

João Mendes é Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus – Évora. Possui a equivalência ao Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico – Cirúrgica, a Licenciatura em Sociologia e o Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de enfermagem.

Tem desenvolvido a sua actividade docente no âmbito da Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Integra o Grupo de Trabalho para a Utilização da Informática em Enfermagem pela Região do Alentejo.

Tem-se dedicado ao estudo das representações sociais dos enfermeiros e dos modelos de referência para a prática de enfermagem.

SER ENFERMEIRO

ESTUDO DE UMA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Como actores da formação inicial, tem sido nossa preocupação crescente que o ensino esteja próximo do exercício efectivo da profissão, dado que reconhecemos a influência da prática profissional na construção do conhecimento, assim como admitimos o contributo da teoria para uma prática de cuidados de qualidade. Este estudo permitiu-nos conhecer a representação que os alunos de uma Escola Superior de Enfermagem têm construída, acerca do que é "ser enfermeiro".

Estamos cada vez mais conscientes de que o processo de formação profissional inicial se exerce num contexto multifacetado, que proporciona a estudantes e a professores a possibilidade de descobertas, de tomadas de consciência, de aperfeiçoamentos de novas competências sócio-profissionais, que lhes permitem adquirir a consciência da própria identidade profissional à medida que interagem, permanentemente, com o mundo que os rodeia.

Vários autores reconhecem que as representações antecipam as condutas, criando, no caso da relação educativa, um quadro modelador da apreensão do estudante e, no caso da própria situação educativa no seu conjunto, um quadro cuja compreensão permite clarificar mais aquilo que efectivamente ocorre.

Utilizámos o conceito de representação social como conceito central em todo o estudo, uma vez que nos propusemos identificar e analisar os elementos constituintes da representação de enfermeiro, partindo do pressuposto que esta representação recebe a influência das duas concepções dominantes na orientação da prática profissional: a orientação para o tratar cujo modelo de suporte é o modelo bio-médico e a orientação para o cuidar, cujos modelos de suporte são os modelos de enfermagem.

Foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa, em que recorreremos, numa primeira parte, à análise temática e categorial e à análise avaliativa dos discursos. Numa segunda parte para o estudo da

Será que a concepção do que é ser enfermeira/o se altera no início da vida profissional?

Será que é a escola que efectivamente define o que é ser enfermeiro? ou será que é o Hospital ou Centro de Saúde que determinam a construção da realidade do que é ser enfermeiro? Ou serão ambos os contextos e com que peso?

Será que a identidade profissional no contexto da formação não está em concordância com a identidade profissional nos contextos do trabalho?

São perguntas que se colocam a um observador de uma realidade actual onde continuamos também a ser actores responsáveis pela construção dessa mesma realidade, com um comportamento sustentado por intenções, ideologias, interesses, ambições e estratégias mais ou menos conscientes.

Estas questões, se foram importantes para a nossa reflexão inicial, orientaram-nos, mais tarde, para uma questão que nos pareceu pertinente e que serviu de guia orientador à nossa pesquisa.

A pergunta que nos motivou para esta pesquisa foi efectivamente: Qual será a representação de enfermeiro que os alunos de uma Escola Superior de Enfermagem construíram acerca do que é ser enfermeiro. O que é ser enfermeiro?

Esta última é uma das questões que segundo Ribeiro (1995), atravessa a história da enfermagem e que se mantém actual.

O conhecimento de toda esta realidade, que é em grande parte norteadada a partir de referenciais inerentes à cultura organizacional (Escola, Hospital, Centro de Saúde etc.), com influências fortes dos mecanismos locais de regulação, determinantes de um contexto de acção dinâmico e estratégico, é impossível de estudar de uma só vez, nem foi nosso propósito fazê-lo com este estudo.

Porque nos consideramos actores dinâmicos de um processo de formação e de socialização, e mais ainda, de socialização profissional por opção de vida, tentamos perceber com este trabalho, a dimensão contributiva para a possível explicação da problemática das representações do que é ser enfermeiro, na perspectiva dos estudantes. São estes actores que se encontram no seu processo global de formação e a quem ajudamos, durante um período de tempo, a construir ou (re)construir,

As representações sociais

A teoria das representações sociais segundo Carita (1993), reforça a orientação da psicologia social de filiação cognitiva, que apesar de reconhecer a interferência de factores sociais, vem sublinhar o valor causal do simbólico como determinante dos comportamentos. Isto é, convida-nos a entender e prever os comportamentos, à luz da compreensão daquele factor.

