, e era isso que não se devia perder (...) pronto é tudo nosso, eu penso que é tudo nosso, até as parciais, até as parciais tem que ser nossas”.

“(...)a César o que é de César! Eu sou assim, penso assim! Por mais simples que seja, pode ser uma coisa muito simples (...) por exemplo (...) dar a alimentação por sonda (...)”.

Enf. F – “(...)em relação á prestação de cuidados directos com o doente, de se estar com o doente (...) as coisas que nós fazemos, as técnicas que nós fazemos (...) eu não as passava para mais ninguém (...)”.

Enf. G – “(...) a minha noção de enfermagem, acho que ao tar a fazer uma higiene, ao tar a dar uma refeição, ao tar a limpar o rabo, no sentido quando estou a fazer a higiene (...) acho que me pertence a mim (...)!”.

Nesta linha a enfermeira C, apesar de considerar que algumas actividades possam ser delegadas, como veremos a seguir, afirma porém que :

Enf. C – “(...)fazer higenes na cama, posicionar doentes, dar alimentação por sonda, (...) não sinto aquela necessidade de dizer assim... teria outra pessoa a fazer (...)”.

Numa perspectiva muito similar enquadra-se a postura do Enfermeiro E, embora considerando este que algumas das funções que se prendem com as actividades básicas, nomeadamente com o acto de trabalho alimentação, poderiam ser delegados nos profissionais de categoria profissional inferior aos enfermeiros, como nos diz :

Enf. E – “(...)penso que por exemplo, em relação á alimentação (...) um doente que necessite apenas de ajuda para cortar carne (...), esse tipo de coisas que os auxiliares podem fazer isso perfeitamente mas tirando talvez esse aspecto e o acompanhamento de doentes que estão estabilizados a exames complementares de diagnóstico, não vejo outro tipo de actividades (...) que eu sentisse que havia necessidade de delegar nos auxiliares.”.

Estas posturas têm subjacente concepções de enfermagem, formas de sentir e fazer a profissão, orientações profissionais, brilhantemente explicitadas no discurso emotivo do enfermeiro E :

Enf. E – “(...) a minha maneira de ver a enfermagem, o enfermeiro (...) tem que entender o doente como um todo e quanto mais coisas delegar mais afastado vai tar do utente e mais dificuldades vai ter em detectar quais são os problemas que aquele doente tem, as necessidades que ele tem e mais dificuldades vai ter em implementar um plano de cuidados adequado. E por esse motivo eu penso que quanto mais próximo o enfermeiro está do utente, mais facilmente ele consegue prestar e planear cuidados de forma adequada àquele utente. Para fazer isso, não pode começar a delegar tarefas, porque senão vai ficar muito afastado, vai-se afastar principalmente do utente, isso é uma coisa que não me agrada!”.

Na defesa da não delegação de actos de trabalho e ou actividades quando estas são mediadas pela relação enfermeiro/doente; evoca-se como principal motivo, a necessidade de estar junto do utente, para melhor operacionalizar o Processo de Enfermagem, enquanto metodologia de trabalho destes profissionais.

Desta forma, segundo Gamarnikow (1991) assiste-se ao entrelaçamento dos actos de trabalho com os cuidados específicos de enfermagem, *“tornando indissociáveis a componente de execução e a componente cognitiva e analítica, que é requerida para a determinação dos cuidados específicos suscitados por esses actos”* (Lopes 2001: 66).

Para a enfermeira G, a delegação de actividades parece poder constituir-se num fenómeno promotor de esvaziamento do seu conteúdo funcional :

Enf. G - “(...) se a gente vai a delegar tudo o que para nós é ser enfermeiro, o que aqui está a fazer? A preparar ali uma medicaçãozinha?”.

O teor do questionar da enf. H, parece também ser partilhado pela enf. C; quando reflecte sobre a existência de auxiliares a desempenharem funções que hoje são do seu campo de intervenção :

Enf. C - “(...) se elas vierem cá, elas acabam por fazer estas nossas funções, mas quer dizer, nós fazemos até, damos medicação, podemos eventualmente ter mais disponibilidade para conversar com os doentes, mas eu acho que me vejo contra isto (...)”.

Nas palavras dos enfermeiros, as actividades de higiene e alimentação corporizam o leque de actividades a delegar em categorias inferiores, apesar da sua concretização decorrer no cerne da interacção utente/profissional de saúde. Defendem que podem ser delegadas nos auxiliares de acção médica, no entanto firmando a necessidade de supervisão dos mesmos por parte da enfermagem, uma vez que os

referidos actos são permissivos do diagnóstico de necessidades dos utentes; conforme se pode concluir das suas palavras :

Enf. A –“(…) alimentação, (…) desde que supervisionássemos as situações na questão das pessoas que possam se alimentar(…) acho que podem ser delegadas no auxiliar, porque aqueles com mais dificuldades, que tem diminuição da deglutição(…) a doente com sonda, isto sim realmente é técnico(…) continuamos a ser os enfermeiros a fazer.”

Enf. B –“(…) nas higiene por exemplo eu acho que qualquer pessoa, que tinha que ter algum tipo de formação, (…) os auxiliares(…) podiam fazer, mas nós supervisionamos, (…) por exemplo na higiene há muitas coisas que a gente pode ver, não é só lavar(…)”.

“(…)na alimentação (…) é uma das actividade que elas fazem, muitas vezes sozinhas, embora nós estejamos lá (…) e pronto vejamos como é que elas fazem(…)”.

Enf. C –“(…) a única coisa que eu acho é por exemplo, aqueles doentes que tem alguma dificuldade na mobilização ou que têm que se lavar ou assim(…) eventualmente ai podia e acontece muitas vezes serem as auxiliares a prestar esses cuidados, de forma a que nós pudéssemos concentrar-nos um bocadinho mais naqueles que estão acamados e precisam de cuidados mais específicos (…) alimentação aos doentes que precisem de uma ajudita, (...), mas com supervisão”.

Enf. E –“(…) penso que por exemplo, em relação á alimentação (…) um doente que necessite apenas de ajuda para cortar carne (...), esse tipo de coisas que os auxiliares podem fazer isso perfeitamente”.

Enf. H –“(…) cuidados de higiene e conforto (…) aquelas pessoas que precisam de uma ajudita, os auxiliares tratam do assunto, (…) se há alguém que chame elas vão atender; uma arrastadeira, levar uma doente á casa de banho, vão sempre as auxiliares! (…)”.

“(…) na administração da alimentação elas fazem praticamente... dão a alimentação, mas nós também damos colaboração(…)”.

No estudo realizado por Silva (2001), o autor inferiu dos dados colhidos serem também as actividades de higiene e conforto, a alimentação ao doente, com ajuda, as que ocupam os lugares cimeiros para serem delegadas nos auxiliares de acção médica. Acrescenta ainda o autor que *“não se trata de uma mera delegação com um corte umbilical, já que a maioria manifestaram que tais actividades, sendo marginais, devem ser efectuadas pelos auxiliares, através da sua supervisão e coordenação.”* (Silva 2001: 383). Estas conclusões vão de encontro também á realidade por nós encontrada.

No estudo de Noémia Lopes (2001), os actos de higiene e alimentação enquadram-se na categoria de actividades básicas, em que os seus domínios têm

vindo a ser objecto de progressiva desqualificação, manifestando-se por isso nas estratégias de enfermagem para a sua delegação em categorias profissionais menos qualificadas (Lopes 2001).

Desta forma, a transferência destes actos de trabalho, enquanto supervisionados, alarga o domínio da autoridade técnica e social da enfermagem, na medida em que coloca essas categorias sobre a sua supervisão (Lopes 2001).

Também Silva (2001), na investigação desenvolvida, refere que os enfermeiros numa tentativa de superar os quadros de insatisfação, argumentam a necessidade de delegar actividades marginais para os auxiliares, porém mantendo a enfermagem a supervisão das mesmas. Como afirma o autor, *"trata-se de uma lógica de acção da enfermagem que se reporta a um jogo, quer para o reforço das suas redes de poder na interacção social, quer para a afirmação da sua identidade grupal, construída na base de alianças compensatórias com os auxiliares."* (Silva 2001: 386)

Neste processo são visíveis as estratégias de demarcação da enfermagem (grupo dominante) sobre os auxiliares (grupo subordinado); argumentando que *"os grupos subordinados não detêm a necessária preparação teórica/formal para compreender e utilizar o que aprendem por assimilação"* (Lopes 2001: 65).

Também os nossos actores expressaram algumas estratégias de demarcação face ao grupo socialmente menos qualificado; repondo no centro de interesse a supervisão dos actos de trabalho delegados, mas numa ligação estreita entre a execução e os saberes teóricos, analíticos e interpretativos, os quais estruturam as competências do grupo dominante nomeadamente, como já referimos, no âmbito do diagnóstico das necessidades dos doentes :

Enf. B – " Só lavar qualquer pessoa lava, não é preciso tirar um curso de enfermagem para saber lavar uma pessoa (...) outra coisa é nós vermos (...) pode ter ali uma ferida, pode ter uma coisa qualquer ou que precise de um cuidado (...)"

"(..). limpar os doentes (...) limpar quando estão mesmo sujos, mesmo sujos de fezes, (...) acho que, elas também podiam fazer, mas nós também estarmos presentes, (...) porque podem ter uma zona macerada, irritada, (...)e elas se a gente não diz para por creme, elas se calhar também não põem, se calhar também não sabem (...)"

Enf. H – "(...) o doente dependente que está no leito, o auxiliar de enfermagem também pode fazer o cuidado de higiene mas (...) nós, tem de partir de nós, temos que supervisionar e ver se estão adequados (...) nem o auxiliar, não tem tantos conhecimentos quanto mais e depois no posicionamento, no virar o doente(...)"

Efectivamente, a delegação dos actos circunscreve-se ao domínio da gestualidade operativa, resguardando assim a enfermagem, os seus saberes e

competências específicos, pelo que aperta a malha das redes de poder sobre os auxiliares e sobre a autonomia na prestação dos cuidados.

Aquando do nosso estar nas unidades de cuidados observámos efectivamente que a prestação de cuidados de higiene no leito aos doentes (considerados doentes dependentes) é realizada pelos enfermeiros, com a colaboração dos auxiliares se solicitados.

No entanto, quando os doentes realizam os cuidados de higiene na casa de banho (considerados doentes parciais), são os auxiliares de acção médica que prestam os cuidados a esses utentes; após os enfermeiros identificarem os mesmos, bem como o tipo de ajuda que cada utente e cada situação determina. Dito de outro modo, os enfermeiros reservam no seu campo de competências os saberes analíticos e interpretativos, que lhes permitem avaliar e tomar decisões sobre os procedimentos, acautelando " *os canais de autonomia na prestação de cuidados*" (Lopes 2001: 150).

Porém, não podemos deixar de observar neste processo, a emergência do que consideramos se revestir na verbalização de uma estratégia de assimilação local de saberes e competências do grupo subordinado corporizado pela inclusão, através da verbalização de expressões interpares no grupo das auxiliares e que passamos a transcrever : "Estes são os nossos doentes"; quando se referem aos utentes aos quais prestam cuidados de higiene.

Alguns enfermeiros, admitem mesmo esta assimilação local, e muito embora esta informação não tenha sido categorizada, não resistimos a transcrever excertos de algumas entrevistas dos actores que elucidam esta realidade :

Enf. C – "(...) as pessoas que trabalham cá há muitos anos (...) já conseguem identificar ás vezes certas coisas, (...) eu penso que as pessoas com a continuação de (...) trabalhar aqui e lidar com as situações acabam por (...) começar a ter alguma percepção das necessidades que os doentes têm (...)".

Enf. B – "(...) porque ás vezes também acontece, as auxiliares pensarem (...) porque já estão ali há muito tempo e até já fizeram certas coisas que pensam que sabem e nós também não, não gostamos da atitude e então chamamos a atenção (...)".

A enf. C, teme que a assimilação local de saberes e competências, por parte dos auxiliares, concorra para o esvaziamento funcional da enfermagem:

Enf. C – "(...) podem haver algumas classes que nos substituíssem em certas coisas, também não sei se tenho receio que essa substituição não vá ser uma substituição que nos vá buscar algumas coisas a nós, e nós vamos perder alguns dos saberes que temos, não é? Porque isso também é um risco que nós corremos (...)".

Quanto ao acto de trabalho alimentação, constatamos que a administração da alimentação por sonda nasogástrica; é assumida na integra pelos enfermeiros.

Porém quando se trata da administração da alimentação aos doentes que necessitam de ajuda, esta última é prestada ora pelos auxiliares, ora pelos enfermeiros; aparentando uma indiferenciação de conteúdo funcional dos diferentes grupos profissionais.

No trabalho de campo, demos conta da transferência informal para o campo dos auxiliares, dos actos de higiene e alimentação aos doentes que necessitam de ajuda parcial. Exactamente pelo seu caracter informal, esta transferência é alvo de continuas negociações entre enfermeiros e auxiliares.

Para além das actividades cuja caracterização ocorre no jogo das interacções estabelecidas com os utentes, existem outras em que tal não acontece, e nas quais se incluem as actividades burocráticas.

Os enfermeiros indicaram-nos alguns actos de trabalho no âmbito destas actividades, que na sua apreciação poderiam ser delegadas noutros grupos profissionais, nomeadamente :

Enf. A – "(...)a reposição de stocks, um enfermeiro perde imenso tempo a fazer reposição de stocks, quer dizer o auxiliar desde que saiba os nomes do material, sabe perfeitamente pôr o material nas gavetinhas (...)".

"(...) a reposição de farmácia (...) que seja delegada (...) que seja no técnico de farmácia (...) a questão do sistema da unidose, eles virem repor os medicamentos, aí sim, desde que haja um sistema de unidose! "

Enf. E – "(...) preparar pedidos prá farmácia; a verificar o que é que falta no serviço disto, daquilo e do outro e eu penso que isso são funções que poderiam ser delegados noutros profissionais."

"(...) aspectos que se prendem com o funcionamento geral do serviço, (...) por exemplo, se há lâmpadas fundidas, se há torneiras a pingar, se há uma porta que abre mal, se há uma ficha a precisar de ser substituída, tudo isso são tarefas que podiam perfeitamente ser delegadas noutros profissionais e que (...)não afectam em nada a dimensão holística que tem a enfermagem."

As actividades a delegar pelos enfermeiros traçam uma linha de concordância com o estudo de Silva (2001), uma vez que, e segundo os seus testemunhos hospitalares, "*as actividades a delegar aos auxiliares de acção médica são essencialmente as de higiene e conforto, de ajuda na alimentação ao doente, de preparação e reposição de materiais.*" (Silva 2001: 383).

Dois enfermeiros referiram ainda neste âmbito, outros actos a delegar no pessoal administrativo e que passamos a citar:

Enf. D – “(...) por exemplo, nós como trabalhamos por turnos, temos que repor as folhas nos processos (...), não temos a secretária de unidade sempre a acompanhar (...) essa parte burocrática (...) acho que descaracteriza-nos”.

Enf. F – “(...) há coisas que passava, mas eram os aspectos burocráticos (...) encaminhar uma requisição de RX ou (...) ECG, que é uma secretária de unidade, isto é uma actividade burocrática, é ela que deve encaminhar isso (...)”.

No entanto, estes actos de trabalho referidos pelos enfermeiros D e F não são da inerência das funções dos enfermeiros, como reconhece um dos enfermeiros :

Enf. E – “(...)em termos por exemplo, da marcação de exames, serviço que muitas vezes a gente faz, não era uma coisa que teríamos que delegar porque é uma actividade que já não é nossa , é uma actividade que nós assumimos por falta de organização dos serviços, não há administrativos sempre (...) e nós fazemo-lo.”

Desta forma, não se trata de delegar actividades à semelhança do afirmado pelos testemunhos do estudo de Silva (2001), mas tão somente " *a reposição dos conteúdos de cada um (...)*”(Silva 2001: 388).

Estes actos como explicam os enfermeiros E e G, acabam por ser realizados com alguma passividade pelos enfermeiros quando os mesmos concorrem para o bem estar dos utentes :

Enf. E – “(...) e depois têm outra perspectiva, como há muitas actividades em que os enfermeiros são solicitados nos serviços, que não se prendem directamente com os utentes (...) que não sendo nossas, acabamos para bem dos doentes, por serem assumidas por nós, acabamos por (...) dar a sensação (...) aos familiares (...) que nós estamos sempre muito ocupados e que às vezes não temos tanto tempo assim, pra conversar e pra explicar algumas coisas.”.

Enf. G – “Há funções que eu sei que faço e que não(...) e que não me dizem respeito, simplesmente não pertencem á minha categoria, estás a perceber?(...) mas eu acabo por se calhar como é para o bem estar, acabo por nem me importar de as fazer, estás a perceber?”.

Os actos de trabalho que acabámos de mencionar mais uma vez, concorrem para potenciar o inimigo dos enfermeiros – o tempo – conforme já fizemos referência noutras explicitações. Tempo esse que querem reverter para estar junto daqueles a

quem prestam cuidados; para cuidar, conforme nos dão conta os seguintes testemunhos :

Enf. A – “(...) eles vão buscar os soros, podem colocar os soros nas prateleiras devidas desde que devidamente ensinados (... acho que é um absurdo (...) um enfermeiro perder horas que se calhar deviam estar a prestar cuidados directos ao doente (...) estar mais perto do doente e não estar a perde-lo a colocar ligaduras, colocar sistemas de soros nas devidas gavetinhas (...)”.

Enf. F – “ (...) há determinadas actividades burocráticas que eu dou por mim a fazê-las (...) e podia estar dentro da enfermaria se calhar a falar com alguém, se calhar a ouvi-lo (...)”

Ao falarem dos saberes e competências na prática, os dados obtidos, permitem-nos captar a emergência da estratégia de assimilação local de saberes e competências, a qual ensaia o seu potencial na continuidade espacial e temporal referida por Mauksch (1966); e mencionado por Lopes (2001). Esta estratégia, nos Serviços de Medicina, deste estudo, é ainda consubstanciada pelos períodos de descontinuidade da classe médica, abrindo o caminho á enfermagem para a gestão das situações imprevisíveis, apelativas de saberes analíticos e interpretativos, incrementando a capacidade de decisão, a qual forja os novos modelos de competência, particularizados nas *“competências de experimentação”*.

Os testemunhos dos entrevistados são elucidativos desta realidade :

Enf. A – “(...)no fundo nós estamos permanentemente somos a classe que mais tempo está, estamos 24 horas com os doentes, quer queiramos quer não, é isso que se têm de admitir e é isso um pouco que está esquecido para as pessoas para a sociedade, mas nós estamos 24 horas, nós vemos um pouco a vida daquelas pessoas (...)”.

Enf. B – “(...) nós estamos mais tempo com os doentes, sei lá, e apercebemo-nos de coisas(...) estamos mais tempo com eles (...) e se calhar apercebemo-nos de coisas que eles (médicos) passam despercebidas(...)”.

“(...)acho que ao longo do contacto, nós também nos apercebemos de certas coisas (...) nós vamos desenvolvendo (...) e nós como estamos sozinhos num turno da tarde em que não há lá medico, nós temos que resolver (...) se o doente não come nós temos que fazer que ele coma (...) e se ele não come nós temos que por uma sonda (...)”.

“(...) é o estar desperto (...) temos que observar e estar mesmo desperto para esse tipo de coisas e temos que arranjar uma solução para aquela altura (...)”.

Enf. F – “(...)nós somos as pessoas que mais tempo estamos ao pé do doente, e pronto é um aspecto que nós estamos em vantagem em relação a qualquer outro profissional, o

médico passa aqui seguidos (...) seguidos, nem uma hora passa... do dia..., e eu tenho a autoridade de passar muito mais tempo, tenho autoridade de estar com o doente e de estabelecer com ele uma relação de empatia e tenho uma relação de cuidado diferente do eu estabelece um médico, portanto em relação a isso eu estou privilegiado (...) tenho possibilidade de estar muito mais tempo, tenho possibilidades de estabelecer uma relação (...) completamente diferente e é aí que eu tenho que me distinguir das outras pessoas (...)."

Enf. G – "(...) a gente tá com ela 24 horas (...) e sabemos o que têm (...)."

Por um lado, as 24 horas privilegiam os enfermeiros, no sentido de potenciar o acesso contínuo ao objecto de trabalho e portanto ao seu conhecimento. Este último, pode mediatizar formas de negociação com outros técnicos, nomeadamente os médicos. Por outro lado, a descontinuidade da presença dos médicos, imprime relativas margens de imprevisibilidade aos contextos; pelo que se trata de accionar saberes analíticos e interpretativos : " nós temos que resolver, (...) temos que arranjar uma solução" (Enf. B).

Na continuidade espacial e temporal da sua permanência, potenciada pela descontinuidade temporal da classe médica; os enfermeiros sustentados pelos seus saberes, estruturam a acção contextualizada; partilhando conhecimentos e influenciando decisões médicas, accionando formas de negociação e esbatendo a divisão social do trabalho de produção de cuidados de saúde assente no modelo analítico – Concepção/Execução; sendo a primeira reservado aos médicos e o segunda aos enfermeiros:

Enf. F – "(...) eu tenho saberes e competências para observar um doente, para saber despistar determinadas coisas (...) se eu estou a observar um doente clinicamente, estou a observá-lo nos cuidados que ele precisa, (...) tenho conhecimentos para poder dizer ao médico; este doente está hidratado ou está desidratado por exemplo, este doente podemos parar soros...temos, temos a terapêutica que podemos alterar para per ós ; podemos fazer por isso, mas explicando sempre porque é que estamos a dizer isto (...)."

"(...) eu vinha habituado a uma equipa de médicos (...) e que eu falava e dizia-lhe; discutíamos muitas vezes, (...) debatíamos o problema, (...) falávamos e conversávamos,(...) vim para aqui e (...) tenho continuado a fazer o mesmo, (...) às vezes á um ou outro que fica assim um bocado mais a olhar pra mim, (...) mas depois continuamos a falar e acertamos as agulhas e entendemo-nos (...)."

Enf. H – "(...) no dia a dia o doente tem dor e sofre (...) temos que alertar o médico para isso mas acho que (...) quase que é preciso, (...) entre aspas, pegar numa mão e dizer : prescreva aqui qualquer coisa pró doente, que o doente tem dor! Porque eles esquecem-se muitas vezes disso (...) nós estamos aqui 24 horas e (...) ninguém está aqui 24 horas (...)."

Confluem neste espaço, actuações de diferentes profissionais, em interdependência funcional, emergindo zonas de incerteza, as quais potenciam a imprevisibilidade de cada actor, no processo de cuidados. Podem então, os enfermeiros mobilizar esta fonte de poder, "*se associada á decisão clara do cuidado de enfermagem, assumida por cada enfermeiro numa perspectiva de mobilização do conhecimento com a responsabilidade como garante de autonomia*" (Amendoeira 2000: 74).

Em dois dos Serviços de Medicina que constituem o terreno desta pesquisa, a continuidade espacial e temporal dos enfermeiros é reconhecida como uma mais valia, por parte do médico, Director dos Serviços.

Efectivamente, conforme observámos, pelas 8.00 horas ocorre a partilha de informação acerca dos doentes pelos enfermeiros, no momento designado por - passagem de turno - dos enfermeiros.

Após este momento, cujos actores são os enfermeiros e o palco a sua sala de trabalho, um outro momento de partilha de informação acontece. Porém, com outros actores - Enfermeiro Chefe ou Responsável e o Médico, num outro palco, as enfermarias, animadas pelos doentes.

È neste espaço e neste momento que o Director de Serviço obtém informações sobre todos os doentes, á luz dos conhecimentos, dos enfermeiros sobre o estado de saúde global de cada utente.

Durante estes momentos, e na perspectiva da enfermagem é enfatizado o estado de saúde de cada utente, são comunicadas as alterações ocorridas nas últimas 24 horas, os problemas identificados bem como as decisões de enfermagem que permearam essa descontinuidade temporal dos médicos.

Este é também o momento em que alguns utentes colocam dúvidas e expressam ansiedades e receios, nomeadamente em relação ao diagnóstico médico. E aqui, a comunicação acontece com 3 interlocutores : Utente - Enfermeiro - Médico.

Face á natureza de informação partilhada, o Director de Serviço toma decisões médicas, as quais são comunicadas no decorrer deste "*espaço*" de informação.

A continuidade temporal dos enfermeiros , constitui-se assim, numa fonte de poder, face ao domínio da informação pertinente que detêm sobre o estado de saúde dos utentes, e a qual influência os médicos nas suas tomadas de decisão e na continuidade do seu trabalho.

Conforme defende e sustenta Crozier, constitui-se como fonte de poder o domínio da informação pertinente para que os outros possam tomar decisões e continuar o seu trabalho (Crozier 1977).

Em síntese, desocultámos na prática e na lógica discursiva dos actores, algumas estratégias de revalorização profissional dos quais destacamos :

- Delegação de Trabalho

São as actividades de higiene (3 enfermeiros) e alimentação (5 enfermeiros), que se constituem nos actos de trabalho mais delegados pelos enfermeiros. No entanto, firma-se nesta delegação, nos auxiliares de acção médica, a indispensabilidade da supervisão dos referidos actos por parte da enfermagem, estruturando estratégias de demarcação dos enfermeiros sobre os auxiliares, reenviando contributos para o controle e redes de poder sobre os actos e sobre o grupo subordinado, explicadas pela especificidade dos saberes e competências dos enfermeiros. Dois enfermeiros, afirmam ainda delegar actividades que radicam na reposição de stocks de material diverso e farmacêutico.

O reduzido número de enfermeiros (2) a sugerirem a delegação destas últimas actividades poderá ser explicado pelo facto de apenas dois deles desempenharem, com alguma regularidade este tipo de funções, uma vez que se tratam de actividades no âmbito da gestão, assumida pelos enfermeiros da prestação de cuidados na ausência dos enfermeiros chefes. Porém, de entre os 2 enfermeiros que desempenham estas actividades, apenas um deles afirma delegar estas funções. O outro, pelo contrário, aquando da explicitação das actividades mais valorizadas, afirmou se tratarem de actividades por ele valorizadas porque "exige que nós temos que estar atentos a tudo" (Enf. F).

- Assimilação local de Saberes e Competências :

Relativamente a esta estratégia destacamos, a demarcação face aos médicos, emergente pelo conhecimento global dos doentes e pela continuidade espacial e temporal dos enfermeiros nos contextos.

Os dados obtidos no âmbito das estratégias de revalorização profissional encontram-se sintetizadas nas matrizes que se apresentam .

Quadro n.º 8 - Matriz / Síntese – Percepções sobre a Delegação de Trabalho (PDT).

Entrevistados		Enf.A	Enf.B	Enf.C	Enf.D	Enf. E	Enf. F	Enf.G	Enf.H
Dimensões									
Actividades Delegadas nos auxiliares com supervisão	Higiene		X	X					X
	Alimentação	X	X	X		X			X
Actividades Delegadas noutros técnicos sem supervisão	Reposição Stock / Material diverso e Farmacêutico	X				X			

Quadro n.º 9 - Matriz / Síntese – Assimilação local de Saberes e Competências na Prática (ASC).

Entrevistados		Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf.H
Dimensões									
Rede de Poder									
Demarcação face aos médicos (conhecimento Global do doente e continuidade espacial e temporal)		X	X	a)	a)	a)	X	X	X

a) Observámos a presença e utilização desta estratégia por parte destes profissionais na lógica da sua prática.

Num esforço de síntese , entendemos que este capítulo foi permissivo de racionalidades estruturantes da orientação profissional dos actores, os quais se desenharam na sua lógica discursiva na orientação cuidativa (7 enfermeiros) e na orientação mista que identificámos como o modelo médico de orientação humanista (1 enfermeiro).

No olhar sobre as práticas, os saberes e competências dos enfermeiros, emergiram como actividades mais valorizadas a relação com os doentes (8 enfermeiros), a identificação das necessidades das mesmas (7 enfermeiros) e os cuidados de higiene (enquanto co-responsável pela interacção enfermeiro/doente (7 enfermeiros). Numa lógica de articulação com estas actividades, subjazem os saberes analíticos e interpretativos e as competências de relação e experimentação.

