

# Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações (\*)

MANUEL JOSÉ LOPES (\*\*)  
ORLANDO LOURENÇO (\*\*\*)

A história dos cuidados remonta aos primórdios da humanidade. Inicialmente, eram prestados por mulheres e caracterizavam-se pela integração na vida das comunidades e pela resposta às necessidades concretas das pessoas. Subjacente à prestação de cuidados havia um saber de experiência feito.

Com o advento do Cristianismo, este saber foi questionado, quer porque, em alguns casos, colidia com a visão monoteísta da Igreja Católica, quer porque a proliferação de saberes era incómoda (Colliére, 1989). No entanto, a necessidade de prestação de cuidados persistia, continuando estes a ser prestados por mulheres. As mulheres prestadoras de cuidados eram agora mulheres devotas. Tinham renunciado à vivência

de um conjunto de experiências (e.g., maternidade) e, deste modo, a prestação de cuidados já não decorria da sua própria experiência de vida. Além disso, prestavam cuidados sob a custódia da Igreja Católica, veiculando a moral cristã.

Com o advento da medicina científica ocorreu mais uma alteração profunda a nível da prestação de cuidados. Agora eram os médicos que careciam de pessoas que os ajudassem e os substituíssem em algumas tarefas consideradas menores. Este papel foi assumido pelas enfermeiras, o que lhes permitiu o acesso e a partilha do saber médico, mas não lhes garantiu a autonomia (Colliére, 1989; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994; Meleis, 1991).

A partir da segunda metade deste século, as enfermeiras deram início ao processo de autonomização da enfermagem como disciplina e profissão. E o início do ensino da enfermagem a nível universitário, principalmente nos Estados Unidos, veio possibilitar às enfermeiras o acesso a todos os graus académicos. Isto permitiu-lhes o contacto com outras realidades teóricas, nomeadamente as ciências sociais e humanas, um processo fundamental para a autonomização da enfermagem.

O processo de autonomização não se esgotou com a abertura a realidades teóricas exteriores à medicina e ciências afins. A publicação de diver-

---

(\*) Este artigo é uma síntese da tese de mestrado em Ciências de Enfermagem (Universidade Católica de Lisboa) realizada pelo primeiro autor sob a orientação do segundo autor.

Correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para Manuel José Lopes, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, 7034 Évora Codex.

(\*\*) Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora.

(\*\*\*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

soz trabalhos de investigação sobre as práticas de enfermagem (e.g., Benner, 1984; Butterworth & Bishop, 1994; Rebelo, 1996; Swanson, 1991) vieram focar a riqueza de saberes inerente à prática dos cuidados. Isto não significa o menosprezo da teoria, mas antes a reafirmação da sua importância.

No entanto, para que da prática possa brotar a teorização, aquela tem de ser entendida no sentido em que MacIntyre (1990) a define, ou seja, como uma actividade humana, cooperativa, coerente e complexa, dotada de bens internos, que são realizados na tentativa de se alcançarem os padrões de excelência estabelecidos para essa prática. Entre esses bens internos, cabe destacar *as virtudes e, entre estas, a justiça*. Contudo, como realçado pela teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg (1981, 1984), a justiça não é um mero conjunto de regras e códigos, mas um princípio de pensar e agir moral perante conflitos de interesse ou dilemas éticos (ver Lourenço, 1996, 1998).

Esta perspectiva de desenvolvimento moral tem interessado várias autoras de enfermagem (e.g., Condon, 1986; Crisham, 1981; Ketefian, 1981; Munhall, 1982; Pinch, 1985; Ribeiro, 1995). Essencialmente por duas razões. A primeira é que, na opinião de muitas dessas autoras, a orientação para a justiça é a forma mais adequada de efectivar a componente moral dos cuidados de enfermagem (e.g., Benner & Wrubel, 1989; Bishop & Scudder, 1991; Watson, 1985). A segunda é que a capacidade das enfermeiras para assumirem o papel de advogadas dos utentes depende do seu nível de desenvolvimento moral (Schasttschneider, 1992).

Será possível perspectivar o desenvolvimento para o cuidar a par com o desenvolvimento para a justiça? Condon (1986), por exemplo, a partir da teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (1981, 1984), propôs uma teoria de desenvolvimento para o cuidar. De acordo com esta autora, o desenvolvimento para o cuidar processa-se em três níveis. O primeiro, pré-cuidado (*pre-caring*), corresponde ao nível pré-convencional da teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg. O segundo, transição para o cuidar (*transcaring*), corresponde ao nível convencional. E o terceiro, cuidado centrado na pessoa (*person-centered caring*), corresponde ao nível pós-convencional.