Existem no entanto alguns investigadores (Gilly, 1980; Abric, 1988; Jodelet, 1989), que no quadro das representações sociais se têm debruçado sobre o estudo do impacto das representações nos comportamentos de interacção, e porque reconhecem a necessidade de se desenvolverem investigações nesta área, recomendam o prosseguimento deste tipo de pesquisas.

Foi sobretudo Michel Gilly (1980), com a sua pesquisa, que conduziu à publicação do livro "Maitre-Elève. Rôles institutionnels et représentations", que filiou um estudo das representações sociais no campo educacional.

O termo representação social deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici (Sousa, 1991; Vala, 1993; Abric, 1994), e designa tanto um conjunto de fenómenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para os explicar no vasto campo da psicologia social. Moscovici propõe um conceito para esta temática em 1961 no livro "*La psychanalyse, son image et son public*", a propósito da apropriação de uma teoria pelos diferentes grupos sociais. Foram os primeiros contributos para uma psicologia social, socialmente orientada, onde seria importante considerar tanto os comportamentos individuais, quanto os factos sociais (instituições e práticas) (Allport, 1968; Moscovici, 1984), para fazer frente à perspectiva individualista que se instalara na psicologia social (Moscovici, 1972). Contudo, para fundamentar esta nova perspectiva de análise do processo de interacção social, Moscovici recorreu-se de uma primeira contrapartida conceitual numa tradição sociológica como a de Durkheim, para quem qualquer tentativa de explicação psicológica dos factos sociais, constituiria um erro grosseiro (Jodelet, 1989).

Segundo Vala e Monteiro (1993), existe no conceito de representação social um duplo alcance; trata-se de um conceito particular e universal, o que torna problemática a sua utilização.

mente usou o conceito de "representação colectiva" querendo assinalar a especificidade do pensamento colectivo relativamente ao pensamento individual. A representação individual segundo Herzlich (1969), deve ser considerada como um fenómeno puramente psíquico, não redutível à actividade cerebral que o constrói, assim como a representação colectiva (Moscovici 1961), não se reduz à representação dos indivíduos que compõem a sociedade, mas é um dos meios através dos quais se afirma a primazia do social sobre o individual.

Os diversos autores estudados apontam para a primazia do social sobre o individual, o que quer dizer que é no contexto social que são emitidos todos os elementos que dão forma aos conteúdos representacionais. Toda esta problemática das representações sociais como um fenómeno colectivo foi anteriormente descrita por Durkheim em 1898, no artigo "*Représentations individuelles et représentations collectives*", onde aponta para a necessidade do estudo das produções mentais colectivas, ao mesmo tempo que enfatiza a irredutibilidade do pensamento colectivo e dos processos que o regem, ao pensamento individual, propondo a ligação dos conteúdos e da estrutura do pensamento colectivo às formas de organização social. Esta ideia foi também desenvolvida pela sociologia do conhecimento (Berger e Luckmann, 1976), onde se admite a proposição de Marx, segundo a qual a consciência do homem é determinada pelo seu ser social.

Os psicólogos sociais e os sociólogos aceitam hoje, pacificamente, que no âmbito da psicologia social ou no âmbito da sociologia do conhecimento e através de diferentes percursos, é possível conhecer o pensamento social, as suas condições de produção e de transformação.

Relativamente à influência social na formação das representações, Moscovici (1961;1976) e Sousa (1991), apontam para a ideia de que os indivíduos e os grupos produzem sobre si próprios, sobre os outros e sobre o que os rodeia, interpretações que lhes permitem adequar os comportamentos nas diferentes situações. A estes modelos avaliativos, que articulam informações a que os indivíduos têm acesso, bem como as atitudes em relação aos objectos, convencionou chamar-se representações sociais.

Dada a pertinência da análise dos modos de pensamento e das formas variadas de elaboração da realidade em articulação com práticas sociais,

do aspecto simbólico e significativo. A cada figura corresponde um sentido e a cada sentido uma figura.