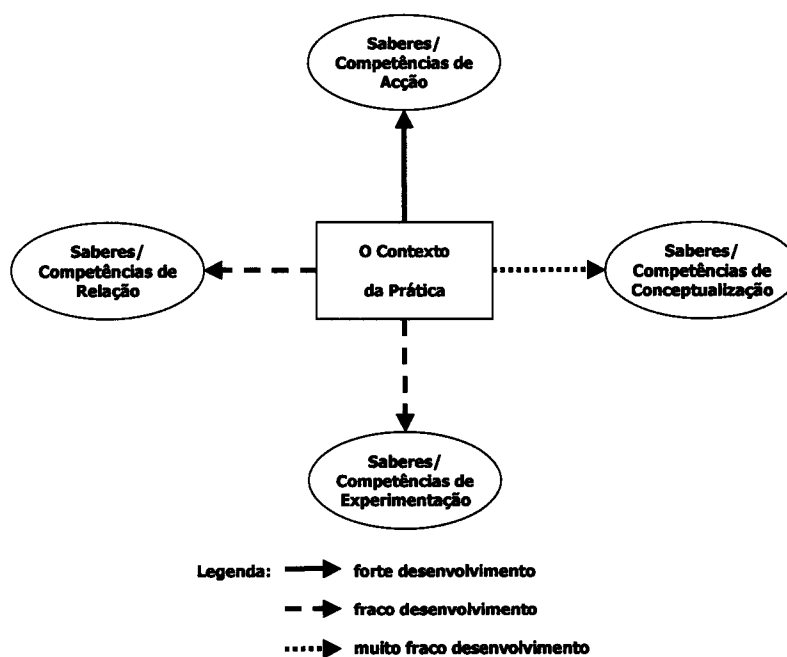
Quanto aos constrangimentos referidos, eles são maioritariamente corporizados pela rotinização dos cuidados e dos registos, pelo que inferimos que os constrangimentos da prática apelam às competências de acção, coartando o desenvolvimento das competências de conceptualização e de relação.

Salientamos, no entanto que os pontos de convergência e divergência com as competências referidas, emergentes da tipologia de Kolb (1984) e referido por Abreu (1994;2001) é tão próxima quanto a natureza qualitativa dos dados o permitiu.

No âmbito das estratégias de revalorização profissional salienta-se, por um lado, a delegação do trabalho nos actos de higiene (3 enfermeiros) e alimentação (5 enfermeiros), bem como a reposição de stocks e material diverso e farmacêutico (2 enfermeiros). Por outro lado, destacam-se as estratégias de demarcação face aos médicos e auxiliares, nas quais se engendram redes de poder, corporizadas respectivamente no conhecimento global do doente, na continuidade espacial e temporal e na supervisão dos actos delegados.

O esquema que a seguir se apresenta pretende ilustrar o desenvolvimento de saberes e competências no contexto da prática dos enfermeiros.

Esquema n.º 3 - O Contexto da Prática e o Desenvolvimento de Saberes e Competências.



Desenhadas as representações e práticas dos enfermeiros, ás quais subjazem os saberes e competências, outras questões ganham alcance e pertinência na história destes actores.

Quais as repercussões da estratégia formativa – o CCFE – nos saberes, competências e práticas dos enfermeiros? Quais as implicações nas suas configurações ideológicas e identitárias?

É o desafio que orientará a continuação da análise.

6 - A LÓGICA DA ESTRATÉGIA FORMATIVA : REPERCUSSÕES NOS SABERES, COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS DOS ACTORES.

Durante a análise que se antecedeu procurámos compreender as representações e as práticas profissionais dos actores, no intuito de desocultar contributos promotores do seu enquadramento ideológico e identitário tributário da sua trajectória profissional.

Porém, esta trajectória foi atravessada por uma estratégia formativa formal – O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE).

O Curso Complemento de Formação em Enfermagem, enquanto espaço e momento formativo, viabiliza a aquisição, o desenvolvimento e ou estimulação de saberes, os quais suportam e estruturam as competências, que animam as acções dos actores no palco da sua prática de cuidados, traçando recortes de continuidade e descontinuidade na matriz identitária dos enfermeiros.

Desta forma, e *“no âmbito da análise estratégica, valoriza-se a formação como um factor de mudança no seio da empresa e dos contextos de trabalho”* (Abreu 2001: 114), porque produz novas relações, é criadora de novas oportunidades e forja novas relações de poder.

Assim sendo, procurámos compreender, na lógica discursiva dos actores, o alcance desta estratégia formativa na reconfiguração dos seus saberes e competências, bem como da sua consolidação e concretização nas práticas de cuidados.

6.1 – ESQUEMAS DE INTERESSES E EXPECTATIVAS NA FORMAÇÃO

Numa primeira aproximação a este recorte da problemática, uma primeira questão emergiu :

- Quais os interesses e expectativas dos enfermeiros em relação ao CCFE?.

Procurámos respostas para esta inquietação, formulando a questão directamente aos enfermeiros.

Para dois dos enfermeiros, o ingresso neste espaço formativo radica na legalidade normativa que legislou o curso :

Enf. G – “Fui pró complemento quase obrigada, porque é mais uma coisa que a gente somos obrigados a ter ...somos praticamente obrigados ... Não foi por...com esperança ou com expectativa de subir de escalão ou de evoluir na carreira.”

Enf. H – “(...)”...o curso de formação, foi imposto...legalmente..., como já tinha havido outro curso anterior ao meu ... e já sabia ... não iríamos aprender novas técnicas, não iríamos...falar do que se tinha feito no curso de base!...e há assim...incógnita, vá diríamos sem saber o que seria propriamente, do que iríamos tratar do que iríamos falar!(...)”.

O grau académico da Licenciatura, constituiu-se no interesse expresso pela formação verbalizado pelos testemunhos :

Enf. A – “(...) questão da criação de uma licenciatura (...)”.

Enf. D – “(...)quando surgiu o Complemento de Formação, fiquei amplamente satisfeito(...) licenciatura, licenciatura mais , mais um grau formativo, (...) eu fiquei satisfeito, (...) não porque me sentia (...) mas (...) licenciatura é visto, como socialmente (...) como uma coisa positiva (...)”.

Enf. E – “(...)penso que faria sentido, havendo a licenciatura que houvesse oportunidade dos profissionais que já eram bacharéis e que já andavam a fazer a sua prática poderem de facto aceder á licenciatura (...)”.

Para o enfermeiro D, o interesse pelo CCFE é tributário de prestígio social pelo advento da licenciatura; ao passo que para a enfermeira C; este interesse orienta-se na probabilidade acrescida de progressão profissional :

Enf. C – “(...)o motivo pelo qual eu quis fazer o CF, tem muito a ver com uma possível progressão na carreira (...)”.

Outros, embora não evocando o pressuposto legal referido pelos enfermeiros G e H, parecem também não deter grandes expectativas em relação á formação, apreciando o mesmo como uma incógnita :

Enf. A – “(...) estava um pouco céptico o que é que poderia vir a aprender ou não(...)”.

Enf. B “(...)o que é que será o complemento? O que é que eles nos vão ensinar para além daquilo que nós sabemos não é? E da prática que tivemos e do curso que fizemos? (...) não sabia muito bem para o que vinha,(...)”.

Porém, também expressaram a expectativa embora vaga de “*aprender mais*”, “*aprender conhecimentos*”, “*saber mais*” :

Enf. A “(...) aprender conhecimentos que já tinha e que estavam esquecidos que tinha do próprio curso base, (...) saber mais alguma coisa (...)”.

Enf. B – “(...)” Pensava que se iam exigir grandes trabalhos, grandes pesquisas, grandes investigações, mas às vezes também pensava..., pronto sobre aquilo que a gente faz aqui todos os dias na prática, porque ao fim e ao cabo só podia ser sobre isso...”.

Enf. F – “(...) fui fazer o Curso de Complemento de Formação, não com uma grande expectativa de(...) ir aprender (...) claro que aprendemos sempre, claro que relembramos conhecimentos que tínhamos, relembramos determinadas coisas (...)”.

No entanto, três dos enfermeiros mencionaram de forma mais objectiva os domínios de interesse inscritos nas suas necessidades formativas, como nos dizem :

Enf. B – “(...) foi o aspecto relacional, foi o que também me motivou, do que talvez me tivesse motivado mais, a ver o que é que vocês tinham de novo, aqui (...)”.

Enf. C – “Em relação às expectativas, (...) que eu tinha era (...) aprender não sei, (...) eu acho que nós quando estamos a trabalhar, acabamos por perder (...) como é que hei - de explicar(...), nós fazemos as coisas, há uma maneira às vezes tão automática que deixamos de explicar algumas coisas que até são mais importantes e (...) e achei que se calhar com o complemento, isto me fosse ajudar (...) porque eu acho que nós aqui adquirimos alguns maus hábitos e alguns vícios (...)”.

Enf. E – “(...)havendo a necessidade de fazer o complemento, eu penso era necessário fazê-lo o mais rapidamente possível... eu estava convencido que o complemento me iria permitir fazer essencialmente duas coisas : (...)ouvir experiências de outras pessoas, com experiências diferentes da minha e fazendo-me reflectir como sou na minha prática; (...) desenvolver os meus conhecimentos na área da investigação (...) em enfermagem para poder aplicar(...)”.

Os esquemas de interesse e expectativas, revelados pelos testemunhos estão representados no quadro que a seguir se apresenta, os quais radicam essencialmente na obtenção de grau de licenciado, 5 enfermeiros (A, D, E, G e H) e ainda na pretensão de desenvolver conhecimentos 6 enfermeiros (A, B, C, D, E e F).

Quadro n.º 10 - Matriz / Síntese – Esquemas de Interesse e Expectativas (EIE).

Entrevistados Dimensões	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Grau académico (licenciatura)	X			X	X		X	X
Desenvolver conhecimentos	X	X	X	X	X	X		

Para a maioria dos enfermeiros seis (6), as expectativas não estavam muito clarificadas, em torno da organização e (re)organização do seu “*património*” de saberes e competências, até porque como nos dizem :

Enf. D – “(...) eu tava nessa altura, convicto de que sabia praticamente tudo e que não tinha necessidades formativas nenhuma, não é? (...) quando nós estamos instalados há uma serie de anos, e quando (...) pronto, (...) já com alguma experiência em várias áreas e (...) habituamo-nos àquilo (...)”.

Enf. F “(...) mas não fui com aquela expectativa de, eu vou para ali aprender...coisas...assim tão grande(...)”.

Então, após o momento formativo que percepções emergiram? Houve saberes e competências (re)construídos? Em que domínios? É o que tentaremos compreender na análise que se segue.

6.2 - (RE) CONFIGURAÇÃO DE SABERES E COMPETÊNCIAS NA LÓGICA DO PERCURSO FORMATIVO

Apesar de inicialmente as expectativas não serem muito “*ambiciosas*”, não é menos verdade que após o percurso formativo consideram, numa apreciação global, que o mesmo foi positivo :

Enf. A – “(...) no final acho que até aprendi algumas coisas (...)”.

Enf. B – “(...) o balanço, (...) é positivo, eu penso que é positivo (...)”.

Enf. C – “(...) eu faço, eu acabo por fazer uma boa apreciação (...)”.

Enf. D – “(...) bastante positiva, bastante positiva!(...)”.

Enf. E – “(...) houve reconfiguração de saberes e competências, isso de certeza que houve(...)”.

Enf. F – “(...) no fundo eu posso dizer que é (...) que é positivo (...)”.

Enf. G – “(...) nos saberes e competências aprendi alguma coisa (...)”.

Enf. H – “(...) depois de lá estar (...) pronto gostei! Acho que foi proveitoso (...)”.

Expressando os actores um balanço positivo da formação, pretendemos “*saber mais*” ou seja, perceber o “*sentir*” do modo expressivo dessa “*positividade*” nos seus saberes e competências.

O dispositivo da formação privilegiou um modelo baseado na formação experiencial, imbuído pela “*valorização do saber do trabalhador*” (Arruda, s/d: 2); accionando a trajectória profissional de cada enfermeiro, numa ligação forte aos contextos de trabalho (D’ Espiney 1997).

A formatividade do contexto de trabalho é reconhecida e confirmada por diversos trabalhos, nomeadamente : Correia (1993); Palmeiro (1995); Abreu (1994; 2001), donde decorre a reconfiguração de saberes e competências. Em linha de concordância com os autores citados, reafirma-se a formatividade do contexto de trabalho. Porém, como referem essa formatividade do contexto e do trabalho requer a capacidade de reflexão no e sobre a prática.

Nesta perspectiva, tendo em conta o património experiencial de cada actor, numa análise fina cada enfermeiro procurou descobrir o material que permitisse edificar o seu percurso formativo.

A formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz á apropriação de competências no domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional “*porque não pára de provocar dinâmicas de produção de abertura, de cultura e de criatividade, ligadas ao efeito de aprendizagem e de mudanças dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico.*” (Sainsaulieu 1999: 102).

Neste sentido, os discursos dos enfermeiros evidenciam o sentido da lógica formativa conducente á prática reflexiva, como um dos seus efeitos pedagógicos; capaz de provocar mudanças na prática de cuidados :

Enf. A – “(...) eu considero um pouco o CF como isso, um balanço onde eu parei para pensar, o que andava até então a fazer, como o estava a fazer, a quem e para quem estava a fazer e avaliar se tinha de mudar ou não.

“Teve contributos (...) fez-nos parar para pensar, para dessa forma melhorar, acho que foi o principal contributo(...)”.

Enf. B – “(...) e talvez o complemento tenha sido uma reflexão daquilo que eu faço todos os dias, mas que às vezes a gente não pensa nisso(...)faz porque sabe que tem que fazer, não é?(...) veio-me proporcionar uma reflexão daquilo que se calhar eu fazia todos os dias mas que não pensava nisso!(...) fazia porque era assim, tinha que fazer, bem ou mal não sei, mas era assim que eu tinha que fazer!! Porque era assim que estava instituído no serviço, porque quando eu fui para ali era assim que se davam as voltas, era assim que se faziam as higenes(...)”.

Enf. C – “(...) o que me estimulava mais eram os trabalhos que nós fazíamos da parte das ciências de enfermagem ... precisamente por isso, porque “obrigaram-nos” a confrontar-nos com a nossa prática do dia a dia, com a maneira como nós deveríamos fazer(...) e pôr-nos a pensar, o é que nós faríamos mudar(...) para que as coisas fossem diferentes(...)”.

“(...) principalmente os primeiros trabalhos (...) fazia com que nós pensássemos um bocado,...eu acho que foi isso mais que aconteceu, também os trabalhos que fizemos, fizeram-nos pensar nas nossas práticas, e isso acaba por ser importante, porque nós acabamos por ver que de facto algumas coisas não fazemos também e perdemos, deixámos de fazer algumas coisas que complementavam essas actividades (...)”.

“(...)de uma forma geral conseguiram mais ou menos, (...) abordar todos aqueles pontos que são, que são essenciais, levar-nos a reflectir sobre várias coisas que de facto são importantes nas nossas actividades(...)”.

Enf. D – “(...) ciências de enfermagem (...) foi o inicio para nós começarmos a reflectir realmente o que estávamos a fazer (...) havia que descobrir o que é que fazemos, porque é que fazemos (...)”.

“(...) porque (...) estava, estava e penso que todos os colegas estavam numa fase inerte, quer dizer, pronto (...) parámos no tempo(...)”.

Enf. E – “(...) longo das ciências de enfermagem proporcionou-se uma série de discussões e isso obrigava-nos a reflectir(...) eu penso que de uma forma geral, não só em mim, mas na larga maioria das pessoas que acabou por haver um ou outro aspecto da prática que acabou por ser influenciado por isso(...)”.

Enf. F – “(...) basicamente o que eu achei do complemento foi, ajudou-me sim a reflectir um pouco sobre a prática (...) o que eu faço no dia a dia, a olhar para dentro de mim, a ver como eu estava a trabalhar e (...)”.

Enf. G – “ (...)o facto de conversarmos uns com os outros, já é reflexão!”.

Enf. H – “(...) modificou bastante(...) a nossa maneira de agir e nossa maneira de estar propriamente na parte técnica, técnico/científica (...) no pensar do que era a enfermagem? O que é ser enfermeiro? (...)repensarmos isto, e acho que foi bom!”.

“ Reconstruíu talvez um pensar melhor, pronto, do que é ser enfermeiro, ou a enfermagem; a nossa acção no dia a dia.”.

O conjunto da totalidade das asserções desenha a harmonia da potencialidade do espaço formativo enquanto agente promotor do *"repensar das práticas"* (Bellier 1999: 246), dos enfermeiros e, conforme reconhecem, este poder reflexivo constitui-se na *"arma"* capaz de provocar mudanças nas suas práticas; ou seja a análise do trabalho passou a fazer parte do trabalho (Yves 1995).

Alguns actores, assumindo a rotinização dos cuidados, mediada pelo saber – fazer, conforme ficou expresso no capítulo da análise dos constrangimentos na prática de cuidados, consideram que na reflexão e pela reflexão emergente as mudanças fizeram-se *"sentir"* abalando a estrutura rotinizada dos cuidados; assente na passividade da execução e da gestualidade operativa do saber – fazer :

Enf. A – “(...)a questão das ciências de enfermagem em que começamos pela questão da caracterização da nossa prática, (...) para que nós pudéssemos (...) vir um pouco a reflectir, um pouco como é que estava a ser a nossa prática até então; e isso acho que foi fundamental, em relação á prática, nós andávamos só a fazer, fazer mas não pensava bem o que andava a fazer, não reflectia sobre isso, (...) através dessa disciplina isso foi conseguido, sem duvida, veio-nos melhorar o poder reflexivo e de mudar atitudes dos nossos comportamentos(...)”.

Enf. B – “(...) até mudou alguma coisa! (...) eu estava a cair (...) numa rotina, tava a cair, tava-me a deixar levar pelas coisas, eu acho que isso também não é uma atitude de todo coerente da nossa parte, (...) se não tivesse feito o complemento (...) eu não teria despertado para certas coisas (...) e interessado (...) porque eu quando cheguei aqui, vinha um bocado desmotivada e depois até me interessei por algumas coisas que, pronto, que não era nada de novo, que aqui vocês também não me ensinaram nada de novo, mas (...) eu reflecti (...) das coisas que eu fazia e que ao fim ao cabo faltava era reflectir(...)”.

Enf. C – “(...) eu acho que muitas das vezes andamos aqui e nem paramos para pensar, andamos a correr, temos que fazer isso, fazer aquilo (...)”.

“(...) o que eu consegui com (...) com o complemento foi ganhar outro estímulo, outra motivação (...) eu acho que o complemento veio ajudar a (...) deu um empurrão (...)faz com que uma pessoa acabe por (...) por reflectir novamente (...)em vez de fazer as coisas de uma forma tão automática (...) parar um bocadinho e (...) de forma a tentar melhorar essas mesmas práticas (...)”.

Enf. F – "(...) reflectir e nós ao reflectirmos muitas vezes mudamos, (...) porque a pessoa no mesmo serviço acaba por adquirir sem dar por isso vícios, rotinas, por adquirir determinadas coisas que não são boas para nós, e nós acabamos muitas vezes por fazer, porque é rotina, é já o normal é todos os dias aquilo e o complemento acho eu que foi alertar, alertou-me a mim também (...)e às vezes nós sem quereremos também vamos um bocadinho atrás(...)".

O dispositivo da formação, alicerçado na experiência e na trajectória de vida de cada formando, parece ter dotado cada enfermeiro do privilégio de "*confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir*" (Abreu 2001: 118), accionando a sua ancoragem no conceito criado por Finger (1986), "*formação crítica de adultos*", elaborada pela pessoa através da "*consciência crítica do actor*" (Sainssaulieu 1999: 94), permitindo uma "*consciência contextualizada*" (Nóvoa 1998: 116).

A reflexão segundo os testemunhos permitiu-lhes interpelar os saberes e interrogar as práticas (Abreu 2001) (re)organizando o seu património num redimensionar de saberes redescobrimo as práticas, pela "*criação de novas formas de pensar e agir*", "*tomando decisões*", num confronto interactivo entre o como, de que forma e o porquê da prática, permissivo de novas formas de pensar e fazer a enfermagem.

Nesta perspectiva, e tomando por empréstimo os contributos da obra de Abreu (1994; 2001), que temos vindo a fazer referência, na qual o autor utilizou o EPQ (Environmental Press Questionnaire) e o ACP (Adaptive Competency Profile), desenvolvido por Kolb (1984), os quais, segundo Abreu são permissivos da determinação da importância das competências, para um determinado contexto de trabalho, bem como do exercício global da acção colectiva nesse meio, pareceu-nos que o conjunto das asserções que anteriormente transcrevemos, revelam o simbolismo discursivo dos testemunhos e são sugestivas do desenvolvimento de competências de experimentação, as quais estando associadas ao estilo de aprendizagem convergente permitem "*criar novas formas de pensar e agir*", "*tomar decisões*", "*escolher as melhores soluções*", "*realizar novas experiências*" entre outras (Abreu 2001).

Relembramos que na análise sobre as actividades mais valorizadas pelos enfermeiros, inferimos que as competências de experimentação estavam subjacentes ás mesmas. Nesta perspectiva, o complemento de formação terá sido potenciador destas mesmas competências.

Ou ainda, na perspectiva dos contributos de Boterf (1994; 1995) trata-se de um "*saber agir em situação*"; consubstanciado pelo "*saber fazer experiencial*", o qual

sendo emergente na acção adquirido pela e na experiência, se caracteriza pela indispensabilidade de mobilizar saberes cognitivos, afectivos, técnicos e reflexivos, tendo estes últimos sido catalisados pela experiência formativa; bem como do saber experiencial, o qual se torna emergente na prática reflectida e se constrói na reflexão de uma experiência concreta e no trabalho de conceptualização e abstracção dessa mesma experiência, de forma a poder ser reinvestido numa nova experiência.

Dito de outro modo, deslocando o jogo do saber – fazer enfatizado nos gestos de trabalho e nos procedimentos (Lopes 2001); consubstanciado pela rotinização dos cuidados numa áurea medicocêntrica, para o jogo dos saberes analíticos e interpretativos indispensáveis aos processos e às competências que lhe subjazem permissivas da mudança e catalisadores da inovação e criatividade.

Porém, os saberes e competências centrados nos processos são apelativos dos recursos cognitivos dos actores, consubstanciados pelos saberes teóricos de forma a engendrar respostas adequadas na imprevisibilidade da natureza humana do processo produtivo.

Este recorte, no dizer de alguns enfermeiros, parece ter sido também uma mais valia do espaço formativo, desenhado a reaproximação compreensiva e estreita entre a teoria e a prática :

Enf. B – “(...)”A teoria Científica pois, nós temos pouco contacto com essas partes (...) pois nós quando saímos do curso o que queremos é prática e essas partes, às vezes ficam um bocado de lado (...) E se calhar levou-me outra vez a relembrar questões que tinham sido estudadas na altura do curso e que agora tavam um bocado (...) esquecidas(...)”.

“(...)as ciências de enfermagem (...) levou mais a (...) aprofundar os conhecimentos que se calhar já estivessem um pouco esquecidos(...)”.

“(...)às vezes(...) esquecemos um bocado a teoria”.

Enf: C – “(...) fiquei novamente com aquela emoção, de que as coisas de facto são assim, assim é que estão correctas e que assim é que devem ser feitas e tenho feito um esforço maior para, para tentar fazer as coisas como, como elas são, quer seja uma algaliação, quer seja uma punção, sei lá(...) todas as regras que nós empregamos numa prática do dia a dia, acabo por fazer um esforço que, que...não, não sei se sensibilizada será bem a palavra, mas(...)acabei por ficar um bocadinho mais motivada (...) acho que o complemento acabou em (...)talvez um bocadinho(...)é(...)o gosto por fazer as coisas como devem ser e pronto acabei por ficar(...)mentalizada novamente que as coisas, são assim, têm que ser feitas assim e ganhamos mais nós com isso e até mesmo os doentes.”.

“(...)interiorizar certos(...)certos conhecimentos e certas coisas que nós acabamos por esquecer que eu acho que são importantes(...)”.

Enf. D – “(...) Melhorei (...) da parte teórico – científica com a aquisição de novos conhecimentos (...).

O redimensionar dos saberes dos enfermeiros, e das competências que os primeiros sustentam e viabilizam foi alimentado pela reflexão das suas práticas, incrementando o saber fazer analítico e interpretativo corporizado nos saberes sobre os processos, ao invés dos saberes sobre os procedimentos e gestos.

Tratou-se de privilegiar o olhar para dentro das práticas e de cada actor que as formaliza, num determinado contexto e desta forma possibilitar a observação reflexiva da imagem que o espelho formaliza. Exercício que parece ter sido apreciado pelos enfermeiros.

Não menos apreciado foram os saberes oriundos da disciplina de investigação. Relembremos que o plano do curso prevê a elaboração de um trabalho final, no qual os discentes deverão identificar no contexto da sua prática de cuidados, um problema passível de ser tratado com metodologia investigativa.

Para a maioria tratou-se de “*novos saberes*”, de importância reconhecida :

Enf. B – “(...) e a investigação porque era uma área um bocado nova pra mim porque nós no curso tivemos muito pouco contacto com a investigação(...)”.

Enf. C - “(...) a investigação neste momento é uma coisa extremamente importante (...) é evidente que mesmo hoje em dia, mesmo em termos de progresso na carreira, temos de saber mesmo investigação, é fundamental(...)”.

Enf. D – “(...) investigação(...) pronto mas nós não sabíamos como é que havíamos de fazer, nos vários passos para elaborar um trabalho de investigação e fiquei, fiquei a saber não é?(...), qualquer grau académico que nós tenhamos que tirar, temos que ter conhecimentos neste sentido, não é?”

Enf. E – “(...)eu continuo a alimentar a esperança de que mais ano menos ano surgem condições para se fazer investigação nos serviços; ou seja, os enfermeiros que estão nos serviços fazerem investigação de enfermagem, sobre temas de enfermagem nos serviços onde (...) eu penso que com o advento das licenciaturas “(...) e vai permitir que essa actividade se desenvolva de uma forma mais abrangente e possa ser uma coisa mais comum do que hoje em dia, do que hoje em dia é. E a grande expectativa que eu tinha em relação ao complemento era de facto essa.”

Enf. F – “Em relação á investigação (...) pronto no nosso dia a dia, aqui não nos pautamos por isso, não é? O trabalho que fazemos, não há esse trabalho, (...) e era uma lacuna grande que sentia que eu tinha percebes? “

"(...) e foi muito enriquecedor para mim, eu fiz um projecto de investigação, eu aprendi se calhar o b a bá da investigação e(...)construi uma coisa com pés e cabeça, tronco e membros percebes? Tudo coisas que eu não dominava e não penso que domino, é difícil, só fazendo mais e só trabalhando mais em mais projectos e mais trabalhos é que nós nos vamos aperfeiçoando e vamos desenvolvendo as nossas capacidades, mas aqui sim fiquei bastante desperto, fiquei a (...) como se fosse a abertura de uma porta para agora poder sim senhor encaminhar e continuar, percebes?".

Enf. G – "(...) investigação (...) foi assunto que eu nunca aprofundi, porque se calhar nunca tive necessidade propriamente disso(...)gostei! (...) e aprendi (...) e actualmente sei como é que se faz um trabalho e como é que se investiga (...)".

Enf. H – "(...) investigação e estatística (...) que daqui por mais uns anos, seja importante e possamos avançar nesta área da investigação, da enfermagem avançar com o trabalho de investigação (...) essa área da investigação em enfermagem, que nos faz falta, fez-nos falta, a gente (...) queremos ser uma profissão individualizada, (...) autónoma, (...) temos que ter, ter bases(...)".

Porém, conscientes do valor destes conhecimentos para o desenvolvimento da profissão, é indispensável que os enfermeiros "*pratiquem*" os cuidados e "*pratiquem*" a investigação incrementando a retroalimentação dos dois domínios que se complementam e interdependem, provocando sinergismos no seio das práticas e da profissão.

No entanto, alguns enfermeiros, apesar dos conhecimentos que afirmam detêm pensam que a possibilidade de desenvolver investigação nos serviços tem pouca viabilidade :

Enf. D – "(...) na prática (...) um trabalho de investigação é moroso, demora tempo... é um problema assim um bocado(...)".

Enf. H – "(...) pronto, do serviço(...)mas a maneira como tá (...) a prestação de cuidados, pronto, tem que haver um grupo de enfermeiros que se dedique (...)a esse aspecto ! (...) por falta de tempo(...) não temos tempo para nos dedicar! (...)".