Por sua vez, um grupo de autoras de enferma-

gem (Newman, 1992; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991) analisaram, de um ponto de vista epistemológico, as orientações teóricas e metodológicas de trabalhos elaborados por diversas colegas e categorizaram-nas em três grupos. O primeiro tem semelhanças com a perspectiva positivista e foi denominado singular-determinista. O segundo apelidaram-no de interactivo-integrativo e é similar à perspectiva pós-positivista. O terceiro foi denominado unitário-transformativo e a sua perspectiva é próxima do construtivismo. Com base nesta categorização, Kérouac et al. (1994) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem e sugeriram que os paradigmas assumissem respectivamente a seguinte nomenclatura: *categorização, integração e transformação*. O paradigma da categorização caracteriza-se pela concepção dos fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, e possuindo propriedades definíveis e mensuráveis. O paradigma da integração perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. Tanto são valorizados os dados objectivos como os subjectivos. O paradigma da transformação perspectiva os fenómenos como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia.

Comparando esta estrutura conceptual em paradigmas com a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (1981, 1984), por um lado, e com os níveis de cuidar propostos por Condon (1986), por outro, as semelhanças são notáveis, parecendo então pertinente estudar as orientações das enfermeiras relativas à enfermagem e relacionar essa orientação com o seu nível de desenvolvimento sócio-moral.

Vários estudos têm sido realizados no sentido de determinar a orientação das enfermeiras sobre as representações sociais da enfermagem. Têm sido usados paradigmas com as mais diversas designações. Abranches (1995), por exemplo, quis conhecer as orientações das enfermeiras-chefes e docentes de enfermagem sobre a concepção de enfermagem, tendo essas orientações sido analisadas face aos paradigmas biomédico, de transição e do cuidar. Por sua vez, Mendes (1995), num estudo sobre representação social da enfermeira, não tendo embora utilizado explicitamente a terminologia dos paradigmas, serviu-se da dicotomia modelo biomédico/modelo de enfermagem. Ribeiro (1995) desenvolveu um

estudo sobre a orientação dos alunos de enfermagem face ao cuidar e tratar e sobre a relação entre essa orientação e o desenvolvimento sócio-moral. Para determinar a referida orientação construiu e utilizou uma grelha de análise com três orientações possíveis, tratar ou pré-cuidado, mista ou transição para o cuidar e cuidar ou centrada na pessoa.

Os objectivos deste estudo foram os seguintes: (1) Analisar as orientações das enfermeiras sobre os conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro, vistos à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação; (2) saber se tais orientações diferem ou não em função de certas variáveis demográficas como, por exemplo, anos de serviço, habilitações literárias e profissionais, posicionamento na carreira e local de trabalho; (3) relacionar as referidas orientações com o nível de desenvolvimento sócio-moral; e (4) compreender as concepções de enfermagem e de bom enfermeiro dos identificados como bons enfermeiros pelos seus pares, na convicção de que tais concepções nos ajudam a compreender os conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro.

Ao clarificar as orientações das enfermeiras face aos conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro, este estudo contribui para um melhor conhecimento desses profissionais; ao articular essas orientações com o nível de desenvolvimento moral, pretende contribuir para a clarificação de uma relação importante no âmbito da enfermagem: cuidar e desenvolvimento moral. Inútil dizer que qualquer um destes aspectos poderá abrir áreas de pesquisa e de reflexão que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem.

## 1. METODOLOGIA

### 1.1. *Sujeitos*

A amostra experimental era constituída por todas as enfermeiras ligadas à prestação de cuidados com mais de cinco anos de serviço (hospitais distritais de Beja, Évora e Portalegre). A opção pelo mínimo de cinco anos de exercício profissional tem a ver, essencialmente, com os resultados alcançados por Benner (1984), resul-

tados decorrentes da aplicação do «Modelo de Aquisição de Perícia» de Dreyfus à enfermagem.

Escolhemos os três hospitais distritais da Região de Saúde do Alentejo por possuírem algumas características semelhantes (e.g., número e formação das profissionais e características da população servida). Este conjunto de factores confere uma certa homogeneidade às exigências colocadas às profissionais e permite que aquelas que trabalham no mesmo hospital se conheçam relativamente bem.

O número total (final) de participantes foi de 208, sendo 124 do hospital de Évora, 40 do de Beja e 44 do de Portalegre. A maioria dos participantes eram mulheres e a média de idades era de 37 anos, com um desvio padrão de 8 anos. Quanto às suas habilitações profissionais e literárias, 83% possuía o Curso de Enfermagem Geral ou Curso Superior de Enfermagem e apenas à volta de 6% possuía um curso de Especialização em Enfermagem. Havia um decréscimo do grau académico à medida que a idade progredia.

### 1.2. *Instrumentos e Procedimento*

Utilizámos instrumentos de tipo mais quantitativo e de tipo mais qualitativo. O «Questionário Sobre os Conceitos de Enfermagem e de Bom Enfermeiro» (ver Lopes, 1988) e o «Teste de Definir Valores Morais» (Rest, 1986a), teste de que existe uma tradução experimental para português (Lourenço & César, 1991), são do primeiro tipo. No segundo tipo incluem-se as entrevistas semi-estruturadas efectuadas às enfermeiras tidas como boas profissionais pelos seus pares.