Caracterizando ainda as representações sociais no que se refere à sua estrutura e na sua relação com o sujeito e com o objecto, Ramos (1992) e Jodelet (1989), admitem que a representação social não é uma simples reprodução do real, não é um puro reflexo do mundo exterior ou de um traço que é mecanicamente imprimido e recolhido no espírito; comporta uma parte de autonomia e criatividade individual ou colectiva, mantendo os processos simbólicos e de conduta em relação, e colocando os processos cognitivos e simbólicos na orientação dos comportamentos. A representação social refere-se a categorias que a estruturam e a exprimem no âmbito de uma linguagem comum, e é tributária das posições que os sujeitos ocupam na sociedade (Ramos 1992).

Processos de formação das representações sociais

Estão descritos por diversos autores (Moscovici 1961, 1982, 1984; Vala e Monteiro, 1993; Abric, 1994), dois processos pelos quais se formam as representações sociais: a objectivação e a ancoragem.

A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural.

Moscovici (1961, 1982, 1984) e Vala (1986), descrevem de forma particular como o processo de objectivação é estruturado por dois momentos: *o primeiro que vai do objecto à sua imagem, o segundo que vai desta à naturalização da realidade social. A primeira fase do processo de objectivação caracteriza-se pela construção selectiva e pela esquematização estruturante, ou seja, pela reorganização dos aspectos retidos num modelo figurativo e simplificado do objecto. A segunda fase é marcada pela naturalização do objecto. O que era abstracto torna-se realidade plena* (Vala 1986: 15).

Vala citando Moscovici, resume o processo de ancoragem da seguinte forma: *O processo de ancoragem refere-se à integração do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e às transformações que daí decorrem*

A teoria do núcleo central

A teoria do núcleo central surge descrita por Abric (1984, 1994) como uma perspectiva e orientação na abordagem psico-sociológica das representações sociais. Segundo este autor, toda a representação está organizada á volta de um núcleo central. Este núcleo central é o elemento fundamental da representação porque determina a significação e a organização da representação. Este núcleo é o elemento ou o conjunto de elementos em relação, que dá à representação a sua coerência e a sua significação global. É o gerador da significação da representação, porque é em relação a ele que os outros elementos presentes no campo representacional são interpretados, ponderados, avaliados positiva ou negativamente. A ausência ou a transformação dos elementos do núcleo central provocam uma alteração completa da representação, alteração que se verifica na sua estrutura e na sua significação. A análise de uma representação deve consistir em tentar descobrir este núcleo central (Vala, 1986; Abric, 1994), tentativa por vezes difícil, tendo em conta a ausência de uma técnica formalizada que permita assinalar de forma clara e incontestável a estrutura interna de uma representação.

Toda a tentativa de intervenção que vise transformar radicalmente uma representação, necessita de uma acção directa sobre o núcleo central. Para Abric (1989), a transformação de alguns elementos não centrais ou periféricos não pode produzir uma alteração real da representação; estas transformações seriam reintegradas no sentido da significação do núcleo central e seriam aceites, se não pusessem em causa o equilíbrio interno da representação da qual o principal elemento é o núcleo central.

Para Flament (1981), a análise das representações sociais pela teoria do núcleo central, como umas das perspectivas de análise, foi durante muito tempo hipotética, contudo refere que Moliner, ao desenvolver um trabalho experimental, percebeu como os elementos de uma estrutura cognitiva são afectados de um gradiente quantitativo de centralidade. A teoria de Abric acrescenta, no entanto, a noção de centralidade qualitativa e estrutural, que veio caracterizar aquilo a que chama, o núcleo central. Jodelet chamando a atenção para as dificuldades referentes a

ceito de representação social foi julgado útil, visando mostrar como se está em presença de um campo de investigação vivo e orientado para a interrogação das interrogações do nosso tempo.

Dos exemplos citados pelos autores referidos, sobressaem alguns temas que nos ajudam a verificar que o campo das representações permite uma pluralidade metodológica, temática e conceptual.

No espaço conceptual da enfermagem, surgem também alguns exemplos que nos revelam o interesse dos investigadores no que se refere à utilização do conceito de representação como um estímulo heurístico para a orientação dos seus discursos. São alguns exemplos: "*As representações da profissão de enfermagem*" (Lopes e Costa, 1993), "*Os enfermeiros e as representações de enfermagem: Algumas ideias e factos*", (Valeriano, 1993), "*L'image de l'infirmière dans la société*", (Parrot, 1973), e o trabalho de investigação de Teresa Rebelo (1996) "*Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributos para a análise das representações sociais de enfermagem*" onde se refere a importância dos contextos de trabalho no modo como os enfermeiros concebem a enfermagem.