Porém, a enfermeira H, não inviabiliza a possibilidade de realizar investigação na unidade de cuidados, apontando até as vantagens da mesma :

Enf. H – "(...) a gente fazer um trabalho de investigação (...)na área dos cuidados só nos trazia vantagens (...) só nos melhoraria a nossa prática, não é? E os cuidados ao doente (...) só nos esclarecia (...)certas dúvidas que nos surgem às vezes ai no dia a dia e que sem um estudo deste tipo, não é? A gente não chega a conclusão nenhuma! E então estes estudos

servem então para isso (...) eu acho que sim, que era bastante proveitoso!”.

A mesma postura é partilhada pela enf. G – “(...) se calhar terei muito mais facilidade em fazê-lo do que teria, do que o faria antes. Se calhar se me falassem numa coisa dessas, se calhar dizia : á, tá tudo maluco, era o que me faltava! (...) Porque nem tinha a noção como é que as coisas funcionavam, como é que as coisas se faziam e agora não. Agora se calhar já pondero e já vejo, se farei ou não farei (...)”.

Na mesma perspectiva, mas de uma forma mais consistente, probabilística e optimista se desenham os discursos dos testemunhos Enf. E e F :

Enf. E – “(...) eu continuo a alimentar a esperança de que mais ano menos ano surgem condições para se fazer investigação nos serviços; ou seja, os enfermeiros que estão nos serviços fazerem investigação de enfermagem, sobre temas de enfermagem nos serviços onde (...) eu penso que com o advento das licenciaturas (...) e vai permitir que essa actividade se desenvolva de uma forma mais abrangente e possa ser uma coisa mais comum do que hoje em dia, do que hoje em dia é (...) eu penso que (...) longo prazo o complemento vai acabar por contribuir a nível de (...) com a possibilidade de haver muito mais pessoas no terreno a reflectir sobre a sua prática e a desenvolver trabalhos de investigação ou até outros de pura teoria eventualmente ou trabalhos de casos clinico sou até outros que as pessoas queiram fazer; acho que com (...) a médio e a longo prazo a produção científica dos enfermeiros que estão fora das escolas vai aumentar muito e que vai aumentar, e que isso passa, passa por haver enfermeiros licenciados(...)”.

Enf. F – “(...) a desenvolver processos de investigação e tentá-los aplicar? é uma coisa que (...) que me sinto desafiado a fazer, percebes? (...) porque é pôr-me também a mim á prova, Percebes? Por melhor que seja a prestação de cuidados ou a organização do serviço, seja aquilo que for, percebes?”.

A investigação constitui-se então, numa estratégia poderosa permissiva do *“questionamento do real e do quotidiano, procurando, compreende-lo e explicá-lo e não apenas e só, verificá-lo tanto pela ausência, como pela presença”* (Amendoeira 1998: 18).

Ou seja, como refere o Enf. E, a *“produção científica”*, pode acontecer onde a profissão acontece, no terreno, no contexto da prática, pensada e levada a cabo pelos enfermeiros que prestam cuidados, estreitando a complementaridade das lógicas teoria e prática, pensar e fazer.

Da nossa vivência nos serviços de saúde, como enfermeira e posteriormente como docente, fomos dando conta da *“troca”* dos discursos dos enfermeiros, quando

questionados sobre as práticas. “*Trocaram*” as justificações cronológicas (“*sempre fiz assim*”), aliás como referiu a Enf. B : “fazia porque era assim, (...) porque era assim que estava instituído no serviço, porque quando eu fui para ali era assim (...)”; pelas razões compreensíveis e explicativas, evocando estudos e trabalhos realizados sobre o quotidiano, alguns dos quais realizados pelos próprios no decurso do Complemento de Formação.

Procurando um paralelismo com o estudo de Abreu (2001), incluindo o autor nas competências de conceptualização : “*analisar dados quantitativos*”, “*planear pesquisas*”, “*testar ideias e teorias*”, “*organizar as informações colhidas*”; pensamos poder inferir pelas palavras dos testemunhos, que o dispositivo de formação viabilizou a formalização dos saberes capazes de sustentarem competências de conceptualização, facto que foi apreciado e valorizado pelos enfermeiros. Relembramos que na análise sobre a prática, inferimos que as competências de conceptualização dos actores no contexto da sua prática se revestiam de um fraco desenvolvimento. Os dados agora analisados são permissivos de afirmar que, pela mão do CCFE, os saberes subjacentes às competências de conceptualização foram formalizados, possibilitando aos enfermeiros o desenvolvimento destas competências.

Na investigação desenvolvida por Abreu (2001); o autor conclui que nos três contextos estudados (Escola, Centro de Saúde e Hospital); o grupo das competências de conceptualização foi o que obteve menor cotação média, sendo esta realidade reconhecida pela generalidade dos actores ; pelo que : “*Ao reconhecerem o fraco desenvolvimento destas competências, os alunos e os enfermeiros identificam um conjunto de consequências a ele devidas, situadas a nível do desenvolvimento pessoal, dinâmica assistencial e mesmo a nível da profissão.*” (Abreu 2001: 296).

Se é verdade que a investigação é permissiva do desenvolvimento da profissão angariando contributos para o incremento da autonomia, não é menos verdade que a atitude dinâmica face á auto-formação de cada um dos seus profissionais constitui-se em gotas de óleo capazes de alastrar a mancha de saberes incessantemente mutáveis e das competências que os sustentam.

De facto para fazer face ás imprevisibilidades sociais torna-se indispensável problematizar e orientar a formação pelos princípios defendidos por Sá Chaves (2000); ou seja “*Princípio de inacabamento*”, “*Princípio da continuidade*”, “*Princípio da auto-implicação do formando*” e “*Princípio do efeito multiplicador de diversidade*”.

Estes princípios, conforme referimos na construção teórica, interagem e interdependem, enquadrados na nossa sociedade que se intitula como a sociedade do conhecimento, donde emerge a necessidade de cada actor para a aprendizagem ao

longo da vida.

Nesta perspectiva, o renascer para a necessidade do saber – aprender, na lógica da implicação, de uma nova atitude face á auto – formação, parece ter sido também uma mais valia do Complemento de Formação, na lógica discursiva dos testemunhos :

Enf. B – “(...) foi se calhar termos que fazer novas pesquisas e termos que ir novamente ver livros, coisas que eu nunca gostei muito de fazer foi pesquisa bibliográfica (...) mas agora acho que já está melhor, já faço...pelo menos já consigo seleccionar mais aquilo que quero.”

Enf. D – “(...)despertou-me que não deveria descansar tanto, (...) E pronto, não nos acomodarmos muito a uma determinada realidade, não paramos no tempo, mais nesse sentido (...)na parte da pesquisa, porque eu parei um bocado no tempo, eu deixei de fazer pesquisa , deixei de ler , voltei a ter interesse na leitura de livros ligados á enfermagem e outras ciências”.

Enf. H – “ (...) gostei de falar, de ler coisas que de outra maneira a gente não lê! (...) chega a casa e não tem tempo e ali não (...)tínhamos que ler, tínhamos que fazer os trabalhos (...) e foi bom, foi proveitoso.”

O saber – aprender, desenha efectivamente o alcance da “*competência – chave*” da formação continua, conforme explica Pires (1994); entendendo esta última como “*a capacidade que uma pessoa tem de fazer um exame critico e compreender o que se passa no local de trabalho (...)*”(Pires 1994: 11).

A este propósito, os enfermeiros E, F e G, já tinham referido a importância que atribuíam á auto – formação e ao uso que faziam dela, o que explica talvez, o facto de não mencionarem o despertar para o saber – aprender como um contributo do Complemento de Formação.

Vejamos a forma como se referem á auto – formação, no seu percurso profissional, emergente da categoria esquemas de interesses e expectativas.

Enf. F – “(...) há sempre coisas novas, e daí a importância que eu dou á formação, percebes? Para estarmos actualizados, para desenvolvermos capacidades, nós não podemos parar, não podemos estagnar, não podemos pensar que sabemos tudo, não sabemos (...) e quando me deparo com situações novas que eu precise de apreender, que eu não domine assim também, procuro sempre e tenho feito sempre formação.”

Enf. E – “(...) eu tenho me pautado pela auto – formação (...) ter mais conhecimentos, enfim para evoluir (...).”

Enf. G – “(...) a nível da formação (...) a gente tem feito formação em serviço, cumprimos o plano de formação e quando sinto necessidade nalgum assunto, eu próprio, tás a perceber ? (...) temos tanta literatura, que eu acho que hoje em dia só não se forma quem não quer! (...) acho que não é preciso a gente tar á espera de (...) um dia X, (...) pra se formar! (...) porque assim, quer dizer, então se nunca houver formação no serviço, isto é um exemplo, então ninguém se forma, ninguém estuda minimamente, ninguém tenta evoluir (...), é tentar-se informar porque todos os dias há novas coisas e a gente tem que evoluir de alguma maneira e não podemos estar á espera que os outros façam tudo por nós! (...) isto é o que eu faço!”.

A abordagem da prática profissional e dos saberes e competências que a animam, foi sugestiva de polarização dos referentes identitários dos actores em torno da dimensão relacional, sendo esta apelativa das competências relacionais.

Assim sendo, que “*encontros*” ou desencontros proporcionou o CCFE, neste domínio?

Vejamos o que os testemunhos referem :

Enf. A – “(...) e outra coisa que eu consegui foi através do comunicar, aprendi técnicas para melhorar essa comunicação”.

Enf. B – “A relacional! Deu para reflectir nalgumas coisas que podia não estar a ver como é que se calhar podia modificar (...), eu acho que nesse aspecto que modifiquei um bocado (...)”.

Enf. C – “(...) no início da minha carreira, sempre investi muito no relacionamento que tinha com os doentes, eu gostava de falar com eles, e acho que neste momento já tinha perdido um bocadinho isso (...) e depois do complemento (...) acho que adquiri novamente um bocadinho isso (...)”.

Enf. D – “Melhorei o meu relacionamento com os profissionais da equipa multidisciplinar, com os doentes (...) a parte técnico - científica e a parte relacional também, melhorei as duas (...)”.

Enf. H – “(...) eu acho que sim, pronto, foi de certa maneira um pouco alterada, foi reconstruída (...) foi repensada (...) com o aspecto relacional (...) alguns do aspecto relacional também, fez-me estar mais desperta para isso, não é? (...) para tar junto do doente, dar mais importância (...) lá está, as manifestações não verbais (...) tanto que eles nos transmitem e que nós possamos transmitir a eles! O ter cuidado com a linguagem, não é?.”.

Pelas asserções transcritas, intuímos que o dispositivo da formação se constitui, para alguns actores, pela reconstrução dos seus mapas cognitivos, no facultar de

ferramentas capazes de promover o reforço e desenvolvimento das competências de relação, consolidando a sua matriz identitária, cujo desenho se tinha anteriormente afigurado como sendo as competências de relação o seu "núcleo duro".

Em síntese, e no que se refere á reconfiguração de saberes e competências na lógica do percurso formativo, inferimos que a mesma radica de forma muito significativa para todos os actores, no redescobrir das práticas, pela reflexão das mesmas e sobre as mesmas, desocultando capacidades para a observação reflexiva, conducente á mudança dessas mesmas práticas, consubstanciando o desenvolvimento das competências de experimentação.

Com igual "peso" e de forma igualmente apreciada pelos testemunhos (7 enfermeiros), destaca-se a emergência de "novos" saberes oriundos da disciplina de investigação. Reconhecem a indispensabilidade dos saberes da disciplina para a autonomia e desenvolvimento da profissão e alguns dos enfermeiros sentem-se mesmo desafiados a problematizar as questões da prática de cuidados, com metodologia investigativa.

A emergência destes saberes é promotora do desenvolvimento de competências de conceptualização.

Cinco enfermeiros consideram que a formação lhes proporcionou o revalorizar da dimensão relacional dos cuidados, reorientado o saber-estar, o saber-ser, ou dito de outro modo, o saber-escutar, o ser sensível aos sentimentos e valores do utente, redimensionando o "tempo" junto do utente. Nesta perspectiva, o espaço formativo foi catalizador de competências de relação.

Três enfermeiros, atribuem ao complemento de formação a importância e capacidade que detêm para "saber-aprender".

Por último, são imputadas "responsabilidades" ao espaço formativo na reaproximação dos saberes teóricos e práticos; ou seja, pela promoção do entendimento entre o saber-saber e o saber-fazer.

A matriz que se segue pretende representar os dados que se sintetizaram:

Quadro n.º 11 - Matriz / Síntese – (Re)configuração de Saberes e Competências (RSC).

Entrevistados Dimensões	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H
Estimulação da Capacidade reflexiva	X	X	X	X	X	X	X	X
Aquisição de "Novos" saberes (Investigação)		X	X	X	X	X	X	X
Estimulação do Saber- Aprender		X		X				X
Reaproximação de Saberes - Teóricos e Práticos		X	X	X				
Desenvolvimento de saberes relacionais	X	X	X	X				X

Perante esta reconfiguração de saberes e competências que implicações se estruturam na prática de cuidados?

É o que tentaremos desocultar no capítulo que se segue.

6.3 – IMPLICAÇÕES DA RECONFIGURAÇÃO DE SABERES E COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA DE CUIDADOS.

Na lógica discursiva dos actores, o CCFE, viabilizou o "redescobrimto de determinadas práticas e (...) a melhoria de outras". (Enf. D).

Neste redescobrimto reflexivo, saberes e competências foram reorientados, reorganizados, desocultados e redimensionados, traduzindo-se em continuidades e descontinuidades na matriz identitária dos actores. Este capítulo, serve o propósito de compreender as implicações estruturantes e desestruturantes dos saberes e competências, na prática de cuidados dos enfermeiros.

Conforme já referimos, os entrevistados consideram que a formação foi permissiva de revalorização da dimensão relacional dos cuidados. A materialização desta revalorização na prática é explicitada pelos testemunhos :

Enf. A – “(...) eu sou uma pessoa que gosta de comunicar mas que sinceramente já estava a ser levada pela rotina de só fazer as coisas(...) e deixava um pouco aquele bocadinho que eu disse que é essencial, que valorizo, mas que comecei a valorizar ainda muito mais após o complemento é a questão de estar com o doente e de conversar com o doente para compreender o que se passa com ele(...)”.

Enf. B – “(...) agora faz-se as coisas com mais calma, até se conversa mais com os doentes(...)”.

Enf. C – “ (...) até mesmo (...) paramos um bocadinho para pensarmos e tentamos perceber melhor os doentes (...)”.

“(...) acabo por fazer, por ser diferente é por exemplo, eu chegava ao pé de um doente e automaticamente fazia as seguintes perguntas, pronto, e ia-me embora, já estava a pensar noutra coisa, e agora já faço como fazia no início, agarro numa cadeirinha, sento-me junto do doente, ele depois começa a divagar, a falar sobre outras coisas e eu tento não cortar a conversa(...)pronto, e deixo-o falar”.

“(...) tento dialogar mais com os doentes e tento (...) estar mais próximo, mostrar-me mais disponível (...)”.

Enf. D – “(...) a parte relacional com os doentes, passei a falar mais com os doentes (...) porque temos muito tempo disponível(...)para nos relacionarmos com eles, e às vezes conseguimos saber coisas (...) que de uma forma superficial nós não sabíamos, só estando lá com eles e descobriremos coisas interessantes e importantes(...)”.

“Passo mais tempo com o doente, mais tempo com o doente (...)valorizo mais determinados aspectos, (...) aspectos familiares que anteriormente não valorizava, achava que não eram muito importantes, (...) e quanto mais dados podemos obter, melhor, estamos a contribuir para o mais rápido restabelecimento da saúde do doente”.

Enf. H – “(...) o aspecto relacional, fez-me repensar nisso, e pronto quando estou com o doente, quando estou aqui a trabalhar (...) tento mudar (...) encaro as coisas de maneira diferente (...) o estar ao pé do doente, não é? Penso um bocadinho melhor (...) tar de maneira diferente, não é só fazer, tento dar mais tempo á relação com o doente (...)”.

Nas palavras dos enfermeiros, a revalorização da dimensão relacional estrutura as suas implicações no redimensionar do “*tempo*” e da “*qualidade*” da relação.

Na centralidade da relação com o doente, procura-se identificar problemas : “compreender o que se passa com ele” (Enf. A), “conseguimos saber coisas (...) e descobrimos coisas interessantes” (Enf. D). Para o efeito, torna-se imperioso, “conversar com o doente (...) e estar com o doente” (Enf. A), de forma a compreender e respeitar os seus valores e

sentimentos; ou seja, trata-se de "(...) perceber melhor os doentes" (Enf. C), redimensionando as formas de saber-ser e saber-estar : "A forma de estar, a forma de estar foi muito importante, importante (...) achei que deveria ter outra postura (...) despertou-me muito para a questão da postura" (Enf. D).

Depreende-se então, que os testemunhos se empenham no desenvolvimento de competências de relação, recentrando a relação com o doente.

Parece-nos então, que os entrevistados defendem e valorizam o carácter humano – relacional da profissão, tal como alguns autores (Watson 2002; Collière 1989; Adams 1995; Kérouac 1994; Meyer 1995). Os citados autores, apontam o investimento neste domínio como um "*caminho*" para a autonomia.

Também nos parece que neste domínio, os enfermeiros detêm a oportunidade privilegiada de construir um saber especializado, pelo teor das informações que conseguem reunir sobre os seus clientes e famílias. Estas oportunidades, conforme já foi mencionado, são consubstanciadas pela continuidade espacial e temporal dos enfermeiros nas unidades de cuidados, sendo permissivas de condicionar a intervenção de outros técnicos no processo de cuidados, devido ao carácter interdisciplinar e complementar do mesmo.

Assim sendo, este saber poderá constituir-se numa estratégia de acção negociada com outros profissionais, nomeadamente os médicos.

No âmbito dos registos, os saberes e competências reconfigurados, também provocaram algumas alterações quanto á forma, conteúdo e importância atribuída.

Vejamos as implicações, quanto á forma nas palavras dos entrevistados :

Enf. A – "a questão dos registos de enfermagem (...) estava completamente esquecida disso, então a questão das normas, como fazer os registos, o que se deve fazer, como se deve fazer; ou então o que se não deve fazer, por ex: uma coisa que eu me lembro que usava bastante era o corretor, agora abdiquei totalmente do corretor(...)".

Enf. C – "(...)Em termos de registos também mudei alguma coisa, por exemplo, agora escrevo as notas a preto, dantes escrevia preferencialmente a azul e agora é uma coisa que eu dou por mim, não sei, só se não tiver uma caneta preta é que escrevo a azul, preferencialmente escrevo a preto (...)"

Enf. D – "(...) parte de escrita (...)modifiquei a minha forma de escrever(...)porque eu antes era imperceptível, não se conseguia perceber(...) também por virtude de(...)do espaço que temos que é, que é, muito reduzido, não é? Mas isso não é razão para que não façamos uma boa caligrafia(...) melhorei portanto a parte da escrita(...).

Enf. H – “(...) pode ter implicações legais (...) isso pode vir a trazer problemas, porque é o enfermeiro que está a elaborar e tem que ser perceptível(...)”.

Quanto ao conteúdo :

Enf. A – “(...) uma das coisas onde eu mudei bastante foi sem duvida na questão da escrita das notas de enfermagem, como eu já tinha dito á bocado, nós fazemos no fundo cópias de notas de enfermagem e eu agora comecei a ter cuidado (...)a dar aquela importância, aqueles pormenores que se passavam durante os turnos, começo a descreve-los, mesmo os sentimentos que tiveram os doentes, reacções que tiveram face a determinado factor, comecei a descrever(...)”.

Enf. D – “Relativamente ás notas de enfermagem, melhorei bastante as notas de enfermagem, tanto a nível de caligrafia, como a nível de conteúdo (...) enriqueci mais as notas de enfermagem, eram básicas, eram notas básicas(...) enriqueci muito aquilo tudo (...) tentei incluir vários dados, por exemplo, a reacção perante a administração do medicamento, vários aspectos, (...) falar com o doente, como é que ele perante uma técnica de enfermagem, portanto tenta completar mais as notas, tratou-se de completar um pouco mais e preencher(...)”.

Enf. H – “(...) e não podem ser (...) notas iguais, o doente não tá igual de um dia para o outro, tá diferente, há um aspecto qualquer que tá diferente e isso nós podemos lá colocar nas notas de enfermagem”.

“Ao lembrar o trabalho que fiz, eu tento sempre fazer diferente, e não ser(...) aquela rotina! Pronto normal, tento sempre por uma nota daquilo que observo no doente(...)da minha observação!”.

Quanto á importância atribuída :

Enf. E – “(...) em relação ás (...) actividades burocráticas que era um aspecto que eu valorizava muito pouco (...) cheguei á conclusão que se calhar até havia algumas actividades burocráticas que os enfermeiros desempenhavam e que faziam muito sentido e que eram muito importantes(...), por exemplo (...) as notas de evolução, a sua relação com o plano de cuidados, como as colheitas de dados, o registo da terapêutica, tudo isso cria um conjunto; são actividades burocráticas mas que (...) tem uma importância grande (...) e que quando construídos de forma adequada permitem de facto que a qualidade dos cuidados àquele utente seja muito superior á que se essas actividades não forem devidamente configuradas.”

Enf. H – “(...) e então quando ás vezes estou com os colegas (...) as notas de enfermagem, digo várias vezes (...) tenta escrever isso melhor(...) a importância que têm a nota de enfermagem, porque ás vezes a gente faz aquilo de tal maneira(...)de fugida, que não

ligamos e não damos a devida importância e que é bastante importante, pode ter implicações legais (...)."

Relembrando que 7 enfermeiros consideram os registos rotineiros, quando explicitaram os constrangimentos na prática de cuidados; então parece que os sinergismos da formação viabilizaram alterações nos registos em diferentes aspectos, e que de uma forma geral e tomando por empréstimo as palavras da Enf. A : "(...) se forem comparar as minhas notas antes do complemento e depois do complemento, vão ver logo diferenças."

Considerando que os registos formalizam a responsabilidade dos cuidados prestados, concorrendo para a continuidade dos mesmos e autonomia da profissão; então o CCFE, contribui para o incremento destes vectores, na perspectiva dos enfermeiros A, B, C, D, E e H.

Ficou expresso na análise sobre os constrangimentos na prática, a áurea negativa provocada pela rotinização dos cuidados, para a qual concorrem os ritmos de trabalho acelerados, consubstanciados pelo número crescente de tarefas a desempenhar e que constituem a "*visibilidade*" do processo de cuidados, em detrimento dos cuidados "*invisíveis*", ou seja da dimensão relacional, valorizada por todos os testemunhos.

Também, neste enquadramento parecem desocultar-se alguns contributos da formação, no sentido do "*abrandamento*" dos ritmos de trabalho e "*despreocupação*" quanto ao número de actividades a realizar, recolocando o contacto com o doente no centro do interesse. As asserções que a seguir se transcrevem ilustram estes aspectos:

Enf. B – "(...) e na ansiedade que querer fazer as coisas como eu já á bocado disse, que tem que estar tudo pronto quando os outros colegas vierem(...) acho que isso mudou um bocado(...) já não penso tanto assim(...) em que penso se calhar em fazer as coisas mais calmamente, mais pausadamente, se não estiverem feitas as coisas, olha, os colegas quando vierem(...) desculpem (...)mas vão ter que fazer algumas coisas que eu não tenho tido tempo".

"(...) a gente chegamos ali, de manhã é as higenes, depois a esta hora é aquilo, é aquilo e o outro e a gente acaba por esquecer, ás vezes os doentes um bocado, nós preocupamo-nos com o nosso trabalho(...) se calhar já não(...) já não penso fazer assim, eu acho que isso foi bom (...)".

Enf. C – "(...) tento ao máximo (...) fazer as coisas com mais calma, eu (...) e os colegas também notam que eu fartava-me de correr de um lado para o outro e eu acho que nós ás vezes corremos, corremos e (...) não fazemos nada de jeito (...) e eu agora não (...) faço as coisas nas calmas, se em vez de me despachar mais depressa, despacho-me um bocadinho mais devagar (...)".

As competências de acção, impostas pelos ritmos de trabalho e desenvolvidas pelos enfermeiros nos enquadramentos dos seus contextos, parecem também ter sido alvo de um redimensionar, pela reestruturação dos saberes que as sustentam.

Dito de outra forma, alguns entrevistados denunciam reconfigurações nas vertentes técnico – instrumentais do seu trabalho :

Enf. B – “Verificámos que a parte técnica não tava toda certa.”.

Enf. C – “(...) eu antes fazia, fazia muitas vezes algaliações sozinha e agora não faço, nem que eu tenha que esperar, mas vou sempre ver se há alguém disponível, eu aguardo e vou posteriormente, (...) medicação, nós tínhamos muito o hábito de preparar a medicação com muita antecedência e agora já faço um esforço, embora me desse jeito, porque adiantava serviço, mas faço um esforço para preparar a medicação sempre o mais perto possível das horas de administração”.

Enf. D – “(...) aprendi a ser critico, a na parte da preparação da terapêutica, em relação aos sistemas de distribuição de medicação, (...) e ali naquele serviço nós trabalhamos com um sistema que é o sistema de pseudo unidose, não é bem unidose , eu até fiz um trabalho no complemento, sobre isso, de forma a que corrigir certos aspectos, pronto ou em relação á parte da terapêutica foi benéfico (...)”.

Por último, para dois enfermeiros vislumbram-se contributos sensibilizadores da importância da gestão. No discurso do Enf. E, emerge uma contribuição valorativa para o desenho de projectos nessa área :

Enf. E – “(...) formação (...) foi muito importante, porque me permitiu fazer uma reflexão sobre alguns aspectos da gestão, que são actividades que passam a um enfermeiro que está na prestação de cuidados como eu a alguns aspectos da gestão que nos passam mais ao lado (...) o meu trabalho falava de como organizar um determinado serviço(...)que era no hospital, e organizar em termos materiais, em termos humanos, previa custos, previa mapas de (...) implementação no terreno (...) foi muito enriquecedor, porque tive que me socorrer de materiais e materiais que eu habitualmente não utilizo , o que me permitiu o desenvolvimento dos meus conhecimentos na área da gestão.”.

As palavras da Enf. H, denotam a consciência co-responsável pela gestão da unidade de cuidados, num compromisso com a organização :

Enf. H – “ (...) e pensar que afinal, gerir uma instituição hospitalar(...)não é brincadeira, é muito complicado! E que cada um (...) temos que ser um pouco de gestores no serviço(...)porque não é por abrir uma seringa(...)o que temos que pensar é realmente se nos faz falta, se é preciso realmente abrir aquela seringa, aquela agulha (...) aquele material se é preciso realmente ir gastá-lo, não gastá-lo em vão (...) Ás vezes até falo com os colegas,

quando tamos a preparar a terapêutica(...)que há ampolas pequeninas de(...)medicamentos(...) e que pode ser aspirado com uma seringa IV, do que tar a gastar uma seringa de diluição que é melhor para os frascos, não é? Para diluir antibióticos(...)e eles acham graça de eu falar, e eu digo assim : Quando vocês lá passarem pelo curso de complemento, irão falar nisso(...)porque(...)e saber que ás vezes a gente, ficamos com falta de agulhas de(...)aí de diluição (...) e termos aqui várias IV(...)."

Perante o conjunto de implicações que se fizeram "*sentir*" na prestação de cuidados, podemos inferir que para os enfermeiros A, B, C, D, E e H; o CCFE, gerou mudanças na sua prática, materializadas sobretudo no recentrar da prestação de cuidados, sustentada pela maximização da relação com os utentes (5 enfermeiros – A, B, C, D e H); no aumento da qualidade dos registos (5 enfermeiros A, C, D, E e H) e no incremento da qualidade em algumas actividades técnico – instrumentais (3 enfermeiros B, C e D). Estas mudanças, são sugestivas do desenvolvimento de competências de relação, experimentação e acção.

No dizer dos enfermeiros F e G, o CCFE assumiu-se como uma instância reconfirmadora da sua prática de cuidados, como referem :

Enf. F – "(...) o tempo que ali andei (...) foi, estava a fazer uma reflexão sobre a minha prática , tudo do que eu tinha, desde que tinha começado até agora e de facto as reflexões que fazíamos, as coisas que debatíamos, os pontos de vista que focávamos, iam muito ao encontro daquilo que faço e como trabalho."

"(...)aquelas coisas das vivências, coisas que dizíamos, foi caracterizarmos a nossa prática de enfermagem, reflectimos sobre a maneira como nós estávamos a trabalhar(...)e eu dei por mim a pensar na maneira como eu estava a trabalhar, e de facto estava a trabalhar com um método científico (...) estava a utilizar todos os instrumentos de enfermagem, (...) eu olhei para mim e pensei tu afinal estás correcto, continua assim."