O *Questionário Sobre os Conceitos de Enfermagem e de Bom Enfermeiro* foi construído com o objectivo de analisar a orientação das enfermeiras relativamente aos conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro, sendo tais orientações categorizadas em função da sua orientação para o paradigma da categorização, da integração ou da transformação. Para a sua construção, servimo-nos dos contributos de vários teóricos da enfermagem (e.g., Kérouac et al., 1994; Meleis, 1991; Newman, 1992; Newman et al., 1991; Pearson & Vaughan, 1992). Com base em estudos anteriores (e.g., Burns & Grove, 1993; Fawcett, 1984; Flaskerud & Halloran, 1980), os conteúdos ligados ao cuidar, à pessoa, à saúde e ao

ambiente foram considerados conceitos centrais dentro da noção de enfermagem. Em termos da noção de bom enfermeiro, os conteúdos foram os seguintes: a enfermeira enquanto pessoa (i.e., os seus valores e atitudes); a enfermeira e os seus saberes; a enfermeira na sua relação com o doente/cliente; e a enfermeira na sua relação com os outros elementos da equipa. Construímos depois para cada um dos diversos conteúdos das duas noções em jogo (i.e., enfermagem e bom enfermeiro) duas afirmações para cada paradigma (i.e., categorização, integração e transformação). Aos participantes era pedido que expressassem, numa escala de cinco pontos, o seu grau de adesão à afirmação em causa (nunca, 1 ponto; sempre, 5 pontos). O questionário terminava com uma pergunta onde se pedia a cada participante que indicasse o nome de três colegas que considerava bons profissionais. Esta pergunta apenas foi respondida por 29% dos participantes. A validação de conteúdo do questionário foi feita através de um grupo de 5 enfermeiras tidas como peritas. A sua consistência interna foi obtida pela determinação do *coeficiente alfa de Cronbach*, que foi de 0.80, para cada uma das duas noções em jogo.

O *Teste de Definir Valores Morais*, também também designado por DIT (*Defining Issues Test*), é um instrumento de avaliação do raciocínio moral, construído por James Rest (1986a, 1986b) com base na teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (1981, 1984). A sua tradução para a nossa língua já foi experimentada numa amostra portuguesa (Lourenço & César, 1991). É composto por 6 dilemas morais na sua versão completa (Rest, 1986a, 1986b). Após cada dilema, o sujeito avalia um conjunto de doze afirmações em termos da sua importância (i.e., Muita, Bastante, Alguma, Pouca ou Nenhuma) para uma tomada de decisão justa relativamente ao dilema moral em questão. As afirmações pertencem a estádios de desenvolvimento moral diferentes. O sujeito é depois convidado a seleccionar as quatro afirmações mais importantes, ordenando-as da mais para a menos importante. O DIT permite que se atribua ao sujeito um certo *Índice P*, um índice numérico que representa a importância que o sujeito confere às considerações morais orientadas por princípios na tomada de decisões (morais). Na prática, esse índice corresponde ao número de vezes que um sujeito

considera mais importantes as afirmações de estádio 5 ou 6 (ver Lourenço, 1988; Rest, 1986a).

As *Entrevistas* (N=11) foram de natureza semi-directiva e planificadas de modo a obter informação adicional sobre a orientação das enfermeiras relativamente aos paradigmas já mencionados. Para a codificação das respostas utilizámos uma grelha de análise cuja estrutura geral se caracteriza pela existência de *três temas* (i.e., binómio enfermeira/doente, enfermagem e bom enfermeiro) e, para cada um destes temas, pela orientação para o paradigma da categorização, integração ou transformação.

O Questionário sobre os Conceitos de Enfermagem e de Bom Enfermeiro, bem como o DIT, foram aplicados individualmente, e sempre por esta ordem. Por razões de preenchimento incompleto, ou outras que têm a ver com a natureza do próprio instrumento, houve sujeitos eliminados, pelo que o total de sujeitos classificados integralmente no questionário foi de 208, e no DIT foi de 153.

## 2. RESULTADOS

*Orientação geral para a categorização, integração e transformação.* O primeiro objectivo deste estudo era analisar as orientações das enfermeiras sobre os conceitos de Enfermagem e de Bom Enfermeiro vistos à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação. Como se pode constatar na Tabela 1, as enfermeiras orientam-se mais para os paradigmas da integração e da transformação do que da categorização em qualquer um dos dois conceitos, sendo contudo esta orientação mais evidente no conceito de enfermagem que no conceito de bom enfermeiro (valores do teste de Friedman, respectivamente,  $\chi^2=291.08$ ,  $p<0.001$  e  $\chi^2=334.47$ ,  $p<0.001$ ).