Dos diferentes estudos empíricos sobre as representações sociais emerge um certo número de perspectivas através das quais, os seus mecanismos de produção e as suas funções têm sido apreendidas. Uma das perspectivas aponta para os mecanismos geradores de uma representação social. Através de estudos de orientação estrutural das representações (Codol, 1984; Abric, 1984; Flament, 1982), têm sido abordadas as formas de organização estrutural das representações. Nesta linha, Codol (1972) aponta as relações que se estabelecem entre os diferentes elementos das representações, e Abric (1984), refere-se à organização da representação em torno de um nó central associado a elementos periféricos, elementos que estão em inter-relação. Contudo, Vala (1993), descreve que as representações podem ser estudadas considerando os conteúdos e a sua organização interna, enquanto modalidade de conhecimento que envolve um sujeito, um objecto e actividades de construção, expressão, interpretação e simbolização. Foi nestes pressupostos que desenvolvemos globalmente o nosso estudo.

Segundo Vala (1986), uma das perspectivas de análise das representações sociais parte do estudo de grupos cujo posicionamento social envolve uma relação particular com o objecto das representações, po-

relação pedagógica, não enquanto espaço de construção de saberes, mas como lugar que requer como condição, não só uma finalidade instrucional mas sobretudo uma finalidade educativa mais ampla, onde não interessa sómente a preparação para a inserção profissional, mas interessa sobretudo dar à vida um sentido filosófico de realização humana.

Para Gilly (1989), o interesse essencial da noção de representação social para a compreensão dos fenómenos da educação, é a que se orienta para o papel do conjunto organizado de significações sociais no processo educativo.

O campo educativo aparece como um campo privilegiado para se verificar como se constroem, evoluem e se transformam as representações sociais, no seio de grupos sociais, e esclarece-nos sobre o papel destas construções nas relações destes grupos com o objecto da sua representação (Gilly 1989: 364).

Segundo Ramos (1992) e Gilly (1989), os sistemas de representações são sistemas feitos de contradições, onde as ideias se articulam à volta de esquemas dominantes, que conferem às representações sociais níveis funcionais de adaptação a aspectos da realidade com que os sujeitos se confrontam. As representações sociais garantem desta forma o equilíbrio dos sujeitos, assim como a coerência no exercício das suas práticas sociais e nas suas relações com o meio (Ramos 1992: 66).

No que se refere à utilização didáctica das representações, Martin (1991) afirma que para aumentar a eficácia da aprendizagem e favorecer a utilização das informações armazenadas pelo beneficiário dos cuidados ou pela pessoa em formação, é necessário que o formador tenha acesso às representações, às ideias pré-concebidas, face às quais a pessoa organiza, integra e joga com as informações de que dispõe sobre um dado tema.

O docente ao valorizar esta dimensão, significa que está a centrar-se na pessoa que aprende, fornecendo, enquanto docente, os meios de partida para a pesquisa do assunto que o estudante já conhece e utiliza, como tentativas para resolver problemas em diversas situações.

Foi Martin que se debruçou essencialmente sobre os contributos da compreensão dos fenómenos representacionais no campo da enfermagem, e mais concretamente, do ensino de enfermagem. Esta autora faz

estudantes perante a realidade que os circunda, tornam-se mais evidentes.

A riqueza e a complexidade do conceito de representação social, apresentam-se como qualidades que permitem melhor apreender os significados contidos nos discursos dos estudantes, daí a sua inscrição na problemática do nosso estudo. Esta condição apenas terá sentido se o discurso for entendido enquanto conjunto de propostas subjectivas de interpretação da realidade, apoiadas em estruturas de conhecimento, de opiniões, de atitudes e de aspectos do imaginário (Santiago, 1989). Os vários autores estudados (Moscovici, 1961,1969; Doise, 1983; Jodelet,1989; Benavente; 1990) entre outros, são unânimes em considerar que o conteúdo das representações colhe elementos de duas fontes complementares, e que são modeladas e remodeladas pela experiência vivida pela pessoa:

- a primeira fonte é a própria sociedade, os discursos oficiais que veiculam os "mass-media", que se traduzem nas práticas sociais, a ideologia que se bebe na família e no meio de vida (as conversas, os filmes, as histórias, os divertimentos, as ideias que circulam); trata-se da socialização primária;
- a segunda fonte de elementos presentes nas representações é a história social e pessoal de cada um, a sua experiência de vida, surgindo neste quadro de socialização secundária a formação inicial e contínua, que reforçará ou interrogará as representações já construídas.