Enf. G – "(...) porque a minha postura continua a ser exactamente a mesma(...), tudo o que eu fazia, tudo o que eu dizia, eu continuo (...)"

Estes dados sintetizam-se na matriz que se apresenta:

Quadro n.º 12 - Matriz Síntese – Implicações da Formação na Prática (IFP).

Entrevistados		Enf. A	Enf.B	Enf.C	Enf.D	Enf.E	Enf.F	Enf.G	Enf.H
Dimensões									
Mudança	Recentrar da prestação de cuidados na relação enfº/Doente	X	X	X	X				X
	Aumento da qualidade dos registos	X		X	X	X			X
	Incremento da qualidade das actividades técnico - instrumentais		X	X	X				
Confirmação							X	X	

Em síntese deste capítulo analítico, podemos dizer que :

A estratégia formativa proporcionou aos enfermeiros (A; B; C; D; F e H), a reconfiguração dos seus mapas cognitivos, engendrando redes permissivas da estimulação e desenvolvimento de competências sugestivas da mudança nas suas práticas.

Destacamos na reconfiguração de saberes e competências e sua implicações na prática de cuidados os seguintes aspectos :

- Desocultação da capacidade reflexiva, viabilizando observações e práticas reflexivas, permissivas da interactividade entre o fazer e o pensar, conducente á criação de novas formas de "*pensar*" e "*fazer*" a enfermagem. As práticas reflexivas conduzem os enfermeiros á diminuição dos ritmos de trabalho, abalando a estrutura rotinizada dos cuidados, e promovendo as competências de conceptualização e experimentação.
- A aquisição de saberes no âmbito da investigação, permissivos do questionar e problematizar as práticas, viabilizando a explicitação das problemáticas emergentes da experiência vivida e reflectida, pela metodologia investigativa. Trata-se do apelo ao desenvolvimento de competências de conceptualização.

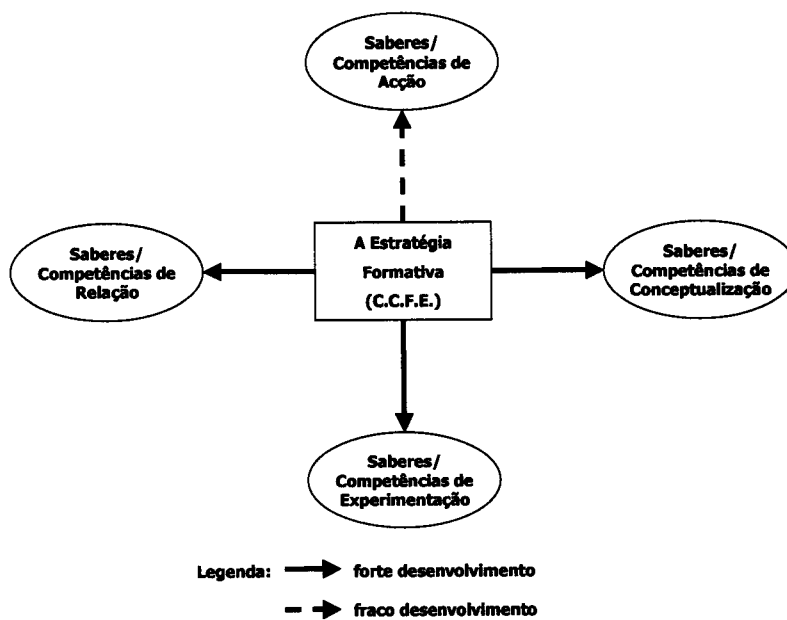
- O desenvolvimento de saberes no domínio relacional, possibilitou o recentrar da prática de cuidados na relação com o utente, reafirmando e reabilitando a importância atribuída á dimensão relacional dos cuidados, bem como aos saberes e competências que se materializam na sua concretização.
- O aumento da qualidade dos registos de enfermagem, e portanto a promoção do desenvolvimento e a autonomia da profissão. A elaboração de registos é sugestiva do desenvolvimento de competências de experimentação.
- Redefinição de algumas actividades técnico – instrumentais, apelativas do desenvolvimento de competências de acção.

Para os enfermeiros F e G, o CCFE, proporcionou-lhe o reconfirmar da sua prática, pelo que não identificaram mudanças significativas nas formas de cuidar. No entanto, consideram que o percurso formativo, foi permissivo da reflexão na e da prática, e o enfermeiro F, referiu mesmo que o complemento “ pôs as pessoas a reflectir e estou convencido (...) que isto faz bem ás pessoas, que as pessoas param um bocadinho para pensar, (...) e se calhar mudou determinados procedimentos (...) nós ao reflectirmos muitas vezes mudamos”.

Por outro lado, estes dois enfermeiros consideram que os saberes oriundos da disciplina de investigação, potenciam as probabilidades de desenvolverem estudos de investigação nas suas unidades de cuidados.

O esquema que a seguir se apresenta, pretende ilustrar a reconfiguração de saberes e competências, emergentes do CCFE, bem como as suas implicações na prática de cuidados dos enfermeiros.

Esquema nº 4 - Potencialidades do Percorso Formativo no Desenvolvimento de Saberes e Competências na Prática de Cuidados.



7 – UMA APROXIMAÇÃO E (RE)APROXIMAÇÃO À MATRIZ IDENTITÁRIA DOS ACTORES

Em concordância com o estudo de Lopes (2001), optámos por abordar em último lugar, a matriz identitária dos enfermeiros, actores desta pesquisa, uma vez que *“as identidades constituem o espaço de intersecção de convergência das ideologias e dos saberes corporizados pelos enfermeiros”* (Lopes 2001: 175).

Dito de outro modo, as identidades dos enfermeiros estruturam-se a partir dos seus recursos cognitivos e simbólicos, os quais mobilizam para a concretização e atribuição de um sentido às suas práticas e interacções quotidianas, nos específicos contextos de trabalho (Lopes 2001).

O primeiro capítulo de análise, ofereceu um conjunto de racionalidades permissivas do desocultar das representações e das lógicas que escrevem as práticas dos actores. Procurando na inteligibilidade dos dados emergentes do primeiro capítulo analítico, e numa primeira aproximação, que ideologias? que identidades?

No que se refere às ideologias, suportadas pela tipologia apresentada por Lopes (2001) e explicitada no enquadramento teórico deste estudo, parece-nos que todos os actores apresentam pontos de convergência com a ideologia da profissionalização, uma vez que os seus discursos e práticas marcam a intenção de demarcação do campo médico, conforme foram reveladoras as estratégias de assimilação local de saberes e competências, bem como na finalidade e orientação dos cuidados, concretamente nos discursos dos enfermeiros A, E e F :

Enf. A – “ (...) a enfermagem(...) é uma profissão que tem as suas devidas competências e completamente diferentes da parte da medicina, hoje cá no meio sei que são profissões completamente distintas, (...)o objectivo da medicina é sem dúvida o tratar (...) são muito técnicos mas não são relacionais(...)”.

Enf. E –“ (...) o afastamento do campo médico, acredito que é um caminho que não tem retorno, (...) o afastamento da área científica do conhecimento médico vai ser cada vez mais largo (...)”.

Enf. F – “(...) nós temos o nosso domínio, nós com a parte técnica não temos nada a ver! Isto é com eles, eles têm lá as especializações deles, têm lá (...) e nós temos as nossas, (...) não estou muito preocupado com os domínios médicos, com as especializações deles, isto é deles, nós temos uma que eles não têm, nós cuidamos e eles não, eles tratam.”.

Por outro lado, também todos os testemunhos enfatizam ainda a abordagem holística do doente, na qual centram específicas competências e saberes, nomeadamente no domínio relacional.

Nesta linha ideológica, 3 enfermeiros (D, F e G), negam a intenção de delegar funções quando, no âmbito da sua concretização o doente esteja no centro do processo e por isso valorizam e não delegam as actividades que sejam mediatizadas pelo contacto directo com o doente. E ainda 1 enfermeiro (E) expressa a vontade de delegar as tarefas exteriores ao contacto com o doente. Todas estas características convergem para a profissionalização.

Porém, 5 enfermeiros (A, B, C, E e H) referiram concordância com a delegação de actividades, nomeadamente higiene (3 enfermeiros) e alimentação (5 enfermeiros), traçando por isso, recortes ideológicos com o profissionalismo.

Nesta perspectiva, 3 enfermeiros (D, F e G), apresentam configurações ideológicas convergentes com a ideologia da profissionalização e 5 enfermeiros (A, B, C, E e H), apresentam configurações ideológicas que traçam recortes entre a profissionalização e o profissionalismo.

Procurando o enquadramento destas ideologias nos diferentes perfis identitários, destacando-se na classificação dos mesmos, os contributos de Hughes et al (1958) e de Carpenter (1977), conforme refere Lopes (2001); pelo que tomámos por empréstimo a categorização apresentada por Lopes (2001) e explicitada no enquadramento teórico deste estudo.

Assim, os enfermeiros que apresentam uma configuração ideológica tendencialmente sugestiva da profissionalização encontram a sua legitimação no perfil identitário dos Neo-Profissionais. Estes caracterizam-se pela valorização do trabalho autónomo com o doente, procurando o investimento nas competências relacionais, sustentados pelos saberes formais (Lopes 2001), características que nos parecem desenhar o perfil identitário de todos os enfermeiros entrevistados.

Porém, e segundo Lopes, a ideologia do profissionalismo encontra a sua legitimação no perfil identitário dos profissionais (ou especialistas). No entanto, e sabendo que o operador identitário central deste perfil se caracteriza pela valorização da complexidade técnica e cognitiva do trabalho e da interdependência entre este e o trabalho médico, para além da valorização na aquisição de saberes e competências

formais de elevada tecnicidade (Lopes 2001); não nos parece que estas características encontrem ecos de convergência com a lógica discursiva e prática dos enfermeiros que desenharam alguns recortes com a ideologia do profissionalismo.

O segundo capítulo de análise, e numa segunda aproximação á problemática centrou-se na lógica da estratégia formativa – CCFE, na intenção de desocultar a reconfiguração dos saberes e competências emergentes da formação, bem como as suas implicações na prática profissional.

Neste enquadramento, o espaço formativo, na lógica discursiva dos actores, potencializou fortemente o desenvolvimento de competências de conceptualização, experimentação, relação e ainda, embora de uma forma menos significativa, as competências de acção.

Tratou-se para todos os enfermeiros de estimular a capacidade para a observação reflexiva, recreando as práticas pela reflexão; de adquirir saberes no domínio da investigação permissivos da produção científica nos espaços onde a profissão acontece, de acordo com a perspectiva de 7 enfermeiros (B, C, D, E, F, G e H); e de estimular saberes no domínio relacional, promovendo a reabilitação da prestação de cuidados centrada na relação com o doente, no dizer de 5 enfermeiros (A, B, C, D e H). Possibilitou ainda para 5 enfermeiros (A, C, D, E e H) o aumento da qualidade dos registos, incrementando a metodologia de trabalho – Processo de Enfermagem. Finalmente para 3 enfermeiros (B, C e D) proporcionou a redefinição de saberes e competências técnico – instrumentais.

Para os enfermeiros (A, B, C, D, E e H) estes saberes e competências viabilizaram mudanças nas suas práticas, enquanto que para os enfermeiros (F e G) tratou-se de confirmar a prática de cuidados, realçando porém os saberes no domínio da investigação, aos quais reconhecem mais valias no desenvolvimento da prática de cuidados e da profissão, sentindo-se "*capazes*" e até mesmo, no caso do enfermeiro (F) "*desafiado*" a desenvolver estudos de investigação nas suas unidades de cuidados.

Assim sendo, considerámos que os enfermeiros (D, F e G) se enquadram na ideologia da profissionalização, cujo perfil identitário encontra a sua ancoragem nos Neo – Profissionalistas. E, neste enquadramento, para os enfermeiros F e G o espaço afigurou-se como reconfirmador da sua prática, enquanto que, para o enfermeiro D as mudanças operacionalizaram-se no reabilitar da prestação de cuidados , centrada na relação com o doente e no aumento da qualidade dos registos, consolidando a metodologia de trabalho – Processo de Enfermagem. Os três enfermeiros reconheceram nos saberes do domínio da investigação uma valoração significativa.

Este conjunto de dados, para os enfermeiros que temos vindo a referir, sugerem-nos que o espaço formativo viabilizou a consolidação da sua matriz ideológica e identitária.

Os enfermeiros (A, B, C, E e F) conforme foi referido apresentam características ideológicas balizadas entre o profissionalismo e a profissionalização.

Pelos saberes e competências estimulados e/ou adquiridos na formação, os enfermeiros concretizam as mudanças na prática ao nível do recentrar da prestação de cuidados na relação com o doente e no aumento da qualidade dos registos, a qual ganha alcance na consolidação do processo de enfermagem.

Assim, consideramos também que para estes enfermeiros o espaço formativo foi vinculativo das características da profissionalização, lançando contributos futuros que encontram a sua ancoragem na matriz identitária dos Neo-profissionais.

Salientamos ainda que todos os enfermeiros reconheceram as potencialidades do percurso formativo, enquanto agente catalisador das capacidades de observação reflexivas conducentes á reflexão na prática. E ainda os enfermeiros (B, C, D, E, F, G e H), apresentam uma lógica discursiva reconhedora da detenção de saberes no domínio da investigação, aos quais reconhecem uma valorização acrescida para a prática e para a profissão. Consideramos que, a valorização destes saberes e competências potenciam a relação individual e autónoma com o doente, o desenvolvimento e a autonomia da profissão. Estes contributos, encontram também eles a sua ancoragem no perfil identitário dos Neo-Profissionais.

Desta forma, concluímos a análise e interpretação dos dados .

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores, entre eles Bento (1997), Abreu (1994; 2001), Lopes (2001), são de considerar que a enfermagem vive, actualmente, um processo de mudança identitária.

Efectivamente, muitas e conturbadas foram as mudanças na enfermagem, nos últimos anos, engendrando respostas apropriadas aos desafios emergentes da sociedade em mutação permanente, redesenhando o seu papel junto dos seus clientes, redefinindo o seu capital formativo, e orientando a reconfiguração dos seus saberes que dão sentido aos gestos profissionais, corporizando recursos para o seu lugar estruturante no processo de produção de cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, vislumbraram-se reformas nos planos curriculares da enfermagem, procurando formar enfermeiros para as realidades de saúde que se pretendem.

Neste enquadramento inscreve-se o advento Natalício de Dezembro de 1988, o qual transitou a formação dos enfermeiros, para o sistema educativo Nacional ao nível do ensino superior politécnico, incalculando outras dinâmicas formativas nos planos curriculares, nas suas vertentes técnicas, científicas e humanas.

Cada uma destas vertentes concorre para um conjunto de saberes, os quais interagem e interdependem, sustentando e estruturando as competências exigidas a estes profissionais, as quais se encontram explicitadas quer na carreira de enfermagem (Dec – Lei n.º 437/91), quer no domínio da Comunidade Europeia.

Neste contexto, o Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, estabeleceu critérios de formação baseados nas competências profissionais necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro, responsável por cuidados gerais, na União Europeia.

Neste sentido, as Escolas de Enfermagem conceberam planos de estudo para os cursos superiores de enfermagem, de acordo com as recomendações aprovadas pelo referido Comité, no âmbito das conclusões do conselho de Turim.

Assim, as competências no domínio da enfermagem, são definidas como características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao

enfermeiro exercer a sua actividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação.

Também no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), define enfermeiro como "*o profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária*". O citado regulamento fundamenta ainda, no seu artigo 5º, a necessidade de uma metodologia científica de planeamento de cuidados de enfermagem para o desenvolvimento das competências exigidas.

Todos estes contributos reflectem-se no cenário deste estudo, ou seja, a emergência do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, o qual se assume como uma estratégia formativa capaz de assegurar o reforço, a extensão ou aprofundamento da formação em enfermagem, por forma a garantir a formação humana, científica, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao ser humano ao longo do seu ciclo vital, á família, grupos e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção.

O contexto da enfermagem, parece então continuar a ser um contexto de mudança, personalizado agora também, pela influencia desta formação, a qual confere o grau de licenciado aos enfermeiros, e como se pode inferir pelo seu grande objectivo, acima transcrito, subjazem no mesmo, as potencialidades reconfiguradoras dos saberes e competências dos enfermeiros.

Nesta problematização intercorre o processo identitário, admitindo-se que as relações com a formação corporizam os elementos chave das diferentes formas de identidade (Dubar 1999). Neste ponto de vista, e sendo a identidade um produto de contínuas e sucessivas socializações, construída e reconstruída ao longo da vida, entende-se a formação como uma modalidade de socialização, cuja intervenção nas dinâmicas identitárias se faz sentir no período escolar e muito para além do mesmo (Dubar 1997).

Em concordância com esta perspectiva, o sistema de formação intervém nos processos identitários, numa dupla transação biográfica e relacional, ao longo do percurso de vida dos enfermeiros, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional no contexto da sua prática, inscrita numa organização, onde cada enfermeiro deverá assumir o papel de gerente da sua própria formação continua.

A complexidade do processo identitário resulta então, como refere Pinto (1991) da imbricação de um duplo processo : identificação e identização.

Neste estudo, procurámos analisar a forma como um grupo de enfermeiros (re)constrói a sua identidade profissional, no âmbito da experiência formativa do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Assim, desenvolvemos o estudo em duas frentes, procurando as aproximações capazes de engendrar a explicitação da problemática central : como se perspectiva a reconfiguração de saberes/competências, emergentes do Complemento de Formação, na construção e reconstrução da matriz identitária em enfermagem?, a qual orientou esta pesquisa.

Numa primeira frente e aproximação, centrámo-nos no desocultar das trajectórias profissionais dos enfermeiros, pelo entendimento das suas representações e práticas, as quais são modeladas pelos seus saberes e competências, num jogo contingencial e estratégico, estruturante das suas configurações ideológicas e identitárias.

Ao focar o nosso olhar sobre as representações e práticas profissionais dos actores, situámo-nos num determinado contexto de trabalho, dentro de uma organização hospitalar.

Nestes espaços de "*identizaçãod*", por um lado, a orientação imprimida á acção inscreve-se numa relação dialéctica acção/saber, materializando e promovendo o desenvolvimento de um conjunto de competências que dão sentido aos gestos profissionais e á sua racionalidade, nomeadamente na operacionalização das actividades que os enfermeiros mais valorizam e no accionar das diferentes estratégias de revalorização profissional. Por outro lado, a orientação da acção é determinada por um conjunto de condicionantes e regras capazes de fragilizar o desenvolvimento das competências. Concomitantemente, os constrangimentos da prática promovem a emergência de outro tipo de competências, as quais servem a manutenção da rotinização e ritmos de trabalho que, por vezes, impregnam o quotidiano dos enfermeiros.

Neste enquadramento, os testemunhos deste estudo, valorizam as actividades que se inscrevem e particularizam na centralidade dos actores no objecto de trabalho : o doente, enaltecendo, por isso, as actividades que são mediatizadas pelo contacto directo com o cliente.

Valorizam então, as actividades autónomas, não subordinadas ao controlo técnico exterior á profissão, nomeadamente as actividades formativas com os doentes e familiares, bem como a auto e hetero – formação, e ainda o diagnóstico das necessidades dos doentes. Estes resultados, encontram-se em concordância com o estudo de Silva (2001), no qual o autor conclui que as actividades mais valorizadas no

domínio da satisfação no trabalho dos enfermeiros do centro de saúde e hospital, estão relacionadas com a informação, o ensino, bem como o diagnóstico das necessidades dos utentes (Silva 2001).

No estudo desenvolvido por Lopes (2001), estas actividades alcançaram também níveis expressivos de valoração atribuídos pelos enfermeiros.

No enquadramento das actividades valorizadas, consideram também os nossos testemunhos, todas as actividades que sejam mediatizadas pela "*relação com o doente*", bem como esta "*per si*".

Decorrente desta valoração, explicam a importância atribuída aos cuidados de higiene, por considerarem os mesmos co-responsáveis pela interacção enfermeiro/doente, enaltecendo a qualidade deste "*tempo*" e deste "*espaço*", pelas relações que aí se estabelecem, bem como pelas oportunidades "*oferecidas*", permissivas da identificação do diagnóstico das necessidades dos doentes.

Desta forma, somos de considerar que as actividades valorizadas pelos enfermeiros, são apelativas dos saberes analíticos e interpretativos, do saber ser e estar, os quais suportam e estruturam as competências de experimentação e de relação, reenviando contributos para a autonomia profissional, a qual se materializa no accionamento dos seus saberes e competências cuidativas.

As actividades mais valorizadas, sugerem então a sua ancoragem no apelo das competências de relação e experimentação enunciando, pela natureza dos actos de trabalho que corporizam, a inscrição dos seus actores no perfil identitário dos Neo – Profissionais, cujos vectores centrais passam pela valorização da relação autónoma com o doente, conjugada com a valorização dos saberes profissionais, com ancoragem na expressão ideológica da profissionalização.

Nesta lógica, a organização de cuidados, pelas margens de liberdade que concede aos seus actores (Crozier e Friedberg 1977), é permissiva do accionamento dos recursos que viabilizam fortemente dois dos vértices do triângulo das competências concebido por Boterf (1999); ou seja o "*saber agir*", e o "*querer agir*". O terceiro vértice diz respeito ao "*poder agir*".

E este, parece na lógica discursiva dos actores, estar "*comprometido*" e "*fragilizado*", no qual demos conta dos constrangimentos da prática, os quais escrevem a lógica do desenvolvimento das competências de acção, subjacentes às actividades de execução.

Confessaram-nos os diversos constrangimentos que intercorrem na sua prática : a rotinização dos cuidados consubstanciada pelo número de tarefas ritmadas pelo tempo, revertendo a visão holística e individualizada dos cuidados para um conjunto de

cuidados tarefizados; coartando o desenvolvimento de competências de relação e conceptualização, bem como a emergência de práticas reflectidas; viabilizando por outro lado o desenvolvimento de competências de acção.

Falaram-nos ainda da "*rotinização dos registos*" e da "*decalage entre registos e práticas*"; o que, na sua análise se deve á utilização do instrumento de gestão (SCD), em vigor na organização, fragilizando o desenvolvimento das competências de experimentação.

De facto, a socialização dos enfermeiros é indissociável da organização de cuidados e dentro desta estrutura a sua prática está condicionada por um esquema organizacional, o qual lhe "*orienta*" e "*modela*", de outra forma, a produção social e a prestação de cuidados, direccionado o seu vector ideológico e identitário, o qual e segundo Lopes (2001), se orienta no sentido de considerar a enfermeira como auxiliar do médico.

Porém, por outro lado, os testemunhos deste estudo parecem remeter as actividades de execução "*per si*" para um plano secundário, ou seja, embora considerando a importância de desenvolver a destreza manual imprescindível á realização das referidas actividades, elas não se circunscrevem apenas a este domínio. Procede-se assim, á reelaboração deste tipo de actividades, pela indispensabilidade de se associar no decorrer da sua realização, os saberes analíticos e interpretativos, bem como as específicas competências relacionais.

Nesta perspectiva, somos de considerar o esbatimento do vector identitário, promovido pelos constrangimentos (enfermeira como auxiliar do médico), pelo "*saber agir*" e "*querer agir*", evidenciado e manifestado pelos testemunhos.

Consideramos ainda, que concorre para o vértice do "*poder agir*", no âmbito do triângulo de competências apresentado por Boterf (1999), as estratégias de revalorização profissional accionadas pelos enfermeiros, num contexto imprevisível e portanto flexível, onde se gera a complexa relação entre as negociações e as regras mais formais e permanentes.

Assim, neste ponto do triângulo, destaca-se a emergência das estratégias de demarcação dos enfermeiros face aos médicos e auxiliares, nas quais se tecem e edificam redes de poder, corporizadas respectivamente no conhecimento global do doente, na continuidade espacial e temporal e na supervisão de actos delegados, engendrando recursos para a permeabilidade dos canais de autonomia, esbatimento do perfil identitário de auxiliar do médico e consolidação da estruturação da matriz identitária, que parece orientar-se para a tipologia dos Neo – Profissionais.

Neste enquadramento, justifica-se o conjunto de saberes analíticos e interpretativos, os quais suportam as específicas competências da enfermagem, cujo accionar se torna indispensável para a sustentabilidade das redes de poder mencionadas.

Dito de outro modo, suportando as redes de poder, podemos encontrar na sustentabilidade das sua malhas, os saberes analíticos e interpretativos que estruturam as específicas competências dos enfermeiros.

Considerando que no contexto da prática, por um lado, intercorrem as actividades mais valorizadas e por outro lado, os constrangimentos dessa mesma prática, e pelo peso que os últimos revelam, inferimos pela compreensão e análise efectuada, que o mesmo é permissivo de forte desenvolvimento de competências de acção, fraco desenvolvimento de competências de relação e experimentação e por último, constitui-se num agente muito pouco promotor de competências de conceptualização.

Relativamente ao desenvolvimento de competências, também Abreu (2001) concluiu no seu estudo em contexto hospitalar, que as competências mais desenvolvidas pelos enfermeiros são as de acção e as menos desenvolvidas as de conceptualização.

Nesta linha de raciocínio, sustentamos que no contexto da prática dos enfermeiros germinam os processos de negociação, onde se assiste á interpenetração das diferentes possibilidades e constrangimentos que mediatizam a acção dos enfermeiros, (re)enviando contributos para os vértices do triângulo de competências, ou seja para o "*saber agir*", "*querer agir*" e "*poder agir*"; os quais são sugestivos de considerar a direcção do vector identitário no sentido dos Neo – Profissionais.

Exploradas as lógicas complexas das trajectórias "*vividas*" e "*sentidas*" pelos actores no seu "*meio natural*"; permissivas de intuir o desenho estruturante e (des)truturante da sua matriz identitária, procurámos uma segunda aproximação aos objectivos do estudo.

Tratou-se de percepcionar, na lógica discursiva dos actores, a (re)configuração de saberes e competências emergentes da estratégia formativa (CCFE); de forma a poder inferir da influência da mesma, na matriz identitária dos testemunhos.

Os pressupostos conceptuais e metodológicos do CCFE, bem como a sua operacionalização, apelam para o centro do interesse, á experiência de cada enfermeiro, á sua relação com a prática e problemática da saúde. Convida-se assim, os actores da formação, á compreensão do que se passa no seu local de trabalho,

promovendo uma interacção reflectida entre a teoria e a prática, desenvolvendo e estimulando a sua competência.

Consideram os enfermeiros que esta lógica do percurso formativo, ensaiou reconfigurações nos seus saberes e competências, materializadas nas mudanças e ou confirmação das suas práticas, pelo repensar das mesmas.

O poder reflexivo, potenciado pela formação, consubstanciou o "*poder-saber*"; reestruturando a acção, abalando a estrutura rotinizada dos cuidados, fortemente apelativa das competências de acção e fragilizadora do desenvolvimento das competências de relação, conceptualização e experimentação.

Tratou-se então de reelaborar o saber-fazer, transformando-o em saber-fazer analítico e interpretativo indispensável aos processos e às competências que lhe subjazem, permissivos da mudança e catalisadores de inovação e criatividade.

Nesta reelaboração emergem os saberes sobre os processos ao invés, somente, dos saberes sobre os procedimentos e os gestos, alargando a distância do campo médico e remetendo a figura de enfermeira como auxiliar do médico para a história passada da enfermagem.

Nesta perspectiva, o despoletar da reflexão das práticas e sobre as práticas, constitui-se numa enzima catalizadora, accionada pelo dispositivo da formação e portanto, promotora de desenvolvimento, incremento dos saberes e competências de relação, experimentação e conceptualização que sustentam e viabilizam a reflexão das práticas, numa dinâmica recursiva inscrita na dialéctica acção/saber, redesenhando o equilíbrio do "*saber-agir*", "*querer-saber*" e "*poder-saber*"; ou seja, da sua competência profissional.

Os dados sugerem ainda que, para este triângulo concorreram também os saberes emergentes da disciplina de investigação, os quais se poderão assemelhar às sementes germinadoras das competências de conceptualização, e por isso tributárias da "*produção científica*" desenvolvida pelos enfermeiros que "*vivem*" e "*sentem*" a realidade da prestação de cuidados, e que pelo questionamento, problematização e compreensão do real desbravam o caminho da autonomia da profissão, permitindo-lhe trocar a argumentação da "*cronologia*" pela argumentação compreensiva, explicativa e científica, assente na experiência vivida e reflectida.