*Orientação para a categorização, integração e transformação em função de variáveis demográficas.* Era também objectivo deste estudo saber se as orientações das enfermeiras diferiam ou não em função de certas variáveis demográficas, tais como anos de serviço, idade e habilitações literárias e profissionais. Relativamente ao conceito de enfermagem, a aplicação do teste de Kruskal-Wallis mostrou que a orientação para o

TABELA 1

*Médias e desvios padrões nos paradigmas da categorização, integração e transformação para os conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro*

	CATEGORIZAÇÃO		INTEGRAÇÃO		TRANSFORMAÇÃO	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Enfermagem	19.80	5.93	33.86	2.92	34.70	3.56
Bom Enfermeiro	21.31	5.44	29.64	3.59	33.99	3.35

paradigma da categorização aumenta de modo significativo com a idade ( $H=20.50$ ,  $p<0.001$ ), com os anos de serviço ( $H=21.45$ ,  $p<0.001$ ), e diminui, também de modo significativo, com o nível das habilitações literárias ( $H=10.49$ ,  $p<0.05$ ). Um padrão semelhante ocorreu também em relação ao conceito de bom enfermeiro. As análises efectuadas permitem concluir que a acção conjunta da idade/anos de serviço e habilitações literárias são os factores que mais condicionam a aceitação/rejeição das afirmações típicas do paradigma da categorização, sendo no entanto o factor idade/anos de serviço o que exerce maior influência. Além disso também se verificou que, em geral, quem opta pelas afirmações do paradigma da categorização tende a rejeitar também as afirmações do paradigma da integração. Parece existir pois uma relação inversa entre estes dois paradigmas. Da salientar ainda que a orientação para o paradigma da transformação, conceito de bom enfermeiro, atinge valores significativamente elevados ao nível da licenciatura.

*Orientação para os paradigmas da categorização, integração e transformação e desenvolvimento sócio-moral.* A análise da Tabela 2 mostra que, em geral, o valor do Índice *P* diminui com a idade e/ou anos de serviço, e aumenta com as habilitações literárias e profissionais e o posicionamento na carreira. É de salientar que são as mesmas as variáveis em função das quais os valores do Índice *P* e do paradigma de categorização apresentam diferenças acentuadas. Isto faz pensar numa relação inversa entre tal para-

digma e o desenvolvimento do raciocínio moral. A análise dos dados obtidos mostra de facto uma diminuição progressiva dos valores do paradigma da categorização à medida que os valores do Índice *P* vão aumentando (ver Tabela 3). Ao invés, a orientação para o paradigma da categorização aumenta com o nível de desenvolvimento moral. A aplicação do teste de Pearson revela uma correlação positiva, de fraca a moderada, entre os valores do Índice *P* e do paradigma da transformação, quer para o conceito de enfermagem ( $r=0.21$ ), quer para o de bom enfermeiro ( $r=0.25$ ), e uma correlação negativa, de fraca a moderada, entre os valores do paradigma da categorização e do Índice *P* ( $r=-0.39$ , conceito de enfermagem;  $r=-0.40$ , conceito de bom enfermeiro).

*Concepções de enfermagem e de bom enfermeiro através das entrevistas.* Para responder ao último objectivo deste estudo, entrevistámos 11 enfermeiras distribuídas pelos três hospitais, de acordo com a metodologia já exposta. A ideia era compreender as concepções de enfermagem e de bom enfermeiro das profissionais identificadas pelos seus pares como boas enfermeiras. No que se segue, apresentamos apenas alguns dados qualitativos respeitantes à análise de conteúdo feita em relação ao binómio «enfermeiro/doente-utente».

Embora o paradigma da categorização tenha poucas unidades de registo, algumas merecem ser realçadas. Neste paradigma, um dos pares do binómio (i.e., a enfermeira) posiciona-se como técnico que parece possuir espírito de classe,

TABELA 2  
 Valores do Índice P em função da idade, anos de serviço, habilitações literárias,  
 habilitações profissionais e posicionamento na carreira

		Índice P	
		Média	D.P.
<b>Idade</b>	<i>20-29</i>	44.54	10.05
	<i>30-39</i>	43.70	13.34
	<i>40-49</i>	36.58	10.98
	<i>50-59</i>	35.55	9.39
	<i>+ de 60</i>	35.83	1.17
<b>Anos De Serviço</b>	<i>5-10</i>	44.00	12.29
	<i>11-15</i>	43.74	15.06
	<i>16-20</i>	38.96	11.38
	<i>21-25</i>	35.18	11.22
	<i>26-30</i>	31.87	7.73
	<i>+ de 30</i>	36.25	2.50
<b>Habilitações Literárias</b>	<i>Até 2º ano</i>	34.80	9.82
	<i>2º-5º ano</i>	36.38	10.18
	<i>5º-7º/12º ano</i>	45.67	11.39
	<i>Bacharelato</i>	41.28	13.02
	<i>Licenciatura</i>	53.32	8.65
<b>Habilitações Profissionais</b>	<i>CEG-CSE</i>	40.99	12.62
	<i>CEEnf</i>	48.09	10.20
<b>Carreira</b>	<i>Nível I</i>	41.12	12.64
	<i>Nível II</i>	45.32	10.02

CEG/CSE: Curso de Enfermagem Geral/Curso Superior de Enfermagem;

CEEnf: Curso de Especialização em Enfermagem/Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem.