A representação social é exprimida e comunicada por sistemas de referência da linguagem que nos permitem interpretar e categorizar os acontecimentos e ordená-los, na tentativa de interpretar e dominar a realidade. É uma forma de pensamento social, cujo conteúdo manifesta valores socialmente marcados (Jodelet, 1984).

Os vários autores citados são unânimes em afirmar que as representações sociais são representações de objectos e de alguém, e que emergem num contexto de comunicação.

Relativamente à organização e estrutura das representações sociais foi Abric (1994), quando se referiu à teoria do núcleo central, que mais

profissionais a ser determinadas pelas práticas médicas. Começou a verificar-se uma delegação dos cuidados médicos nas enfermeiras, e aquilo que estava historicamente instituído como papel da enfermeira, o cuidar, passou a perder significado e a surgir um novo papel identificado com o tratar. Esta alteração do papel da enfermeira é fortemente criticado por Collière, quando afirma que os cuidados se transformaram em tratar, mantendo apenas a sua denominação, mas perdendo o essencial da sua razão de ser (Collière 1989: 349). Surgiu, na sequência desta evolução, um modelo na prática profissional que é conhecido como o modelo bio-médico.

Os modelos teóricos de enfermagem ao surgirem, marcaram de forma particular a evolução histórica da profissão; na altura emergem as questões relacionadas com o papel autónomo do enfermeiro na equipa de saúde. As questões relacionadas com a autonomia profissional começaram a surgir quando, com a formação, os enfermeiros tomaram consciência de que os conhecimentos não lhes permitiram maior visibilidade social, mas esses mesmos conhecimentos permitiram-lhes constatar que o poder nas equipas de saúde estava concentrado nos médicos.

A elaboração e o aparecimento dos modelos de enfermagem são o reflexo de que os enfermeiros procuram uma nova visão do homem, formas de actuação que permitam ir de encontro às necessidades da pessoa, preconizando assim como que um distanciamento do ascendente médico. O papel de auxiliar de médico, assente em rotinas e cumprimento de prescrições médicas, passa a ser substituído por um papel autónomo com características bem definidas. Registe-se o contributo dos modelos teóricos na caracterização deste papel, pela sua tentativa de clarificação do que se entende por cuidados de enfermagem e pelo papel dos enfermeiros nas equipas de saúde e na sociedade. Como podemos verificar, em consequência da evolução histórica da profissão e das actuais vivências, emergem duas grandes linhas de orientação para a prática profissional: Uma orientação para o tratar e uma orientação para o cuidar.

Estas orientações estão caracterizadas por Ribeiro (1995), e associadas a dois modelos de práticas profissionais: o modelo bio-médico como orientação para o tratar e os modelos de enfermagem como orientação para o cuidar.

nham mais elementos caracterizadores da representação, uma vez que agora apenas conseguimos identificar, os elementos mais significativos dessa mesma representação.

Não nos foi fácil descobrir os elementos do núcleo central da representação, contudo, as dificuldades relacionadas com este tipo de análise são também referidas por Abric quando afirma que “a análise de uma representação deve consistir em tentar descobrir o seu núcleo central, tentativa por vezes difícil, tendo em conta a ausência de uma técnica formalizada que permita assinalar de forma clara, a estrutura interna de uma representação” (Abric 1994).

A grelha de análise temática e categorial definitiva englobou os seguintes temas, categorias e sub-categorias:

QUADRO 1: TEMAS, CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS DE ANÁLISE

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
A - OPÇÃO PROFISSIONAL	1 - OPÇÕES DE PRIMEIRA ESCOLHA 2 - OPÇÕES DE SEGUNDA ESCOLHA	
B - ELEMENTOS DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL	1 - OBJECTIVOS 2 - ALVO DA ACTIVIDADE PROFISSIONAL 3 - FUNÇÃO PROFISSIONAL	1.1 - TRATAR OU CURAR A DOENÇA 1.2 - CUMPRIR NORMAS ORGANIZACIONAIS 1.3 - SATISFAZER AS NECESSIDADES DO DOENTE 1.4 - PROMOVER O BEM-ESTAR OU A INDEPENDÊNCIA DA PESSOA 2.1 - A PESSOA/FAMÍLIA OU COMUNIDADE 2.2 - A PESSOA DOENTE 2.3 - A DOENÇA 3.1 - FUNÇÃO DE AMX DO MÉDICO 3.2 - FUNÇÃO TÉCNICA 3.3 - FUNÇÃO AUTÓNOMA
C - CAPACIDADES DO ENFERMEIRO	1 - CONHECIMENTOS 2 - ATRIBUÍDOS	