A reconfiguração de saberes e competências direccionou-se ainda, na angariação de contributos capazes de lidar com as imprevisibilidades sociais, bem como com as suas mudanças permanentes e incessantes no quadro da obsolescência dos saberes. Isto é, reconfigurou-se o "*saber-aprender*", permissivo do "*saber-*

transformar", indispensável às relações de negociação dos actores na organização hospitalar.

Revelaram também os testemunhos que o dispositivo da formação lhes proporcionou recursos, isto é, saberes conducentes á revalorização da dimensão humano-relacional dos cuidados bem como das competências que o mediatizam. Neste domínio, o Complemento de Formação consubstanciou os saberes e competências de relação, recentrando a prestação de cuidados na relação com o doente, defendendo que o investimento neste domínio se constitui no caminho para a autonomia, acentuando a nitidez dos recortes ideológicos da profissionalização, bem como do traço estruturante da matriz identitária do Neo-Profissionalismo.

Relativamente ás implicações imediatas da formação na prática, os enfermeiros (6) admitiram e explicaram essas mudanças, as quais passaram exactamente pelo recentrar da prestação de cuidados na relação enfermeiro/doente, reabilitando a importância atribuída á dimensão relacional dos cuidados, redimensionando a "*qualidade*" e o "*tempo*" da relação enfermeiro/doente, pelo aumento da qualidade dos registos apelando ás competências de experimentação e ainda pelo incremento da qualidade das actividades técnico-instrumentais, redimensionando as competências de acção.

Para dois enfermeiros, o CCFE revelou-se na entidade reconfirmadora da sua prática, pelo que não mencionaram, por enquanto, mudanças na mesma. Porém, consideram os mesmos enfermeiros, em concordância com outros testemunhos, que o percurso formativo, se traduziu na instância promotora do repensar das práticas e ainda na formalização dos saberes no domínio da investigação, permissivos do desenvolvimento das competências de conceptualização, expressando que o "*saber investigação*" se poderá traduzir no "*querer*" e "*fazer*" investigação na sua unidade de cuidados, ou seja, ao desejo de se investirem na sua actividade, que poderá também traduzir-se numa actividade de investigação.

Em síntese, ao focar o nosso olhar sobre o CCFE, desocultámos um conjunto de saberes e competências emergentes do mesmo. Pela natureza dos saberes e competências reconfigurados e suas implicações "*imediatas*" na prática, consideramos que a estratégia formativa foi percebida pelos enfermeiros como uma enzima catalizadora do desenvolvimento de competências de relação, experimentação e conceptualização. Proporcionou ainda, no dizer de alguns testemunhos o desenvolvimento de competências de acção, embora com uma linha de força mais débil.

Desta forma, inferimos que os vértices do triângulo de competências ficaram fortalecidos, reenviando recursos para a acção, reanimando as estratégias de revalorização profissional, incrementando a valorização das actividades autónomas, e fragilizando os "inimigos" corporizados pelos constrangimentos da prática.

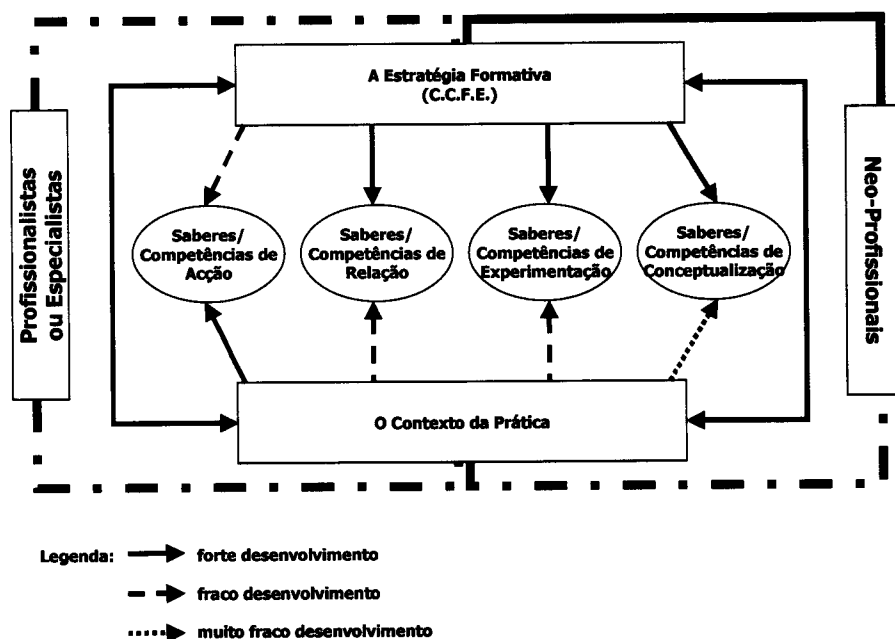
Dito de outro modo, no âmbito da reconfiguração de saberes e competências, a estratégia formativa, traduziu-se para os enfermeiros numa arma capaz de promover as suas diferentes possibilidades e fragilizar os constrangimentos, com reflexos na sua matriz identitária.

No enquadramento da natureza dos saberes e competências interpelados e (re)configurados pela formação, somos de considerar a intervenção da estratégia formativa, na matriz identitária dos actores, nos focos que a seguir se enunciam:

- Por um lado, os enfermeiros "*caminharam*" no afastamento do campo médico, como nos diz o Enf. E, "num caminho que não tem retorno", e na recusa da identificação do enfermeiro como auxiliar do médico.
- Por outro lado, tendo-se encontrado inicialmente nalguns testemunhos, características ideológicas e identitárias sugestivas da confluência e emergência do profissionalismo e da profissionalização, com ancoragem nas respectivas formas identitárias, nomeadamente profissionalistas e Neo-Profissionais, considerámos que pela natureza dos saberes e competências (re)configurados, ao longo do percurso formativo, os enfermeiros consolidaram a ideologia da profissionalização, viabilizando uma convergência tendencial, que se legitima no perfil identitário dos Neo - Profissionais. Quanto aos enfermeiros, cujo desenho da matriz identitária se afigurava inicialmente convergente com a ideologia da profissionalização e com o perfil identitário dos Neo - Profissionais, os dados sugerem que os saberes e competências emergentes do CCFE, consolidaram a sua matriz identitária.

Passamos a apresentar no esquema que se segue, as principais conclusões deste trabalho :

Esquema nº 5 – A reconstrução da Identidade Profissional dos Enfermeiros, no âmbito da Reconfiguração dos Saberes e Competências Emergentes do Complemento de Formação.



Ao iniciar este estudo, expressámos o desejo de que, no seu decurso, emergissem contributos em dois domínios os quais interagem : sociológico e formativo.

Neste âmbito e no decurso da análise, fomos explicitando confrontações com os estudos realizados por outros autores, nomeadamente Lopes (2001), Silva (2001) e Abreu (2001) confirmando nuances sociológicas e formativas exploradas pelos mesmos.

No estudo desenvolvido por Noémia Lopes (2001), a autora concluiu que as categorias do profissionalismo e da profissionalização assinalavam a dualidade ideológica e identitária que segmentava a profissão. E, neste sentido, o contributo do presente trabalho, sugere que a dinâmica da formação corporizada pelo CCFE, nos actores e no contexto em estudo, se revela tributária de projectar as suas identidades na categoria dos Neo - Profissionais, muito embora, considerando os limites do estudo, decorrentes desde logo das opções metodológicas traçadas.

De igual modo, no âmbito da formatividade dos enfermeiros, consideramos que os contributos deste trabalho, se inscrevem no esclarecimento do "perfil" de competências que o CCFE parece encorajar nos formandos, desenhando a tipologia de competências dos enfermeiros licenciados, no decorrer do Complemento de Formação.

Consideramos ainda que o seu contributo se inscreve, ainda que modestamente, na melhor compreensão do contexto e dos pares socializadores dos futuros enfermeiros; concretamente do primeiro contexto socializador e do seu grupo

de pares, no âmbito do qual decorrem as disciplinas teórico-práticas e práticas, respectivamente técnicas e ensino clínico de fundamentos de enfermagem, inscritas no 1º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, o qual se move na área científica onde desenvolvemos a nossa actividade profissional.

Salientamos ainda que, incorporam o grupo de pares estudado, dois dos três enfermeiros orientadores dos ensinamentos clínicos no terreno, facto que se poderá constituir numa mais valia no planeamento das disciplinas, pelo conhecimento da matriz sociológica e do "perfil" de competências destes actores.

Demos conta de uma realidade restrita, inscrita na senda da microsociologia, pela compreensão profunda e exaustiva da mesma. Porém, os dados analisados não nos permitem a sua extrapolação para outros Universos; contudo, também não era essa a nossa pretensão.

Confinámo-nos a um propósito mais limitado, mas não por isso menos importante, ou seja, centrámo-nos em oito distintos actores (enfermeiros) no seu contexto de trabalho (serviços de medicina de uma organização hospitalar), os quais nos contaram a sua "história", nas suas formas de "ver", "sentir" e "fazer", a qual tentámos compreender, interpretar e analisar.

Os saberes e competências reconfigurados direccionam a projecção do vector ideológico e identitário dos actores. Porém, considerando que as sementes para germinarem e as árvores para crescerem e desempenharem o papel que delas esperamos, necessitam que cuidemos delas; também analogamente os enfermeiros necessitarão de "cuidar" das suas competências, porque com elas irão cuidar dos seus clientes e (re)desenhar o seu lugar na produção de cuidados de saúde.

Neste enquadramento, atrevemo-nos a enunciar uma modesta sugestão, a qual se inscreve no redimensionar da lógica formativa da designada "formação em serviço", no sentido da mesma se traduzir na instância "cuidadora" das competências (re)configuradas.

Consideramos então, que um enfermeiro competente é o profissional que detém a capacidade para accionar e gerir a natureza compósita dos saberes e numa lógica construtivista; seleccioná-los, integrá-los e combiná-los, com responsabilidade, autonomia e criatividade, emergente de cada cliente, de cada situação e de cada contexto cuidativo, respondendo individualmente aos reptos de natureza social dos cuidados de enfermagem.

Pensamos que o percurso percorrido, que neste espaço assumiu um cariz de síntese, foi esclarecedor da problemática enunciada e do alcance dos objectivos propostos, enriquecendo o nosso percurso formativo.

Porém, inscrevem-se e emergem nos limites e contributos sociológicos e formativos deste estudo, outras inquietações e questões que, em nosso entender, merecem ser pesquisadas, animando o debate sociológico e formativo, no qual expressamos intenção de continuar a participar.

Ora vejamos:

- O contexto formativo do CCFE, pela reconfiguração de saberes e competências, traduziu-se para os actores, numa estratégia de duplo alcance: por um lado fragilizou os constrangimentos e por outro catalisou e promoveu as diferentes possibilidades, reconstruindo a identidade dos enfermeiros. Assim sendo, que repercussões advém desta recomposição para a qualidade dos cuidados prestados aos clientes?
- Desenhando-se a recomposição ideológica e identitária dos enfermeiros, na ideologia da profissionalização, com ancoragem no perfil identitário dos Neo - Profissionais, como se perspectiva o processo identitário dos alunos da formação inicial, socializados com estes profissionais, nas diferentes fases do seu percurso formativo?
- Considerando que a representação dos clientes acerca dos enfermeiros, contribui para a identidade dos últimos, que competências esperam os clientes dos enfermeiros licenciados?

De certo que, numa malha ainda mais fina, outras questões se poderiam colocar. Para já, fica-nos a certeza que encerramos esta investigação com mais interrogações do que aquelas que orientaram o seu desenho inicial. No entanto, somos de considerar que, no decorrer do processo de conhecimento científico o caminho das respostas é paralelo ao caminho da emergência de novas interrogações, as quais ensaiam compreensões e análises que, também, a maturidade do tempo o permitirá.

Até porque, como considerou Durkheim "(...) *o tempo para o sociólogo é incontestavelmente um analisador social de grande alcance (...)*"(SUE 1999: 103).



9 – BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson

- 1994 - **Dinâmica da Formatividade dos Enfermeiros. Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar**, Dissertação de Mestrado, Lisboa: Faculdade de Psicologia e das Ciências da Educação.

ABREU, Wilson

- 1996 - Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros : Subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar, *in*: ESTRELA, A. ; CANÁRIO, R. ; FERREIRA, J. (org), **Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 445 – 460.

ABREU, Wilson

- 1997 - Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar, *in* **CANÁRIO**, Rui (org), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora, 147 – 168.

ABREU, Wilson

- 2001 - **Identidade, Formação e Trabalho**, Lisboa: Formasau.

ADAM, Evelin

- 1995 - **Ser Enfermeira – Um Modelo Conceptual**, S. Paulo : Artes Médicas.

ALARCÃO, Isabel

- 1992 - "Continuar a formar-se, renovar e inovar, A formação continua de professores" , **Revista Escola Superior de Educação de Santarém**, n.º 3, Janeiro, 24 –34.

ALMEIDA, João; PINTO, José

1995 - **A Investigação nas Ciências Sociais**, Lisboa : Editorial Presença.

ALMEIDA, Maria; COSTA, António

2000 – “Ensino Politécnico”, *in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 26 - 38.

ALVES, Mariana

1996 - Jovens Licenciados em processo de transição para a Vida Activa : Problemática da Construção Identitária, *in*: ESTRELA, A. ; CANÁRIO, R. ; FERREIRA, J. (org), **Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 293 – 308.

AMENDOEIRA, José

1998 – “O Estatuto dos Cuidados de Enfermagem”, **Pensar Enfermagem**, n.º2 (2) , 18-22.

AMENDOEIRA, José

2000 – “O cuidado de Enfermagem – que sentido?” ,*in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação**, Balanço de um Projecto, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 38 – 49.

ARAÚJO, Maria

1996 - **Fenómenos Sexistas na Construção da Identidade Sócio Profissional de Enfermagem. O Papel do Estado e os Percursos Biográficos e Representações de Jovens Estudantes de Enfermagem**, Actas do III Congresso Português de Sociologia, Lisboa 7 a 9 de Fevereiro.

ARRUDA, Maria

s/d – “Qualificação versus Competência”,
<http://www.senac.br/informativo/BTS/271/boltec271a.htm> (acedido em
2002/05/15).

BARDIN, Laurence

1979 – **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70.

BARROSO, João

1996 – “Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional”, *in*: ESTRELA, A. ; CANÁRIO, R. ; FERREIRA, J. (org), **Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 39 - 54.

BASTO, MARTA

2001 – “A Imagem Externa dos Enfermeiros - Representação Social dos Enfermeiros”, **Enfermagem** ,n.º12, 24-28.

BENNER, Patricia

2001 – **De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática Clínica** ,
Coimbra : Quarteto Editora

BENTO, Maria

1997 - **Cuidados e Formação em Enfermagem. Que identidade?** ,Lisboa :
Fim de Século. Edições Ld.

BENTO, Maria; SOUSA, José

2000 - “Pensar e experimentar a prática pedagógica em ensino clínico de forma a que o processo formativo seja facilitador da percepção/construção do objecto da disciplina de enfermagem”, *in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 168 - 176.

BELLIER, Sandra

1999 – “A competência”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 241 – 262.

BERNOUX, Philippe

s.d - **Sociologia das Organizações**, Porto : Rés, 167 – 205.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari

1994 – **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto: Porto Editora.

BOTERF, Guy le

1994 - “Modelos de Aprendizagem em alternância na comunidade : Cinco desafios a enfrentar”, **Formar**, n.º 10, Fevereiro/Março/Abril, 40 – 46.

BOTERF, Guy le

1995 - **De la Competence : essai sur un attracteur étrange**, Paris : Les Éditions d’ Organisation.

BOTERF, Guy le

1999 - “Da Engenharia da Formação, À Engenharia das Competências: Que abordagens? Que actores? Que evoluções?”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 351 – 373.

BOUTINET, Jean

1999 - “A vida adulta em formação permanente : da noção ao conceito”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa : Instituto Piaget, 185 – 206.

CANÁRIO, Rui

1997 – “Formação e Mudança no Campo da Saúde”, *in* CANÁRIO, Rui (org), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora, 117-146.

CARAPINHEIRO, Graça

- 1993 - **Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**, Porto : Ed. Afrontamento.

CARVALHO, Maria

- 1996 - **A Enfermagem e o Humanismo**, Lisboa : Lusociência.

CASSEL, Catherine; SIMON, Gillian

- 1994 - **Qualitative Methods in Organizational Research. A Practical Guide**, London: Sage Publications.

CHIAVENATO, Idalberto

- 1999 - **Gestão de Pessoas - O novo papel dos recursos humanos nas organizações**, Rio de Janeiro: Editora Campus.

CHENÉ, Adéle (1986)

- 1988 - "A narrativa de formação e a formação de formadores", *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 89 - 97 .

COLLIÈRE, Marie

- 1989 - **Promover a Vida**, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, Marie

- 1990 - "Autonomia da profissão de Enfermagem", **Boletim Sindical**, SEP, 11 (3/4), 43 – 50.

CORREIA, José

- 1996 - " Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação", *in*: ESTRELA, A. ; CANÁRIO, R. ; FERREIRA, J. (org), Formação, **Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 3 - 30.

CORREIA, Maria

1993 - **Formação e Identidade Profissional dos Enfermeiros de Saúde Comunitária**, Dissertação de Mestrado, Lisboa : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

CORREIA, Maria

1994 - "Qualidade de Cuidados – Formação profissional e educação permanente", **Enfermagem em Foco**, n.º 15, ano IV, Maio/Julho , 42 – 43.

COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria

2000 - **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

COSTA, Maria

1994 - **Formação e práticas dos enfermeiros para o atendimento das pessoas idosas. Estudo exploratório realizado em instituições que cuidam pessoas idosas**. Dissertação de Mestrado, Lisboa : Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

COSTA, Maria

1998 - **Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados**, Lisboa: Fim de Século Edições, L.da.

COSTA, António

1999 - "Pesquisa de Terreno em Sociologia", *in* SILVA, Augusto e PINTO, José, **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento, 129 - 148 .

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard

1977 – **L'Acteur et le Système**, lès contraentes de l, action colective Paris: Le Seuil.

D' ESPINEY, Luisa

- 1996 – “Formação inicial / Formação contínua de Enfermeiras. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho”, *in* **Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 483 – 502.

D' ESPINEY, Luísa

- 1997 – “Formação Inicial/Formação contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho”, *in* CANÁRIO, Rui (org), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora, 169 – 188.

DOMINICE, Pierre (1982)

- 1988 – “A Biografia Educativa: Instrumento de Investigação para a Educação de Adultos”, *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação** , Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 98-106.

DOMINICE, Pierre (1985a)

- 1988 – “O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais”, *in* NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação** , Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 51 – 61.

DOMINICE, Pierre (1985b)

- 1988 – “O que a Vida lhes ensinou”, *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação** , Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 131-153.

DUBAR, Claude

- 1997 – **Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais**, Porto: Porto Editora.

DUBAR, Claude e GADÉA, Charles

- 1999 – “Sociologia da Formação Pós – Escolar”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 143 – 160.

ÉTIENNE, Jean; BLOESS, Françoise; NORECK, Jean; ROUX, Jean

1998 – **Dicionário de Sociologia. As Noções os Mecanismos e os Autores**, Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

ELLIS, JANICE ; HARTLEY, Célia

1998 - **Enfermagem Contemporânea, Desafios, Questões e Tendências**, Porto Alegre : Artes Médicas.

ESTEVES, António

1999 - "A Investigação-Acção", *in* SILVA, Augusto e PINTO, José (org.) **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento, 251-278.

FERREIRA, Fernando

1996 – "Identidades dos Professores : Perspectivas Teóricas e Metodológicas", *in*: ESTRELA, A. ; CANÁRIO, R. ; FERREIRA, J. (org), **Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho**, Lisboa : AFIRSE Portuguesa, 309 – 328.

FINGER, Matthias (1986)

1988 – "As implicações Sócio – Epistemológicas do Método Biográfico", *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 81- 86.

FODDY, William

1995 – **Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários**, Lisboa: Celta Editora

FORTIN, Marie

1999 – **O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização**, Loures: Lusociência.

FRADA, João

1994 – **Guia Prático Para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos**, Lisboa: Edições Cosmos.

GALHANAS, Caetano

- 1997 - "Da qualificação à produção de Competências em enfermagem : a importância da Formação em Serviço", **Pensar Enfermagem**, n.º 0 (1), 5 – 9.

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin

- 1992 - **O Inquérito. Teoria e Prática**, Lisboa: Celta editora.

GIL, António

- 1989 - **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo : Editora Atlas S.A

GOETZ, Judith ; LECOMPTE, Margaret

- 1988 – **Etnografia Y Isenõ Cualitativo em Investigación Educativa**, Madrid : Ediciones Morata.

FLORES, Javier

- 1994 – **Análisis de Datos Cualitativos. Aplicaciones a la Investigación Educativa**, Barcelona: Editora P.P.V.

HENDERSON, Virginia

- 1994 - **La Naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 anos después**, Madrid : Interamericana – Mcgraw – Hill.

HUBERMAN, A. Michael ; MILES, Matthew

- 1991 – **Analyse des Donnés Qualitatives Data. Recueil de nouvelles méthodes**, Bruxelles : De Boeck.

ITURRA, Raúl

- 1999 - "Trabalho de Campo e Observação Participante em Antropologia", *in* SILVA, Augusto e PINTO, José (org.) **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento,149-163.

YVES, Clot

- 1995 - " La Compétence en Cours d´activité ", , **Education Permanente**, nº 123 , 115 – 123.

JOBERT, Guy

1999 - "A inteligência no Trabalho", *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das ciências e das técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 223 - 239.

JOSSO, Cristine (1987)

1988 - " Da formação do sujeito...ao sujeito de formação", *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 35 - 50.

LESNE, Marcelle

1977 - **Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos**, Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

LESSARD-HÉBERT, Michelle et al

1990 - **Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas**, Lisboa: Instituto Piaget.

LIMA, Marcelo

s/d – Qualificação versus Competência,
<http://www.senac.br/informativo/BTS/271/boltec271a.htm> (acedido em 2002/05/15)

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith

2001 – **Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LONGARITO, Clementina

1999 – **O Ensino Clínico, Dificuldades, Recursos e Profissionalidade. Subsídios para uma Abordagem Interactiva**, Dissertação de Mestrado, Porto: Universidade do Porto.

LONGARITO, Clementina

- 2002 – “O Ensino Clínico. A Importância da Orientação e a Construção do Saber Profissional”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 5, Fevereiro, 26 - 33.

LENOIR, Hughes

- 1996 - “Os Princípios Fundamentais”, *in* : MARC, Edmond e LOCQUENEUX, Jacqueline (org.), **Guia de Métodos e Práticas em Formação**, Lisboa : Instituto Piaget, 31 – 36.

LOPES, Noémia

- 1996 - **A Recomposição Profissional da Enfermagem**, Actas do III Congresso Português de Sociologia, Lisboa 7 a 9 Fev.

LOPES, Noémia

- 2001 - **Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar**, Coimbra : Quarteto Editora.

LOPES, Pereira

- 1997 – “Formação em Enfermagem e Cidadania”, **Enfermagem em Foco**, n.º26, ano VII, Fevereiro/Abril, 37-42.

LUCAS, Yvette ; DUBAR, Claude

- 1994 - **Genèse et Dynamique des Groupes professionnels**, Paris : Presses Universitaires de Lille.

LUZ, Maria

- 2000 – “Organizações Qualificantes e o Sistema de Formação em Enfermagem”, *in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Lisboa, 78-84.

MALGLAIVE, Gérard

- 1997 – “Formação e Saberes Profissionais: Entre a Teoria e a Prática”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora, 53 – 60.

MARC, Edmond ; LOCQUENEUX, Jacqueline

- 1995 - **Guia de Métodos e Práticas em Formação**, Lisboa: Instituto Piaget.

MÉGRE, Paula

- 1998 – “Novas competências numa perspectiva de Desenvolvimento Profissional”
Pensar Enfermagem , n.º 2 (2), 9 – 15.

MEYER, Dagmar ; Waldow, Vera ; Lopes, Marta

- 1995 – **Maneiras de Cuidar, maneiras de Ensinar: a Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional**, Porto Alegre: Artes Médicas.

MEYER, Dagmar ; Waldow, Vera ; Lopes, Marta

- 1998 – **Marcas da Diversidade. Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea**, Porto Alegre: Artes Médicas.

MILES, Matthew ; HUBERMAN, A. Michael

- 1994 – **Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods**, Newbury Park: Sage Publications.

MORA, Martin

- 2002 – “ La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici”,
Atenea Digital, nº2, otoño (on-line) Disponible :
<http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf> (accedido em 2003/04/04)

NÓVOA, António ; FINGUER, Mattias

- 1988 – **O Método (Auto)biográfico e a Formação** , Lisboa : Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde .

PALMEIRO, Maria

- 1995 – **Formação e Práticas Profissionais dos Enfermeiros no Contexto de um Centro de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara

- 1992 - **Modelos para o Exercício de Enfermagem**, Lisboa : Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

PIMENTEL, Maria

- 2000 – “Enfermagem : Identidade e Representações num Contexto em Mudança”, **Revista Referência** , n.º4, Maio, 31-37.

PINEAU, Gaston

- 1999 - “Experiências de aprendizagem e histórias de vida”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 327 – 348.

PINEAU, Gaston (1985)

- 1988 - “A Autoformação no Decurso da Vida : Entre a Hetero e a Ecoformação”, *in* : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 64-77.

PINHEIRO, Maria

- 1999 – **A Vida e a Morte de Recém Nascidos em Unidades de Neonatologia – Experiências das Mães e dos Profissionais de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.

PINTO, José

- 1991 – “Sobre a Produção Social de Identidade”, **Revista crítica de Ciências Sociais**, n.º 32 , 217 – 231.

PIRES, Ana

- 1994 - "As novas competências profissionais", **Formar**, n.º 10, Fevereiro/Março/Abril, 4 – 19.

POLIT, Denise ; HUNGLER, Bernadette

- 1991 - **Investigacion Científica em Ciências de la Salud**, México : Interamericana

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van

- 1992 - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Gradiva.

KÉROUAC, Suzanne et al

- 1994 - **La Pensée Infirmière .Conceptions et Stratégies**, Laval : Édition Études Vivantes.

KETELE, Jean-Marie ; ROEGIERS, Xavier

- 1993 - **Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos** , Lisboa: Instituto Piaget.

RIBEIRO, Lisete

- 2000 - "A formação dos enfermeiros em Portugal ao nível da Licenciatura – Considerações em torno de um projecto", *in* : COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 109-117.

RICHARDSON, Robert e colaboradores

- 1989 - **Pesquisa Social - Métodos e Técnicas**, São Paulo: Editora Atlas S.A.

RODRIGUES, Maria

- 1998 - **Competitividade e Recursos Humanos**, Lisboa: Publicações D. Quixote.

SÁ – CHAVES, Idália

- 2000 - "Formação, competências e conhecimento profissional", *in* : COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39 – 48.

SAINSSAULIEU, Renaud

- 1997 - Sociologia da Empresa. Organização Cultura e Desenvolvimento, Lisboa : Instituto Piaget.

SAINSSAULIEU, Renaud

- 1999 - "Os 'efeitos da Formação' na Empresa", *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget, 91 – 102.

SANTO, Carminda

- 1999 – "As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança", **Revista Referência** , n.º3, Novembro, 53-57.

SANTOS, Nuno

- 1999 – **Identidade e Cooperação: Individual e Colectivo em Contextos Organizacionais**, Tese de Doutoramento, Évora: Universidade de Évora.

SANTOS, Boaventura

- 1993 - **Um discurso sobre ciências**, Lisboa : Editora Afrontamento.

SILVA ,Augusto e PINTO, José

- 1999 - **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Carlos

- 2001 – **(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem. Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Tese de Doutoramento, Évora: Universidade de Évora.

SUE, ROGER

- 1999 – “Dinâmica dos tempos Sociais e o processo Educativo”, *in* CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), **Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação**, Lisboa: Instituto Piaget , 103 - 120.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona

- 1999 - **Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista**, Lisboa : Lusociência.

TAVARES, Cláudia ; TEIXEIRA, Enéas

- 1998 – “Trabalhando com Representações sociais na Enfermagem”, *in* GAUTIER, Jacques (org.) , **Pesquisa em enfermagem. Novas Metodologias Aplicadas**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

VALERIANO, Maria

- 1993 – “Os Enfermeiros e as Representações da Enfermagem. Algumas ideias e factos”, **Servir**, n.º4(41) Julho/Agosto,171-176.