TABELA 3  
 Valores do Índice P em função dos paradigmas de categorização e de transformação para os conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro

ENFERMAGEM				BOM ENFERMEIRO			
Categorização		Transformação		Categorização		Transformação	
Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
19.29	5.94	34.82	3.52	20.87	5.49	34.18	3.12

mas não de equipa. Apesar de tudo, diz relacionar-se com os outros técnicos e com os doentes. Contudo, as relações com os referidos técnicos parecem não se estruturar em função do doente, assumindo antes um carácter social. Uma enfermeira expressava-se assim: «*Relações humanas?!... Penso que isso é um factor a considerar bastante, quer seja a nível de auxiliares de acção médica, quer com a parte médica, quer com os colegas. Penso que sou uma pessoa com boas relações humanas.*»

Os doentes constituem o outro par do binómio. As relações com eles parecem restringir-se à doença, considerando-se que a proximidade e a atenção aos seus problemas podem ser fonte de conflitos e perturbar o desempenho: «*Queixas habituais do doente em relação ao enfermeiro, do enfermeiro em relação ao doente e ao médico (...), felizmente nunca as tive até hoje. Também não sou daqueles indivíduos que pensam que devemos viver todos os problemas dos outros.... Uma pessoa tem de ficar independente.*»

Foi o paradigma da integração o que recebeu a preferência dos sujeitos entrevistados, sendo por isso o que obteve o maior número de unidades de registo. Neste paradigma, ocorrem alterações marcantes no «binómio enfermeira-doente/utente». Dá-se início ao reconhecimento da pessoa da enfermeira e da pessoa beneficiária dos cuidados, começando por isso a haver razão para se falar do princípio da reversibilidade: «*É muito importante o relacionamento humano com o doente, estar junto dele. Por vezes nós esquecemos que o “estar do lado de lá”, o estar ali numa cama é uma situação extremamente difícil.*»

Na sequência deste reconhecimento, passam a considerar-se outras vertentes da pessoa e não só

a doença ou o que com ela se relaciona. Merece especial destaque a vertente afectiva e emocional, quer da enfermeira, quer da pessoa a quem são prestados cuidados. Este destaque tem a ver com as dificuldades de gestão demonstradas pelas enfermeiras e que decorrem da tentativa de satisfação dessas necessidades. Quase se poderia dizer que reconhecem que não podem ter uma perspectiva reducionista da pessoa, no entanto, também não sabem muito bem como terão de agir face aos sentimentos da outra pessoa ou aos seus: «*Muitas vezes não sabemos muito bem como reagir, mas tentei falar com ela, ali, embora o serviço estivesse bastante “pesado” e eu tivesse pouca disponibilidade. Mas tentei ficar junto dela e falar até ela ficar um pouco mais calma.*»

No paradigma da transformação, encontram-se algumas respostas para questões anteriormente colocadas. Salientamos o agir em função de princípios orientadores, o saber ouvir e reconhecer os problemas do doente e agir em conformidade; em suma, o saber estar com a outra pessoa: «*O que está em causa é, julgo eu, o respeito mútuo entre o doente e o enfermeiro que está a tratar dele. Ou seja, são duas pessoas com direitos e deveres e desde que exista respeito de parte a parte, penso que é mais fácil resolver as questões.*»

Em resumo, relativamente ao binómio enfermeira doente/utente, parece poder concluir-se que a orientação preferencial é para a integração, embora com traços do paradigma anterior (i.e., categorização). Porém, quando a enfermeira se expressava numa linguagem idealizada, isso acontecia em termos do paradigma dominante e do imediatamente a seguir.

### 3. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Antes de passarmos às conclusões e implicações deste estudo, interessa mencionar algumas das suas limitações. Por exemplo, facilmente reconhecemos como limitações o não termos tido acesso à prática da prestação de cuidados, mas apenas às verbalizações dos sujeitos relativas a tais práticas; o termos realizado o estudo só em hospitais, tendo estes ainda características muito semelhantes e específicas; e o não termos aplicado os questionários nas condições previstas (i.e., em sala própria e na nossa presença).