Os estudantes que optaram por fazer o curso de enfermagem, mas que a opção por este curso não surgiu em primeiro lugar, estão a frequentá-lo por uma questão de acessibilidade, (isto é, as notas constituíram um factor impeditivo de se poderem inscrever num outro curso pretendido). Assim sendo, a escolha recaiu sobre enfermagem. Neste grupo de estudantes aparece com alguma frequência, como primeira escolha, o curso de medicina. Este resultado está também presente no estudo de Mardarás Platas (1985), onde são apontadas algumas razões que estão subjacentes à escolha inapropriada da formação. Este autor, referindo-se a um grupo de razões sociais, descreve que pela necessidade da obtenção de um diploma universitário, a primeira escolha académica não é enfermagem, mas habitualmente medicina (Mardarás Platas 1986:16). Alguns dos estudantes optaram ainda por enfermagem por influências familiares (promessas de ajuda monetária, convivência com familiares que trabalham no hospital, familiares com esta profissão).

Nos estudantes que fizeram a opção de fazer o curso de enfermagem em primeiro lugar, está muito presente um aspecto relacional (que poderá indiciar o papel moral), e também são referidos com muita frequência, os ambientes afectivamente favoráveis que estes estudantes vivenciaram em experiências de contacto com o hospital. Emerge dos discursos destes sujeitos a componente relacional dos cuidados de enfermagem. São exemplos: "*a forma como elas (enfermeiras do serviço onde estive internada), tentaram criar um ambiente o mais adequado para mim...*"; "*o estar com as pessoas, ajudá-las a não sofrerem tanto, foi importante na escolha da profissão*"; "*sempre me despertou muito a atenção, não só o trabalho de enfermagem técnico, mas a relação com as pessoas*". No conjunto dos discursos está muito presente este aspecto relacional como componente essencial dos cuidados de enfermagem.

Nesta fase de análise dos dados surgiram dois elementos caracterizadores da representação social:

- *O papel técnico* (muito orientado para "dar a injeção")
- *O papel relacional inespecífico*, num contexto global da função profissional, apenas se vislumbrando um papel maternal relativamente expresso, parecendo-nos aqui estar já subjacente um papel moral.

entrevistados, as exigências dos orientadores contribuem para que se forme esta mesma opinião nos estudantes: *(é preciso dar o banho até às x horas; ou é preciso ter tudo despachado até às x horas para começar a visita médica)*. Um dos nossos entrevistados aponta ainda a rotinização dos cuidados, igualmente por imposição da organização. Estes cuidados a que os nossos entrevistados se referiram, são as actividades essencialmente resultantes das prescrições e ainda os chamados "cuidados de higiene e conforto", numa perspectiva de preparação para a visita do médico.

Quatro estudantes aceitam que a satisfação das necessidades da pessoa é também um dos objectivos da actividade profissional. São sobretudo identificadas como necessidades que precisam de intervenção do profissional, a hidratação, a higiene pessoal (cuidados físicos) e uma terceira necessidade que é o conforto. Nunca foi encontrado nos discursos qual a forma de se perceberem as necessidades das pessoas. Collière, relativamente à problemática das necessidades levanta uma questão importante: "Como conhecer as necessidades do doente sem se entrar em relação com ele?". Está expressa nos discursos dos nossos entrevistados, a necessidade de entrar em relação com o beneficiário dos cuidados para efectivamente se poderem satisfazer as suas necessidades. Consideramos este elemento como periférico da representação e um pouco afastado do núcleo central, porque no núcleo central aparecem elementos característicos do modelo bio-médico e aquele objectivo coaduna-se com uma prática profissional segundo um modelo de enfermagem.

Três dos estudantes ainda referiram, como objectivo da actividade profissional, a promoção do bem estar ou a independência da pessoa. Pelas descrições que apresentamos no tratamento e análise dos dados, este elemento não tinha um significado suficientemente claro, pelo que nos parece estarmos perante um elemento muito fraco da representação e ainda mais afastado do núcleo central do que o elemento referido anteriormente.