VALA, Jorge

- 1999 – “Análise de Conteúdo” , *in* SILVA, Augusto e PINTO, José (org.) **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento, 101 - 128.

VEIGA, Maria; Duarte, Maria; Gândara, Maria

- 1995 - “Que futuro para a formação permanente dos Enfermeiros?”, **Enfermagem em Foco** , n.º 20 , Ano V, Agosto/Setembro, 35 – 39.

YIN, Robert

- 1994 - **Case Study Research - Design and Methods**, 2.^a edição, Thousand Oaks : Sage Publications.

WATSON, Jean

- 2002 – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um Novo Paradigma da enfermagem** , Lisboa: Lusociência.

OUTROS DOCUMENTOS

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Lei n.º 115/97: alteração á Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). Diário da República I-A série n.º217 (19 setembro 1997), 5082 e 5083.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (CCE)

2000 – “Memorando Sobre Aprendizagem ao longo da vida”, Documento de Trabalho dos Serviços da Comissão, Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias

COMISSÃO EUROPEIA

1998 - Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem – “Relatório e recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na União Europeia”, Bruxelas : Comissão Europeia, Direcção Geral XV, (XV/E/8481/4/97 – PT).

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

1998 - “As Exigências do Exercício da Profissão de Enfermeiro e a Organização de Educação em Enfermagem, em Articulação com as Alterações ou Sistema de Ensino Superior Politécnico”, (Parecer Técnico de Teresa Quintão Pereira), Lisboa: DRHS.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Portaria n.º799-E/99: aprova o regulamento geral do curso de complemento de formação em enfermagem. Diário da República I-B série n.º219-supl. (18 setembro 1999) 6510-(3-7).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Decreto – Lei n.º 353/99 (fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República I – A Série n.º 206 (3 Setembro 1999) 6198 – 6201.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Portaria n.º 799-D/99 : aprova o regulamento geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República I-B n.º 219 suplemento (18 Setembro 1999) 6510 (2 e 3).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Portaria n.º 799 – 6/99 : cria o Curso de Licenciatura em Enfermagem num conjunto de Escolas Superiores de Enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de Licenciado em Enfermagem. Diário da República – B n.º 219 Suplemento (18 Setembro 1999), 6510 (8).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO - GERAL DA SAÚDE (1997). A saúde dos Portugueses. Lisboa: Direcção - Geral da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto –Lei n.º 437/91: aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem. Diário da República I – A série n.º 257, (8 de Novembro 1991), p. 5723 - 5741.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto –Lei n.º 412/98: procede á reestruturação da Carreira de Enfermagem, instituída pelo Decreto – Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Diário da República, I – A série n.º 300 (30 de Dezembro de 1998), p. 7257 - 7264.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto –Lei n.º 161/96: define os princípios gerais respeitantes ao Exercício Profissional dos Enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I série – A, n.º 205, (4 de Setembro 1996), p. 2959 - 2962.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 : define o conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde. Diário da República I – B n.º 280 (4 Dezembro 1998), p. 6692 – 6696.

10 - ANEXOS

**ANEXO I – Pedido de autorização á organização escolar, para
a realização do estudo.**

Louro
batista
21/10/2002

E. S. E. P.
Entrada: N.º 1230
Em 2002/10/10
Proc.º 0180

Quarta

Ex.ma Senhora
Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Enfermagem de

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Trabalho de Campo

Olga Joaquina Vaz Batista Louro, mestrando em Sociologia na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V.Ex.a autorização para realizar trabalho de campo a partir de Outubro de 2002 nesta instituição.

Tratando-se de uma investigação subordinada ao tema *A Influência do Complemento de Formação na (Re)Construção Identitária em Enfermagem. Contributo para um estudo de caso de desenvolvimento profissional*, pretendendo entrevistar alunos dos Cursos de Complemento de Formação em Enfermagem.

De referir que os resultados serão dados a conhecer a V. Ex.a através do envio da respectiva dissertação de mestrado.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

1 de Outubro de 2002

Olga Joaquina Vaz Batista Louro
(Olga Joaquina Vaz Batista Louro)

E. S. E. P.
O Presente Documento está Conforme Original
<i>[Signature]</i>
03/10/2002

**ANEXO II – Pedido de autorização á organização hospitalar, para
a realização do estudo.**

Autorizado.
2002/10/02

Conselho de Administração
José Cardoso José
(Hospital) (Admin.)
Acy

Ex.mo Senhor
Director dos Serviços de Enfermagem

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Trabalho de Campo

Olga Joaquina Vaz Batista Louro, mestrando em Sociologia na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V.Ex.a autorização para realizar trabalho de campo nesta instituição.

Tratando-se de uma investigação subordinada ao tema: *A Influência do Complemento de Formação na (Re)Construção Identitária em Enfermagem. Contributo para um estudo de caso de desenvolvimento profissional*, pretendendo também entrevistar alguns enfermeiros dos serviços de medicina.

De referir que os resultados serão dados a conhecer a V. Ex.a através do envio da respectiva dissertação de mestrado.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

01 de Outubro de 2002.

Olga Joaquina Vaz Batista Louro
(Olga Joaquina Vaz Batista Louro)

ANEXO III – Guião da entrevista

**A Influência do Complemento de Formação na (Re)construção
Identitária em Enfermagem.
Contributos para um Estudo de Caso do Desenvolvimento Profissional**

Tese de Mestrado em Sociologia
Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

Guião de Entrevista aos enfermeiros (alunos do Curso Complemento de Formação em Enfermagem).

Dimensões Analíticas	Questão principal	Questões secundárias
<p>D1 – Trajectória profissional dos enfermeiros</p> <p><u>Objectivo 1</u> Perspectivar a prática e orientação profissional dominante.</p>	<p>P1 – Quais as razões que o levaram a ser enfermeiro ?</p> <p>P2 – Como caracteriza a sua prática ?</p> <p>P3 – Quais pensa serem os saberes e competências inerentes á sua prática de cuidados?</p>	<p>P1.1 – Quais as razões que o levaram a trabalhar na instituição (Hospital ou C. saúde) ?</p> <p>P1.2 – Quais as razões que o levaram a trabalhar nesta unidade ?</p> <p>P1.3 – Qual pensa ser a finalidade dos cuidados que presta aos utentes ?</p> <p>P2.1 – Quais as actividades que mais valoriza no seu trabalho ?</p> <p>P2.2 – Quais as actividades que menos valoriza no seu trabalho ?</p> <p>P2.3 – Considera que algumas das actividades que realiza poderiam ser delegadas noutros profissionais? Justifique.</p> <p>P3.1 – Como caracteriza um bom enfermeiro?</p> <p>P3.2 – Como caracteriza um mau enfermeiro?</p>

Continuação

Dimensões Analíticas	Questão principal	Questões secundárias
<p>D2 – Complemento de Formação: Esquemas de interesses e Expectativas.</p> <p><u>Objectivo 2</u> Identificar Interesses e expectativas dos alunos no âmbito dos saberes/competências a desenvolver.</p>	<p>P4 – De uma forma geral, ao iniciar o curso, quais eram os interesses e as expectativas que detinha em relação ao mesmo?</p> <p>P5- No âmbito dos saberes / competências, quais eram as suas necessidades formativas?</p>	<p>P4.1- Porque frequentou o curso?</p> <p>P4.2-Como esperava que fosse o curso?</p> <p>P5.1 – O que esperava aprender?</p> <p>P5.2 – As suas necessidades formativas inscreviam-se na dimensão técnica, teórico-científica, ou humano-relacional? Justifique.</p>
<p>D3 – Complemento de Formação: (re)apropriação de saberes e/competências</p> <p><u>Objectivo 3</u> Perspectivar os saberes/competências (re)construídos.</p>	<p>P6 – Qual a apreciação global que faz do processo formativo, relativamente á (re)construção de saberes/competências?</p> <p>P7 – Como caracteriza as relações estabelecidas entre disciplinas/conteúdos temáticos e saberes/competências (re)construídos?</p>	<p>P6.1 – Quais os saberes/competências (re)configurados no decorrer do curso?</p> <p>P6.2 – Qual o balanço que faz entre as competências que detinha antes e depois do percurso formativo?</p> <p>P6.3 – Pode descrever alguns exemplos desse balanço?</p> <p>P7.1 – Como identifica a/o(s) saberes/competências subjacentes a cada unidade temática?</p> <p>P7.2 – Pode referir alguns exemplos.</p>

Continuação

Dimensões Analíticas	Questão principal	Questões secundárias
<p>D4 – Impacto do CCFE no construto dos cuidados</p> <p><u>Objectivo 4</u> Enunciar a influência do CCFE na prática profissional</p>	<p>P8 – A concepção que tem sobre a profissão foi alterada pela frequência do curso ? Justifique.</p> <p>P9- Como caracteriza a influência do curso no desenvolvimento das práticas?</p> <p>P10 –Na sua opinião, e referindo os contributos do CCFE, em que sentido pensa que tende a evoluir o futuro da enfermagem?</p>	<p>P8.1 – Quais as áreas/disciplinas que mais contributos proporcionou para a nova concepção?</p> <p>P9.1 – Como pensa que as competências (re)construídas são visíveis na prática profissional?</p> <p>P9.2 – Pode referir alguns exemplos.</p> <p>P10.1 – Pensa que o futuro da enfermagem tende a evoluir no sentido da maior especialização no domínio das técnicas médicas? Justifique.</p> <p>P10.2 - – Pensa que o futuro da enfermagem tende a evoluir no sentido do maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização no domínio específico do “cuidar”? Justifique.</p>
<p>D5- Dados Biográficos</p> <p><u>Objectivo 5</u> Identificar o entrevistado</p>	<p>P11-Sexo.</p> <p>P12-Idade.</p> <p>P13-Instituição/Unidade onde desempenha funções.</p> <p>P14-Tempo de Serviço.</p> <p>P15-Categoria profissional.</p>	

ANEXO IV – Matriz de Codificação Global.

Matriz de Codificação Global

DIMENSÕES ANALÍTICAS	
Representações e Práticas Profissionais dos Actores	A estratégia Formativa (CCFE): Repercussões nos Saberes / Competências e Práticas dos Actores
Razões para Ser Enfermeiro - (RSE) Razões para Trabalhar na Instituição/Serviço – (RIS) Finalidade e Orientação dos Cuidados - (FOC) Actividades Mais Valorizadas - (ACV) Constrangimentos na Prática de Cuidados – (CPC) Percepções sobre a Delegação do Trabalho - (PDT) Assimilação local de Saberes e Competências na Prática - (ASC)	Esquemas de interesses e expectativas - (EIE) (Re)configuração de saberes e competências - (RSC) Implicações da Formação na prática - (IFP)

ANEXO V – Grades de Análise.

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enf ^o s	Razões para Ser Enfermeiro (RSE)
A	<p>"(...) o que eu realmente gostava era de medicina, entretanto não tinha média para entrar para medicina, outras razões principalmente as razões económicas, porque os meus pais trabalham, são operários têxteis, e esta fábrica anda há n-tempo, mais de 10 anos com salários em atraso, e eu na altura pronto, perante esta situação tive que optar, então já sabia não tendo média para a medicina, pronto eu gostava muito de ir para Coimbra, só que com certeza não tinha dinheiro(..)" .</p> <p>" (...) e o curso que mais me entusiasmava, talvez por estar ligado hipoteticamente á área da medicina seria a enfermagem, e então inscrevi-me no curso de enfermagem (...)" .</p> <p>(...) hoje, acho que (...) tenho mais carácter para enfermeira do que propriamente para médica, eu gosto muito da relação humana (...) se calhar houve uma razão para eu não entrar para medicina é que eu se calhar sou, faço mais falta como enfermeira na profissão de enfermagem".</p>
B	<p>" (...) desde pequena que dizia que queria ser enfermeira, não sei porquê, não tenho ninguém na família enfermeiro nem que tivesse contacto com essa área da medicina (...)" .</p> <p>"Desde pequena, mas muito pequena que ando a dizer que queria ser enfermeira (...)" .</p> <p>" (...) acho que me despertava uma certa curiosidade estas coisas, o tratar de doentes".</p>
C	<p>"Gostava e achava que era uma coisa com a qual eu me identificava, e desde pequena que meti isso na ideia que havia de ser enfermeira (...) e pronto, e que foi uma ideia fixa mesmo, nunca me virei assim para outro lado (...)" .</p> <p>" (...) eu vinha ter com a minha mãe ao hospital, e ia observando, gostava de ver as enfermeiras de um lado para o outro (...)" .</p>
D	<p>" (...) uma doença vitimou o meu pai (...), acabou por falecer (...) foi um motivo muito importante que me levou a enveredar pela área da saúde(...)" .</p>
E	<p>(...) a enfermagem por uma questão de proximidade (...) veio de um sentido que tive em termos de formação, que teria uma profissão em que pudesse de alguma forma ajudar as pessoas, estar junto das pessoas e depois pegando nisso, acabei por construir o meu percurso com aquelas coisas que eu gostava mais de estudar e tudo isso, e acabei por vir parar á enfermagem de uma forma muito natural".</p>
F	<p>(...) vinha de uma formação vocacional (...) relacionada com a saúde (...) sempre gostei dos temas, quando me inscrevi na escola de enfermagem, inscrevi-me a pensar que gostaria (...)" .</p> <p>(...) depois de estarmos inseridos naquele meio, estamos a estudar os conteúdos, estamos em contacto com os doentes e aí, ai apercebi-me de facto que era aquilo que eu queria (...)" .</p>

Enfº s	Razões para Ser Enfermeiro (RSE) – (Cont.)
G	<p>(...) a minha ambição era ter ido pra medicina (...). " (...) a gente quando é nova não pensa (...) pensa que as notas aaaa (...) vêm assim do céu, a gente não estava pra isso (...). "(...) olha só me deu prá enfermagem, foi o que eu achei que fosse mais relacionado com a parte médica (...). " (...) sempre gostei de tratar, de cuidar (...) daqueles que sofrem, foi principalmente isso". (...) hoje não estou nada arrependida (...) se voltasse atrás, eu concorria novamente pra enfermagem, (...)."</p>
H	<p>" (...) eu gostava de ouvir falar das doenças, saber o porquê das doenças, porque é que aparecem (...) eu gostava disso!". (...) a área científico – natural (...) sempre me despertou a atenção (...) no liceu lembro-me de ter a disciplina de Saúde e Socorrismo, eu gostava disso!". " (...) gosto da enfermagem, do trabalho, daquilo que faço!".</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enfº s	Razões para Trabalhar na Instituição/Serviço (RIS)
A	"Querida ficar nesta zona (...) sou de cá. A medicina foi onde me colocaram (...)"
B	"Eu sou de (...) e a minha família (...) queria trabalhar aqui. Vim para medicina porque me mandaram (...) o Director (...)".
C	"Eu vim para cá, foi onde me colocaram na altura (...). (...) tenho-me mantido por cá, porque tenho gostado de trabalhar com pessoas idosas (...), eles têm sempre muito para me dar, para nos ensinar (...). Há uma empatia diferente (...) há uma proximidade maior (...) o idoso é uma pessoa diferente e é um todo com muitas limitações, com muitas necessidades e penso que (...) será uma das nossas funções fazer face a essas necessidades (...)"
D	"(...) os motivos que me levaram a vir para aqui (...) foram motivos familiares". A medicina (...) foi uma escolha da Direcção de Enfermagem, foi uma escolha imposta, não foi pedida por mim". A medicina (...) foi uma escolha da Direcção de Enfermagem, foi uma escolha imposta, (...) eu aceitei, (...) sou funcionária do hospital, mas colocaram-me sem me perguntar nada!"
E	"...(...) foi uma opção na altura que teve a ver com o facto de não me querer afastar da família (...). " o Enfermeiro Director na altura e o seu adjunto, (...) acharam que eu devia ser uma das pessoas que deveria ser mobilizada" Deram-me vários serviços a escolher e entre os quais a Medicina (...) e eu preferi ir para esse serviço e solicitei que a ser transferido fosse para ali e não fosse para outros lados (...), a medicina acabou nesta segunda parte por ser uma opção e que provavelmente será uma opção por mais meia dúzia de anos". "Quando fui aluno fiquei com uma imagem muito positiva do Serviço de Medicina " (...) a medicina tem (...) doentes sempre com muitas necessidades (...) onde um enfermeiro quando queira estar próximo das pessoas (...) consegue fazer muita coisa que o faz sentir-se útil e próximo dos utentes (...).
F	" Não fui eu que pedi para vir, fui transferido". " (...) fui transferido pelo Enfermeiro Director, não estou contrariado, mas não fui eu que pedi para vir (...) quando estou num serviço, estou preocupado (...) em fazer o melhor que sei nesse serviço (...)"
G	" A escolha foi (...) tipo tá na terra ". "Inicialmente vim prá qui contrariada (...). (...) devido ás patologias, ás idades dos doentes, ao tipo de doentes (...)" "(...) inicialmente não vim prá qui contente" . "Neste momento só saio daqui, mesmo, mesmo quando for obrigado ou se eu quiser que não quero, neste momento sinto-me realizado como enfermeiro neste serviço".

Enfº s	Razões para Trabalhar na Instituição/Serviço (RIS)
H	<p>(...) o Serviço de Medicina (...) não foi uma escolha minha, não foi uma escolha pessoal, não escolhi (...). "E o Serviço de Medicina digamos que, a seguir aos nove anos, sabia pronto, aliás até pensávamos que mais cedo (...) temos que passar por vários serviços (...) sabia que haveria de haver mudanças e qualquer dia, mais dia menos dia tinha que vir prá medicina, (...) e pronto não foi um choque (...) aceitei (...)!". (...) devido á equipa, dou muito valor á equipa (...), foi uma integração fácil (...) não custou, e pronto, dei-me bem!".</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enfº s	Finalidade e Orientação dos Cuidados (FOC)
A	<p>"(...) nós estamos ali para cuidar das pessoas, acho que isto fundamentalmente a enfermagem passa muito por aí (...)"</p> <p>"(...) e as palavras e as conversas que nós temos por vezes são até o medicamento que as pessoas estão a precisar, para se cuidarem(...)"</p> <p>"(...)a parte relacional para mim é fundamental(...)"</p> <p>" (...)a enfermagem(...)é uma profissão que tem as suas devidas competências e completamente diferentes da parte da medicina, hoje cá no meio sei que são profissões completamente distintas, (...)o objectivo da medicina é sem dúvida o tratar (...)são muito técnicos mas não são relacionais(...)"</p>
B	<p>"(...)ajudar as pessoas e talvez substitui-las naquela fase em que elas não podem satisfazer as necessidades. Que nós todos os dias fazemos e fazemos com todas as naturalidades, mas nem sequer pensamos, quando estamos doentes o que é que custa não poder fazê-las".</p>
C	<p>" A finalidade dos cuidados seria(...)sei lá(...)tentar satisfazer o máximo possível as necessidades que eles pronto(...)sei lá (...) é aquilo que eu tento fazer(...) é satisfazer as necessidades que eles sentem, ou pelo menos que eu me apercebo que eles precisem."</p>
D	<p>"Restabelecer a saúde, portanto do utente na sua globalidade, é a grande finalidade (...)".</p>
E	<p>"(...)quando estou a prestar cuidados aos doentes penso sempre que(...) são (...) na finalidade última de promover a saúde daquelas pessoas (...) é criar nos doentes (...) nas famílias a capacidade de elas próprias resolverem alguns problemas(...)"</p> <p>"(...)o afastamento do campo médico que é um caminho que não têm retorno(...) o afastamento da área científica do conhecimento médico vai ser cada vez mais larga."</p>
F	<p>"A minha prestação de cuidados é o cuidar do doente (...) em relação aos cuidados que eu presto (...) o aspecto mais importante é o aspecto relacional(...) além dos cuidados (...)".</p> <p>"(...) nós temos o nosso domínio, nós com a parte técnica não temos nada a ver! Isto é com eles, eles tem lá as especializações deles, têm lá (...) e nós temos as nossas (...) não estou muito preocupado com os domínios médicos, com as especializações deles, isto é deles, nós temos uma que eles não têm, nós cuidamos e eles não, eles tratam!".</p>
G	<p>"A independência do doente, promover a independência do doente. Neste serviço específico, o que(...) não consigo, a maior parte das vezes, tento ajudar e tento colaborar nessa independência mas, a maior parte das vezes as doentes acabam quase por sair como entram (...)"</p>
H	<p>" A finalidade dos cuidados aqui na medicina chegam a ser paliativos! (...) porque curar e isso desgostou-me um bocado, não é, porque eu na obstetria era o nascer de uma vida, aqui é o definir. a gente tá aqui a atenuar a dor, o sofrimento (...) prestar cuidados gerais para o bem estar...do doente, ao fim ao cabo porque...curar aqui, pronto é muito difícil!"</p> <p>" (...) uma pessoa às vezes vê (...) alguma doença mais leve(...) a gente administra a terapêutica(...) e a senhora sai daqui melhor ou restabelecida(...) agora os outros tipos de doenças a gente tá aqui (...)".</p> <p>"(...) há doentes com escaras, com feridas e ai o nosso serviço é prestar esses cuidados para tentar curar a ferida, não é?".</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enfº s	Actividades Mais Valorizadas (ACV)
A	<p>"(...) tantas vezes que dizem, tem um tempinho para conversar? Eu gosto de ter, nem que seja aqueles 5 minutos, não é?"</p> <p>"(...) e eu gosto, sem dúvida a parte relacional para mim é fundamental(...)"</p> <p>"(...)gosto muito do contacto, acho que é primordial e é uma das grandes chaves para o cuidar, não é?"</p> <p>"(...) se calhar até parte muito da gente começar a falar com ele e começar a tratar esses problemas. Passa a febre, passa a tosse e vamos embora, não é assim que se resolvem e acho que(...)parte muito do enfermeiro...para depois levar (...) encaminhamento(...)"</p> <p>"(...) até gosto muito de higienes (...) e as pessoas começam a abrir-se connosco, e nós às vezes até conseguimos ajudar(...)"</p>
B	<p>"(...) as pessoas estão a conversar connosco e nós não temos o tempo que eu gostaria de ter para falar, eu acho que isto é dar coisas mais importantes. Porque mesmo em termos pessoais, uma pessoa estar ali, nós não estamos bem, temos qualquer coisa e estamos a ouvir, acho que é muito bom, nem é preciso dizer nada, mas estarmos ali a ouvir já não é mau!"</p> <p>"(...) às vezes não é um comprimido ou uma injeção que vai tirar essa dor á pessoa, acho que nós apercebemo-nos mais das coisas, somos capazes de tirar mais frutos nesse aspecto (...)"</p>
C	<p>" (...)o momento da higiene, é um momento muito importante, é quando nós estamos mais disponíveis(...)"</p> <p>"...eu gosto muito de durante a higiene, nós conseguimos às vezes saber muita coisa sobre o doente, falamos com ele, eles abrem-se muito, vão falando, vão respondendo, eu gosto, gosto muito quando é na altura da higiene...sei lá, gosto do próprio convívio com elas, (...)"</p> <p>"(...) nós estamos ali, aquele bocadinho dedicado àquele doente, nós estamos só com ele (...) e nós conseguimos(...) criar mais alguma coisa para nós próprios".</p> <p>"Quando fazemos a colheita de dados conseguimos ficar com uma percepção (...) das necessidades do doente (...)"</p>
D	<p>"A parte relacional porque está no âmago da enfermagem (...) terá portanto a par (...) com o cuidar, esta parte relacional há-de pertencer, (...) sempre á gente e a parte técnico/científica tem portanto para as nossas práticas, temos que ter valor, formação e temos que justificar aquilo que fazemos."</p> <p>"Fazem-se ensinios a familiares (...) como devem proceder á administração dos alimentos(...)"</p> <p>"As higienes (...) porque é assim(...) é importante a parte relacional, o contacto com o doente, não é?"</p>

Enfº s	Actividades Mais Valorizadas (ACV) – (Cont.)
E	<p>"(...)os cuidados directos aos utentes(...) que me preenche e que me faz sentir muito bem(...)"</p> <p>"(...)os aspectos que se prendem com a formação (...) tanto com auto-formação (...) como na formação que faço com outros colegas, participando com eles em acções de formação (...) às vezes até nas pequenas discussões que temos nas passagens de turno sobre este ou aquele aspecto do cuidado ao utente(...)"</p> <p>"(...) nós enfermeiros, (...) enfermeiros dos Serviços de Medicina, mas também os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde passamos por um papel de passar informação á família. E quando digo prestar informação á família não me estou a referir a prestar informação no sentido da patologia, (...) tou a prestar a informação no sentido de que é provável que aquele utente com aquelas condições possa vir a ficar neste ou naquele grau de dependência".</p> <p>"Após detectarmos as necessidades (...) às vezes, prende-se com cuidados e nomeadamente isso é muito frequente por exemplo nas administrações de insulina, nas ENG, (...) nos posicionamentos nos doentes que ficam acamados (...) rapidamente se ensina a família e as famílias aprendem isso rapidamente".</p>
F	<p>"(...)a prestação de cuidados em que eu estou ali perto do doente e depois o resto em que eu estou mais virado para o lado da gestão (...) e exige que nós temos que estar atentos a tudo, um complemento dessas duas coisas(...)"</p> <p>"(...)fazer uma higiene (...), cada doente é um doente, embora todas as manhas nós vamos lhe fazer uma higiene, as higiens não são todas iguais, os doentes são todos diferentes(...)os pormenores, são as coisas mais pequeninas, na relação com o doente o saber ouvir, o saber escutar, o saber estar onde ele precisa, o saber afastar-se quando ele precisa que nos afastemos(...) isso é que reflecte para mim uma boa prestação de cuidados, uma prestação completa (...) não é só o lavar e o sentar!"</p> <p>"O aspecto depois da higiene, do cuidar bem, com ensinamentos de tudo, percebes?"</p> <p>"(...)o mais importante para mim é (...) a observação; observar bem um doente, ver bem um doente e depois a partir dali conseguir perceber aquele doente que eu ali tenho, após aquela observação bem feita e depois a partir dali prestar os cuidados todos que ele necessita(...)"</p> <p>"(...) eu acho que um dos aspectos mais importantes (...) no ser enfermeiro é mantermo-nos actualizados(...) e (...) tenho-me pautado pela formação".</p> <p>"(...) é muito importante saber ouvir, o saber escutar a pessoa que está ali (...) eu pauto-me por isso, por deixa-la mais 5 ou 10 minutos, o tempo que for preciso, mas ouvir e prestar atenção devida áquela pessoa (...)"</p> <p>"Uma técnica de algáliação ou técnica de entubação (...) temos que fazer por prestarmos determinados cuidados, mas o mais importante é o aspecto relacional e a humanização (...)"</p>
G	<p>"As que mais valorizo é no contacto com o doente, o contacto directo, no momento em que lhe tou as fazer a higiene (...) fazer uma colheita de dados, (...) a dar uma refeição(...) ensinamentos da administração da alimentação por sonda, combino com as famílias a hora que hão-de vir, percebes? Para ensinar (...) só que elas muitas das vezes, (...) não querem(...)"</p> <p>"(...)a higiene (...) é o único contacto que nós temos com os doentes (...) é o único contacto directo (...) é o momento que estou ali a tocar-lhe e aproveito na altura (...) pra fazer a colheita de dados (...) e vou colhendo aquilo que quero, porque eu acho que é muito mais saudável e a gente acaba por obter outras coisas, do que não obtém se sentar ali (...) a fazer isso."</p>
H	<p>" As actividades (...) do aspecto relacional (...)como a empatia que temos com o doente, para ele colaborar nos cuidados, para ele se estabelecer (...), o aspecto relacional (...) é muito importante (...) o doente ter confiança em nós, naquilo que a gente lhe consegue transmitir(...) temos que aproveitar aquele tempo em que a gente tá a fazer(...) a higiene ao doente, temos que aproveitar esse tempo para conversar com ele, para estimular(...) o toque (...)"</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enf ^o s	Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC)
A	<p>"(...) o dia a dia esse é de profunda monotonia e rotina (...)"</p> <p>"(...)o dia a dia, (...) esse é de profunda monotonia, e a rotinização dos cuidados e pronto, não há desenvolvimento de competências que nos levem a sermos autónomos(...)"</p> <p>"(...) na questão do SCD (...) para mim são uma treita (...) porque as pessoas (...) quando estão a escrever uma nota de enfermagem, não estão a pensar realmente no doente, estão a pensar em ter os registos todos certinhos, embora isso não identifique o doente(...)"</p> <p>"(...)é preciso é as bolinhas darem com as notas para aquilo dar tudo certo, ora se isso é assim o enfermeiro é sempre relevado para ter de estar com atenção, ter as continhas todas certas independentemente se aquilo que escrevem está de acordo com o doente ou não."</p> <p>"(...) eu acho que aquilo é cópias (...)"</p> <p>"(...)e há um pormenor que a gente vê está a implicar um mau estar do doente, que têm 1 problema familiar, e muitas das vezes isto é deixado para trás, não se escrevem em notas, e se calhar até era fundamental (...)"</p> <p>"(...)nós só fazemos, fazemos não pensamos porque é que o fizemos nem como é que o fazemos, lá está a tal finalidade consumo (...) chega-se ao fim e não se conclui as coisas, não se reflecte porque é que se fazem as coisas, ou mesmo a meio não se reflecte...que era para poder melhorar, porque muitas dessas vezes não fizemos o tal último ponto de qualquer processo, que é a avaliação (...) é só fazer, fazer e não pensamos nas consequências desses problemas."</p>
B	<p>"(...)nós acabamos por cair naquela rotina que tem que se fazer naquelas 8 horas, tem que se fazer aquilo, nós temos às 6 horas que dar a terapêutica, depois dar os jantares, depois dar mais terapêutica, temos que dar as voltas e temos que fazer tudo naquele espaço de tempo e às vezes a gente perde-se neste aspecto."</p> <p>"(...)cumprir e preocupar que aquilo quando os colegas vierem, à meia noite por exemplo ou no turno da tarde, tem que tar feito, (...)"</p> <p>"(...)somos poucos, não sei, ou porque temos muitos doentes num serviço daqueles há sempre muitos doentes acamados e(...)a gente depois, não conseguimos dar conta de tudo(...)"</p> <p>"(...) nós ao fim ao cabo fazemos, fazemos mais ou menos, só que às vezes faz falta reflectir sobre aquilo que fazemos, e (...) será que fazemos (...) porque é que fazemos assim (...) porque nós envolvemo-nos ali de uma tal maneira, ali na prática que como eu já disse esquecemos um bocado (...)"</p> <p>" (...) acabamos por cair na rotina e fazemos o processo porque temos que fazer e porque tem que ser assim, porque tem que se cumprir aquelas normas todas e porque tem que coincidir tudo (...)"</p>