Quanto ao nosso primeiro objectivo (i.e., analisar as orientações das enfermeiras, que prestavam cuidados nos hospitais distritais de Évora, Beja e Portalegre, relativamente aos conceitos de enfermagem e de bom enfermeiro vistos à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação), os resultados mostram que a orientação dominante é para o paradigma da integração. Esta orientação é mais notória no conceito de bom enfermeiro que no conceito de enfermagem. Neste último, a orientação aproxima-se bastante do paradigma da transformação.

Não obstante esta orientação para o paradigma da integração, constata-se que as características desta orientação não são totalmente sobreponíveis com as do referido paradigma, um facto também patente em outros estudos realizados no nosso país (e.g., Abranches, 1995; Mendes, 1995; Paz, 1995). Neste último (Paz, 1995), por exemplo, constatou-se que as competências interpessoais eram referidas na maioria dos discursos. No entanto, verificou-se que havia uma grande dificuldade, por parte dos participantes no estudo, em operacionalizar essas mesmas competências. Parece, pois, que estamos perante uma situação dilemática. Os profissionais de enfermagem reconhecem a pessoa como central no processo da prestação de cuidados. No entanto, não sabem como terão de satisfazer as necessidades dessa pessoa nos aspectos que vão além da doença. Por um lado, fazem referência à importância dos aspectos relacionais mas, pelo outro, não conseguem concretizá-los. Parece existir uma verbalização que se assemelha a um enunciado de intenções, existindo contudo muita dificuldade em operacionalizá-las.

Constata-se também que quase todas as enfermeiras utilizam uma linguagem idealizada e diri-

gida para o seu paradigma dominante ou para o imediatamente a seguir. No uso da linguagem idealizada, nenhuma enfermeira optou pelo paradigma da categorização. A utilização da linguagem idealizada dá a ideia de algum descontentamento das enfermeiras relativamente à forma como prestam os cuidados de saúde. Prestam-nos de uma determinada forma, mas sabem e/ou sentem que aquela não é a forma mais adequada. Que razões impossibilitam as enfermeiras de prestarem cuidados como elas entendem que devem ser prestados? Qual a satisfação das enfermeiras com o seu desempenho? Qual a satisfação dos utentes com os cuidados que recebem? À semelhança de Mendes (1995) e Rebelo (1996), questionamo-nos: A quem é que os enfermeiros respondem, ao utente ou à instituição? Como efectivar neste contexto o papel de advogada do utente, preconizado por vários autores? E como progredir em direcção à autonomia?

Quanto ao segundo objectivo (i.e., saber se as orientações atrás referidas diferem ou não em função dos anos de serviço, habilitações literárias e profissionais e posicionamento na carreira), interessa referir que a opção pelo paradigma da categorização aumenta com a idade e diminui com as habilitações literárias em qualquer um dos conceitos em análise, o inverso do que acontece com o paradigma da transformação. A variável idade assume, porém, uma importância acrescida devido ao facto de as habilitações literárias das enfermeiras diminuírem com ela.

De acordo com Newman (1992), o tipo de conhecimento subjacente aos dois primeiros paradigmas (i.e., categorização e integração) é relevante mas não suficiente para a conceptualização da enfermagem como ciência. Preconiza, então, o desenvolvimento em direcção ao paradigma da transformação. Neste contexto, a integração do ensino de enfermagem a nível do ensino superior adquire um significado especial. De outro modo, enfermeira mais habilitada é mais enfermeira que a menos habilitada.

Em termos do terceiro objectivo (i.e., relacionar as orientações já referidas com o nível de desenvolvimento moral), começamos por dizer que os valores do *Índice P* são genericamente semelhantes aos encontrados em estudos análogos, nomeadamente aos mencionados por Rest (1986a). Independentemente do sexo, constata-se também um aumento progressivo dos valores do

*Índice P* à medida que aumenta o nível das habilitações literárias. No entanto, os valores decrescem sempre com o aumento da idade. Não existe porém decréscimo do valor do *Índice P* com a idade quando as habilitações são a licenciatura ou equivalente.

Quanto à relação entre as orientações das enfermeiras e o nível de desenvolvimento sócio-moral, existe uma relação inversa entre o paradigma da categorização e o *Índice P* e uma relação directa entre o paradigma da transformação e esse mesmo índice. Parece pois poder afirmar-se que as pessoas com um elevado nível de desenvolvimento do raciocínio sócio-moral têm tendência a serem também mais desenvolvidas do ponto de vista do cuidar (ver Condon, 1986; Ribeiro, 1995).

Aceitando-se este paralelismo, ganha um sentido acrescido a componente moral dos cuidados de enfermagem proposta por alguns autores (e.g., Bishop & Scudder, 1991; Watson, 1985). Importa, contudo, não conferir a esta componente moral um cunho de tipo moralista e religioso, como pensamos que acontece, em geral, no âmbito da formação em enfermagem com disciplinas que abordam a questão dos valores e do código deontológico.