Uma das categorias em estudo foi o alvo da actividade profissional. Na bibliografia consultada é reconhecido que o alvo da actividade profissional é a pessoa no seu conjunto. Adam refere que nas profissões de ajuda, o alvo é a pessoa ou grupo de pessoas a quem se dirige a activi-

com forte ligação às prescrições médicas. Este aspecto das funções técnicas ligadas às prescrições médicas, vêm, em nosso entender, fortalecer o elemento da representação atrás citado, que é o facto do enfermeiro ter um papel de auxiliar de médico. A prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo bio-médico, aponta para uma forte componente instrumental da prática de cuidados, seguindo essencialmente a finalidade da intervenção do profissional centrada no tratar e no curar.

Quatro estudantes referem-se ainda ao *papel autónomo do enfermeiro* apontando exemplos de actividades que podem ser executadas de forma independente perante o problema do cliente. As *funções autónomas* foram as que menor expressão tiveram nos discursos produzidos pelos estudantes entrevistados, pelo que constituem em nosso entender, um elemento muito fraco da representação. Consideramos que é necessário um investimento muito grande na formação a nível do curso superior de enfermagem, para que esta componente da actividade profissional se encaminhe progressivamente para o núcleo central da representação de enfermeiro. Se pretendermos futuramente provocar alterações na representação encontrada, temos que juntar esforços na formação e nos locais onde se realizam as práticas profissionais, para além do necessário esforço conjunto de todos os outros intervenientes nos cuidados de enfermagem, como sejam as associações profissionais, sindicatos, órgãos de poder, etc, para que possa começar a surgir uma concepção de enfermagem que esteja mais consentânea com os modelos de enfermagem.

Na tentativa de se encontrarem outros elementos caracterizadores da representação, possíveis de encontrar em estudantes que estão num processo de construção da socialização profissional muito activo, como são os que fizeram parte da nossa amostra, tentámos perceber que capacidades/características tem o enfermeiro para o exercício da profissão. Foram encontrados dois tipos de características: *conhecimentos e atributos*.

Relativamente aos conhecimentos necessários para o exercício profissional foram valorizados sobretudo os *conhecimentos técnicos* isto é, aqueles que se relacionam com as técnicas ou normas de enfermagem, que exigem destreza manual e que em regra surgem como resultado de uma

Segundo vários autores (Collière, 1989; Pearson e Vaughan, 1992) entre outros, o papel de auxiliar do médico caracteriza-se pela prática de uma actividade profissional em que a importância é atribuída ao cumprimento das prescrições, às rotinas estandardizadas e relacionadas com o diagnóstico feito pelo médico. Segundo Stussi (1985), nesta perspectiva os profissionais de enfermagem perderam a noção do seu papel como auxiliares da pessoa ou do grupo social, e mesmo da concepção do homem como ser humano.

Os elementos periféricos da estrutura representacional que encontramos com mais expressividade foram:

- *O alvo: sujeito passivo*, isto é; a maior parte dos estudantes consideram o alvo dos cuidados de enfermagem a pessoa doente mas sem qualquer capacidade de intervenção no que se refere às tomadas de decisão sobre a forma como vai ser objecto de cuidados. O poder de tomar a decisão relativamente à forma como serão prestados os cuidados de enfermagem está centrado no enfermeiro. Este componente representacional é o que está mais fortemente ligado ao núcleo central. Na caracterização do modelo bio-médico, verificámos que o indivíduo é sempre visto como actor passivo no processo de cuidados.
- *o objectivo da actividade profissional: satisfazer as necessidades do doente*, (alimentação, higiene, mobilização etc.)
- *os conhecimentos técnicos.*

Existe um grande peso relativamente a este último elemento representacional. Pelos discursos produzidos estes conhecimentos referem-se a normas e técnicas que os enfermeiros executam e que decorrem de prescrições médicas. Estamos perante um elemento que tem forte relação com o núcleo central, uma vez que é um dos aspectos que caracteriza o papel de enfermeiro auxiliar do médico.

- *Objectivo: tratar ou curar a doença.* Todos os estudantes consideram que as funções do enfermeiro estão ligadas à função de auxiliar do médico. Estamos perante um elemento caracterizador do modelo bio-médico, que potencia nitidamente o núcleo central.