Enfº s	Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC) – (Cont.)
C	<p>"(...) temos o tempo limitado e os cuidados que nós prestamos muitas das vezes é(...)é o mínimo(...)".</p> <p>"(...) se nós por exemplo, em vez de 3 enfermeiros fossemos 5 ou 6, por exemplo hoje estamos 4, por exemplo isso já implica que tu tenhas um único doente acamado e em vez de andares a correr até á hora do almoço, tens que acabar as higenes e tem que ser tudo a correr, já podia fazer as coisas com muito mais calma(...)pronto e se calhar conseguias outros resultados (...) realmente é outra satisfação."</p> <p>"(...)acho que a C.D, (...) deveria ser posta completamente de parte(...)</p> <p>"(...) muitas das vezes nós escrevemos no PE, coisas, ó que não temos tempo; ó seja por aquilo que for, pois não são realizadas, mas temos que as escrever, porque é assim que está no plano de cuidados, e é assim que nós temos que meter lá. Porque aquilo tem que bater tudo certo com as notas, e depois vem o auditor e se aquilo não bate certo(...)".</p> <p>"(...) há certas coisas que depois se tornam rotineiras e nós perdemos (...) um bocadinho aquele entusiasmo".</p>
D	<p>"(...)uma série de rotinas que tenho de cumprir e que estão preestabelecidas (...) nos serviços, (...) em todos os serviços há rotinas que são mais especificas(...)".</p> <p>" (...) iniciamos o dia a dia com a passagem de turno, (...) depois faz-se as higenes, portanto prepara-se a terapêutica, dá-se as refeições (...) procura-se a parte relacional, o contacto com os familiares na altura das visitas, e (...) é praticamente isso no dia a dia (...)".</p> <p>" (...) nós temos ali no nosso serviço o sistema de classificação de doentes, só por si, (...) é sempre pré determinado, e o que influencia a escrita (...) é rotativo, (...) como esse sistema está implementado no serviço ainda e temos que fazer essas notas todas repetitivas (...)".</p>
E	<p>"(...)nós sabemos que os nossos serviços não estão muito despertos para, ...pró apoio ás famílias, eu reconheço, isso é verdade, mas também (...) que a larga maioria das famílias não está interessada em participar nos cuidados(...)"</p> <p>"(...)eu pessoalmente tento (...) sei que não o conseguirei todos os dias, mas tento, tento, tento mostrar que estamos disponíveis e que estamos dispostos, dentro daquilo que é a nossa actividade a dar , a dar as respostas e a indicar caminhos. Às vezes sinto que de uma forma global, como equipa que nem sempre, nem sempre conseguimos isso, como eu gostava que a gente conseguisse .</p> <p>"(...)há muitos familiares que continuam a pensar, de uma forma que eu considero errada , que a obrigação de tratar, (...) de cuidar da1que1as pessoas é dos funcionários, é do Ministério da Saúde, e não é delas, que nós temos que preparar a pessoa e tal e qual um presente, só depois de estar no papel de embrulho e perfeitamente arrumadinho é que a família pode levar(...)".</p> <p>"(...)não podemos pensar que este apoio ás famílias é um produto acabado dos enfermeiros dos hospitais (...) aqui também falha muito (...) é uma culpa do sistema e quando falo do sistema é culpa de nós todos...há uma nítida clivagem que ainda não foi ultrapassada,(...) entre os enfermeiros do hospital e enfermeiros do centro de saúde(...)".</p> <p>"Algumas vezes isso falhará por culpa do sistema; isto é o sistema de comunicações inter pares; outras vezes isso falha porque de facto em termos de recursos humanos, se os hospitais podem eventualmente não estar bem, os centros de saúde estão muito pior. E ás vezes também não há capacidade de resposta em termos de técnicos, em termos de enfermeiros para dar esse tipo de apoio."</p>

Enfº s	Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC) – (Cont.)
E (Cont.)	<p>“(...)outra coisa que na minha parte do dia a dia...também tenho isso de uma forma negativa(...) penso que é um processo que está completamente desvirtuado é (...) o SCD, (...)que é uma actividade burocrática, um instrumento de gestão, e em termos puramente académicos faz sentido e teria algum valor, mas que na nossa realidade e na nossa prática não serve rigorosamente para nada e que consome horas e horas aos enfermeiros que poderiam estar a prestar cuidados e que não estão para fazer uma coisa que depois não se reflecte nas práticas (...) não serve para nada , a não ser retirar aos enfermeiros tempo que eles podiam estar juntos do utente, junto das famílias a fazer coisas que fossem de facto mais úteis, porque isto não serve para nada”.</p> <p>“(...)Os enfermeiros fazem, têm práticas muito mais adequadas e muito mais ricas do que as que são registadas, ou seja, os registos acabam por ser minimalistas em termos do que são as práticas porque os registos, todos os registos, passando pela colheita de dados , pelo próprio plano de actividades, pelas notas de evolução, todos os registos estão organizados em função da folha de classificação de doentes (...)”.</p> <p>“(...) afecta todos os registos dos enfermeiros.”</p> <p>“(...)A qualidade dos cuidados? Afecta, porque (...) afectando aaa, sendo os registos minimalistas, depois os cuidados, os cuidados como são organizados com base no plano de cuidados acabam por não variar muito, porque se os planos estão construídos em função daquilo que são as folhas de classificação de doentes e que essas folhas aaa(...)abrangem alguns aspectos mas que não abrangem muitos dos aspectos dos utentes; estando os planos construídos em função daquilo e não em função das necessidades dos doentes, afecta porque haverá enfermeiros (...) se se pegar no plano de cuidados e tiver menos atento àquilo que é o doente, vai ver muitas vezes cuidados que são importantes para aquele utente, e que vão ficar de certo por fazer. E com isto , não digo, que...repara não digo que fique terapêutica por dar aos doentes, ou que fiquem pensos por fazer, não me estou a referir às técnicas; estou-me a referir a este trabalho da relação (...) : da diminuição das ansiedades que os doentes transportam, de prepará-los pra uma vida fora do hospital, do preparar as famílias, do perceber até que ponto é que aquele internamento está ou não a afectar aquela pessoa e preparar aquela pessoa pra vida em comunidade fora do hospital(...), é um trabalho que em termos de planeamento de cuidados podia planear-se com alguma antecedência e não se planeia!(...)os planos de cuidados são construídos com base naquilo que tá previsto que se registre na folha de classificação de doentes.”</p> <p>“(...)É claro que a maioria dos enfermeiros acaba por fazer esse trabalho, mas ...mas acaba por ser um trabalho que não tem a continuidade que os cuidados de enfermagem deveriam ter, porque não está contemplado em plano!”.</p>
F	<p>“(...) muitas vezes o que acontece e é uma coisa que eu reparo muito, por isso é que eu sou (...) apologista das pessoas serem muito trocadas de serviço, de tempo em tempo, porque a pessoa no mesmo serviço acaba por adquirir sem dar por isso vícios, rotinas (...)”.</p>

Enfº s	Constrangimentos na Prática de Cuidados (CPC) – (Cont.)
G	<p>"(...)eu acho que as famílias não ajudam muito, (...) temos aí uma doente, neste momento, há 3 semanas com alta, a família não a quer levar, (...), diz lá que estímulo é que é isto é ?".</p> <p>"(...) na altura da refeição (...) numa higiene (...)a gente pede se elas quiserem, podem ajudar : Ah, não, não posso!, tenho muito que fazer, tenho que ir trabalhar;(...) eu tento, tás a perceber, fazer esse tipo de coisas(...)".</p> <p>"(...)nós actualmente preocupamo-nos (...) com " a gota dá com a perdigota, mesmo que não seja assim, (...) desde que aquilo depois no fim dê tudo certo, prá auditoria, é o que interessa(...)".</p> <p>"(...)eu muitas das vezes não sou mais minuciosa na escrita(...) existe a classificação, o que interessa é que aqueles pontinhos lá da classificação sejam todos nas notas, pra que é que eu hei-de tar a escrever que a doente tá dispneica?!(...) então aquilo nem se classifica(...)".</p> <p>" A finalidade do plano é a classificação de doentes, não me venham com conversa a dizer que é outra coisa!".</p> <p>" Os cuidados que a gente presta aos doentes independentemente da classificação, do plano de cuidados são prestados! (...) depois os registos, (...) é que muitas vezes, os cuidados que prestamos não coincidem com os registos que são feitos, porque não apetece tar a escrever!".</p>
H	<p>" (...) se a equipa fosse maior, com mais elementos(...)já tínhamos mais tempo para o aspecto relacional (...)e que falta um(...)um pouco isso."</p> <p>"(...)se a equipa fosse mais um enfermeiro(...)talvez se preocupassem um bocadinho mais com isso e não pensar : olhe ainda tenho mais 1 ou2 ou 3 doentes (...) e não posso tar aqui mais tempo, não posso tar mais consigo, mas às vezes não se dá essa resposta nem se justifica ao doente isso(...) dizemos pronto, até logo ou já chega e acabamos a conversa(...)".</p> <p>" (...) as notas de enfermagem não podem ser de maneira nenhuma rotineiras, porque às vezes chegam a ser, não é? Fazemos de um dia para o outro, de um dia para o outro (...)".</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enfº s	Percepções sobre a Delegação do Trabalho (PDT)
A	<p>"(...)a alimentação, (...) desde que supervisionássemos as situações na questão das pessoas que possam se alimentar(...) acho que podem ser delegadas no auxiliar, porque aqueles com mais dificuldades, que tem diminuição da deglutição(...) a doente com sonda, isto sim realmente é técnico(...) continuamos a ser os enfermeiros a fazer."</p> <p>"(...)a reposição de stocks, um enfermeiro perde imenso tempo a fazer reposição de stocks, quer dizer o auxiliar desde que saiba os nomes do material, sabe perfeitamente pôr o material nas gavetinhas..."</p> <p>"... eles vão buscar os soros, podem colocar os soros nas prateleiras devidas desde que devidamente ensinados (...) acho que é um absurdo (...) um enfermeiro perder horas que se calhar deviam estar a prestar cuidados directos ao doente (...) estar mais perto do doente e não estar a perde-lo a colocar ligaduras, colocar sistemas de soros na s devidas gavetinhas..."</p> <p>"(...) a reposição de farmácia (...) que seja delegada (...) que seja no técnico de farmácia (...) a questão do sistema da unidose, eles virem repor os medicamentos, ai sim, desde que haja um sistema de unidose!"</p>
B	<p>"(...)nas higenes por exemplo eu acho que qualquer pessoa, que tinha que ter algum tipo de formação, (...) os auxiliares(...) podiam fazer, mas nós supervisionamos, (...) por exemplo na higiene há muitas coisas que a gente pode ver, não é só lavar(...)".</p> <p>" Só lavar qualquer pessoa lava, não é preciso tirar um curso de enfermagem para saber lavar uma pessoa (...) outra coisa é nós vermos (...) pode ter ali uma ferida, pode ter uma coisa qualquer ou que precise de um cuidado(...)".</p> <p>" (...) limpar os doentes (...) limpar quando estão mesmo sujos, mesmo sujos de fezes, (...) acho que, elas também podiam fazer, mas nós também estamos presentes, (...) porque podem ter uma zona macerada, irritada, (...)e elas se a gente não diz para por creme, elas se calhar também não põem, se calhar também não sabem(...)".</p> <p>" (...)na alimentação (...) é uma das actividade que elas fazem, muitas vezes sozinhas, embora nós estejamos lá(...)e pronto vejamos como é que elas fazem(...)".</p>
C	<p>" (...)fazer higenes na cama, posicionar doentes, dar alimentação por sonda, (...) não sinto aquela necessidade de dizer assim(...) teria outra pessoa a fazer (...) a única coisa que eu acho é por exemplo, aqueles doentes que tem alguma dificuldade na mobilização ou que têm que se lavar ou assim(...)eventualmente ai podia e acontece muitas vezes serem as auxiliares a prestar esses cuidados, de forma a que nós pudéssemos concentrar-nos um bocadinho mais naqueles que estão acamados e precisam de cuidados mais específicos(...) e a alimentação aos doentes que precisem de ajudita (...) mas com supervisão."</p> <p>"(...) se elas vierem cá, elas acabam por fazer estas nossas funções, mas quer dizer, nós fazemos até, damos medicação, podemos eventualmente ter mais disponibilidade para conversar com os doentes, mas eu acho que me vejo contra isto (...)".</p>
D	<p>"(...) algumas actividades burocráticas, algumas (...) na secretária de unidade, (...) por exemplo, nós como trabalhamos por turnos, temos que repor as folhas nos processos (...), não temos a secretária de unidade sempre a acompanhar (...) essa parte burocrática (...) acho que descaracteriza-nos".</p> <p>"(...) pronto, uma higiene simples, um indivíduo que necessita de ajuda parcial, as auxiliares de acção médica poderão ter competência para fazer esse tipo de higiene, mas a parte relacional perde-se, e era isso que não se devia perder (...) pronto é tudo nosso, eu penso que é tudo nosso, até as parciais, até as parciais tem que ser nossas".</p> <p>"(...) a César o que é de César! Eu sou assim, penso assim! Por mais simples que seja, pode ser uma coisa muito simples (...) por exemplo (...) dar a alimentaçãpor sonda (...)".</p>

Enfº s	Percepções sobre a Delegação do Trabalho (PDT)– (Cont.)
E	<p>"(...) preparar pedidos prá farmácia; a verificar o que é que falta no serviço disto, daquilo e do outro e eu penso que isso são funções que poderiam ser delegados noutros profissionais."</p> <p>"(...) aspectos que se prendem com o funcionamento geral do serviço, (...) por exemplo, se há lâmpadas fundidas, se há torneiras a pingar, se há uma porta que abre mal, se há uma ficha a precisar de ser substituída, tudo isso são tarefas que podiam perfeitamente ser delegadas noutros profissionais e que (...) não afectam em nada a dimensão holística que tem a enfermagem."</p> <p>"(...) em relação á prestação de cuidados (...) eu pessoalmente penso que o lugar dos enfermeiros é mesmo junto aos utentes (...) não me recordo assim nada que eu tivesse especial interesse em delegar, (...) a outros grupos profissionais!"</p> <p>"(...) penso que por exemplo, em relação á alimentação (...) um doente que necessite apenas de ajuda para cortar carne (...), esse tipo de coisas que os auxiliares podem fazer isso perfeitamente mas tirando talvez esse aspecto e o acompanhamento de doentes que estão estabilizados a exames complementares de diagnóstico, não vejo outro tipo de actividades (...) que eu sentisse que havia necessidade de delegar nos auxiliares."</p> <p>" (...) a minha maneira de ver a enfermagem, o enfermeiro (...) tem que entender o doente como um todo e quanto mais coisas delegar mais afastado vai tar do utente e mais dificuldades vai ter em detectar quais são os problemas que aquele doente tem, as necessidades que ele tem e mais dificuldades vai ter em implementar um plano de cuidados adequado. E por esse motivo eu penso que quanto mais próximo o enfermeiro está do utente, mais facilmente ele consegue prestar e planear cuidados de forma adequada àquele utente. Para fazer isso, não pode começar a delegar tarefas, porque senão vai ficar muito afastado, vai-se afastar principalmente do utente, isso é uma coisa que não me agrada!"</p> <p>"(...) em termos por exemplo, da marcação de exames, serviço que muitas vezes a gente faz, não era uma coisa que tínhamos que delegar porque é uma actividade que já não é nossa, é uma actividade que nós assumimos por falta de organização dos serviços, não há administrativos sempre (...) e nós fazemo-lo."</p> <p>"(...) e depois têm outra perspectiva, como há muitas actividades em que os enfermeiros são solicitados nos serviços, que não se prendem directamente com os utentes (...) que não sendo nossas, acabamos para bem dos doentes, por serem assumidas por nós, acabamos por (...) dar a sensação (...) aos familiares (...) que nós estamos sempre muito ocupados e que às vezes não temos tanto tempo assim, pra conversar e pra explicar algumas coisas."</p>
F	<p>"(...) em relação á prestação de cuidados directos com o doente, de se estar com o doente (...) as coisas que nós fazemos, as técnicas que nós fazemos (...) eu não as passava para mais ninguém (...), agora, há coisas que passava, mas eram os aspectos burocráticos, há determinadas actividades burocráticas que eu dou por mim a fazer-las (...) e podia estar dentro da enfermaria se calhar a falar com alguém, se calhar a ouvi-lo (...) do que estar preocupado em encaminhar uma requisição de RX ou (...) ECG, que é uma secretária de unidade, isto é uma actividade burocrática, é ela que deve encaminhar isso(...)"</p>
G	<p>"(...) a minha noção de enfermagem, acho que ao tar a fazer uma higiene, ao tar a dar uma refeição, ao tar a limpar o rabo, no sentido quando estou a fazer a higiene (...) acho que me pertence a mim(...)!". Se as delegarmos depois, o que é que é a enfermagem, depois tem que criar uma nova definição para a enfermagem, para mim, pelo menos, percebes? Se a gente vai a delegar tudo o que para nós é ser enfermeiro, o que aqui está a fazer? A preparar ali uma medicaçãozinha?"</p> <p>"(...) doentes minhas, nunca nenhuma auxiliar lhe fez a higiene(...)"</p> <p>"Há funções que eu sei que faço e que não (...) e que não me dizem respeito, simplesmente não pertencem á minha categoria, estás a perceber?(...) mas eu acabo por se calhar como é para o bem estar, acabo por nem me importar de as fazer, estás a perceber?"</p>

Enfº s	Percepções sobre a Delegação do Trabalho (PDT) – (Cont.)
H	<p>" (...) cuidados de higiene e conforto (...) aquelas pessoas que precisam de uma ajudita, os auxiliares tratam do assunto, (...) se há alguém que chame elas vão atender; uma arrastadeira, levar uma doente á casa de banho, vão sempre as auxiliares! (...) na administração da alimentação elas fazem praticamente(...) dão a alimentação, mas nós também damos colaboração(...)"</p> <p>"(...) o doente dependente que está no leito, o auxiliar de enfermagem também pode fazer o cuidado de higiene mas (...) nós, tem de partir de nós, temos que supervisionar e ver se estão adequados (...) nem o auxiliar, não tem tantos conhecimentos quanto mais e depois no posicionamento, no virar o doente(...)"</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Representações e Práticas Profissionais dos Actores

Enfº s	Assimilação Local de Saberes e Competências na Prática (ASC)
A	<p>"(...)no fundo nós estamos permanentemente somos a classe que mais tempo está, estamos 24 horas com os doentes, quer queiramos quer não, é isso que se têm de admitir e é isso um pouco que está esquecido para as pessoas para a sociedade, mas nós estamos 24 horas, nós vemos um pouco a vida daquelas pessoas (...)"</p>
B	<p>"(...) nós estamos mais tempo com os doentes, sei lá, e apercebemo-nos de coisas(...) estamos mais tempo com eles (...) e se calhar apercebemo-nos de coisas que eles (médicos) passam despercebidas(...)"</p> <p>"(...)acho que ao longo do contacto, nós também nos apercebemos de certas coisas (...) nós vamos desenvolvendo (...) e nós como estamos sozinhos num turno da tarde em que não há lá medico, nós temos que resolver (...) se o doente não come nós temos que fazer que ele coma (...) e se ele não come nós temos que por uma sonda (...)"</p> <p>"(...) é o estar desperto (...) temos que observar e estar mesmo desperto para esse tipo de coisas e temos que arranjar uma solução para aquela altura(...)"</p>
C	
D	
E	
F	<p>"(...)temos uma formação (...) que nos confere muita competência(...)"</p> <p>"(...) eu tenho saberes e competências para observar um doente, para saber despistar determinadas coisas (...) se eu estou a observar um doente clinicamente, estou a observá-lo nos cuidados que ele precisa, (...) tenho conhecimentos para poder dizer ao médico; este doente está hidratado ou está desidratado por exemplo, este doente podemos parar soros...temos, temos a terapêutica que podemos alterar para per ós ; podemos fazer por isso, mas explicando sempre porque é que estamos a dizer isto(...)"</p> <p>"(...) eu vinha habituado a uma equipa de médicos (...) e que eu falava e dizia-lhe; discutíamos muitas vezes, (...) debatíamos o problema, (...) falávamos e conversávamos,(...) vim para aqui e (...) tenho continuado a fazer o mesmo, (...) às vezes á um ou outro que fica assim um bocado mais a olhar pra mim, (...) mas depois continuamos a falar e acertamos as agulhas e entendemo-nos (...)"</p> <p>"(...)nós somos as pessoas que mais tempo estamos ao pé do doente, e pronto é um aspecto que nós estamos em vantagem em relação a qualquer outro profissional, o médico passa aqui seguidos(...)seguidos, nem uma hora passa(...) do dia (...) e eu tenho a autoridade de passar muito mais tempo, tenho autoridade de estar com o doente e de estabelecer com ele uma relação de empatia e tenho uma relação de cuidado diferente do eu estabelece um médico, portanto em relação a isso eu estou privilegiado em relação a um fisioterapeuta; ele está 10 minutos e vai-se embora (...)eu não, tenho possibilidade de estar muito mais tempo, tenho possibilidades de estabelecer uma relação(...)completamente diferente e é aí que eu tenho que me distinguir das outras pessoas (...)"</p>
G	<p>"(...) a gente tá cá com ela 24 horas e sabemos o que tem (...)"</p>
H	<p>" (...) no dia a dia o doente tem dor e sofre (...) temos que alertar o médico para isso mas acho que (...) quase que é preciso, (...) entre aspas, pegar numa mão e dizer : prescreva aqui qualquer coisa pró doente, que o doente tem dor! Porque eles esquecem-se muitas vezes disso (...) nós estamos aqui 24 horas e (...) ninguém está aqui 24 horas (...)"</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A Estratégia Formativa (CCFE): Repercussões nos Saberes/Competências e Práticas dos Actores

Enfº s	Esquemas de Interesses e Expectativas (EIE)
A	<p>"(...)a questão da criação de uma licenciatura, (...) mas também aprender conhecimentos que já tinha e que estavam esquecidos que tinha do próprio curso base, (...) saber mais alguma coisa também (...) estava um pouco céptica o que é que poderia vir a aprender ou não(...)".</p>
B	<p>"(...)e táva assim um bocado na dúvida, o que é que será o complemento? O que é que eles nos vão ensinar para além daquilo que nós sabemos não é? E da prática que tivemos e do curso que fizemos? (...) não sabia muito bem para o que vinha(...)".</p> <p>"(...)pensava que se iam exigir grandes trabalhos, grandes pesquisas, grandes investigações, mas às vezes também pensava (...) pronto sobre aquilo que a gente faz aqui todos os dias na prática, porque ao fim e ao cabo só podia ser sobre isso (...)".</p> <p>"foi o aspecto relacional, foi o que também me motivou, do que talvez me tivesse motivado mais, a ver o que é que vocês tinham de novo, aqui (...)".</p>
C	<p>"o motivo pelo qual eu quis fazer o CF, tem muito a ver com uma possível progressão na carreira. Em relação às expectativas,(...) que eu tinha era (...) aprender não sei(...)."</p> <p>"(...)eu acho que nós quando estamos a trabalhar, acabamos por perder (...) como é que hei-de explicar(...) nós fazemos as coisas, há uma maneira às vezes tão automática que deixamos de explicar algumas coisas que até são mais importantes e(...)e achei que se calhar com o complemento, isto me fosse ajudar (...) porque eu acho que nós aqui adquirimos alguns maus hábitos e alguns vícios(...)."</p>
D	<p>"(...)quando surgiu o CF, fiquei amplamente satisfeito (...) licenciatura, licenciatura mais , mais um grau formativo, (...) eu fiquei satisfeito, (...) licenciatura é visto, como socialmente(...) como uma coisa positiva (...) não parti com expectativas pré-determinadas, apenas que era mais um grau formativo(...) e tudo o que contribuísse para a minha formação pessoal e profissional era bem vindo"</p> <p>"(...)eu tava nessa altura, convicto de que sabia praticamente tudo e que não tinha necessidades formativas nenhuma, não é? (...) quando nós estamos instalados há uma serie de anos, e quando (...) pronto, (...) já com alguma experiência em várias áreas e (...) habituamo-nos àquilo".</p>
E	<p>"(...)havendo a necessidade de fazer o complemento, eu penso era necessário fazê-lo o mais rapidamente possível... eu estava convencido que o complemento me iria permitir fazer essencialmente duas coisas : (...)jovir experiências de outras pessoas, com experiências diferentes da minha e fazendo-me reflectir como sou na minha prática; (...) desenvolver os meus conhecimentos na área da investigação (...) em enfermagem para poder aplicar e era isso porque noutros domínios eu tenho-me pautado pela pela auto-formação(...)ter mais conhecimentos para poder evoluir".</p> <p>"(...) penso que faria sentido, havendo a licenciatura que houvesse oportunidade dos profissionais que já eram bacharéis e que já andavam a fazer a sua prática poderem de facto aceder á licenciatura (...)".</p>

Enfº s	Esquemas de Interesses e Expectativas (EIE) – (Cont.)
F	<p>"(...)fui fazer o Curso de Complemento de Formação, não com uma grande expectativa de (...)de (...)ir aprender(...)claro que aprendemos sempre, claro que relembramos conhecimentos (...) mas não fui com aquela expectativa de, eu vou para ali aprender(...)coisas (...)assim tão grande(...)"</p>
G	<p>"(...)fui pró complemento quase obrigada, porque é mais uma coisa que a gente somos obrigados a ter (...) somos praticamente obrigados(...)"</p> <p>"(...) não foi por(...)com esperança ou com expectativa de subir de escalão ou de evoluir na carreira e também não tinha a expectativa de grandes conhecimentos(...)pois a nível da formação (...) a gente tem feito formação em serviço, cumprimos o plano de formação e quando sinto necessidade nalgum assunto, eu próprio, tá a perceber ? (...) temos tanta literatura, que eu acho que hoje em dia só não se forma quem não quer!(...) acho que não é preciso a gente tar á espera de (...) um dia X, (...) pra se formar! (...) porque assim, quer dizer, então se nunca houver formação no serviço, isto é um exemplo, então ninguém se forma, ninguém estuda minimamente, ninguém tenta evoluir (...), é tentar-se informar porque todos os dias há novas coisas e a gente tem que evoluir de alguma maneira e não podemos estar á espera que os outros façam tudo por nós! (...) isto é o que eu faço!"</p>
H	<p>" (...) o curso de formação, foi imposto(...)legalmente (...) como já tinha havido outro curso anterior ao meu (...) já sabia (...) não iríamos aprender novas técnicas, não iríamos(...)falar do que se tinha feito no curso de base (...) e há assim(...)incógnita, vá diríamos sem saber o que seria propriamente, do que iríamos (...) falar(...)"</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A Estratégia Formativa (CCFE): Repercussões nos Saberes/Competências e Práticas dos Actores