Em termos do último objectivo (i.e., compreender as concepções de enfermagem e de bom enfermeiro dos identificados como bons enfermeiros pelos seus pares), os resultados da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas mostram-nos que, independentemente do tema considerado, também aqui, a orientação é para o paradigma da integração. A afirmação e valorização da pessoa (da enfermeira ou do sujeito beneficiário dos cuidados) surge como um traço comum em todos os temas. Poder-se-á dizer, à semelhança de Newman (1992) e Kérouac et al. (1994), que se verifica uma orientação para a pessoa, sendo colocadas em pé de igualdade as suas vertentes biológica, psicológica e social. Este resultado é consistente com o que se tem verificado em outros trabalhos desenvolvidos nesta área. Swanson (1991), por exemplo, identificou cinco processos de cuidar. Denominador comum a todos estes processos está a pessoa, seja ela a beneficiária dos cuidados ou quem os presta. Abranches (1995), num estudo exploratório com docentes de enfermagem e enfermeiros-chefes, concluiu que muitos deles tinham uma con-

cepção de enfermagem que se enquadrava num paradigma de transição entre o modelo biomédico e o do cuidar, algo com características semelhantes ao paradigma da integração. Por último, Waterworth (1995) desenvolveu um estudo através do qual identificou quatro dimensões da enfermagem. Em três dessas dimensões a pessoa beneficiária de cuidados ocupa um lugar central.

Apesar disto, no nosso estudo, constata-se que ao atribuir tal centralidade à pessoa, a enfermeira confronta-se com uma nova problemática que a faz vacilar. Reconhecendo a importância e a necessidade de agir face a vertentes da pessoa que vão além da doença encarada de modo restrito, constata que estas lhe exigem uma abordagem para a qual não está preparada. Isto é particularmente evidente quando lhe é exigida uma intervenção a nível relacional. Esta dificuldade está em divergência com o que é apresentado por Newman (1992) e Kérouac et al. (1994) como característica do paradigma da integração. Esta divergência verifica-se também em relação a qualquer um dos trabalhos de investigação atrás referidos.

Apoiados nos resultados destes estudos, deixamos, para finalizar, algumas sugestões. Também elas formuladas em termos de linguagem idealizada!

- Que as escolas de enfermagem promovam o desenvolvimento sócio-moral dos seus estudantes, quer através de uma disciplina de psicologia do desenvolvimento moral, quer através da discussão de dilemas morais de vida real e inerentes à profissão.
- Que as escolas de enfermagem invistam na estruturação do curso superior de enfermagem com base em teorias enquadradas no paradigma da transformação.
- Que as organizações de prestação de cuidados reflectam sobre a importância da função das enfermeiras na satisfação das necessidades dos utentes e sobre o necessário investimento na formação das mesmas para o cabal cumprimento dessa função.
- Que a formação ao nível da pós-graduação seja orientada no sentido do estudo aprofundado de uma teoria enquadrada no paradigma da transformação, de modo a promover-se o desenvolvimento para o cuidar.
- Que as enfermeiras promovam discussões

no sentido de determinarem quais são as condições organizacionais que não lhes permitem prestar cuidados como idealizam e quais as condições que lhes permitiriam prestar esses cuidados.

- E que as enfermeiras promovam discussões no sentido de determinarem quais as suas necessidades de formação no sentido de responderem às necessidades das pessoas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, M. M. T. (1995). *Concepções de enfermagem. Um contributo para o estudo desta problemática*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: California, Addison-Wesley.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Don Mills, Ont.: Addison-Wesley.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1991). *Nursing the practice of caring*. New York: National League for Nursing.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1993). *The practice of nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Butterworth, T., & Bishop, V. (1995). Identifying the characteristics of optimum practice: findings from a survey of practice experts in nursing, midwifery and health visiting. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 24-32.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Condon, E. (1986). Theory derivation: Application to nursing. *Journal of Nursing Education*, 25, 156-159.
- Crisham, P. (1981). Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Research*, 30, 104-110.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84-89.
- Flaskerud, J. H., & Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*, 3, 1-7.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions e stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Ketefian, S. (1981). Critical thinking, educational preparation, and development of moral judgment among selected groups of practicing nurses. *Nursing Research*, 30, 98-103.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development. Vol. 1: The philosophy of moral development*. New York: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development. Vol. 1: The philosophy of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.
- Lopes, M. (1998). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica de Lisboa.
- Lourenço, O. M. (1996). Reflections on narrative approaches to moral development. *Human Development*, 39, 83-99.
- Lourenço, O. M. (1998). *Psicologia do desenvolvimento moral. Teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Lourenço, O., & César, M. (1991). Teste de Definir Valores Morais de James Rest: Pode ser usado na investigação moral portuguesa? *Análise Psicológica*, 9 (2), 185-192.
- MacIntyre, A. (1990). *After virtue* (2nd ed.). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. 2nd Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Mendes, J. M.G. (1995). *Ser Enfermeira: Contributos para o estudo da representação social dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Lisboa.
- Munhall, P. (1982). Moral development: a prerequisite. *Journal of Nursing Education*, 21, 11-15.
- Newman, M. A. (1992). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40, 10-13, 32.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14, 1-6.
- Paz, A. M. V. (1995). *O Enfermeiro competente. Contributos para o estudo desta problemática*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pinch, W. J. (1985). Ethical dilemmas in nursing: The role of the nurse and perceptions of autonomy. *Journal of Nursing Education*, 24, 372-376.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: Educa-Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Rebelo, M. T. S. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem. contributo para a análise das representações sociais. *Sinais Vitais*, 9, 15-33.
- Rest, J. (1986a). *DIT manual: manual for Defining Issues Test*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Rest, J. (1986b). *Moral development. Advances in research and theory*. New York: Praeger.