- BENAVENTE, Ana - *Escola, professoras e processos de mudança*. Lisboa, Livros Horizonte, 1990, 309p.
- CANALS, Josep - *La imagen femenina de la enfermería*. "Revista Rol de enfermería", Barcelona, 15(172) Dic.1992, p.29-33.
- CARAPINHEIRO, Graça - *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa, Ed. Afrontamento, 1993, 295 p.
- CARITA, Ana - *Interação educativa em situação de conflito: representações utilizadas pelos professores*. "Análise Psicológica", Lisboa, 3 (11) 1993, p. 335-342.
- CODOL, J. P. - *Représentations et comportements dans les groupes restreints*. Paris, Université de Provence, Aix-en-Provence, 1972.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - *Autonomia da profissão de enfermagem*. "Boletim Sindical: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses", Lisboa, 11 (3/4) Mai/Ag 1990, p. 43-90.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385p.
- DiGIAMO, J. P. - *Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales*. "Cahiers de Psychologie Cognitive", Paris, (1) 1980, p. 423-437.
- DOISE, Willem - *A articulação psicossociológica e as relações entre grupos*. Lisboa, Moraes Editores, 1983, 189p.
- DOISE, Willem - *Relations et représentations intergroupes*. In MOSCOVICI, serge (ed.), *Introductions à la psychologie sociale*, vol. 2, Paris, Larousse, 1973.
- DOISE, Willem; CLÉMENCE, Alain; LORENZI-CIOLDI, Fabio - *Représentations sociales et analyses de donnés*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1992, 261 p.
- DURKHEIM, E. - *Représentations individuelles et représentations collectives*. "Revue de Métaphysique et Morale" Paris, (6) 1898, p. 223-302.
- ESCOLÁ DE ENFERMAGEM PÓS-BÁSICA DE LISBOA - *Modelos teóricos de enfermagem*. Lisboa, s. ed., 1985, 87f.
- FERREIRA-SANTOS, C. A. - *A enfermagem como profissão*. São Paulo. Ed.da Universidade de São Paulo, 173, 176p.
- FLAMENT, C. - *L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales*. "Cahiers de Psychologie Cognitive". Paris, (4) 1981, p. 375-395.
- FRADE, Marta Lima Basto Correia - *Implementing change in nurses' professional behaviours*: Doctoral thesis in organizational behaviour, apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Secção de Psicologia Social e das Organizações. Lisboa s.ed., Lisboa. 1995, 187f
- GÂNDARA, M. M.; LOPES, M. A. Pereira - *Cuidar em enfermagem: uma novidade?* "Enfermagem em Foco", Lisboa, 3 (9) Nov. 1992/Jan. 1993, p. 20-25.
- GÂNDARA, M. M. e outros - *Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa*. "Servir", Lisboa, 40 (3) Mai/Jun. 1992, p.115-127.
- GILLY, Michel - *Maître-élève: rôles institutionnels et représentations*. Paris, PUF, 1980, 269p.
- GRIPI - *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris, Le Centurion, 1986, 150p.
- HERZELICH, Claude - *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton, 1969, 210p.

- RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa, Educa, 1995, 109p.
- RIEHL-SISCA, Joan - *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona, Doyma, 1992, 407p.
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W.; TIERNEY, Alison J. - *The elements of nursing a model for nursing based on a model of living*, 3rd. Edimburgh, Churchill, Living Stone. 1990, 361p.
- SOCZA, Luis - *Representações sociais, relações interpessoais e identidades profissionais dos psicólogos*. "Psicologia", Lisboa, 6(2) 1988, p. 253-275.
- STUSSI, Elisabeth - *Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro*. "Enfermagem", Lisboa, (1) Jan./Mar. 1985, p. 7-13.
- TAJFEL, H. - *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa, Livros Horizonte, 1982.
- VALA, Jorge - *Análise de conteúdo*. in: SILVA, Augusto, S.; PINTO, J. M. (org.) - *Metodologia das ciências sociais*, 6ª ed. Porto, Ed. Afrontamento, 1986, p.101-128.
- VALA, Jorge - *Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social*. in: VALA, Jorge; MONTEIRO, M. Benedita. (org.) - *Psicologia social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, p. 353-384.
- VALERIANO: M. J. - *Os enfermeiros e as representações de enfermagem: algumas ideias e factos*. "Servir", Lisboa, 41 (4) Jul./Ag 1993, p. 171-176.
- WENNER, Micheline - *Comment e pourquoi devient'on infirmière*. Paris, Lamarre, 1988, 215p.