Enfº s	(Re)configuração de Saberes e Competências (RSC)
A	<p>"(...) no final acho que até aprendi algumas coisas (...) eu estava um pouco inerte para a questão da reflexão, sem duvida que eu estava mais para a questão prática. ... de aprender algo mais que me ajudasse na minha prática e consegui isso; Sim! Mas começando a reflectir mais, (..) e através dessa reflexão comecei a mudar as minhas atitudes, na minha prática, (...) se eu não tivesse ingressado no complemento nunca teria reflectido nem parado para ver que o que estava a fazer não era o mais correcto e que não iria ter tantos benefícios, então um ponto que me levou, pronto, que me despertou mais foi sem duvida o poder reflexivo, sem duvida."</p> <p>"(...)e outra coisa que eu consegui foi através do comunicar, aprendi técnicas para melhorar essa comunicação(...)"</p> <p>"(...) a questão das ciências de enfermagem em que começamos pela questão da caracterização da nossa prática,(...) para que nós pudéssemos (...) vir um pouco a reflectir, um pouco como é que estava a ser a nossa prática até então; e isso acho que foi fundamental, em relação á prática, nós andávamos só a fazer, fazer mas não pensava bem o que andava a fazer, não reflectia sobre isso,(...) através dessa disciplina isso foi conseguido, sem duvida, veio-nos melhorar o poder reflexivo e de mudar atitudes dos nossos comportamentos (...)"</p> <p>"(...)eu considero um pouco o CF como isso, um balanço onde eu parei para pensar, o que andava até então a fazer, como o estava a fazer, a quem e para quem estava a fazer e avaliar se tinha de mudar ou não"</p> <p>"Teve contributos(...) fez-nos parar para pensar, para dessa forma melhorar, acho que foi o principal contributo."</p>
B	<p>"A relacional ! Deu para reflectir nalgumas coisas que podia não estar a ver como é que se calhar podia modificar(...) eu acho que nesse aspecto que modifiquei um bocado(...)"</p> <p>"(...) e talvez o complemento tenha sido uma reflexão daquilo que eu faço todos os dias, mas que ás vezes a gente não pensa nisso(...)faz porque sabe que tem que fazer, não é?(...) veio-me proporcionar uma reflexão daquilo que se calhar eu fazia todos os dias mas que não pensava nisso!(...) fazia porque era assim, tinha que fazer, bem ou mal não sei, mas era assim que eu tinha que fazer!! Porque era assim que estava instituído no serviço, porque quando eu fui para ali era assim que se davam as voltas, era assim que se faziam as higenes(...)"</p> <p>"(...) o balanço (...) é positivo, eu penso que é positivo!"</p> <p>"(...) até mudou alguma coisa!(...) eu estava a cair (...) numa rotina, tava a cair, tava-me a deixar levar pelas coisas, eu acho que isso também não é uma atitude de todo coerente da nossa parte, (...) se não tivesse feito o complemento(...)eu não teria despertado para certas coisas(...)e interessado (...)porque eu quando cheguei aqui, vinha um bocado desmotivada e depois até me interessei por algumas coisas que, pronto, que não era nada de novo, que aqui vocês também não me ensinaram nada de novo, mas (...) eu reflecti (...) das coisas que eu fazia e que ao fim ao cabo faltava era reflectir(...)"</p>

Enfº s	(Re)configuração de Saberes e Competências (RSC)– (Cont.)
B (Cont.)	<p>"A teoria Científica pois, nós temos pouco contacto com essas partes na(...) pois nós quando saímos do curso o que queremos é prática e essas partes, às vezes ficam um bocado de lado (...) E se calhar levou-me outra vez a lembrar questões que tinham sido estudadas na altura do curso e que agora tavam um bocado (...) esquecidas(...)".</p> <p>"(...) as ciências de enfermagem (...) levou mais a (...) aprofundar os conhecimentos que se calhar já estivessem um pouco esquecidos(...)".</p> <p>"(...) às vezes (...) esquecemos um bocado a teoria".</p> <p>"(...) e a investigação porque era uma área um bocado nova pra mim porque nós no curso tivemos muito pouco contacto com a investigação(...) a investigação no curso base foi muito pouco tempo, foi um semestre se calhar e nós temos muito poucas noções(...)"</p> <p>"(...) foi se calhar termos que fazer novas pesquisas e termos que ir novamente ver livros, coisas que eu nunca gostei muito de fazer foi pesquisa bibliográfica ... mas agora acho que já está melhor, já faço... pelo menos já consigo seleccionar mais aquilo que quero."</p>
C	<p>"(...) eu faço, eu acabo por fazer uma boa apreciação (...) o que me estimulava mais eram os trabalhos que nós fazíamos da parte das ciências de enfermagem (...) precisamente por isso, porque "obrigaram-nos" a confrontar-nos com a nossa prática do dia a dia, com a maneira como nós deveríamos fazer (...) e pôr-nos a pensar, o é que nós faríamos mudar(...) para que as coisas fossem diferentes e que conseguíssemos aproximar-nos o mais possível daquilo que seria o ideal!".</p> <p>"(...) principalmente os primeiros trabalhos(...) fazia com que nós pensássemos um bocado (...) eu acho que foi isso mais que aconteceu, também os trabalhos que fizemos, fizeram-nos pensar nas nossas práticas, e isso acaba por ser importante, porque nós acabamos por ver que de facto algumas coisas não fazemos também e perdemos, deixámos de fazer algumas coisas que complementavam essas actividades(...)"</p> <p>"Em termos de trabalho de investigação(...) nunca fiz nada (...) a investigação neste momento é uma coisa extremamente importante(...) é evidente que mesmo hoje em dia, mesmo em termos de progresso na carreira, temos de saber mesmo investigação, é fundamental(...)"</p> <p>"(...) de uma forma geral conseguiram mais ou menos (...) abordar todos aqueles pontos que são, que são essenciais, levar-nos a reflectir sobre várias coisas que de facto são importantes nas nossas actividades."</p> <p>"(...) eu acho que muitas das vezes andamos aqui e nem paramos para pensar, andamos a correr, temos que fazer isso, fazer aquilo (...)"</p> <p>"(...) o que eu consegui com (...) com o complemento foi ganhar outro estímulo, outra motivação (...) eu acho que o complemento veio ajudar a (...) deu um empurrão (...) faz com que uma pessoa acabe por (...) por reflectir novamente (...) em vez de fazer as coisas de uma forma (...) tão automática (...) parar um bocadinho e (...) pronto (...) de forma a tentar melhorar essas mesmas práticas(...)"</p> <p>"(...) fiquei novamente com aquela emoção, de que as coisas de facto são assim, assim é que estão correctas e que assim é que devem ser feitas e tenho feito um esforço maior para, para tentar fazer as coisas como, como elas são, quer seja uma algáliação, quer seja uma punção, sei lá (...) todas as regras que nós empregamos numa prática do dia a dia, acabo por fazer um esforço que, que (...) não, não sei se sensibilizada será bem a palavra, mas (...) acabei por ficar um bocadinho mais motivada (...) acho que o complemento acabou em (...) talvez um bocadinho (...) é (...) o gosto por fazer as coisas como devem ser e pronto acabei por ficar (...) mentalizada novamente que as coisas, são assim, têm que ser feitas assim e ganhamos mais nós com isso e até mesmo os doentes."</p>

Enfº s	(Re)configuração de Saberes e Competências (RSC)– (Cont.)
C (Cont.)	<p>“(…)interiorizar certos(...)certos conhecimentos e certas coisas que nós acabamos por esquecer que eu acho que são importantes(…)”</p> <p>“(…) no início da minha carreira, sempre investi muito no relacionamento que tinha com os doentes, eu gostava de falar com eles, e acho que neste momento já tinha perdido um bocadinho isso(...)e depois do complemento(...) acho que adquiri novamente um bocadinho isso(…)”.</p>
D	<p>“(…) melhorei o meu relacionamento com os profissionais da equipa multidisciplinar como com os doentes e da parte teórico/científica com aquisição de novos conhecimentos (...) A parte técnico/científica e a parte relacional também, melhorei as duas”.</p> <p>“(…) bastante positiva, bastante positiva!(…)”.</p> <p>“(…) porque ... estava, estava e penso que todos os colegas estavam numa fase inerte, quer dizer, pronto(...) parámos no tempo(...) não há mais nada para descobrir, enfim (…)”.</p> <p>“(…)ciências de enfermagem (...) foi o inicio para nós começarmos a reflectir realmente o que estávamos a fazer(...)havia que descobrir o que é que fazemos, porque é que fazemos(…)”.</p> <p>“(…) investigação (...) pronto mas nós não sabíamos como é que havíamos de fazer, nos vários passos para elaborar um trabalho de investigação e fiquei, fiquei a saber não é? (...) , qualquer grau académico que nós tenhamos que tirar, temos que ter conhecimentos neste sentido, não é?</p> <p>“(Na prática (...) um trabalho de investigação é moroso, demora tempo(...) é um problema assim um bocado(…)”.</p> <p>“(…)despertou-me que não deveria descansar tanto,(...) E pronto, não nos acomodarmos muito a uma determinada realidade, não parámos no tempo, mais nesse sentido(...)na parte da pesquisa, porque eu parei um bocado no tempo, eu deixei de fazer pesquisa , deixei de ler , voltei a ter interesse na leitura de livros ligados á enfermagem e outras ciências”.</p>
E	<p>“(…) houve reconfiguração de saberes e competências, isso de certeza que houve(…)”.</p> <p>“(…)eu continuo a alimentar a esperança de que mais ano menos ano surgem condições para se fazer investigação nos serviços; ou seja, os enfermeiros que estão nos serviços fazerem investigação de enfermagem, sobre temas de enfermagem nos serviços onde (...) eu penso que com o advento das licenciaturas “(…) e vai permitir que essa actividade se desenvolva de uma forma mais abrangente e possa ser uma coisa mais comum do que hoje em dia, do que hoje em dia é.”</p> <p>“(…) foi um ganho que eu tive mais individual que colectivo, mas não menos importante(…)”.</p> <p>“(…) longo das ciências de enfermagem proporcionou-se uma série de discussões e isso obrigava-nos a reflectir (...) eu penso que de uma forma geral, não só em mim, mas na larga maioria das pessoas que acabou por haver um ou outro aspecto da prática que acabou por ser influenciado por isso, eu penso que(...) longo prazo o complemento vai acabar por contribuir a nível de(...) com a possibilidade de haver muito mais pessoas no terreno a reflectir sobre a sua prática e a desenvolver trabalhos de investigação ou até outros de pura teoria eventualmente ou trabalhos de casos clinico sou até outros que as pessoas queiram fazer; acho que com(...) a médio e a longo prazo a produção científica dos enfermeiros que estão fora das escolas vai aumentar muito e que vai aumentar, e que isso passa, passa por haver enfermeiros licenciados(…)”.</p>

Enfº s	(Re)configuração de Saberes e Competências (RSC)– (Cont.)
F	<p>"(...) basicamente o que eu achei do complemento foi, ajudou-me sim a reflectir um pouco sobre a prática,...o que eu faço no dia a dia, a olhar para dentro de mim, a ver como eu estava a trabalhar e(...)".</p> <p>"(...) no fundo eu posso dizer que é (...) que é positivo(...)".</p> <p>"(...)acho que no global é importante, pos as pessoas a reflectir e estou convencido...que isto faz bem ás pessoas, que as pessoas param um bocadinho para pensar,...e se calhar mudou determinados procedimentos(...)".</p> <p>"(...)reflectir e nós ao reflectirmos muitas vezes mudamos, (...) muitas vezes o que acontece e é uma coisa que eu reparo muito, por isso é que eu sou(...) sou apologista das pessoas serem muito trocadas de serviço, de tempo em tempo(...)".</p> <p>"(...) porque a pessoa no mesmo serviço acaba por adquirir sem dar por isso vícios, rotinas, por adquirir determinadas coisas que não são boas para nós, e nós acabamos muitas vezes por fazer, porque é rotina, é já o normal é todos os dias aquilo e o complemento acho eu que foi alertar, alertou-me a mim também(...)e ás vezes nós sem quererem também vamos um bocadinho atrás(...)".</p> <p>"Em relação á investigação (...) posso dizer que e sem problema nenhum é talvez o meu calcanhar de Aquiles!(...) pronto no nosso dia a dia, aqui não nos pautamos por isso, não é? O trabalho que fazemos, não há esse trabalho, e(...) era uma lacuna grande que sentia que eu tinha percebes? ".</p> <p>(...)e foi muito enriquecedor para mim, eu fiz um projecto de investigação, eu aprendi se calhar o b a bá da investigação e(...)construi uma coisa com pés e cabeça, tronco e membros percebes? Tudo coisas que eu não dominava e não penso que domino, é difícil, só fazendo mais e só trabalhando mais em mais projectos e mais trabalhos é que nós nos vamos aperfeiçoando e vamos desenvolvendo as nossas capacidades, mas aqui sim fiquei bastante desperto, fiquei a... como se fosse a abertura de uma porta para agora poder sim senhor encaminhar e continuar, percebes?".</p> <p>"(...) a desenvolver processos de investigação e tentá-los aplicar? é uma coisa que(...)que me sinto desafiado a fazer, percebes?(...) porque é pôr-me também a mim á prova, Percebes? Por melhor que seja a prestação de cuidados ou a organização do serviço, seja aquilo que for, percebes?".</p>
G	<p>"(...) nos saberes e competências aprendi alguma coisa (...)".</p> <p>"(...) o facto de conversarmos uns com os outros, já é reflexão!".</p> <p>"(...)investigação (...) eu não tinha a mínima noção de investigação(...) tinha ideia de investigação no sentido geral (...) leigo, foi assunto que eu nunca aprofundei, porque se calhar nunca tive necessidade propriamente disso(...)e gostei! (...) e aprendi (...) e actualmente sei como é que se faz um trabalho e como é que se investiga (...)".</p> <p>"Um trabalho de investigação no serviço (...)se calhar terei muito mais facilidade em fazê-lo do que teria, do que o faria antes. Se calhar se me falassem numa coisa dessas, se calhar dizia : á, tá tudo maluco, era o que me faltava!(...)Porque nem tinha a noção como é que as coisas funcionavam, como é que as coisas se faziam e agora não. Agora se calhar já pondero e já vejo, se farei ou não farei(...)".</p>
H	<p>"(...) depois de lá estar (...) pronto gostei! Acho que foi proveitoso."</p> <p>" (...) modificou bastante(...) a nossa maneira de agir e nossa maneira de estar propriamente na parte técnica, técnico/científica(...)no pensar do que era a enfermagem? O que é ser enfermeiro?(...)repensarmos isto, e acho que foi bom!"</p> <p>"(...)Reconstrui talvez um pensar melhor, pronto, do que é ser enfermeiro, ou a enfermagem; a nossa acção no dia a dia."</p> <p>"No curso base tínhamos tido umas noções de investigação, pronto (...) investigação e estatística (...) que daqui por mais uns anos, seja importante e possamos avançar nesta área da investigação, da enfermagem avançar com o trabalho de investigação (...) essa área da investigação em enfermagem, que nos faz falta, fez-nos falta, a gente...queremos ser uma profissão individualizada, (...) autónoma, (...) temos que ter, ter bases(...)".</p>

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A Estratégia Formativa (CCFE): Repercussões nos Saberes/Competências e Práticas dos Actores

Enfº s	Implicações da Formação na Prática – (IFP)
A	<p>"(...)uma das coisas onde eu mudei bastante foi sem duvida na questão da escrita das notas de enfermagem, como eu já tinha dito á bocado, nós fazemos no fundo cópias de notas de enfermagem e eu agora comecei a ter cuidado porque um dos trabalhos (...) a questão dos registos de enfermagem (...) estava completamente esquecida disso, então a questão das normas, como fazer os registos, o que se deve fazer, como se deve fazer; ou então o que se não deve fazer, por ex: uma coisa que eu me lembro que usava bastante era o corretor, agora abdiquei totalmente do corretor(...)"</p> <p>na questão dos registos comecei (...) a dar aquela importância, aqueles pormenores que se passavam durante os turnos, começo a descreve-los, mesmo os sentimentos que tiveram os doentes, reacções que tiveram face a determinado factor, comecei a descrever(...)"</p> <p>"se forem a compara-se as minhas notas antes do complemento e depois do complemento, vão se ver logo diferenças(...)"</p> <p>" (...) eu sou uma pessoa que gosta de comunicar mas que sinceramente já estava a ser levada pela rotina de só fazer as coisas(...) pronto técnicas, como a questão da preparação da medicação, da higiene (...) e deixava um pouco aquele bocadinho que eu disse que é essencial, que valorizo, mas que comecei a valorizar ainda muito mais após o complemento é a questão de estar com o doente e de conversar com o doente para compreender o que se passa com ele(...)"</p>
B	<p>"(...) e na ansiedade que querer fazer as coisas como eu já á bocado disse, que tem que estar tudo pronto quando os outros colegas vierem(...) acho que isso mudou um bocado(...) já não penso tanto assim(...) em que penso se calhar em fazer as coisas mais calmamente, mais pausadamente, se não estiverem feitas as coisas, olha, os colegas quando vierem(...) desculpem (...)mas vão ter que fazer algumas coisas que eu não tenho tido tempo"</p> <p>"(...) a gente chegamos ali, de manhã é as higenes, depois a esta hora é aquilo, é aquilo e o outro e a gente acaba por esquecer, ás vezes os doentes um bocado, nós preocupamo-nos com o nosso trabalho(...) se calhar já não(...) já não penso fazer assim, eu acho que isso foi bom (...) agora faz-se as coisas com mais calma, até se conversa mais com os doentes(...)"</p> <p>"Nos trabalhos que fizemos, verificámos que a parte técnica não tava toda certa".</p>
C	<p>"(...)até mesmo(...)pararmos um bocadinho para pensarmos e (...)e às vezes tentamos perceber melhor os doentes, porque(...) é porque andamos cansados e já não temos assim tanta paciência e já não estamos tanto expectantes para tantos sinais que eles nos transmitem e(...)e não valorizamos certas coisas (...)"</p> <p>"(...) eu antes fazia, fazia muitas vezes algaliações sozinha e agora não faço, nem que eu tenha que esperar, mas vou sempre ver se há alguém disponível, eu aguardo e vou posteriormente, (...) medicação, nós tínhamos muito o hábito de preparar a medicação com muita antecedência e agora já faço um esforço, embora me desse jeito, porque adiantava serviço, mas faço um esforço para preparar a medicação sempre o mais perto possível das horas de administração"</p> <p>"(...)tento, tento dialogar mais com os doentes e tento(...)estar mais próximo, mostrar-me um bocadinho mais disponível (...)"</p> <p>"(...)acabo por fazer, por ser diferente é por exemplo, eu chegava ao pé de um doente e automaticamente fazia as seguintes perguntas, pronto, e ia-me embora, já estava a pensar noutra coisa, e agora já faço como fazia no inicio, agarro numa cadeirinha, sento-me junto do doente, ele depois começa a divagar, a falar sobre outras coisas e eu tento não cortar a conversa(...)pronto, e deixo-o falar"</p>

Enfº s	Implicações da Formação na Prática – (IFP)– (Cont.)
C (Cont.)	<p>“(...)Em termos de registos também mudei alguma coisa, por exemplo, agora escrevo as notas a preto, dantes escrevia preferencialmente a azul e agora é uma coisa que eu dou por mim, não sei, só se não tiver uma caneta preta é que escrevo a azul, preferencialmente escrevo a preto (...)”.</p> <p>“(...)tento ao máximo (...) fazer as coisas com mais calma, eu(...) e os colegas também notam que eu fartava-me de correr de um lado para o outro e eu acho que nós às vezes corremos, corremos e (...)não fazemos nada de jeito (...)e eu agora não...faço as coisas nas calmas, se em vez de me despachar mais depressa, despacho-me um bocadinho mais devagar(...)”.</p>
D	<p>“O complemento proporcionou-me o redescobrimto de determinadas práticas e (...) a melhoria de outras”.</p> <p>“(...)a parte burocrática que é onde eu tenho mais dificuldade, (...) a parte escrita, portanto a parte da caligrafia, sempre fui um bocado descurado, (...) depois veio servir para que eu melhorasse essa parte, veio contribuir para isso...”.</p> <p>“A forma de estar, a forma de estar, foi muito importante (...) achei que deveria ter outra postura, (...) não falar alto (...) não andar na galhofa (...) despertou-me muito para a questão da postura”.</p> <p>“(...) parte de escrita (...)modifiquei a minha forma de escrever(...)porque eu antes era imperceptível, não se conseguia perceber(...) também por virtude de(...)do espaço que temos que é, que é, muito reduzido, não é? Mas isso não é razão para que não façamos uma boa caligrafia(...) melhorei portanto a parte da escrita(...)”</p> <p>“(...) a parte relacional com os doentes, passei a falar mais com os doentes (...) porque temos muito tempo disponível(...)para nos relacionarmos com eles, e às vezes conseguimos saber coisas (...) que de uma forma superficial nós não sabíamos, só estando lá com eles e descobrimos coisas interessantes e importantes(...)”.</p> <p>“(...) aprendi a ser critico, a na parte da preparação da terapêutica, em relação aos sistemas de distribuição de medicação, (...) e ali naquele serviço nós trabalhamos com um sistema que é o sistema de pseudo unidose, não é bem unidose , eu até fiz um trabalho no complemento, sobre isso, de forma a que corrigir certos aspectos, pronto ou em relação á parte da terapêutica foi benéfico... ou penso que aprendi não por coisas novas, mas por reconstrução de coisas!”.</p> <p>“(...) As ciências contribuíram porque, contribuíram para o redescobrimto de determinadas práticas, e para a melhoria de outras.”</p> <p>“(...) pronto a parte relacional foi a forma como fazia as entrevistas, (...) enfim, o aprofundar de determinados aspectos, quando eram feitas de uma forma muito simplista”.</p> <p>“Passo mais tempo com o doente, mais tempo com o doente (...)valorizo mais determinados aspectos, (...) aspectos familiares que anteriormente não valorizava, achava que não eram muito importantes, (...) e quanto mais dados podemos obter, melhor, estamos a contribuir para o mais rápido restabelecimento da saúde do doente”.</p> <p>“Relativamente ás notas de enfermagem, melhorei bastante as notas de enfermagem, tanto a nível de caligrafia, como a nível de conteúdo (...) enriqueci mais as notas de enfermagem, eram básicas, eram notas básicas(...) enriqueci muito aquilo tudo (...) tentei incluir vários dados, por exemplo, a reacção perante a administração do medicamento, vários aspectos, (...) falar com o doente, como é que ele perante uma técnica de enfermagem, portanto tenta completar mais as notas, tratou-se de completar um pouco mais e preencher(...)”.</p> <p>“(...) as alterações de postura, a forma como me relaciono com os doentes, tudo isso portanto enriquecem o como eu cuido deles, não é?”.</p>

Enfº s	Implicações da Formação na Prática – (IFP)– (Cont.)
E	<p>“(...) em relação ás (...) actividades burocráticas que era um aspecto que eu valorizava muito pouco e que ao longo da construção daquele trabalho sobre determinada actividade burocrática (...) cheguei á conclusão que se calhar até havia algumas actividades burocráticas que os enfermeiros desempenhavam e que faziam muito sentido e que eram muito importantes(...)”</p> <p>“(...)as notas de evolução, a sua relação com o plano de cuidados, como as colheitas de dados, o registo da terapêutica, tudo isso cria um conjunto; são actividades burocráticas mas que (...) tem uma importância grande (...) e que quando construídos de forma adequada permitem de facto que a qualidade dos cuidados àquele utente seja muito superior á que se essas actividades não forem devidamente configuradas.”</p> <p>“(...)formação (...) foi muito importante, porque me permitiu fazer uma reflexão sobre alguns aspectos da gestão, que são actividades que passam a um enfermeiro que está na prestação de cuidados como eu a alguns aspectos da gestão que nos passam mais ao lado (...) o meu trabalho falava de como organizar um determinado serviço(...)que era no hospital, e organizar em termos materiais, em termos humanos, previa custos, previa mapas de (...) implementação no terreno e estava organizado de forma a que se tivesse havido interesse do hospital, o hospital podia ter apresentado aquilo como projecto de financiamento á Comunidade Económica Europeia (...) foi muito enriquecedor, porque tive que me socorrer de materiais e materiais que eu habitualmente não utilizo , o que me permitiu o desenvolvimento dos meus conhecimentos na área da gestão.”.</p>
F	<p>(...)no fundo (...) os conteúdos que ali demos, as coisas que ali falámos na escola durante o complemento, eu olhava para mim e via, é assim que eu trabalho, é assim que eu faço, percebes?”.</p> <p>“(...)o tempo que ali andei...foi, estava a fazer uma reflexão sobre a minha prática , tudo do que eu tinha, desde que tinha começado até agora e de facto as reflexões que fazíamos, as coisas que debatíamos, os pontos de vista que focávamos, iam muito ao encontro daquilo que faço e como trabalho.”.</p> <p>“(...)aquelas coisas das vivências, coisas que dizíamos, foi caracterizarmos a nossa prática de enfermagem, reflectimos sobre a maneira como nós estávamos a trabalhar(...)e eu dei por mim a pensar na maneira como eu estava a trabalhar, e de facto estava a trabalhar com um método científico (...) estava a utilizar todos os instrumentos de enfermagem, (...) eu olhei para mim e pensei tu afinal estás correcto, continua assim.”.</p>
G	<p>Nula! Nula! (...) porque a minha postura continua a ser exactamente a mesma(...), tudo o que eu fazia, tudo o que eu dizia, eu continuo (...).”.</p>
H	<p>“(...) e pensar que afinal, gerir uma instituição hospitalar(...)não é brincadeira, é muito complicado! E que cada um (...) temos que ser um pouco de gestores no serviço(...)porque não é por abrir uma seringa(...)o que temos que pensar é realmente se nos faz falta, se é preciso realmente abrir aquela seringa, aquela agulha (...) aquele material se é preciso realmente ir gastá-lo, não gastá-lo em vão (...) Às vezes até falo com os colegas, quando tamos a preparar a terapêutica(...)que há ampolas pequeninas de(...)medicamentos(...) e que pode ser aspirado com uma seringa IV, do que tar a gastar uma seringa de diluição que é melhor para os frascos, não é? Para diluir antibióticos(...)e eles acham graça de eu falar, e eu digo assim : Quando vocês lá passarem pelo curso de complemento, irão falar nisso(...)porque(...)e saber que ás vezes a gente, ficamos com falta de agulhas de(...)aí de diluição (...) e termos aqui várias IV(...).”.</p>

Enfº s	Implicações da Formação na Prática – (IFP)– (Cont.)
H (Cont.)	<p>“(…)Também nos registos! eu tinha uma opinião dos registos, pronto, depois fiz um trabalho sobre isto, incidindo mais predominantemente nas notas de enfermagem, não é? (...) e então quando às vezes estou com os colegas (...) as notas de enfermagem, digo várias vezes (...) tento escrever isso melhor(...) a importância que têm a nota de enfermagem, porque às vezes a gente faz aquilo de tal maneira(...)de fugida, que não ligamos e não damos a devida importância e que é bastante importante; pode ter implicações legais (...) isso pode vir a trazer problemas, porque é o enfermeiro que está a elaborar e tem que ser perceptível e não podem ser (...) notas iguais, o doente não tá igual de um dia para o outro, tá diferente, há um aspecto qualquer que tá diferente e isso nós podemos lá colocar nas notas de enfermagem”.</p> <p>“Ao lembrar o trabalho que fiz, eu tento sempre fazer diferente, e não ser...aquela rotina! Pronto normal, tento sempre por uma nota daquilo que observo no doente(...)da minha observação!”.</p> <p>“(…) o aspecto relacional, fez-me repensar nisso, e pronto quando estou com o doente, quando estou aqui a trabalhar(...)tento mudar(...)encaro as coisas de maneira diferente(...) o estar ao pé do doente, não é? Penso um bocadinho melhor(...) tar de maneira diferente, não é só fazer, tento dar mais tempo á relação com o doente(…)”</p>