- Schasttschneider, H. (1992). Ethics for de nineties. *The Canadian Nurse*, Nov. 16-18
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 161-166.
- Wateraorth, S. (1995). Exploring the value of clinical nursing practice: the practitioner's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 13-17.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.

(i.e., a linguagem utilizada na descrição de situações da vida profissional) e de uma outra idealizada (i.e., a linguagem utilizada para a descrição de situações idealizadas para a vida profissional); e (4) verificou-se uma relação inversa entre o nível de desenvolvimento moral e a orientação para o paradigma da categorização e uma relação directa entre a orientação para o paradigma da transformação e tal nível de desenvolvimento.

*Palavras-chave:* Enfermagem, cuidar, desenvolvimento moral.

## RESUMO

Este artigo baseia-se: (a) na caracterização das concepções de enfermagem proposta por Newman (1992), entre outros; (b) na similitude entre esta caracterização e os níveis de desenvolvimento para o cuidar propostos por Condon (1986); e (c) no paralelismo entre estes níveis de cuidar e o desenvolvimento do pensamento moral segundo Kohlberg (1984). Os seus principais objectivos foram os seguintes: (1) Analisar as orientações das enfermeiras sobre os conceitos de «enfermagem» e de «bom enfermeiro» vistos à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação; (2) saber se tais orientações diferem ou não em função de certas variáveis demográficas, tais como idade, anos de serviço e habilitações literárias e profissionais; (3) relacionar tais orientações com o nível de desenvolvimento sócio-moral, posicionamento na carreira e local de trabalho; (3) relacionar as referidas orientações com o nível de desenvolvimento sócio-moral; e (4) compreender as concepções de enfermagem e de bom enfermeiro dos identificados pelos seus pares como bons enfermeiros. O estudo foi realizado com enfermeiras tendo pelo menos cinco anos de exercício profissional e trabalhando nos hospitais de Beja, Évora e Portalegre. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Teste de Definir Valores Morais de James Rest (1986), entrevistas semi-directivas e um questionário sobre as orientações (e.g., categorização, integração e transformação) relativas aos conceitos de «enfermagem» e de «bom enfermeiro» construído para o efeito. Os principais resultados foram os seguintes: (1) as orientações das enfermeiras enquadram-se predominantemente no paradigma da integração; (2) a orientação para o paradigma da categorização tende a aumentar com a idade e a diminuir com as habilitações literárias; (3) em termos de linguagem utilizada nas entrevistas, nota-se o uso de uma linguagem concreta

## ABSTRACT

This article is based (a) on Newman's (1992) characterization of nursing conceptions in terms of categorization, integration and transformation; (b) on the resemblance between these conceptions and Condon's (1986) caring levels; and on the parallelism between these caring levels and Kohlberg's (1984) levels of moral reasoning. The main goals of this paper are (a) to analyze nurses' orientations (i.e., categorization, integration, and transformation) concerning their ideas about «nursing» and «a good nurse»; (b) to examine such orientations as a function of certain demographic variables, such as age, years of professional practice, and academic background; (c) to relate such orientations to Kohlberg's level of moral reasoning; and (d) to grasp the conception of «nursing» and «a good nurse» of those identified by their peers as good nurses or professionals. The sample consisted of several nurses with at least five years of professional practice, and working at the hospitals of Beja, Évora and Portalegre (Alentejo). To collect data, we used a questionnaire developed for this study (i.e., Questionnaire on Nurses' Ideas about the Concepts of «Nursing» and a «Good Nurse»), Rest's (1986a) Defining Issues Test, and semi-structured interviews. The results show that (a) nurses tend to endorse the statements included in the integration paradigm; (b) the option for the categorization paradigm tends to increase with age and decrease with academic background; (c) the use of both a concrete and an idealized language; and (d) a positive correlation between moral development and the option for the transformation paradigm, but a negative correlation between the option for the categorization paradigm and level of moral reasoning. The paper ends by suggesting some modifications in the academic training of nurses.

*Key words:* Nursing, caring, moral development.